



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



HEMŞİRELERİN KİMLİK DOĞRULAMA
KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ:
BİR KAMU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÖRNEĞİ

Hamdi ÖZTÜRK

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

ANKARA
2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN KİMLİK DOĞRULAMA
KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ:
BİR KAMU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÖRNEĞİ

Hamdi ÖZTÜRK

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

ANKARA
2018

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Hemşirelerin Kimlik Doğrulama Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Bir Kamu Üniversitesi Hastanesi Örneği ” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımda yapılmış olup tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıdaki belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Hamdi ÖZTÜRK

Tarih: 17.09.2018

İmza:

KABUL VE ONAY

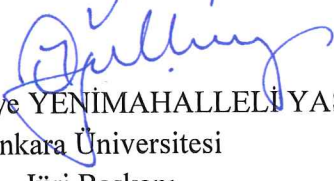
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalında

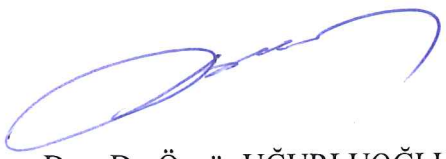
Hamdi ÖZTÜRK tarafından hazırlanan

“Hemşirelerin Kimlik Doğrulama Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Bir Kamu Üniversitesi Hastanesi Örneği” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17.09.2018


Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK
Ankara Üniversitesi


Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU
Hacettepe Üniversitesi

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza
Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. İş Güvenliği	4
1.2. Hasta Güvenliği Kavramı	6
1.3. Hasta Güvenliğinin Önemi	7
1.4. Hasta Güvenliğinde Kalite ve Akreditasyon	10
1.5. Hasta Güvenliğinde Bazı Ulusal ve Uluslararası Organizasyonlar	11
1.6. Hasta Güvenliği Konusunda Uluslararası Gelişmeler	13
1.7. Hasta Güvenliği Konusunda Ulusal Gelişmeler	16
1.8. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü	22
1.9. Tıbbi Hata Kavramı, Çeşitleri ve Nedenleri	25
1.9.1. Tıbbi Hata Kavramı	26
1.9.2. Tıbbi Hata Çeşitleri	27
1.9.2.1. Medikasyon Hataları	27
1.9.2.2. Cerrahi Hatalar	28
1.9.2.3. Tanı Koymada Hatalar	28
1.9.2.4. Takım Çalışması ve İletişim Hatası	28
1.9.2.5. Kişi-Makine Arayüzündeki İnsan Faktörleri ve Hataları	29
1.9.2.6. Geçiş ve Transfer Hataları	29
1.9.2.7. Hastane Enfeksiyonları	29
1.9.2.8. Takım Çalışması ve İletişim Hataları	30
1.9.2.9. Diğer Hatalar	30
1.9.3. Tıbbi Hata Nedenleri	30
1.10. Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama	37
1.11. Hasta Tanımlama Yöntemleri	40
1.11.1. Barkod Sistemi	41
1.11.2. Radyo Frekansı Tanımlama (Radio Frequency Identification)	42

1.11.3. Bileklikler	45
1.11.4. Kablosuz Ağlar	48
1.11.5. Biyometrik Sistemler	49
1.11.6. Hasta Akıllı Kartları	51
2. GEREÇ ve YÖNTEM	53
2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	53
2.2. Araştırmanın Hipotezleri	53
2.3. Araştırmanın Yeri ve Kapsamı	54
2.4. Araştırmanın Varsayım ve Sınırlılıkları	55
2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	55
2.6. Verilerin Toplanması	56
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	57
3. BULGULAR	58
3.1. Tanımlayıcı Bulgular	58
3.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular	71
4. TARTIŞMA	94
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	100
ÖZET	104
SUMMARY	105
KAYNAKLAR	106
EKLER	116
Ek 1. Etik Kurul İzin Yazısı	116
Ek 2. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü İzin Yazısı	118
Ek 3. Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama Anketi	119
ÖZGEÇMİŞ	126

ÖNSÖZ

Sağlık kurumları, hasta olan bireylerin koruyucu sağlık hizmeti almak ya da tedavi olmak için başvurdukları işletmeler olmasına rağmen tedavi sürecinde birçok tıbbi hata (medikal hatalar, cerrahi hatalar, tanı hataları, iletişim hataları vb.) ve olumsuz durum meydana gelebilmektedir. Hastanelerde görülen hataların ve olumsuz durumların ortaya çıkmasını engellemek için gerekli önlemlerinin alınması ve alınan önlemlerin standartlaştırılması gerekmektedir. Hastaların zarar görmemesi, tedavi süreçlerinin iyileştirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması hususunda hem ulusal hem de uluslararası düzeyde birçok çalışma yapılmaktadır.

Hastanelerde çalışan birçok sağlık çalışanı içinde hastalarla sürekli iletişim halinde olan, tedavilerini yapan, tedavinin her sürecinde hastaya ilgilenen sağlık çalışanı hemşirelerdir. Hastalarla sürekli etkileşim halinde olan hemşireler çeşitli nedenlerden dolayı (olumsuz çevre koşulları, yoğun iş temposu, dikkatsizlik, uzun çalışma saatleri, personel eksikliği vb.) hasta güvenliğini tehdit eden hatalar yapabilmektedir. Bu hataların önüne geçebilmek için hemşirelere gerekli eğitimler verilmeli ve hasta güvenliği kültürünün benimsenmesi sağlanmalıdır. Gerek eğitimlerde gerekse hizmet sunumunda hasta güvenliğinde kimlik doğrulama en önemli konulardan biridir. Bu çalışmada hasta güvenliği ve kimlik doğrulamanın önemine ve kimlik doğrulama çeşitlerine ilişkin konular işlenmiş olup; hemşirelerin kimlik doğrulama konusundaki tutumlarına ilişkin veriler istatistiki yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın her aşamasında sürekli olarak destek olan, değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, akademik hayatımda örnek aldığım tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Çağdaş Erkan Akyürek'e; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi'nde görev yapan hocalarıma ve arkadaşlarıma; faydalı bilgileri ve tecrübeleri doğrultusunda çalışmama katkı sağlayan arkadaşlarım Öğr. Gör. Davut Nacar ve Öğr. Gör. Hakan Avan'a çok teşekkür ederim.

Tez çalışmam süresince manevi ilgi ve desteğini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

α	Alpha
AB	Avrupa Birliği
ACSQHC	Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (Avustralya Sağlıkta Güvenlik ve Kalite Komisyonu)
ACT	Australian Capital Territory (Avustralya Başkent Bölgesi)
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı)
BMC	BioMed Central
DNR	Do Not Resuscitate (Canlandırma Girişiminde Bulunmama)
ECRI	Emergency Care Research Institute (Acil Bakım Araştırma Enstitüsü)
GRS	Güvenlik Raporlama Sistemi
HIMSS	Healthcare Information and Management Systems Society (Sağlık Hizmetleri Bilgi ve Yönetim Sistemleri Derneği)
IOM	The Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
IHF	International Hospital Federation (Uluslararası Hastane Federasyonu)
İTS	İlaç Takip Sistemi
JCAH	Joint Commission of Accreditation of Hospital (Hastane Akreditasyonu Ortak Kurulu)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu)
MEGEP	Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi
NPSF	National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu)
NRLS	National Reporting and Learning System (Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi)
PSOs	Patient Safety Organizations (Hasta Güvenliği Organizasyonları)
RFID	Radio Frequency Identification (Radyo Frekans Tanımlama)
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TAF	Turkish Army Forces (Türk Silahlı Kuvvetleri)
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TTB	Türk Tabipleri Birliği

TÜRKAK Türk Akreditasyon Kurumu
TÜSEB Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
TÜSKA Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü



ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Sağlık Hizmetleri ve Diğer Endüstrilerin Risk Karşılaştırması	8
Şekil 1.2. Hataya Sebep Olan İnsan Eksiklikleri Üzerinde Sistem Faktörlerinin Etkisi	32
Şekil 1.3. Üretim Davranışında Hataların Döngüsel Yayılımı	33
Şekil 1.4. Yıllara Göre Raporlanan Vahim Olay Sayıları	34
Şekil 1.5. Klasik RFID Sistem Yapısı	44



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1.	Hataların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	20
Çizelge 1.2.	En Sık Bildirimi Yapılan İlk 10 Hasta Güvenliği Hatası (2016)	21
Çizelge 1.3.	Vahim Olay Çıktısı (2005-2017)	35
Çizelge 1.4.	Joint Commission Vahim Olay Verileri (2014-2107)	36
Çizelge 1.5.	RFID Sisteminin Yıllara Göre Gelişimi (1940- 2000)	43
Çizelge 1.6.	Hastalara Takılacak Bileklik Renkleri	47
Çizelge 1.7.	Biyometrik Tanıma Sistemleri Çeşitlerinin Taradıkları Özellikler	50
Çizelge 3.1.	Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri	58
Çizelge 3.2.	Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Meslekleri ile İlgili Özellikleri	58
Çizelge 3.3.	Hastanın Bilekliğinin Takılma Zamanı ile İlgili Toplanan Veriler	60
Çizelge 3.4.	Hemşirelere Göre Hasta Bilekliğini Takma Görevinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	61
Çizelge 3.5.	Hemşirelere Göre Kimlik Doğrulama Yapmak Zorunda Olan Meslek Grupları	61
Çizelge 3.6.	Kimlik Doğrulamasının Hangi Durumlarda Yapılacağına İlişkin Bulgular	62
Çizelge 3.7.	Hemşirelere Göre Kimlik Doğrulama Hatasını En Çok Yapan Meslek Grupları	63
Çizelge 3.8.	Hemşirelerin Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama İle İlgili Eğitim Alma Durumu	63
Çizelge 3.9.	Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimi Aldıkları Kurum/Eğitim Merkezi Bilgileri	63
Çizelge 3.10.	Hasta Kimliğinin Doğrulanmamasından Kaynaklı Tıbbi Hata İle Karşılaşma Durumu	64
Çizelge 3.11.	Kimlik Doğrulama Kaynaklı Karşılaşılan Hata Tanımı Bulguları	64
Çizelge 3.12.	Hemşirelerin Kimlik Doğrulanmamasından Kaynaklı Hata Yapma Durumu	65
Çizelge 3.13.	Hemşirelerin Kimlik Doğrulanmaması Kaynaklı Yaptığı Hataları Bildirme Durumu	65
Çizelge 3.14.	Hemşirelere Göre Hastaların Kimlik Bilekliklerini Takmak İstememelerinin Nedenleri	65
Çizelge 3.15.	Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hasta Kimliğinin Doğrulaması İle İlgili Verilen İfadeler Katılma Oranı	66
Çizelge 3.16.	Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi	71
Çizelge 3.17.	Hemşirelerin Yaş Aralıklarına Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi	74
Çizelge 3.18.	Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi	77

Çizelge 3.19.	Hemşirelerin Çalışmakta Olduğu Hastanedeki Hizmet Sürelerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi	80
Çizelge 3.20.	Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi	83
Çizelge 3.21.	Hemşirelerin Çalışma Şekline Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi	86
Çizelge 3.22.	Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi	89



1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık hizmeti alma hakkını doğuştan elde etmesi ve ülkelerin kalkınma düzeyleri hakkında bilgi verici bir parametre olması sebebi ile büyük bir önem taşımaktadır (Çakır, 2007, s:1). Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştiren kurumlar olarak hastanelerin hedefi hastaların ihtiyaçlarına cevap vermektir (Altındış, 2016).

21. yüzyılda sağlık hizmetlerinde amaçlanan temel konular; hastaların güvenliği, zamanında, etkili ve verimli bir sağlık hizmeti, hasta merkezli sağlık sistemi ve sunulan sağlık hizmetinin tüm hizmet alıcılarına eşit olarak dağıtılmasıdır (Ovalı, 2010). Esas itibarı ile hastaneler tıbbi bir kuruluş niteliğinde olan, farklı özelliklere sahip ve diğer işletmelere göre farklılık gösteren amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş gruplardır (Tengilimoğlu ve ark., 2011). Çıktıların tanımlanması ve ölçümlerinin zor olması, belirsizliğe ve hataya karşı toleransın düşük olması, uzmanlaşmanın fazla olması, yapılan işlerin acil ve ertelenemez nitelikte olması gibi birçok özellik sağlık hizmeti veren kurumları diğer işletmelerden farklı kılmaktadır (Altındış, 2016).

Sağlık hizmeti sunan işletmeler güvenlik bakımından bazı yönleriyle üretim sektöründeki işletmelerden farklılık göstermektedir (Tütüncü ve Küçükusta, 2008). Sanayi işletmelerinin yönetimlerinin aldığı kararlar işletmeye sadece maddi olarak zarar verirken; sağlık kuruluşlarının yönetiminde alınacak yanlış kararlar sadece maddi olarak değil aynı zamanda toplumsal olarak sağlığın bozulmasına neden olmaktadır (Çakır, 2007, s:1). Sonuca ulaşmayan amaçsız bir eylem, planlanan bir eylemin başarısızlığa uğraması (yürütme hatası), bir amacı gerçekleştirmek için yanlış bir planın kullanılması (planlama hatası), zarara neden olabilecek ve bakım sürecinden sapma gibi durumlar tıbbi hataya neden olabilmektedir (Makary ve Daniel 2016).

Tıbbi bakımın zarar verme potansiyeli, tıp tarihi boyunca kendini göstermiştir (İlan ve Fowler, 2005). Sağlık hizmeti alan hastalar sürekli olarak tıbbi hata riski ile karşı karşıyadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşabilecek bir hata

doğrudan bireyin sağlığını olumsuz bir şekilde etkileyecek ve söz konusu olumsuzluk tam anlamıyla giderilemeyecektir (Yıldız, 2010, s:8). Böylece tıbbi hata kavramı ortaya çıkmakta ve istenmeyen bir eylem (ihmal), amaçlanan bir sonuca ulaşmayan bir çıktı, planlanan eylemin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması (yürütme hatası), amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması (planlama hatası) ya da hastaya zarar verebilecek bakım sürecinden sapma olarak tanımlanmaktadır (Dahan ve ark., 2017).

Meydana gelen çoğu tıbbi hata önlenabilir bir yapıya sahiptir. Bu nedenle hataları ortadan kaldırmaya yardımcı olacak olan hasta güvenliği konusu ön plana çıkmaktadır (Kumar ve Steinebach, 2008). İnsanları güvenli bir çevrede tedavi etmek, önemsemek ve sağlık bakımıyla ilgili zararlardan korumak hem ulusal hem de uluslararası düzeyde önceliğe sahiptir (WHO, 2017). Sağlık kurumlarında çalışan tüm sağlık personelinin dikkat etmesi gereken ve sağlık hizmetlerinin kalitesini ortaya koyan en önemli konulardan biri hasta güvenliğidir (Ertürk ve ark., 2016). Hasta güvenliği, insan hayatını doğrudan etkileyen olaylarla ilişkilidir ve sağlık hizmetleri alanında küresel anlamda önemli bir konudur (WHO, 2017).

Hasta güvenliği kavramı sağlık hizmetinin en önemli unsurlarından biri olup; hizmet sunumunda meydana gelebilecek kazaları, yaralanmaları ve hataları ortadan kaldırmayı ya da zararı en aza indirmeyi amaçlamaktadır (Kaya Eroğlu, 2011, s:1). Hasta güvenliğini artırmak ve en yüksek kalitede tıbbi bakım sağlamak, modern tıbbın temel amacıdır. Tıbbi süreçlerden kaynaklanan hataları ortadan kaldırmak için birçok çalışma yapılmış ve bu çalışmalarla standart bakımda büyük ilerlemeler görülmüştür (Mitchell, ve ark., 2009; Tak, 2010). Hasta güvenliği uygulamalarının iş akışında yer alması/hayata geçirilmesi maddi kazançların ötesinde sosyal yönden de fayda sağlamaktadır (Bostan, 2012). Dolayısıyla sağlık hizmeti veren kuruluşlarda hasta güvenliği konusunun doğru bir şekilde ele alınıp mevcut sistemle bütünleştirilmesi etkili sonuçlar vermektedir (Mitchell, ve ark., 2009; Tak, 2010).

Güvenli olmayan sağlık hizmetleri olumlu sonuçların azalmasına ve hastaların zarar görmesine neden olabilir. Bu nedenle açık politikalar, örgütsel liderlik kapasitesi, güvenliği geliştirmeye yönelik veriler, yetenekli sağlık çalışanları ve hastaların

bakımlarına etkin katılımı, sağlık hizmetlerinin güvenliğinde sürdürülebilir ve önemli ilerlemeler sağlamak için gereklidir (WHO, 2017).

Hasta güvenliğine yönelik birçok tehdidin kaynağının benzer sebeplere ve benzer çözümlere sahip olduğu görülmektedir (WHO,2017). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde akreditasyon ve kalite geliştirme çalışmaları doğrultusunda hasta güvenliğine sık sık yer verilmekte ve ilaç yönetimi, tıbbi cihaz yönetimi, bakım ortamının yönetimi gibi süreçlerde güvenliğin etkili bir şekilde sağlanabilmesi için çeşitli sistemler tanımlanmaktadır. Oluşturulan sistemlerin insan hatasını önleyebilecek, insan ögesini ve kısıtlarını da göz önünde bulunduracak düzeyde olması gerekmektedir (Yıldırım, 2008, s:4). Hasta güvenliğinin artırılması ve tıbbi hataların azaltılması için çalışanlar arasında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, davranış kalıplarının değiştirilmesi, görülen hatalara karşı sistematik önlemlerin alınması, çift kontrol sisteminin uygulanması gibi uygulamaların aktif olarak çalışması gerekmektedir (Ovalı, 2010).

Sağlık hizmetinin yanlış hastaya uygulanmasından kaynaklı hatalar; tanı ve tedavi hizmetlerinin neredeyse her alanında görülmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması için ilk şart doğru hastaya doğru işlemin yapılmasıdır (Cengiz, 2014).

Hasta güvenliği, kalite konusunun önemli başlıklarından biri olmakla birlikte sağlık hizmetlerinin stratejik olarak planlanmasında kilit noktalardan biridir (Arab ve ark., 2013; Ovalı, 2010). Hasta güvenliği ve kalite konusunda önde gelen kurumlardan biri olan Joint Commission International (JCI) kaliteli sağlık hizmeti sağlanması için ulusal hasta güvenliği hedeflerini koymuştur. Tanımlanan hedeflerden birincisi hastaların doğru kimliklendirilmesi konusudur. Doğru hastaya doğru işlemin yapılması hastanın kimliğinin doğrulanması ile gerçekleştirilebilir (WHO, 2017). Hasta güvenliği sağlık hizmetleri kalitesinin ana unsurudur. Kimlik doğrulama hataların önlenmesinde ilk adım olması sebebi ile bu konuda sağlık kurumlarının bir politikası olmalı ve kurumdaki çalışanların tamamı politika doğrultusunda hareket etmelidir (TTB, 2010).

Yanlış hasta tanımlaması, pek çok hatanın temel sebebi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektörü tarih boyunca hastaları doğru tespit edememe, ilaç hataları, transfüzyon hataları, test hataları, yanlış kişi prosedürleri ve bebeklerin yanlış ailelere verilmesi gibi durumlarla sürekli olarak karşı karşıya kalmıştır. Hastanın yanlış tanımlanmasının gerçekleşebileceği başlıca alanlar arasında ilaç uygulaması, flebotomi (kan alma), kan transfüzyonu ve cerrahi müdahaleler yer almaktadır. Bu gibi sebeplerden dolayı birçok ülkede mevcut sağlık hizmetleri kalitesiz bir şekilde faaliyet göstermektedir. Bu nedenle hastaların güvenliği tehlikeye atılmakta, çıktılardan ödün verilmekte ve ülke nüfusunun güven eksikliğine neden olmaktadır (WHO, 2017).

Bu araştırma Ankara’da bulunan bir kamu üniversitesi hastanesinde gerçekleştirilmiş olup; amacı hasta güvenliğinde kimlik doğrulamanın önemi, kimlik doğrulama çeşitleri, karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerilerinin belirlenmesidir. Ayrıca hemşirelerin hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda tutumları, sergiledikleri davranışlar, iç çevre koşulları ve dış çevre koşulları hakkındaki düşüncelerinin de belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.1. İş Güvenliği

Sosyal ve ekonomik olarak önemli bir sorun olan iş güvenliğinin ortaya çıkışı, sanayileşmenin ilk zamanlarında olmuştur (Vatansever Durgut, 1999, s:9). Mesleki sağlık, ergonomi, kimya, fizik, teknoloji, hukuk gibi bilimsel alanlarla bağlantılı multidisipliner bir alandır (Alli, 2008, s:17). Centel’e göre iş güvenliği; kavram olarak, çalışanların işte karşılaştıkları tehlikelerin, ortadan kaldırılması veya azaltılması için getirilmiş yükümlere ait teknik kuralların bütünüdür (Centel, 2000). İş güvenliği çalışanların çalışma koşullarını değerlendirmeyi ve güvenliklerini sağlamayı ifade etmektedir. İş güvenliği sağlanmadığında ya da gerekli önlemler alınmadığında iş kazası ve meslek hastalıkları ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle Türk Standartları Enstitüsü (TSE) iş güvenliğini, “İş yerlerinde işin yapılması ve yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan tehlikelerden korunmak, sağlığa zarar verebilecek durumlardan korunmak ve daha uygun bir çalışma ortamı sağlamak için yapılan metotlu çalışma” şeklinde tanımlamıştır (TSE, 2006, s:2).

Küresel olarak hem teknolojiye hem de sanayide meydana gelen gelişmelere bağlı olarak iş yerlerinde aktif bir şekilde çalışan bireylerin güvenliği ile ilgili bir takım sorunlar ortaya çıkmıştır. (MEGEP, 2014). Bu nedenle vahim olaylar yaşanmadan önce bazı önlemlerin alınması ve çalışma ortamını güvenli hale getirilmesi maddi ve manevi zararların önüne geçilmesini sağlayacağı için iş güvenliği kavramı önem kazanmıştır (Ünal, 2017, s:7). İş güvenliği çalışmalarının; çalışma verimini artırmak, oluşabilecek maddi ve manevi zararları önlemek ya da ortadan kaldırmak, çalışma koşullarının olumsuz etkilerinden korunmak, en yüksek sağlıklı ortamı sunmak, iş ve işçi arasında en iyi uyumu sağlamak gibi birçok amacı vardır (MEGEP, 2014).

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmaların çoğu, sağlık kuruluşlarında çalışma ortamı ile ilgilidir. Güvenlik ortamı ve güvenlik uygulamalarına uygunluk söz konusu çalışma ortamlarıyla ilişkilidir. Güvenlik ortamı, güvenlik politikaları, prosedürleri ve uygulamaları çalışanların kurumda güvenlik konusunda sahip oldukları algı ve beklentileri ifade etmektedir (Gimeno ve ark., 2007).

Güvenlik konusunda eğitim oldukça önemlidir. Eğitim sadece bir sınıfta verilen formal bir kurs değildir. İnsanların bir şeyi nasıl yapacağını öğrenmelerine, ne yapmaları ya da yapmamaları gerektiği konularında bilgi vermek, yardımcı olmak anlamına gelir. Sağlık ve güvenlik bilgisi oluşturma'nın birçok faydası bulunmaktadır (Health and Safety Executive, 2012, s:1; United States Department of Labor, www.osha.gov);

- Çalışanların sağlık ve güvenlik konusunda yetkin hale getirilmesine katkı sağlamak,
- Kazaların ve hastalıkların neden olduğu rahatsızlıklardan kaçınılmasına yardımcı olmak,
- Mali olarak doğabilecek zararlardan korumak,
- İşyeri tehlikeleri hakkında farkındalık ve anlayış yaratmak, rapor etmek ve kontrolünü sağlamak,
- Görevlerin güvenli bir şekilde yerine getirilebilmesi için çalışanların kendilerini ve başkalarını riske atabilecek tehlikeli davranışlardan kaçınmaları konusunda gerekli bilgi ve beceriler kazandırmak.

1.2. Hasta Güvenliği Kavramı

Sağlık hizmetlerinde güvenlik, hem çıktıları artırmak hem de zararı önlemek için birçok kalite geliştirici aktiviteden biri olup kalitenin bileşenlerinden biri olarak kabul edilir. Avustralya Sağlık Hizmetleri Güvenlik ve Kalite Komisyonu (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare - ACSQHC) hasta güvenliğini, sağlık hizmetleri ile ilgili zararın riskini azaltmak ve kabul edilebilir minimum seviyeye ulaştırmak olarak tanımlamıştır (ACSQHC, 2010, s:2).

Hasta güvenliği, son yıllarda sağlık hizmetleri alanının gelişmesinde en önemli ve güncel konulardan biridir. Üzerinde durduğu nokta potansiyel zararlardan hastaları korumak ve yanlış uygulama ve olası hataları belirleyerek bertaraf etmektir. Ayrıca hasta güvenliği sağlık personeli ve hastaların fiziksel ve sosyal durumlarını olumlu yönde etkileyen bir çevre güvenliği sağlamaktır (Demirtaş ve ark., 2014).

Hasta güvenliği, hasta olan bireyin mevcut sağlık düzeyini olumsuz bir şekilde etkileyebilecek durum ve koşullardan korunması anlamına gelmektedir (Yalçın ve Acar, 2010). Türk Tabipleri Birliği (TTB) hasta güvenliğini, “Sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılması” şeklinde tanımlamıştır (TTB, 2010, s:17).

Hasta güvenliği uygulamaları, çeşitli tanı ve tedavi sürecinde tıbbi bakımla ilişkili olumsuz olaylara maruz kalma riskini azaltmak olarak tanımlanır (Mitchell, 2008, s:2). Hasta güvenliği, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda hasta ve hasta yakınlarını olumsuz olarak etkileyebilecek her türlü olumsuz durumların önlenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır (Tengilimoğlu ve ark., 2011). Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu (National Patient Safety Foundation - NPSF) hasta güvenliğini, “Sağlık hizmetlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçların ve yaralanmaların düzeltilmesi, önlenmesi ve kaçınılması durumu” şeklinde tanımlamıştır (NPSF, www.npsf.org).

Hastane personelinin tecrübesizliği/deneyimsizliği, çalışma arkadaşları ya da hasta/hasta yakınları ile arasındaki iletişim eksikliği, sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıya sahip olması gibi sebeplerden dolayı verilen sağlık hizmetlerinde istenmeyen

durumlar ve hatalar ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan tıbbi hatalar genel olarak literatürde hastane enfeksiyonları, yanlış taraf cerrahisi, düşmeler gibi durumlardır (Seren İntepeler ve Dursun, 2012).

1.3. Hasta Güvenliğinin Önemi

Güvenlikle ilgili endişeler, sıklıkla ve savunmasız insanlara zarar veren ve kaçınılmaz bir durum olduğunu gösteren olaylardan kaynaklanmaktadır. Son yirmi yıldır sağlanan sağlık hizmetleri, bilimsel araştırma, kamusal tartışma ve sağlık politikası oluşumunun önemli bir alanı haline gelmiştir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin güvenliği; dünya çapında ampirik, etik, yasal ve politik unsurların bağlantı noktasını oluşturmaktadır (Hurwitz ve Sheikh, 2009, s:1).

Hastaneler etkili bir hasta bakımı ve güvenliği için birçok farklı departman ve ünite ile birlikte çalışan sistemlerdir. Bunun yanı sıra sunulan hizmetin maliyeti ve uygunluğu da çıktıya önemli derecede etki etmektedir. Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine - IOM) hastanelerde meydana gelen tıbbi hataların her yıl on binlerce hastanın ölmesine ve bu sayıdan daha fazlasının yaralanmasına neden olduğunu raporlamıştır (Saysana ve ark., 2017).

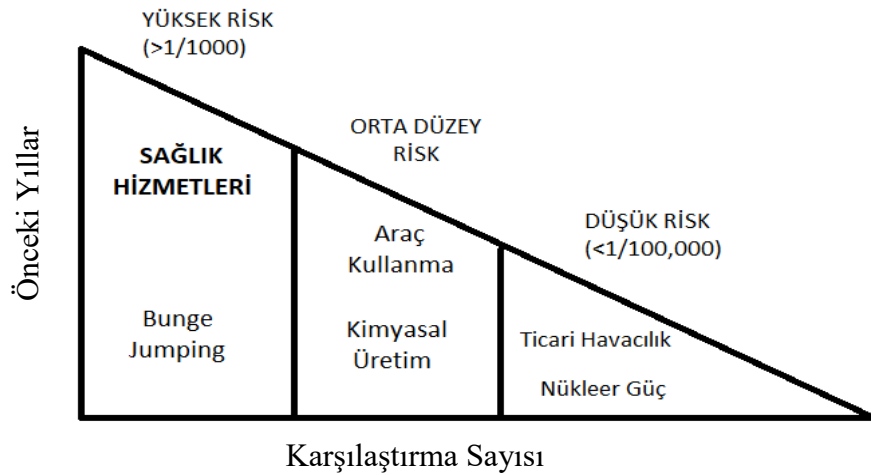
IOM yayınladığı raporların birinde sağlıkta kalite alanında 20 öncelikli alan belirlemiştir. Bu 20 alanın üç tanesi hasta güvenliği ile ilgilidir. Söz konusu üç alan hastane enfeksiyonları, yaşlı sağlığı ve ilaç yönetimidir. Hasta güvenliği sağlık hizmetleri alanında revize edilmesi gereken konulardan biridir (Tütüncü ve Küçükusta, 2008).

Bir organizasyonda hasta güvenliğini üst seviyeye taşımak yüksek güvenilirlikli bir ortam meydana getirerek oluşturulabilir. Yüksek güvenilirlikli organizasyonlarda uygun güvenli bir çıktının sürdürülebilirliği için güvenli çevre ve güvenlik kültürü desteklenmelidir (Saysana ve ark., 2017). Hasta güvenliği kültürü sağlık merkezlerinde hasta güvenliğini geliştirmek için anahtar bir faktördür. Güvenli olarak sunulmayan sağlık hizmeti hem hastaya zarar vermekte hem de finansal olarak yük oluşturmaktadır. Güvenli olmayan sağlık hizmeti sunumu gelişmiş ve gelişmekte

olan ülkelerle karşılaştırıldığında, gelişmekte olan ülkelerdeki riskin gelişmiş ülkelere oranla 20 kat daha fazla olduğu görülmüştür (Saber ve ark., 2017).

Sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen ölümler çeşitli nedenlerle meydana gelen ölümler ile karşılaştırıldığında, sağlık hizmetlerinin neden olduğu ölüm oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti almak için sağlık kuruluşlarına başvuran bir hastanın ölüm riskinin de bulunduğu söylenebilir (Cengiz, 2014:5).

Birçok yüksek riskli sanayi, çoğu güvenlik sorunları ile sistematik biçimde baş etmekte, organizasyonun tehlikelerin tanımlanması ve yönetilmesine ilişkin çabalarını bütünleştiren bir güvenlik yönetim sistemi geliştirmektedir. Güvenlik yönetim sisteminin en önemli yönü davranışları kontrol etmekte kullanılmasıdır. Temel varsayımı protokoller veya kılavuzlar şeklindeki kuralların, karmaşık ve dinamik sistemdeki faaliyetlerin standartlaştırılmasını artıracak olan en iyi uygulamayı belgeleyebilmesi için geliştirebilmesidir (Parker ve ark., 2009).



Şekil 1.1. Sağlık Hizmetleri ve Diğer Endüstrilerin Risk Karşılaştırması (Kalra, 2011, s:3)

İnsan hayatında birçok farklı durum hayati risk taşımaktadır. Şekil 1.1’de günlük hayattan farklı durumlar ve bu durumlarda meydana gelebilecek ölüm riskleri verilmiştir. Kalra’ya göre (2011) sağlık hizmetleri sunumu çeşitli endüstriler arasında

insan hayatı için en risklisidir. Nükleer santraldeki güvenlik önlemlerinin düzeyi sağlık hizmetlerindeki çok daha fazladır.

Hataların nasıl azaltılacağını anlamak, olası hata kaynaklarını çerçevelemek ve bunları azaltmanın etkili yolu, eşleştirmekle ilgilidir (Donaldson, 2008, s:55). Sağlık sistemi içerisinde yer alan hastalar için güvenlik düzeyinin iyileştirilmesinin temeli sağlıkla ilgili hataları tam olarak anlamaktan geçmektedir. Bunlar (New South Wales Ministry of Health, 2005);

- Hata mekanizmaları ve nedenleri
- Hata tespiti
- Hatayı en aza indirme ve önleme yöntemleri.

Sağlık çalışanları belirli bir amaca katkı sağlayan bir takımın üyesi olması sebebi ile katılımcıların her biri çalışanlara saygı ve güven duyar. Hasta güvenliği, sağlık işletmelerinde çalışan tüm personelin sorumluluğundadır (Tütüncü ve Küçükusta, 2008). Sağlık çalışanlarının işbirliği içerisinde hareket etmesi hasta bakımı için kritik bir öneme sahiptir. Hastanelerdeki çalışanlar işbirliği içinde çalıştığı ve hasta bakımı sırasında tıbbi hataların ve tekrarlayan olayların önüne geçildiği zaman hasta güvenliği konusunda ilerleme sağlanacaktır (McComb ve ark., 2017). Bu konuda Akalın (2012) en önemli hasta güvenliği iyileştirme yöntemlerini klinik uygulama rehberleri, kritik yol haritaları, klinik karar verme destek sistemleri, davranış değişikliği sağlayacak eğitim programları şeklinde sıralamaktadır.

IOM 21. yüzyılda sağlık hizmetlerinde geliştirilmesi gereken konuları ele almıştır (TTB, 2010, s:14);

Güvenli (Hizmet alanlara yardım ederken zarar verilmemesi),

Etkili (pozitif bilimler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına uygun hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi, hizmetin eksik ya da gereksiz kullanımının önüne geçilmesi)

Hasta Odaklı (hastaların değer yargıları, ihtiyaçları, tercihleri doğrultusunda hizmet sunumunun sağlanması),

Zamanında (sağlık hizmetine gereksinim duyulduğu zaman ulaşabilme imkânı, beklemlerin sağlığa zarar verme ihtimalinin önlenmesi),

Verimli (hem malzeme hem de işgücü bakımından en az girdi ile en çok çıktının elde edilmesi),

Eşit ve Hakkaniyetli (Sağlık hizmeti sunumunda herhangi bir kriter göz önüne alınmaksızın, ayırım yapmadan bütün insanlara aynı düzeyde sağlık hizmeti verilmesi).

IOM hastanelerde yaşanan tıbbi hatalar ve kazalar neticesinde meydana gelen yaralanma ve can kayıplarını önlemek ya da ortadan kaldırmak amacıyla, hasta güvenliği konusunu geliştirilmesi gereken konulardan biri olarak belirlemiştir (TTB, 2010, s:14)

1.4. Hasta Güvenliğinde Kalite ve Akreditasyon

Akreditasyon kavramı genel olarak, eğitilmiş dış hakem değerlendiricilerinin bir sağlık kuruluşunun uyumluluğunu değerlendirdiği ve önceden belirlenmiş performans standartlarıyla karşılaştırdığı bir sivil toplum örgütü tarafından desteklenen gönüllü bir programdır (Alkhenizan ve Shaw, 2011). Abdou ve arkadaşları (2018) akreditasyon kavramını, “Toplum sağlığını geliştiren hizmetlerin ve süreçlerin üretkenliği, verimliliği, etkinliği, sorumluluğu ve performansında ölçülebilir iyileştirmeler elde etmek için gösterilen çaba” şeklinde tanımlamıştır.

Akreditasyon, eğitim kurumlarının kalitesindeki kabul edilemez değişimlere yanıt olarak ortaya çıkmış ve daha sonra başta sağlık olmak üzere diğer sektörlerle yayılmıştır (Lewis, 2013). Sağlık alanında kalite ve akreditasyon uygulamaları ilk olarak 1917 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Amerikan Cerrahlar Koleji tarafından hastaneler ve diğer tıbbi tesisler için “Hastaneler için Asgari Standart” uygulaması ile başlatılmıştır. Akreditasyon resmi olarak ABD’de Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu'nun (JCAHO) kurulması ile başlamaktadır. Bu model 1960 ve 1970’li yıllarda Kanada ve Avustralya’da uygulanmaya başlanmış ve 1980’li yıllarda Avrupa’ya ulaşmıştır. 1990’lı yıllarda ise akreditasyon uygulamaları tüm dünyaya yayılmıştır (Alkhenizan ve Shaw, 2011). WHO tarafından, 2000 yılında 36 ülke çapında sağlık akreditasyon programları

belirlenmiştir. Akreditasyon, birçok ülkede sağlık sistemlerinin önemli bir parçasıdır (Brubakk ve ark., 2015).

Akreditasyon uygulamasının hedefleri hizmetin niteliğine göre değişiklik göstermektedir. Genel olarak akreditasyon hedefleri aşağıdaki gibidir (Lewis, 2013);

- Özellikle zarar verme potansiyeline sahip hizmetlerde kamu güvenliğini korumak,
- Hizmet ve ürün sağlayıcıları arasında kabul edilebilir bir kalite düzeyini sağlamak,
- Öz değerlendirme, dış değerlendirme ve ölçüm, kamu raporlaması ve geliştirilmiş standartlar yoluyla kaliteyi sürekli iyileştirmek,
- İnsanların hizmetler ve ürünler hakkında daha bilinçli seçimler yapmalarına yardımcı olmak.

Akreditasyon uygulamaları sağlık işletmelerine sürekli kalite iyileştirme, üçüncü taraflarca kalite ölçümünün yapılması, kuruluşların sıralaması, performans sözleşmeleri ve performansa ödenen teşvikler, uygulamaların standardize edilmesi, hizmet verenler ve kullanıcıların anket uygulamaları, değerlendirme, gerçek zamanlı performans ölçümü gibi birçok fayda sağlamaktadır (Lewis, 2013). Ayrıca akreditasyon programları, sürekli kalite geliştirmeyi desteklemek için en uygun ve ulaşılabilir kabul edilen standartları benimsemektedir (Abdou ve ark., 2018).

1.5. Hasta Güvenliğinde Bazı Ulusal ve Uluslararası Organizasyonlar

Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli sunulmasını sağlamak ve kamuoyu oluşturarak halkı bilgilendirmek amacıyla ulusal ve uluslararası düzeyde birçok organizasyon kurulmuştur. Bu organizasyonların bazıları aşağıda maddeler halinde verilmiştir;

Türk Akreditasyon Kurumu: Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) uygunluk değerlendirmesi faaliyetlerini icra etmek amacıyla 4 Kasım 1999 tarihinde

kurulmuştur. Ulusal, uluslararası ve Avrupa standartları doğrultusunda akreditasyondan sorumludur. Avrupa Akreditasyon Birliğinin, Uluslararası Akreditasyon Forumunun ve Uluslararası Laboratuvar Akreditasyonu Birliğinin tam üyesi olarak faaliyet göstermektedir (TÜRKAK, <http://www.turkak.org.tr>).

Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği: Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği'nin amacı sağlıkta kalitenin tanıtılarak sürekli gelişimini sağlamak amacıyla politikalar üretilmesini sağlamak, ülke genelinde kalite bilincinin oluşturulmasını sağlamaktır (Yetginlioğlu, 2009, s:50).

Kanıtı Dayalı Tıp Derneği: Kanıtı Dayalı Tıp Derneği 2007 yılında kurulmuştur. Kanıtı dayalı tıp uygulamaları geleneksel tıp uygulamalarının yerini almış olup; tanı ve tedavi süreçlerinde sistemli bir yaklaşım sergileyerek, nitelikli ve güncel araştırmalardan faydalanarak doğru kararın verilebilmesi durumunu desteklemektedir (Saygılı ve ark. 2013).

JCI: Bağımsız ve kar amacı gütmeyen bir kuruluş olarak birçok sağlık kuruluşunu ve programı akredite etmektedir. JCI, bir kuruluşun belirli performans standartlarını karşılama konusundaki kararlılığını yansıtan bir kalite sembolü olarak tanınmaktadır. Halkın sağlık hizmetlerini; diğer paydaşlarla işbirliği içinde çalışarak, sağlık kuruluşlarını değerlendirerek, en yüksek kalite ve değere sahip bir şekilde, güvenli ve etkili bakım sağlayarak sürekli iyileşmeyi kendisine amaç edinmiştir (JCI, www.jointcommission.org)

Uluslararası Hastaneler Federasyonu (IHF): Kar amacı gütmeyen bir sivil toplum kuruluşudur. 1929 yılında Atlantic City'deki ilk Uluslararası Hastane Kongresi'nden sonra Uluslararası Hastane Birliği adıyla kurulmuştur. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Uluslararası Hastaneler Federasyonu olarak isim değiştirmiştir. Merkezi Cenevre'dedir. Sağlık hizmeti sunma, sağlık hizmetlerini destekleme ve eğitim hizmeti verme konularında hastaneler ve sağlık kuruluşları için önemli bir yeri vardır (IHF, www.ihf-fih.org).

1.6. Hasta Güvenliği Konusunda Uluslararası Gelişmeler

Son zamanlarda sağlık kurumlarında bakım sürecinde algılanan güven duygusu önemli derecede sarsılmıştır (Kalra, 2011, s:1). Sağlık hizmetlerinin güvenliği artık büyük bir küresel önem taşımaktadır. Gelişmiş ölkelerin birçoğu, önemli sayıda hastanın sağlık hizmetleri sırasında zarar gördüğünü ve bu durumun sağlık kuruluşlarındaki kalış süresinin uzamasına hatta ölüme neden olduğunu gösteren çalışmalar yayınlamıştır (WHO, 2017).

Sağlık hizmetlerinin standartlaştırılmasının temelleri 1910 yılında ABD’de atılmıştır. Amerikan Cerrahlar Koleji hastaneler için “minimum standartlar” geliştirmiştir. Bu standartlar sağlık hizmetlerinin temel standartlarını oluşturmaktadır. İlk yayınlandığı dönemlerde sadece 5 standarttan oluşan minimum standartlar 1953 yılında Joint Commission of Accreditation of Hospital (JCAH) tarafından 11 sayfalık bir standart set olarak sunulmuştur (Kayral, 2018).

IOM tarafından 29 Kasım 1999’da “To Err is Human: Building a Safer Health System” raporu yayınlanmıştır. Bu raporun yayınlanmasının sebebi ABD’de sağlık bakımının yeterince güvenli olmamasından kaynaklanmaktadır (Donaldson, 2008). ABD’de önlenebilecek tıbbi hatalar nedeniyle hastanelerde her yıl 44.000-98.000 kişinin hayatını kaybettiği tespit edilmiştir. Ayrıca tıbbi hataya bağlı ölümler; motorlu araç kazaları, meme kanseri ve AIDS sebebiyle meydana gelen ölümlerden fazladır (IOM, 1999).

Yeni federal hukuk ve düzenlemeler ile federal yönetim tarafından onaylanmış Hasta Güvenliği Organizasyonları (Patient Safety Organizations) (PSOs) yapısı kurulmuştur. Bu yapı çalışanların, özel ve güvenli bir federal şemsiye altında geribildirimde bulunabilmesine olanak tanımaktadır (Tingle, 2010, s:1-3). Hasta güvenliği ile ilgili raporlama mekanizmaları; tıbbi aksilikler ve güvenlik olayları hakkında veriler toplamak, bunlardan dersler çıkarmak ve ilan etmek için kurulmuş olup; sonuç olarak geçmişe kıyasla çok daha fazla sağlık olayının ve sürecinin bugün hata olarak sınıflandırılmasına katkı sağlamıştır (Hurwitz ve Sheikh, 2009, s:1).

Dünyada ilk defa hasta güvenliği ile ilgili olumsuz olay raporlama sistemi Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi (National Reporting and Learning System - NRLS) adı altında İngiltere’de oluşturulmuştur. Hatalara temel olarak sistem yönetiminin başarısızlığı ve güvensiz çalışma ortamının neden olduğu savunulmuştur (Tingle, 2010, s:1-3).

1936'da, Stockholm'deki Maria Hastanesi'nde lokal anestetik enjeksiyon yerine cıva oksisijen verilen dört hastanın ölümünden sonra medikal tedaviyle ilgili ciddi yaralanmaların bildirilmesi için bir sistem kuran yasayı yürürlüğe koyan İsveç'te ilaçla ilişkili zarar kavramı resmen tanınmıştır. Savaş sonrası çalışmalarda hastane bakımı nedeniyle hastanın zarar görmesinin kapsamını ve çeşitliliğini tahmin etmeye çalışan araştırmalar yapılmıştır. Hastane kaynaklı zararlar ile ölüm arasındaki ilişki incelenmiştir (Hurwitz ve Sheikh, 2009, s:8).

Avrupa Birliği’ne (AB) genel olarak bakıldığında zaman hastaneye kabul edilen hastaların %8-12’sinde istenmeyen olayların görüldüğü düşünülmektedir. Sağlık hizmetleriyle ilişkili olarak hastalıkların yaklaşık %25’ini ilaçla ilgili hatalar, cerrahi hatalar, tıbbi cihaz arızaları, teşhis hataları veya test sonuçlarına göre hareket edilmemesi durumları oluşturmaktadır. AB ülkelerinin vatandaşlarının, sağlık hizmetlerinde kalite algısına bakıldığında ise; vatandaşların %71’i ülkelerinde sunulan sağlık hizmetinin kalitesini iyi bulurken %27’si kötü bulmuştur. Özellikle kuzey ve batı bölgelerde yaşayan vatandaşlar sağlık hizmetleri hakkında en çok olumlu görüş bildiren kesim olmuştur (Eurobarometer, 2014).

Bireylerin sağlıklarının bozulması yalnızca halk sağlığı sorunu değil aynı zamanda önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Fakat ekonomik olarak yük oluşturabilecek olan olumsuz olayların yüksek oranının önlenemez olduğu ve bunların sistematik konulara dayandığı kabul edilmektedir (Eurobarometer, 2014). Sağlık sistemleri ülkeden ülkeye farklılık göstermesine rağmen hasta güvenliği, endişe verici bir konu olması sebebi ile ulusal çabalarla ülkelerin edindikleri deneyimler sonucu, birçok tehdidin benzer nedenlere ve benzer çözümlere sahip olduğu görülmüştür (WHO, 2017). Bu nedenle Avrupa Birliği Konseyi sağlık hizmetleri ile ilgili oluşabilecek olumsuzlukların kontrolü ve önlenmesini içeren hasta güvenliği önerisini

kabul etmiştir. Bu öneride sağlık hizmetlerinde olumsuz olayların meydana gelmesini önlemeye ve azaltmaya yardım eden birkaç başlık bulunmaktadır. Bunlar (European Opinion Research Group, 2010, s:3-4);

Hasta güvenlik olaylarının daha fazla raporlanması:

Olumsuz olaylar hakkında suçlama yapılmaksızın daha kapsamlı bir raporlama yapılmalıdır. Bu durum hasta güvenliğinde mevcut durumu görme ve kontrol etmeye yardım eder ayrıca uygulanan tedbirlerin etkinliği hakkında bilgi verir.

Hasta güvenliği üzerine odaklanma, sağlık çalışanlarının eğitim ve uygulaması:

Hasta güvenliğinde temel yetkinliklerin gelişmesi mesleki uygulamayı içerir. Bu nedenle hasta güvenliğinde, sağlık çalışanlarının tamamı eğitim ve uygulama ile ilişkilendirilmelidir.

Hastalar arasında hasta güvenliği konusunda daha fazla farkındalık:

Hastalar hasta güvenliği önlemleri ve standartları ile mevcut şikâyet prosedürlerinden sorumlu yetkililerin farkında olmak ister.

Hasta güvenliği önlemlerinin, tanımlarının ve terminolojinin standardizasyonu:

Avrupa Birliğine üye devletler, hasta güvenliği stratejilerinin farklı düzeylerde geliştirilmesi ve uygulanması aşamasındadır. Ortak terminoloji kullanımı tavsiye edilir. Ayrıca hasta güvenliği standartları ve en iyi uygulamaların üye devletler arasında paylaşılmasını ve geliştirilmesini savunur.

Avustralya Hasta Güvenliği Eğitim Sistemi (The Australian Patient Safety Education Framework) hasta güvenliği eğitim programı oluşturmuştur ve söz konusu eğitim programını 11 konu başlığı altında değerlendirmiştir (WHO, 2009);

- Hasta güvenliği nedir?
- Hasta güvenliğinde insan faktörü ve hasta güvenliği neden önemlidir?
- Sistemleri anlama ve karmaşıklığın hasta bakımına etkisi

- Etkili bir takım oyuncusu olma
- Hataları anlama ve öğrenme
- Klinik riski anlama ve yönetme
- Kalite geliştirme yöntemlerine giriş, hastalarla ve bakıcılarla etkileşim kurma
- Gelişmiş enfeksiyon kontrolü ile enfeksiyonu en aza indirmek
- Hastanın güvenliği ve invaziv prosedürleri
- İlaç güvenliğini artırmak.

JCI sağlık hizmeti alan hastaların güvenliğinin sağlanması için 6 başlıktan oluşan uluslararası hasta güvenliği hedeflerini yayınlamıştır. Bu hedefler (JCI, 2014);

- Hasta kimliğinin doğru belirlenmesi,
- Etkin iletişimin iyileştirilmesi,
- Yüksek riskli medikasyonların güvenliğinin iyileştirilmesi,
- Doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta, cerrahisinin güvence altına alınması,
- Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması,
- Hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılmasıdır.

Hasta kimliğinin doğru belirlenmesi hedefinin kapsamı iki yönlüdür: birinci yönü, hizmet alan kişinin tedavinin planlandığı kişi olduğundan emin olunmasıdır. İkinci yönü hizmet ve tedavinin hizmeti alacak olan kişi ile eşleştirilmesidir (JCI, 2014) .

1.7. Hasta Güvenliği Konusunda Ulusal Gelişmeler

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye Cumhuriyeti'nde de insan sağlığını koruyan ve geliştiren devlet otoritesidir (Yetginoğlu, 2009, s:29). Bu bağlamda Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56. Maddesinde, “*Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak işbirliğini geliştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet*

vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.” hükmü yer almaktadır (T.C. Anayasası, Madde 56).

Türkiye’deki devlet otoriteleri son zamanlara kadar hasta güvenliğinden çok hasta hakları ve hasta şikâyetleri konuları üzerinde yoğunlaşmıştır. 2006 yılından sonra hasta güvenliği alanında toplantılar yapılmış ve devletin hasta güvenliği konusu ile ilgilendiği görülmüştür. Sağlık Bakanlığı ile JCAHO arasında anlaşmalar imzalanmış olup; yapılan protokol ile sağlık kurumlarında standartların oluşturulması amaçlanmıştır (Ardahan ve Yelkin Alp, 2015).

Küresel olarak faaliyet gösteren uluslararası akreditasyon kurumlarının akredite etmiş olduğu sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği açısından tehdit oluşturan durumlar takip edilmekte, kaydedilmekte, analiz edilmekte ve iyileştirme yapılmaktadır. Çalışma hayatında hasta güvenliği bilincini oluşturmak ve geliştirmek için birçok çalışma, kongre ve toplantı yapılmaktadır. Hasta güvenliği konusu tek taraflı olarak fayda sağlayan bir durum olarak gözüксе de hem hasta hem de çalışan bakımından yarar sağlamaktadır (Ovalı, 2010).

Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan kurumlar, geçmişe kıyasla rekabet koşullarının daha fazla olduğu bir ortamda faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda değişimleri zamanında gerçekleştirmek, rekabet edebilmek, gereksinimleri karşılamak ve verimliliği artırmak amacıyla kurumsal performans ve kalite çalışmaları başlatılmıştır. Bu kapsamda Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2007 yılının Mayıs ayında Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı’na bağlı olarak kurulmuş olup üç şube ile hizmet vermiştir. 23.11.2007 tarihinde ise daire başkanlığı kimliğini kazanmıştır. Kurumsal performans ve kaliteyi geliştirme çalışmaları hem ulusal hem de uluslararası nitelikler taşımaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Birçok sektörde geçerli olan rekabetin artması ve tüketicilerin bilinçli olması durumu sağlık sektörü için de geçerlidir. Bu durum sağlıkta kalite beklentilerini artırmakla birlikte hizmet alanların sağlık kurumları arasında karşılaştırmalar yaparak

tercihte bulunmalarına neden olmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu sürecinde hizmet kalitesinin güvence altına alınması, kalite alanında belli standartların oluşturulması, sürekli iyileştirmelerin yapılması için en önemli araç akreditasyondur (Kayral, 2018).

Günümüzde çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite, akreditasyon ve hasta güvenliği alanında çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak hizmet vermekte olan Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi ve kurumların akredite edilmesi için hizmet vermekte ve kapsamlı çalışmalar yürütmektedir (Cengiz, 2014:15).

Merkezi İstanbul’da bulunan ve 2015 yılında kurulmuş olan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), sağlık bilimleri ve teknolojileri konusunda çalışmalar yaparak hem ulusal hem de uluslararası nitelikte hizmet vermektedir. Sağlık hizmetlerinin belirli standartlarda sunulması için TÜSEB’e bağlı olarak Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) kurulmuştur. TÜSKA hastane standartlarını yönetim ve organizasyon, performans ölçümü ve kalite iyileştirme, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta deneyimi, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri, acil durum yönetimi olmak üzere 7 boyutta ele almaktadır. TÜSKA’nın amacı uluslararası gelişmeleri dikkate alan, sağlıkta kalite altyapısı ile uyumlu, kurum içerisinde tüm hizmetleri kapsayan amaçsal yorumlamaya uygun, hizmet süreçlerine çıktılarına odaklı, inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği öne çıkaran, kullanımı kolay ve kapsayıcı standartlar oluşturmaktır (TÜSEB, www.tuseb.gov.tr).

TÜSEB bünyesinde faaliyet gösteren birimlerden olan Kalite Yönetimi ve İyileştirme Birimi sağlık hizmetleri kalitesinin sürekli iyileştirilmesi için birçok çalışma yapmaktadır. Kalite yönetimi ve iyileştirme biriminin görevleri aşağıda maddeler halinde verilmektedir (TÜSEB, www.tuseb.gov.tr):

- Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve sürekli kalite iyileştirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi,
- Sağlıkta insan kaynağı potansiyeline eğitimler vererek bilgi ve beceri kazandırmak,

- Hasta güvenliği eğitim müfredatının hazırlanmasında yardımcı olmak,
- Eğitim sempozyum vb. faaliyetlerde bulunmak ve işbirliği yapmak,
- Sağlık hizmetlerinin geliştirilebilmesi için diğer ülkelerden bilgi transferi yapmak ve uygulamaları faaliyete geçirmek için çalışmalar ve projeler yürütmek.

Hasta güvenliğinin temin edilebilmesi için teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayan Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik oluşturulmuştur. 27.06.2015 tarih ve 28730 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan yönetmeliğin amacı; sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlık hizmet kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmeti veren tesislerin ve sağlık profesyonellerinin tıbbi müdahale süreçlerinde karşılaştıkları olumsuz durumları ya da hataları bildirmelerine olanak tanıyan ve oluşan hataların iyileştirilmesi için gerekli önlemler hakkında bilgi edinmelerini sağlayan Güvenlik Raporlama Sistemi’ni (GRS) oluşturmuştur. GRS 2016 yılının Mart ayında aktif olarak çalışmaya başlamıştır. Sağlık kurumlarının hata olasılıklarına karşı tedbir almak amacıyla uyguladığı faaliyetlerde yol göstermesi ve personelin sık görülen hatalar karşısında daha bilinçli olması için meydana gelen hataların raporları herkesin ulaşabileceği şekilde erişime açılmıştır. İlave olarak hatalarla ilgili olan tüm raporlar sağlıkta kalite standartlarının geliştirilmesi amacıyla kullanılmaktadır Sağlıkta kalite standartlarının geliştirilmesi ile ilgili olarak GRS vasıtasıyla toplanan verilerin amacı aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016, s:1).

- Tıbbi hizmet sunumunda oluşan hata bildirimlerini ulusal boyutta toplamak,
- Elde edilen bildirimler değerlendirilerek yeni kalite standartlarını üst seviyelere getirmek ve sistemsal bakımdan iyileştirme sağlamak,

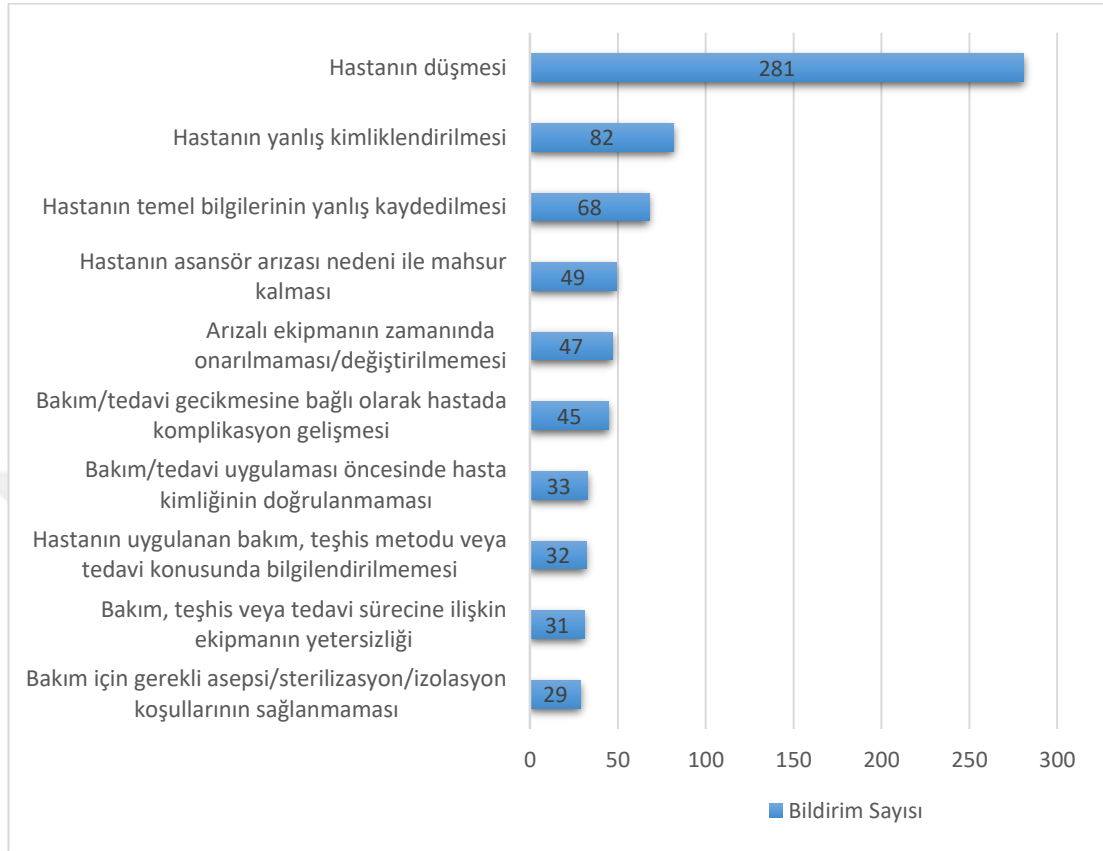
- Sağlık hizmetleri sunumunda oluşabilecek hataların bildirimi hakkında sağlık personelinin farkındalığını artırmak,
- Toplanan raporlar ile sağlık kurumuna iyileştirme fırsatları bakımından yol göstermek,
- Elde edilen veriler doğrultusunda ulusal stratejiler oluşturmak.

Çizelge 1.1. Hataların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Güvenlik Raporlama Sistemi, 2016)

	Uzman Hekim	Hemşire	Teknisyen	Diğer Personel
Cerrahi Hata Sayısı	344	457	57 (Anestezi Tek.)	37
İlaç Hatası Sayısı	466	770	164 (Eczane Tek.)	129
Laboratuvar Hatası Sayısı	-	27470	23491	4412
Hasta Güvenliği Hata Sayısı	134	245	4 (Eczane Tek.)	340

Hasta Güvenliği Hata Sınıflandırma Sistemi hariç diğer sınıflandırma sistemlerinde en çok hata yapan meslek grubunun hemşireler olduğu Çizelge 1.1.'de görülmektedir. Sağlık kurumları emek yoğun işletmeler olması sebebi ile insan kaynağı sayısı birçok sektörden daha fazladır. Hastanelerde çalışan personelin çoğunu hemşirelerin oluşturması, sağlık hizmetlerinin bütün süreçlerinde aktif olarak rol almaları ve hata bildirim konusunda diğer çalışanlara göre farkındalık düzeylerinin yüksek olması hata sayısında ön plana çıkmalarına neden olmaktadır (Güvenlik Raporlama Sistemi, 2016).

Çizelge 1.2. En Sık Bildirimi Yapılan İlk 10 Hasta Güvenliği Hatası (2016) (Güvenlik Raporlama Sistemi, 2016)



2016 yılının Mart ayından itibaren elde edilen veriler doğrultusunda Çizelge 1.2. oluşturulmuştur. 2016 yılında hasta güvenliği açısından en çok hata bildirimi yapılan 10 durum verilmiştir. GRS 2016 yılı kayıtlarına göre hasta güvenliğini tehdit eden olaylar arasında yer alan hasta düşmesi olayı 281 bildirim ile en fazla meydana gelen durumdur. Hasta düşmesi vakasını sırasıyla, hastanın yanlış kimliklendirilmesi, hastanın temel bilgilerinin yanlış kaydedilmesi, hastanın asansör arızası nedeni ile mahsur kalması, arızalı ekipmanın zamanında onarılmaması/değiştirilmemesi, bakım/tedavi gecikmesine bağlı olarak hastada komplikasyon gelişmesi, bakım/tedavi uygulaması öncesinde hasta kimliğinin doğrulanmaması, hastanın uygulanan bakım, teşhis metodu veya tedavi konusunda bilgilendirilmemesi, bakım, teşhis ve tedavi sürecine ilişkin ekipman yetersizliği, bakım için gerekli asepti/sterilizasyon/izolasyon koşullarının sağlanmaması durumları takip etmektedir.

1.8. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü

Hasta güvenliği; genel güvenlik algısı, örgütsel öğrenme, takım çalışması, personel tahsisi, açık iletişim, hastane yöneticilerinin tutumları ve personelin hatalarının ne ölçüde rapor edildiğini ifade eder (Ko ve Yu, 2017). Hasta güvenliği kültürü ise hasta-olumsuz olay riskini etkileyen lider ve personel etkileşimi, personelin tutumu, alışkanlıkları, farkındalığı ve uygulamalarıdır (Bondevik ve ark., 2017).

Hasta güvenliği kültürü, kurum üyelerinin, neyin önemli olduğu, işlerin nasıl yürüdüğü ve bölümler arası etkileşimlerin, yapıların ve sistemlerin, hasta güvenliğini destekleyen davranış normlarında toplu olarak nasıl görüldüğü ile ilgili değerleri yansıtmaktadır. Aynı zamanda raporlama, analiz ve tıbbi hatalardan öğrenmeyi teşvik eden cezalandırıcı olmayan bir örgüt kültürünü yansıtmaktadır (Hayfaa ve ark., 2018).

Olumsuz olaylar birden fazla organizasyonel başarısızlıktan kaynaklandığından, tüm aktörlerin aynı vizyonu ve hedefleri paylaşması ve güvenli bakım sağlamaktan sorumlu olduklarını düşünmesi işbirliği içinde bir takım çalışması kültürüne doğru ilerlemeyi zorunlu kılmıştır (Boussat ve ark, 2017). Hasta güvenliğini sağlamak ve tıbbi hataları azaltmak için ilk adım hasta güvenliği kültürünü değerlendirmektir. Bir kurumun benzersiz özelliklerinden kaynaklanan kurum kültürü, bu kurumun personeli tarafından güçlü bir şekilde paylaşılan derin inanç ve değerler olarak tanımlanır. Güvenlik kültürü kurum kültürünün alt bölümlerinden biri olmakla beraber bir örgütün tüm personelinin hata yapma olasılığının sürekli ve aktif olarak farkında olduğu bir kültürdür. Güvenlik kültürü, hasta güvenliğindeki yaygın eksiklikleri düzeltmek için önemli bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Hasta güvenliği ve sağlık süreçlerinde istenmeyen olayların önlenmesi için güvenlik kültürü, kurum kültürünün önemli bileşenleri arasında yer almalıdır (Gözlü ve Kaya, 2016).

Literatüre göre, tıbbi hatalar hasta güvenliği kültürünün yetersizliği ile ilişkilidir (Laal ve ark, 2017). Personel algılarının değerlendirilmesi ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tutumlar, sağlık kuruluşlarının güvenliği ve sağlık hizmet kalitesini iyileştirmek için öncelikli alanlardır (Tereanu ve ark., 2018). Sağlam bir güvenlik kültürü, sakatlanmayı önlemek ve hayat kurtarmak gibi nihai amaçları

olması sebebi ile hem değerlerden hem de hatalardan öğrenmeyi destekler (Ko ve Yu, 2017). Ancak bir olaydan sonra meydana gelen suçlama ve eleştiriler açık iletişimin ve örgütsel öğrenmenin engellenmesine neden olmaktadır (Yoo ve Kim, 2017). Hasta güvenlik kültürü geliştirmek için yedi zorunluluk tanımlanmıştır (Rich, 2008):

- Organizasyon çapında hasta güvenliği programının geliştirilmesini ve uygulanmasını desteklemek,
- Güvenli klinik sistemleri, süreçleri, politikaları ve prosedürleri tasarlamak,
- Beklenen ve beklenmeyen riskleri tanımlamak için klinik aktiviteleri izlemek,
- Çevre raporlamalarını ve güvenli olmayan uygulamaları bildirmeyi desteklemek,
- Güvenlik anketlerini desteklemek, güvenlik tavsiyelerine cevap vermek ve hareket etmek,
- Personelin klinik olarak yetkin olmasını ve hasta güvenliği konusunda üzerine düşen rolleri bilmesini sağlamak,
- JCI tarafından belirlenen ulusal hasta güvenliği hedeflerini desteklemek ve duyurmak.

Hasta güvenliği kültürü politika yapıcılar, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve yöneticiler için önemli bir önceliktir. Bu nedenle hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için sürekli olarak uygun planlama ve önceliklendirme gerçekleştirilmelidir. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün sürekli olarak vurgulanması, güçlü ve pozitif bir güvenlik kültürü yaratmaktadır. Hasta güvenliği kültürü, bireysel ve örgütsel davranışın bütünleşik bir şekli olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve uygun bakım ile hastaların sağlığına olan zararı en aza indirmek için belirli inanç ve değerlere dayalı olarak kurulmuştur. Hasta güvenliği kültürünün iyileştirilmesini hastane ve kliniklerin yönetimi, katılımcı eğitim, eğitim programlarının geliştirilmesi ve etkinliklerin etkili bir şekilde raporlanması sistemlerin tasarlanması bakımından büyük öneme sahiptir (Laal ve ark, 2017).

Özellikle bir sağlık çalışanı olarak hastalarla sürekli temas halinde olan hemşireler, hastalara özgü yakınlıklarından dolayı hasta güvenliğini iyileştirme konusunda eşsiz bir konumdadırlar. Bu konum, hemşirelere sağlık sistemindeki problemleri tanımlamak ve hasta güvenliği çözümlerinin bir parçası olmak için gerekli ortamı sağlar. Ancak bu durumun gerçekleştirilebilmesi için hemşireler teşvik edilmeli ve hasta güvenliği kültürünün nasıl sağlanacağına dair bir anlayışa sahip olmalıdır (Friesen ve ark., 2008). Bu nedenle güvenlik kültürünün genel olarak hem hemşireler hem de hastane yönetimi tarafından nasıl görüldüğüne dair şeffaf bir anlayışın desteklenmesi hemşirelerin kesin konumunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır (Aboshaiqah ve Baker, 2013). Ayrıca sağlık hizmetleri ile ilgili sorunların çeşitlilik göstermesi sebebi ile hasta güvenliğini iyileştirmede hemşirelerin çok yönlü bir yaklaşım benimsemeleri gerekmektedir (Friesen ve ark., 2008).

Hemşirelerin hastaneler ile ilgili raporları, hasta bakımını olumsuz yönde etkileyebilecek tasarruf tedbirlerinin istenmeyen sonuçlarını en aza indirecek stratejiler hakkında yönetsel karar verme ve kamu politikaları hakkında bilgi verebilir. Avrupa’da yapılan bir çalışmada hasta-hemşire oranının dengeli dağılması, sağlık kurumlarındaki hemşirelerin sayılarının artırılması, hemşirelerin niteliklerine uygun kliniklerde çalıştırılmasının sağlanması, hata yapma oranını minimum düzeye getirecek çalışma ortamının oluşturulmasının hem çıktılar bakımından hem de hasta güvenliği bakımından olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır (Aiken ve ark., 2013). Benzer şekilde yönetsel bağlılığın, hemşire eğitim düzeyinin ve rapor edilen hataların tanımlanmasının olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır (Ammouri ve ark, 2015).

IOM, bakım süreçlerinde güvenliği sağlamak için hasta güvenliği kültürünü önerdiği tarihten bu yana, istenmeyen olayları azaltmak ve hasta güvenliğini artırmak için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinin önemi üzerinde çalışmaktadır (Hayfaa ve ark., 2018). Bu nedenle bakım süreçlerinde hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü bilmesi ve mesleki bir davranış haline getirmesi çok önemlidir (Özşaker ve Tehçi, 2015).

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında mevcut kültürün değerlendirilmesi sonrasında gerekli işlemlerin yapılması gerekmektedir (Özşaker ve Tehçi, 2015). Uluslararası akreditasyon örgütlerinin standartlarında hasta güvenliği kültürü değerlendirmeleri bulunmaktadır. Böylece hastaneler ekip çalışması, yönetsel eylemler, üst yönetimden destek ve hasta güvenliğini desteklemek için liderlik, personel zorlukları, olayların raporlanması ve diğer ilgili konular gibi konuları inceleyebilir ve değerlendirebilir (Hayfaa ve ark., 2018).

Araştırmacılar, tedavi merkezlerindeki hastaların güvenlik düzeyinin iyileştirilmesinde hasta güvenliği kültürünün hayati bir rol oynadığını ileri sürmektedir (Farsaraei ve ark., 2017). Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality) (AHRQ) tarafından hazırlanan bir rapora göre, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için sağlık kurumlarındaki değerlerin, inançların ve normların tanınmasının yanı sıra, hasta güvenliği kültürüne yönelik beklenen tutum ve davranışların desteklenmesi ve ödüllendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, sağlık kuruluşları organizasyonlarında hasta güvenliği kültürünün güçlü ve zayıf yanlarını tanımak için hasta güvenliği kültürüyle ilgili olarak çalışanlarının inançlarından haberdar olmalı ve hasta güvenliği konularına özel dikkat göstermelidir (Saber ve ark., 2017). Hasta güvenliği konusu insan unsuru ile de ilişkili olması sebebi ile hasta güvenliği sistemi kurmak kültürel bir dönüşümü gerektirmektedir (Tak, 2010).

1.9. Tıbbi Hata Kavramı, Çeşitleri ve Nedenleri

Tıbbi hatalar şüphe yoktur ki tüm ülkelerin ortak problemidir. Tıbbi hatalar sonucu çeşitli sakatlanmalar, hastalıklar ve hatta ölümler meydana gelmektedir. Sağlık hizmeti sadece hasta bireylere değil aynı zamanda sağlıklı bireylere de verilmektedir. Bu nedenle tıbbi hata konusu sağlık kuruluşları için önem arz etmektedir (Onganer ve ark., 2014).

1.9.1. Tıbbi Hata Kavramı

Tıbbi hata konusu yeni bir konu olmamasına rağmen sağlık hizmetlerinde hata sıklığı ve sonuçları hakkında verilerin düzenli bir şekilde tutulmaması ya da bulunmaması nedeniyle ele alınması zor bir konudur (Stokowski, 2016). Tıbbi hata, sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında çeşitli durumlardan dolayı meydana gelen istenmeyen ve beklenmeyen sonuçlardır (Yücesan ve Ayaz Alkaya, 2017).

Tıbbi hatadan kaynaklanan hasta zararları, bireysel veya sistemsel düzeyde ortaya çıkabilir (Makary ve Daniel 2016). Tıbbi hatalar genel olarak ekipman arızasından kaynaklanmasına rağmen; meydana gelen tıbbi hataların çoğu insan hatalarından (ihmal veya doktor ve hemşirelerin görevlerini yeterince yerine getirememesi veya yasak eylemlerin gerçekleştirilmesi) kaynaklanmaktadır (Kumar ve Steinebach, 2008).

Tıbbi hata, olumsuz olay ve hasta güvenliği kavramları birbirini tamamlayan terimlerdir. Hastanelerde hata olasılığı potansiyel olarak yüksek olmakla birlikte, giderek sıradan bir durum haline gelmekte ve tehdit oluşturmaktadır (Kalra, 2011, s:2).

ABD’de hata oranları Kanada, Avustralya, Yeni Zellanda, Almanya ve Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkelerden önemli derecede yüksektir. Aynı zamanda hataların yaklaşık olarak sadece %10’u rapor edilmektedir (Anderson ve Abrahamson, 2017).

ABD’de Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi tarafından yıllık olarak en çok meydana gelen ölümler ve sebepleri yayınlanmaktadır. Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi’ne göre 2013 yılında gerçekleşen ölümlerin birinci sırasında 611,105 kişi ile kalp hastalıkları, ikinci sırada 584,881 kişi ile kanser hastalıkları ve üçüncü sırada ise 149,205 kişi ile kronik solunum hastalıkları yer almaktadır. Tıbbi hatalar kanser hastalıkları ve kronik solunum hastalıkları arasında yer almaktadır (McMains, 2016). 2013 yılında yayınlanan bir araştırmaya göre ABD’de tıbbi hata kaynaklı ölüm sayısı 210.000 ile 400.000 arasındadır. IOM’un tahminlerine göre oluşturulan raporda 1999 yılından 2013 yılına kadar hastanede tıbbi hata kaynaklı gerçekleşen ölümlerin ortalaması 251.454 olarak belirlenmiştir (Makary ve Daniel, 2016). Benzer şekilde

McMains (2016) 2016 yılından önceki son 8 yılı değerlendirmiş ve ABD’de bir yılda tıbbi hata kaynaklı ölümlerin ortalama olarak 250.000’den fazla olduğunu hesaplamıştır.

Tıbbi hatalar bireye doğrudan ve dolaylı olmak üzere 2 türlü zarar verebilir. Sağlıklı bir vücudun yaralanması durumunda yanlış tanı koyulması, yanlış ilaç tüketimi gibi durumlar hastaya fiziksel olarak doğrudan zarar verebilmektedir. Dolaylı olarak ise hasta güvenliği konusunun yanı sıra topluma büyük bir mali yük getirmektedir çünkü tıbbi hatalar yükselen primlere ve sağlık masraflarına neden olmaktadır. Çoğu tıbbi hata önlenabilir olduğu için sağlık harcamalarının azaltılmasına imkân sağlar (Kumar ve Steinebach, 2008).

1.9.2. Tıbbi Hata Çeşitleri

Wachter (2008) tıbbi hata çeşitlerini medikasyon hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, takım çalışması ve iletişim hatası, kişi-makine arayüzündeki insan faktörleri ve hataları, geçiş ve transfer hataları, hastane enfeksiyonları, takım çalışması ve iletişim hataları ve diğer hatalar olmak üzere 9 başlık altında değerlendirmiştir:

1.9.2.1. Medikasyon Hataları

İlaçlar modern tedavide sağlık hizmetlerinin ilerlemesine katkıda bulunmaktadır. İnsanoğlu yaygın hastalıkların (yüksek tansiyon ve kolesterol, diyabet, kalp rahatsızlığı, kanser, felç, Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu, vb) çoğunu tedavi etmek için ilaçtan faydalanmaktadır. Doktorlar hastaların sağlığına kavuşması için ilaç yazmaktadır. Ancak, reçetelerdeki yanlışlıklar (yanlış ilaç, yanlış doz, reçetenin okunaklılığı, alerjiler, uyuşturucu hastalığı veya uyuşturucu-diyet etkileşimlerini dikkate almama), ilaç yönetimindeki yanlışlıklar (eczane hataları), ilacı düzgün takip etmemek gibi durumlar medikasyon hatalarına neden olmaktadır. Ayrıca hasta hataları olarak tanımlanan yeni bir hata kaynağı daha eklenmiştir. Bu hata talimatları düzgün şekilde yerine getirmeme veya ilaçların yanlış şişelere depolanması durumunda ortaya çıkmaktadır (Wachter, 2008).

1.9.2.2. Cerrahi Hatalar

Geçmişte cerrahi, kısmen cerrahinin doğrudan komplikasyonlarının (kanama, enfeksiyon) riskleri ve kısmen anestezinin yüksek risklerinden dolayı son derece tehlikeli olabiliyordu. Her iki alanda da önemli gelişmelerden dolayı, bugün ameliyatlar son derece güvenlidir ve anestezide bağlı ölümler nadirdir. Fakat yine de birtakım rahatsız edici cerrahi güvenlik sorunları devam etmektedir. Cerrahi hatalar da kendi içerisinde anestezide bağlı güvenlik komplikasyonları, yanlış bölge ameliyatları, yanlış hasta ameliyatları, yabancı cisim unutulması gibi çeşitlilikler göstermektedir (Wachter, 2008).

1.9.2.3. Tanı Koymada Hatalar

Tanıda hata veya gecikme, belirtilen testlerin uygulanamaması, modası geçmiş testlerin veya terapinin kullanılması, izleme veya test sonuçlarına uyulmaması durumlarını ifade etmektedir (Leape ve ark., 1993, akt. Kumar ve Steinebach, 2008). Tanı hataları hasta güvenliği alanında küresel öncelik olarak ortaya çıkmıştır. Doğru ve zamanında tanı, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bilgi, beceri, tecrübe ve onlara sunulan kaynaklar dahil birçok farklı faktöre dayanmaktadır. (WHO, 2016, s:3-4). Tecrübesiz kişiler tarafından yapılan tetkiklerde tanısal hatalara daha fazla rastlanmaktadır. Hastaya yanlış tanı koyulması; yanlış tedavi yöntemine ya da tedavinin yetersiz kalmasına, gereksiz tetkiklerin yapılmasına sebep olmaktadır (Akalin, 2014).

Zwaan ve ark. (2013) tanı hatalarının bildirilen insidanslarındaki varyasyonun sebeplerini dört başlıkta incelemiştir. Bunlar; hatanın ortaya çıkma yeri ve popülasyonu, çalışma yöntemi, tanı tipi ve tanı hatasının tanımıdır. Söz konusu dört sebepten dolayı tanı hatalarının gerçek insidansı bilinmemektedir.

1.9.2.4. Takım Çalışması ve İletişim Hatası

Sağlık hizmeti ortamındaki iletişim iki tipe ayrılabilir: birincisi sağlık görevlisi ile sağlık görevlisi arasındaki iletişim, ikincisi ise hasta ile sağlık görevlisi arasındaki iletişimidir. Her biri tıbbi hatalara neden olabilecek farklı öğelerdir. Okunaklı olmayan

eş yazıları, eksik devir teslim, net olmayan talimatlar iletişim hatalarından sadece birkaçıdır (WHO, 2008, s:12-13).

1.9.2.5. Kişi-Makine Arayüzündeki İnsan Faktörleri ve Hataları

Kişi-makine arayüzü insanlar, makineler ve çalışma ortamları arasındaki karşılıklı etkileşim ile ilgilidir. Birçok ekipman üreticisi ve giderek artan sayıdaki sağlık kuruluşu, artık ekipman satın alma kararlarında onlara tavsiyelerde bulunmak, hataları önlemek için mevcut ekipmanı değiştirmek veya hataya eğilimli ekipman ve çevre durumlarını tanımlamak için alanında uzman kişileri istihdam etmektedir. Sistemler hataları engelleyecek şekilde tasarlanmalı, hataların oluşması durumunda kullanıcılar hatalardan kurtarılmalı ve sistem, kurtarmanın nasıl yapılacağını ayrıntılı bir şekilde anlatmalıdır (Wachter, 2008).

1.9.2.6. Geçiş ve Transfer Hataları:

Geçiş ve transfer hataları en yaygın ve en önemli hatalar arasındadır. En yaygın hatalardan olmasına rağmen son zamanlara kadar üzerinde fazla durulmayan bir konudur. Sağlık hizmetlerinde iki çeşit geçiş ve transfer vardır: Birincisi hasta ile ilgili olan, hastanın bir yerden başka bir yere taşınmasını ifade ederken ikincisi hasta hareket etmeksizin sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında bilgi transferinin yapılmasını ifade eder. Transferlerin her iki çeşidi de tehlike oluşturabilecek potansiyel risk içermektedir (Wachter, 2008).

1.9.2.7. Hastane Enfeksiyonları

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, hastada fiziksel engelliliğe ve duygusal strese neden olur ve bazı durumlarda, yaşam kalitesini düşüren rahatsızlık verici durumlara yol açabilir (WHO, 2002). Hastane kökenli enfeksiyonlar, hem sağlık hizmeti sunucuları hem de hastalar için önemli bir güvenlik problemidir. Bu nedenle morbidite, mortalite, artan kalış süreleri ve maliyet göz önüne alındığında, hastane enfeksiyonlarını önlemek ve bu konuda hastaneleri olabildiğince güvenli hale getirmek gerekmektedir (Mehta ve ark., 2014).

1.9.2.8. Takım Çalışması ve İletişim Hataları

Ekip çalışması, ekip üyelerinin bir bütün olarak çalışabilmesi için sahip olması gereken bir dizi birbirine bağlı bilgi, beceri ve tutumlar bütünü anlamına gelir. Yetersiz ekip çalışması ve iletişim hataları, uygulamadaki klinik hataların en yaygın nedenleri arasındadır (Hwang ve Ahn, 2015).

1.9.2.9. Diğer Hatalar

Diğer hatalara ise basınç ülserlerinin ortaya çıkması, düşmelerden kaynaklı meydana gelen hatalar örnek olarak verilebilir (Wachter, 2008).

1.9.3. Tıbbi Hata Nedenleri

Leape ve ark. tıbbi hataların nedenlerini dört başlık altında değerlendirmiştir. Bu başlıklar; tanı hataları, tedavi, hataları, profilaksi hataları ve diğer hatalardır. (Leape ve ark., 1993):

a. Tanı Hataları

- Tanının gecikmesine neden olan hatalar
- Testlerdeki eksiklikler
- Daha önce yapılmış olan testlerin kullanılması
- Sonuçların ve testlerin izlenmesindeki hatalar

b. Tedavi Hataları

- Operasyon, prosedür veya testin başarıyla sonuçlanmasında görülen hatalar
- Tedavi yönteminde ilaç dozu veya uygulanma metodu ile ilgili hatalar
- Uygun olmayan bakım
- Anormal test sonuçlarına cevap verilmesi

c. Profilaksi Hataları

- Profilaktik tedavilerde eksik izlem veya tedavinin takibinde görülen hatalar

d. Diğer Hatalar

- İletişim kaynaklı hatalar
- Ekipman yetersizlikleri ve diğer sistem eksiklikleri.

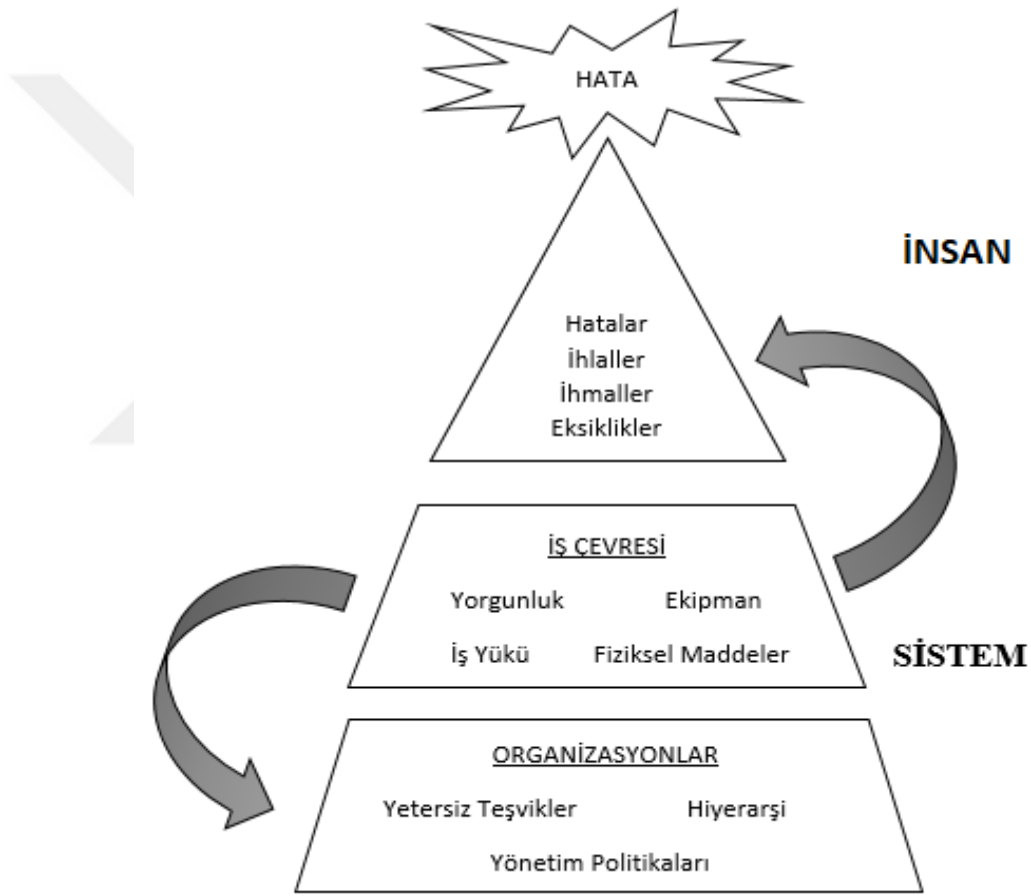
Habraken ve ark. (2010) sağlık hizmeti veren kuruluşlarda meydana gelen vakaları/kazaları üç grupta incelemiştir:

- Hastaya ulaşmayan vakalar (örneğin, bir hemşirenin ilacı hastaya vermeden önce reçeteyi kontrol etmesi ve hekimi uyarması),
- Hastaya ulaşan ancak zarar vermeyen olaylar (örneğin, bir hata sonucu yanlış hastaya kan transfüzyonu yapılması fakat tesadüfen kan verilen hastanın da aynı kan grubuna sahip olması durumu),
- Hastaya ulaşan ve zarara neden olan olaylar (örneğin hastaya yol açan yüksek dozda ilaç verilmesi sonucu kan basıncının artması ve beyin kanaması geçirmesi).

Hatalar görünen ve görünmeyen hatalar olmak üzere ikiye ayrılır. Görünen hatalar karmaşık sistemlerin aktörü olan ve anlık meydana gelen hatalardır. Görünmeyen hatalar ise sistemde bulunan faktörlerden meydana gelebilir. Bu faktörler aşırı iş yükü, yetersiz eğitim ve ekipmanın yetersiz bakımı gibi organizasyonel konuları içerir. Görünmeyen hatalar sistem içinde kritik bir rol oynamakla birlikte uykudadır ve ortaya çıkmak için fırsat bekler (Kalra, 2011, s:23-24). Görünen ve görünmeyen hatalar bir piramit şeklinde düşünülebilir (Cook ve Woods, 1994). Hiyerarşik yapı, yönetim politikaları iş çevresi, iş yükü piramidin temelini oluştururken; sağlık hizmetini sunan profesyoneller piramidin uç noktasında yer alır ve çalışanların eksiklikleri, hatalar, ihlaller ve yetersizlikler şeklinde tezahür eder. Temeldeki örgütsel faktörler bu eksiklikleri etkilemede kritik bir rol oynamakta ve sonuçta hataya neden olmaktadır. Piramidin uç kısmı tek başına sistemin genel sorununun sadece küçük bir kısmını temsil eden bir bileşendir bu nedenle bu doğrultuda amaçlanan önlemler minimum düzeyde etkili olabilir. Hatalar için bir önlem alınacaksa tedbirler piramidin tabanına yönlendirilmelidir. Bu durum piramidin ucunda görünen hataları en aza indirmekte daha olumlu sonuçlar verecektir. Genel olarak hatanın birey kaynaklı olduğu düşünülmektedir fakat arka planın ortaya

çıkabilecek hatayı provoke etme ihtimali bireyin kontrolünün çok ötesindedir (Leape, 1994).

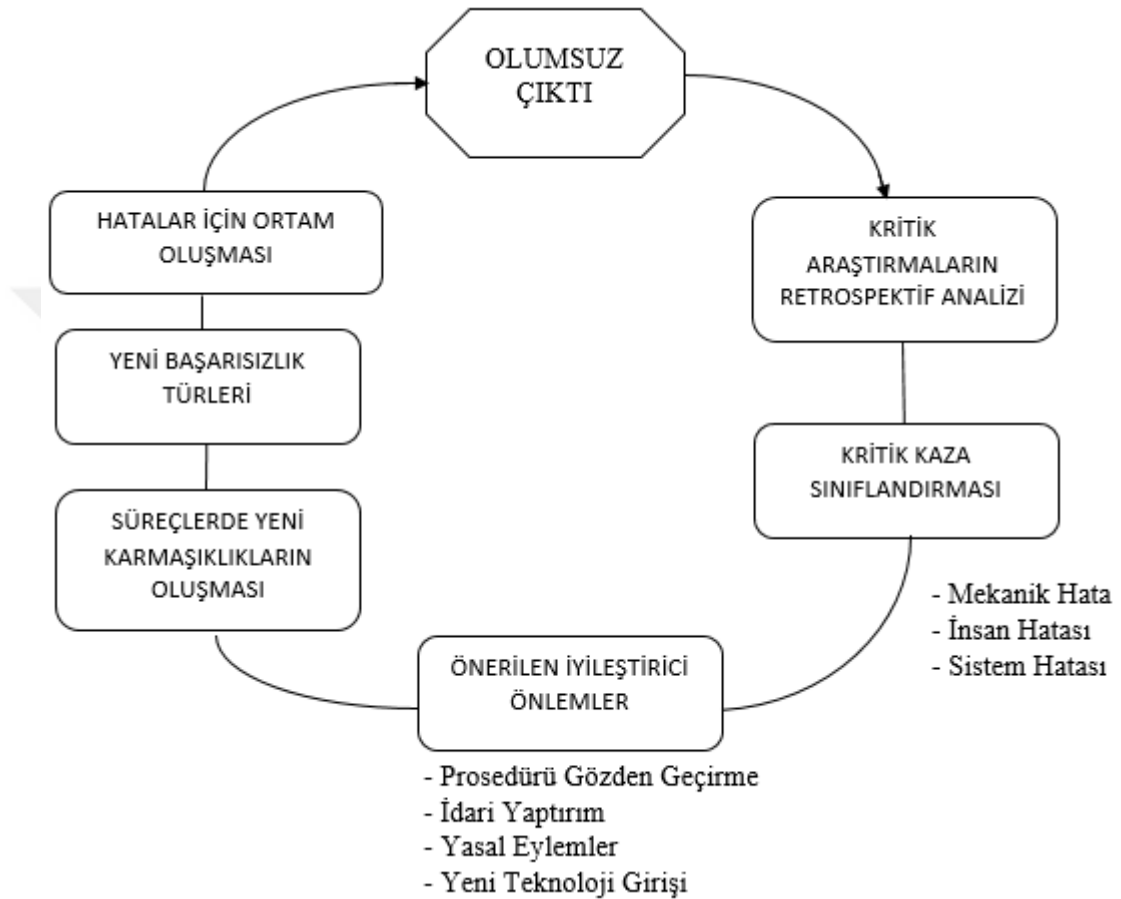
Hataya sebep olan insan eksiklikleri üzerinde sistem faktörlerinin etkisi Şekil 1.2’de gösterilmiştir. Hizmet üretimi sırasında oluşabilecek hatalar sadece insan kaynaklı değil, organizasyon ve iş çevresi ile de bağlantılıdır. Yetersiz teşvikler, düzensiz hiyerarşi, yönetim politikalarındaki eksiklikler gibi durumlar da hatalara sebebiyet vermektedir (Cook ve Woods, 1994).



Şekil 1.2. Hataya Sebep Olan İnsan Eksiklikleri Üzerinde Sistem Faktörlerinin Etkisi (Cook ve Woods, 1994)

Geleneksel hata incelemeleri yöntemi suçların çoğunu öncelikli olarak insan başarısızlıkları olarak sınıflandırılmaktadır, ancak başarısızlıkların nedeni ya insan hatası ya da mekanik hatalardır. Bu incelemeler sürecin karmaşıklığına ilaveten gözden geçirme prosedürlerine, idari ve düzenleyici önlemler alınmasına ve yeni kurallar getirilmesine neden olmaktadır. Bu durum, artan karmaşaya, üretimde yeni

hataların ortaya çıkmasına ve yeni başarısızlık türlerinin oluşmasına hizmet etmektedir (Şekil 1.3). Bu yüzden sağlık hizmetleri sunumunda meydana gelen hatalara, güvenli hizmet sunulmasında etkili değişiklikler yapılmasına yardım edebilecek bir sistem perspektifinden bakılabilir (Kalra, 2011).

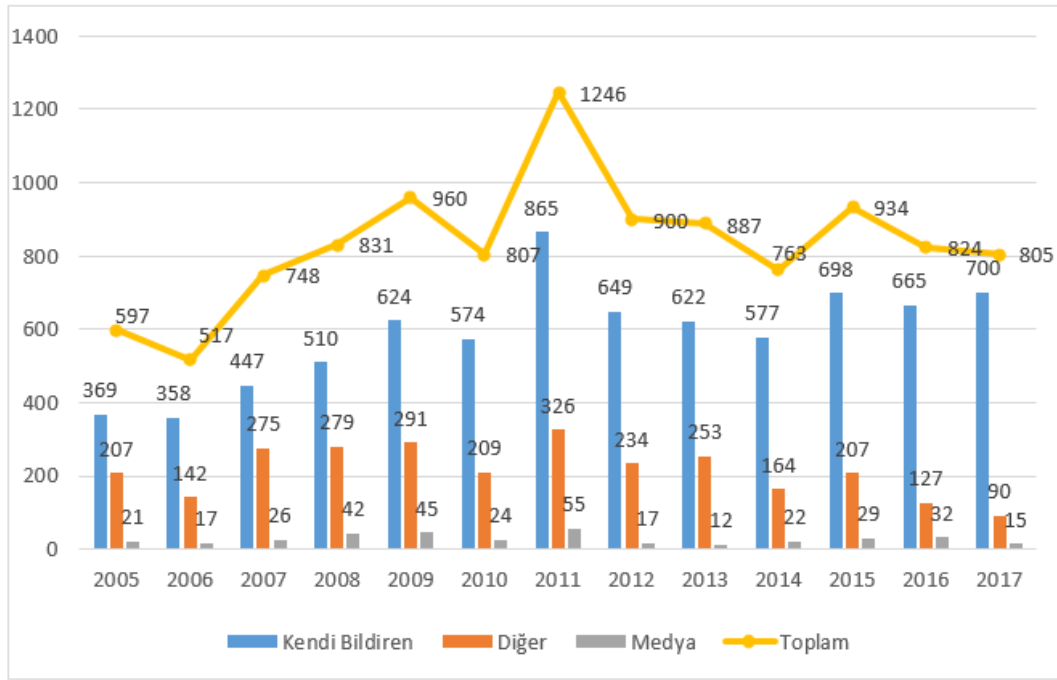


Şekil 1.3. Üretim Davranışında Hataların Döngüsel Yayılımı (Kalra, 2011, s:25)

Hastanın genel durumunun veya hastalığının doğal seyri ile ilgili olmadan hastanın fonksiyonlarında bozulmalara neden olan veya sağlık kurumlarında gerçekleşen beklenmedik ölüm vakalarına vahim olay denir. Vahim olay tıbbi hizmet sunumunda yanlış müdahalenin yapılması, cerrahi hata ya da yanlış kişi ameliyatı sonucunda ortaya çıkar. Ayrıca yanlış tedavi, tedavinin yanlış planlanması, tedavi esnasında meydana gelen ciddi ilaç etkileşimleri, düşmeler ve yaralanmalar, tecavüz ve cinsel tacizler, hastanın hastaneyi bilgi vermeden terk etmesi gibi durumlar vahim olaylar olarak nitelendirilmektedir. Beklenmeyen olayların nedenleri ise performans

hataları, önlem alma hataları, tanısal hatalar, ilaç uygulama hataları ve sistem hatalarıdır (Akgün, 2014).

The Joint Commission verileri doğrultusunda yıllara göre raporlanan vahim olaylarda hataların bildirimlerini kendileri raporlayan sayısında yıldan yıla azalış ve artış meydana gelmesine rağmen uzun dönemli olarak bakıldığında genel olarak artış görülmektedir (Şekil 1.4).



Şekil 1.4. Yıllara Göre Raporlanan Vahim Olay Sayıları (The Joint Commission, 2018)

The Joint Commission (2018) verilerine göre 2005-2017 yılları arasında meydana gelen vahim olayların çıktısı Çizelge 1.3'te verilmiştir. Verilere göre 2005-2017 yılları arasında meydana gelen vahim olaylardan toplam 11189 kişi etkilenmiş olup; etkilenenler arasından 5826'ü hayatını kaybetmiş, 143'ü kalıcı hasara, 845'i kalıcı fonksiyon kaybına, 619'u ciddi geçici zarara ve 2881'i beklenmeyen ilave bakıma maruz kalmıştır.

Çizelge 1.3. Vahim Olay Çıktısı (2005-2017) (The Joint Commission, 2018)

Vahim Olay Verileri (2005-2017)	Kişi	%
Hasta Ölümü	5826	52,1
Kalıcı Zarar	143	1,3
Kalıcı Fonksiyon Kaybı	845	7,6
Ciddi Geçici Zarar	619	5,5
Psikolojik Etki	357	3,2
Beklenmeyen İlave Bakım	2881	25,7
Atanmamış*	44	0,4
Bilinmeyen	5	0,0
Diğer	469	4,2
Toplam Etkilenen Hasta**	11189	100

* Kategori atanmayan rapor

** Birden fazla hasta tek bir olaydan etkilenebilir.

The Joint Commission’a göre 2014-2017 yıllara arasında en çok görülen vahim olaylar; vücutta yabancı bir cismin unutulması, düşme, intihar vakaları, yanlış hasta-yanlış taraf-yanlış prosedürlerdir. 2014 yılından 2017 yılının sonuna kadar raporlanan vahim olay sayısı 3326’dır (Çizelge 1.4).

Çizelge 1.4 Joint Commission Vahim Olay Verileri (The Joint Commission, 2018)

Vahim Olay Türü	2014	2015	2016	2017
Anestezi ile ilişkili olay	6	7	6	4
Cinai olay	47	47	33	37
Tedavide gecikme	79	83	62	66
Diyalizle	2	0	7	1
Kaçma	6	7	9	12
Düşme	93	95	102	114
Yangın	10	26	16	16
Bebek kaçırma	0	3	2	0
Yanlış aileye bebek verme	0	0	1	0
Enfeksiyonla ilişkili olay	12	13	7	3
Yatan hastaya aşırı dozda ilaç	8	13	13	8
Anne ölümü	11	6	7	5
Medikal ekipmanla ilgili	9	14	10	9
İlaç hatası	20	47	35	32
Operasyon sonrası komplikasyon	53	82	50	19
Diğer beklenmedik olaylar*	73	58	51	60
Perinatal ölüm/yaralanma	35	43	27	17
Aşırı dozda radyasyon	4	4	4	2
Baskı ile ilgili olay	2	7	7	4
Kendine bağlı yaralanma	5	21	17	18
Şiddetli anne hastalıkları	0	0	10	15
Şiddetli Yenidoğan Hiperbilirubinemi	0	2	1	1
İntihar	84	98	90	89
Transferle ilişkili olay	2	1	2	0
Nakil hatası	7	9	5	5
Atanmamış**	3	0	0	54
Vücutta yabancı bir cismin unutulması	116	123	126	116
Sistem arızası	0	1	1	0
Vantilatöre bağlı ölüm	3	3	2	3
Yanlış hasta, yanlış taraf, yanlış prosedür	73	120	121	95
Toplam olay	763	934	824	805

* Diğer beklenmedik olaylar: Asfiksasyon, yanık, yemekte boğulma, boğulma

** Kategori atanmayan rapor

*** Birden fazla hasta tek bir olaydan etkilenebilir.

1.10. Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama

Hastanenin herhangi bir ünitesinde, en önemli güvenlik kontrollerinden biri, doğru hastanın doğru tedaviyi aldığından emin olmaktır. Kimlik doğrulaması yapılırken hastada değerlendirme, test ve tanıya ilişkin yapılacak olan her adımda iki hasta tanımlayıcısı kullanılmalıdır. Söz konusu tanımlayıcılar benzersiz olmalı ve hastanın bulunduğu konum ile ilgili olmamalıdır. Hastanın adı ile doğum tarihinin kullanılması örnek olarak verilebilir (Robertson, 2008). Tüm hastalar, organizasyon içinde prosedürler / tedaviler değerlendirilirken veya tedavi edilirken her zaman tanımlanabilmelidir (Lake, 2015, s:4).

Hastanın kimliğini doğrulama işlemi, hastanın katılımı ile birçok yerde uygulanmaktadır. Bunlar (Australian Capital Territory, 2014, s:5);

- Hastaya tanımlama bandı uygulanırken,
- Hastanın bakım yeri değiştiği zaman,
- Terapi, tavsiye, bilgi verirken ya da hizmet sunumunu gerçekleştirirken,
- Anestezi başlamadan önce,
- Özetle sağlık hizmetlerinin her aşamasında kimlik kontrolü yapılmalıdır.

Hasta tanımlama hataları, teşhis testlerinden ilaç yönetimine ve hatta faturalandırmadan, klinik tıbbın hemen hemen her alanında bakımı aksatabilir ve hastalara zarar verebilir (Emergency Care Research Institute, 2016, s:1).

ABD'deki The Joint Commission, 2003 yılında başlatılan Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerinin birincisi olarak hastayı doğru tanımlama listesi geliştirmiştir ve bu liste akreditasyonun bir gereği olarak varlığını devam ettirmektedir (WHO, 2007).

Kimlik doğrulama işleminin birçok amaç ve hedefi bulunmaktadır (Lake, 2015, s:4);

- Her zaman için hasta güvenliğini garanti altına almak,

- Doğru hastanın kimliğini doğrulamak için güvence mekanizmaları sağlamak,
- Hasta kimliğini doğrulamada kurumsal ve standartlaştırılmış bir yaklaşım sağlamak,
- Hasta bileklik kullanımını teşvik ederek ilaç ve tedavi hatalarını azaltmak,
- Hastaların doğru tanımlanması amacıyla tüm klinik alanlarda güvenlik kurallarına uyulması gerekmektedir.

Hasta kimliğinin doğrulanması konusunda bir sağlık çalışanı olarak hemşire girişimsel işlemler, ilaç yönetimi, cerrahi müdahaleler, örnek alma, tanılama testleri, patoloji örneklerinin numunelenmesi, kan transfüzyonu gibi birçok faaliyette yer alır (Mutlu, 2018). Sağlık hizmet veren kurumlarda hemşirelerin kapasitelerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Hemşireler hataları belirlemek, çözümlemek ve çözüme yönelik eylemde bulunmak bakımından uygun bir pozisyona sahiptir. Çünkü hemşireler yönetimde sürekliliği olan, kalite güvenliği çalışmalarında aktif olarak yer alan sağlık çalışanıdır. Bu nedenle hemşire eğitiminde tıbbi hatalara ve nedenlerine yönelik farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Güvenlik kültürüne sahip kurumlarda ortak algılamalar, güvenlik konusunun önemi, etkili iletişim gibi faktörler ön plana çıkmaktadır (TTB, 2010, s:40).

Hasta kimlik tanımlamalarında hataların meydana gelmesi; hastalardan kaynaklı hatalar, sağlık personelinin kaynaklı hatalar ve kullanılan sistem/prosedürlerden kaynaklı hatalar başlıkları altında değerlendirilebilir (Mutlu, 2018) .

Hasta ile ilgili olan nedenler:

- İletişim engelinin olması,
- Bilincinin kapalı olması,
- Dil probleminin olması,
- Mental probleminin olması,
- Kendileri hakkında doğru bilgi vermemeleri
- Kültürel konular;
 - Kol bandı takılmasından utanma durumu,

- Yaşlı hastaların doğum günleri ile ilgili detay bilgileri bilmemeleri
- Başka hastalara ait olan kol bantlarını kullanmaları,
- Kimlik belirleyici materyali örten kıyafet giymeleri

Sağlık personeli ile ilgili nedenler:

- Hasta güvenliği ile hasta kimliği doğrulama arasındaki ilişkiyi tam olarak anlayamama,
- Birden fazla birimde hizmet sunumuna yardım eden personelin çalışması,
- Ekiplerin büyük olması,
- Hasta isimlerinin birbirine yakın olması sebebi ile hastaların yanlış kimliklendirilmesi,
- İş yükünün fazla olması,
- Bilgisayara hasta girişleri yapılırken yapılan yazılım ve giriş hataları sağlık personeli ile ilgili hatalar arasında yer almaktadır.

Kullanılan sistemler ile ilgili olan nedenler:

- Standart olmayan kol bantları,
- Kaybolan kol bantları,
- Doğru olmayan bilgiler, kullanılan sistemler ile ilgili hatalar arasında yer almaktadır.

Sağlık hizmeti veren işletmelerde hasta kimliği konusunda yapılan hatalar ise; ilaç hataları, transfüzyon hataları, yanlış hasta prosedürleri, test hataları, bebeklerin yanlış aileye verilmesi gibi neticeleri ortaya çıkarmaktadır.

World Health Organization (WHO) (2007) hasta tanımlama konusunda üye ülkelere önerilerde bulunmuştur.

- Sağlık hizmeti organizasyonlarının sahip olduğu sistemleri sağlama alın:
 - Hastaların kimliğini kontrol etmek için sağlık çalışanlarının birincil sorumluluğunu vurgulayın ve bu bakımdan önce doğru hastaları doğru bakım (Örnek: Laboratuvar sonuçları, örnekler, prosedürler) ile eşleştirin.

- Hasta başka bir hastaneye ya da başka bir bakım ortamına kabul edildiğinde ve bakım verilmeden önce en az iki tanımlayıcı (Örnek: Adı ve doğum tarihi) kullanımı teşvik edilmeli. Ancak bu tanımlayıcıların hiçbiri hastanın oda numarası olmamalıdır.
 - Bir sağlık sistemi içinde farklı tesisler arasında hasta kimliklendirme yaklaşımlarını standart hale getirin. Örneğin, üzerinde standart bir desen veya işaretleyici ve spesifik bir bilginin (Örnek: Adı ve doğum tarihi) yazılabileceği beyaz biyometrik bantlar kullanılmalı.
 - Kimlik bilgileri tartışmalı olan, aynı isimde olan ya da eksik tanımlanmış olan hastaların tanımlanabilmesi için açık protokoller sağlanmalı.
 - Hastalar sürecin tüm aşamalarına katılmaya teşvik edilmeli.
 - Kan ve diğer örnekler için kullanılan kapların etiketini hastanın huzurunda yapıştırmalı.
 - Ön analitik, analitik ve post-analitik süreçler boyunca hasta örnek kimliklerini korumak için açık protokoller sağlanmalı.
 - Hastanın klinik öyküsü ile test bulguları tutarlı olmadığı zaman test sonuçlarını sorgulamak için açık protokoller sağlanmalı.
 - Bilgisayar giriş hatasının otomatik çoğaltılmasını önlemek için tekrar tekrar kontrol ve gözden geçirilmesi sağlanmalı.
- Sağlık çalışanlarına yönelik, oryantasyon ve sürekli mesleki gelişim için hastanın kimliğini kontrol etme/doğrulama prosedürleri hakkında eğitim verin.
 - Hastaları, gizlilikle ilgili endişeleri de dikkate alan pozitif bir şekilde doğru hasta kimliğinin önemi ve uygunluğu konusunda eğitin.

1.11. Hasta Tanımlama Yöntemleri

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar doğrudan insan sağlığı ile iç içe olması sebebi ile uygun koşullarda, daha kaliteli hizmet verebilmek için riskleri ve tehlikeleri en aza indirmek amacıyla çeşitli tanımlama yöntemi kullanırlar. Başlıca hasta tanımlama

yöntemleri; barkod sistemi, radyo frekansı tanımlama sistemi, bileklikler, kablosuz ağlar, biyometrik sistemler, hasta kılı kartlarıdır.

1.11.1. Barkod Sistemi

Barkod, makinede okunabilir olan verilerin (alfa, sayısal veya her ikisi) grafik gösterimidir. Çubuk kodları, çeşitli genişliklerdeki çubuk ve boşlukların bir kombinasyonunu kullanarak sayıları ve harfleri kodlamanın bir yoludur. Barkod sisteminde hem çizgiler hem de boşluklar okunur. Yazmanın başka bir yolu olarak düşünülebilir çünkü veri toplama yöntemi olarak veri girişi yapılır. Barkod sistemi genellikle açıklayıcı veriler içermez. Barkod, bilgisayarların tanımlayıcı verileri ve diğer önemli bilgileri içeren ilişkili bir kaydı aramak için kullandığı referans numarasıdır (Levis, 2003, s:1-2).

Tıbbi hatalar, sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin başlıca endişeleri arasındadır. Barkod teknolojisi, hasta bakımı alanında ayrıntılı ve güvenilir bilgi sağlayarak tıbbi hataları önleyebilir. Bu hataların çeşitli yollarla azaltılması amaçlanır bunlardan bir tanesi de otomatik tanımlama sistemi teknolojisi olan barkod sistemidir. Ancak, barkod teknolojinin etkili ve başarılı bir şekilde uygulanması, finansal planlama, örgütsel hazırlık, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iş akışı için gerekli değişiklikler ve mevcut bilgi teknolojisi altyapısı gibi çeşitli konulara bağlıdır. Bu nedenle, hastanelerde barkodlama, tıbbi hataların maliyetinden kaçınmaya yardımcı olmaktadır (Hachesu ve ark., 2016).

Barkod sistemi tedarik lojistiği ve malzeme yönetimi koordinasyonu, bakım noktası güvenliği ve klinik bakım sunumu, doküman yönetimi ve süreç lojistiği olmak üzere dört kategoride incelenmektedir. Barkodlama sistemi depoya gelen herhangi bir malzemenin tüm bilgilerini bünyesinde tutabildiği gibi sağlık hizmeti alan hastaların bütün sağlık bilgileri hastanın koluna takılan bilezikte saklayabilir ve barkod vasıtasıyla aktarabilir. Hastanelerde oda ücretleri, hasta bakım hizmetleri, laboratuvar testleri gibi hizmetlerin takibinin yapılmasını sağlar (MEGEP, 2011).

Barkod teknolojisi sembolik bir dil olarak kabul edilmektedir ve birçok faydası bulunmaktadır (Levis, 2003, s:1-2);

- Doğruluk: Barkodlama, manuel hatalardan kaynaklanan insan hatalarının olasılığını azaltarak doğruluğu artırır.
- Kullanım kolaylığı: Otomatik veri toplama sürecini en üst düzeye çıkarmak için uygun donanım ve yazılım bileşenleri bulunduğu sürece barkodlar kolayca kullanılabilir.
- Zamanında geribildirim: Barkodlama, gerçek zamanda yakalanan verilerin zamanında geri bildirimini destekleyerek, mevcut bilgilerden kararların alınmasını sağlar.
- Geliştirilmiş üretkenlik: Barkodlar verimliliği pekiştirir, çünkü birçok manuel etkinlik ve görev otomatik hale gelir.

Barkod sistemleri sadece verimliliği artırmakla kalmayıp; hasta güvenliğini ve bakım kalitesini de artırmaktadır (HIMSS, 2003). Sağlık barkod sistemleri hasta kabul sürecini kolaylaştırmakta, ilaçları ve bakım girişlerini takip etmekte ve tüm konaklama boyunca hastaları belirlemektedir (Health Management Technology, 2012).

Hachesu ve ark. (2016) her ne kadar barkod, hasta güvenliğini iyileştirmenin en güçlü ve en ekonomik yöntemlerinden biri olsa da, pek çok sağlık kuruluşu, teknoloji ve sistem gereksinimleri ile uygun bir anlayış eksikliği nedeniyle barkod sistemini uygulama eğiliminde olmadığını belirtmişlerdir.

1.11.2. Radyo Frekansı Tanımlama (Radio Frequency Identification)

Radio Frequency Identification (RFID), radyo dalgalarından yararlanarak bir maddenin ya da canlı varlığın kendine ait özelliklerini nicel seri numaraları ile eşleştirerek tanımlama yapılmasına imkân veren bir tür iletişim teknolojisidir. Sistemin çalışma şekli; spesifik bir etiket cihazı ile söz konusu etiketi algılamakta duyarlı özel bir okuyucu cihaz arasındaki radyo frekansı iletişim olanağı sağlayarak, sistem içinde yer alan cihazlar/nesneler birbirine temas etmeksizin iletişim imkanı

sağlar. Birbirini doğrudan görme ihtiyacı olan işlemlerin uygulanmadığı yerlerde önemli derecede kolaylık sağlamaktadır (Tan ve ark., 2015).

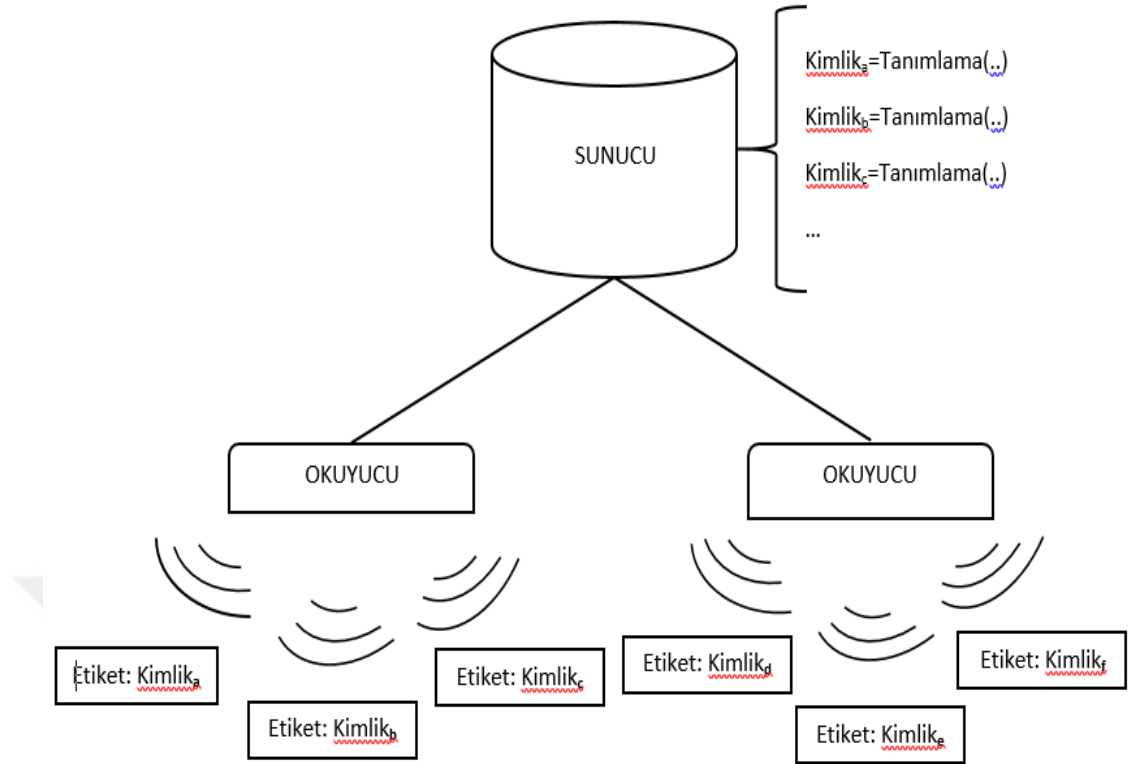
RFID sistemi 1940'lı yıllardan günümüze kadar çeşitli amaçlarla kullanılmıştır. 21. yüzyıl öncesindeki kullanım alanları Çizelge 1.5'te verilmiştir.

Çizelge 1.5 RFID Sisteminin Yıllara Göre Gelişimi (1940- 2000), (Landt, 2005).

Dönem	Gelişim
1940-1950	II. Dünya Savaşı sırasında RFID sisteminin icat edilmesi ve geliştirme aşamaları
1950-1960	İlk RFID teknolojisi araştırmaları ve laboratuvar deneyleri
1960-1970	RFID teorilerinin geliştirilmesi ve alan deneme uygulamalarının başlaması
1970-1980	RFID sisteminin gelişimi, testlerin hızlandırılması, RFID sistemine çok erken geçiş yapılması
1980-1990	RFID sisteminin ticari uygulama aşaması
1990-2000	Standartların ortaya çıkışı, RFID sisteminin geniş çaplı bir şekilde yayılması, RFID sisteminin gündelik hayatın bir parçası haline gelmesi
2000-....	RFID sisteminin hızlı bir şekilde yayılarak devam etmesi

RFID sisteminin sürekli olarak kendisini güncellediği, çeşitli alanlarda kullanıldığı ve geniş çaplı bir yayılım gösterdiği Çizelge 1.5'te görülmektedir.

RFID ağları üç farklı varlıktan oluşur (Şekil 1.5). Bunlar; etiketler, okuyucular ve sunuculardır. RFID teknolojileri günümüzde sağlık sektörü de dâhil olmak üzere birçok alanda aktif olarak kullanılmaktadır. Örnek olarak kütüphanelerde kitapların takibi, nesnelerin ve canlıların takibi, işletmelerin stoklarının girdi/çıkışı takibi, büyük marketlerde ürün takibi gibi çeşitli alanlarda kullanılabilir. Maliyetinin ucuz olması sebebi ile yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Tan ve ark., 2015).



Şekil 1.5. Klasik RFID Sistem Yapısı (Bouet ve Pujolle, 2010)

Sağlık kurumları içerisinde kullanılan RFID teknolojileri hastaların, personelin, ilaçların ve ekipmanların uzaktan tanımlanmasını ve izlenmesini sağlar. Bu teknoloji birçok manuel işlemi hızlandırabilir ya da ortadan kaldırabilir. Örneğin, tedarik zinciri boyunca ilaçların takibini sağlayıp hastaların tıbbi geçmişiyle uyumluluğunu doğrulayarak güvenlik düzeyini artırabilir. Ayrıca, RFID entegre sistemler, gerçek zamanlı personel, ekipman ve ilaç envanterinde iş akışını optimize edebilmektedir (Bouet ve Pujolle, 2010).

Radyo frekans tanımlama teknolojisi hastane ortamında çeşitli şekillerde kullanılmıştır. Örneğin, 2007 yılında Sina Sina Tıp Merkezinde Kannry ve ark. tarafından RFID kullanmanın etkinliğini ölçen bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu projede, her hastaya, boş yatakların kullanılabilirliğini otomatik olarak belirlemek için hasta boşaltımının tam zamanını belirlemek üzere bir RFID etiketi verilmiştir. 2009 yılında Iadanza ve Dori, yoğun bakım ünitesindeki yeni doğmuş bebeklerin tanımlanması ve izlenmesi için bir sistem üzerinde tartışmıştır. Başka bir çalışmada, Vargas, zihinsel sorunları olan kişileri tedavi etmeyi amaçlayan RFID temelli bir “mobil izleme sistemi” geliştirmiştir (Ebrahimzadeh ve ark., 2017).

Türkiye’de RFID sistemleri ilk olarak turizm sektöründe kullanılmıştır. RFID uygulamalarının yerel nitelikte kalması sebebi ile RFID sistemleri yayılma gösterememiştir. 2000’li yılların başından itibaren yabancı işletmelerin yatırım yapması ile yayılmaya başlamıştır (Gültekin, 2009). RFID teknolojisi pek çok ülkede sağlık sektöründe ve hastanelerde kullanılmaktadır. Ancak Türkiye’de birçok sektörde fayda sağlayan bir sistem olmasına rağmen sağlık sektöründe yaygın olarak kullanılmamaktadır. Türkiye’de RFID sistemine benzer olarak geliştirilen ve ilaç takibinde fayda sağlayan İlaç Takip Sistemi (İTS) geliştirilmiştir. İTS dünyada ilk defa Türkiye’de uygulanan bir sistem olma özelliği taşımaktadır (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2016).

RFID sisteminin birçok faydası vardır. Bunlar (Altunbaş, 2014):

- Hastaların izlenmesi, güvenliği ve kontrolünü sağlar,
- Personelin hasta ile ilgilendiği süreyi artırarak, hasta memnuniyetinin de artmasını sağlar,
- Demirbaşların izinsiz dışarı çıkmasını engeller,
- Demirbaş takibini kolaylaştırır,
- Hastaların bekleme sürelerini azaltır,
- Yüksek verimli iş akışı ve optimize edilmiş iş dağılımı sağlar,
- Bebek karışması durumunun önüne geçilir,
- Bebek kaçırma durumları engellenir.

1.11.3. Bileklikler

Önlenebilir tıbbi hatalar birçok olumsuz duruma sebep olmaktadır. Hastaların yanlış kimliklendirilmesi, uygun olmayan prosedürler, tanı ve tedavide ciddi sonuçlara neden olmaktadır. Hasta tanımlaması hasta güvenliğinde temel konudur (Khammarnia ve ark., 2015). Hasta kimliklendirme konusu dünya genelinde önemli bir konu olmakla birlikte; ilaç, ameliyat, kan veya kan ürünlerinin transfüzyonu ve hastalar ile ilgili herhangi bir prosedür ile yakından ilişkilidir. Günlük yaşamda, sağlık hizmetlerinin hastaları tanımlamak için farklı yollar benimsediği (örneğin, bileklikler, başlıklar

üzerindeki işaretler, kıyafetler üzerindeki etiketler ve kimlik rozetleri) görülür (Hoffmeister ve Souto de Moura, 2015).

Bileklik hastaların hastanede kalış süresi boyunca hastanın doğru tanımlanmasını sağlamak için kullanılır. Ayrıca ilerde meydana gelebilecek olan muhtemel hatalara da engel olmak ve hataların tekrarlanmamasını sağlamak önemli bir süreçtir (Gürlek ve ark., 2015). Bileklik kullanımlarında birçok hata meydana gelmektedir. Dale ve Renner'e göre (1997) bu hatalar aşağıdaki gibi kategorize edilebilir;

- Bilekliğin olmaması,
- Başka bir hastanın bilekliğinin takılması,
- Hastanın çelişen bilgiler içeren birden fazla bileklik kullanması,
- Eksik bilgi içeren bilekliklerin olması,
- Okunaksız bilgi içeren bilekliklerin olmasıdır.

Türkiye'de ulusal hasta güvenliği hedeflerine ulaşabilmek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Temel amaç hastaların doğru kimliklendirilmesinin sağlanmasıdır (Çiçek Korkmaz, 2018). Kimlik doğrulama hatalarının önlenmesi için kurumların politikasının olması ve söz konusu politikaların tüm sağlık personeli ile paylaşılması gerekmektedir (TTB, 2010, s:50). Türkiye'de hataları önlemek ya da en aza indirmek amacıyla Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında birçok standart gerçekleştirilmiştir. Hasta tedavi edilirken bu standartlar dâhilinde kimlik bilekliklerinin kullanımı bazı temellere dayandırılmıştır. Bu temeller;

- Yatış işlemleri gerçekleştirilmiş bütün hastalara beyaz, alerjik bir rahatsızlığı olan hastalara ise kırmızı bileklik takılmalıdır.
- Hastalara takılan bileklikler barkotlu olmakla birlikte; bilekliklerde protokol numarası, hastanın adı ve soyadı, doğum tarihi, (gün/ay/yıl) bilgileri de yer almalıdır.
- Bilekliklerde bulunan bilgilerde en fazla 4 değişken (parametre) olmalıdır.
- Doğum esnasında erkek olan bebeklerde mavi, kız bebeklerde ise pembe renkte bileklikler kullanılmalıdır.

- Anne ve bebek bilekliklerinde aynı seri numarası kullanılmalıdır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2016, s:156).

Hasta güvenliği hedeflerine ulaşabilmek amacıyla 6 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik yayınlanmıştır. Söz konusu yönetmelikte hasta ve çalışan güvenliğinde meydana gelen problemlere odaklanılmıştır. Amaç; sağlık hizmeti için güvenli sunum ve ortamın sağlanması, risklerin belirlenmesi, hizmet içi eğitimler, uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi ve alınan tedbirlerin sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektedir (Çiçek Korkmaz, 2018). İlgili yönetmeliğin 6. maddesi sağlık kurumlarının hastaların kimliklerini tanımlaması için gerekli tedbirleri alması ve düzenlemelerin yapılmasını belirtmektedir (Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 2011).

Çizelge 1.6. Hastalara Takılacak Bileklik Renkleri (Akın, 2014 ve Yıldırım, 2008)

Klinik Risk	Baskın Renk
Normal Hasta	Beyaz
Alerjik Hasta	Kırmızı
Aynı İsimli Hasta	Lacivert
Bulaş Riskli Hasta	Sarı
Düşme Riski	Yeşil
Kısıtlama	Mor
DNR Durumu	Mavi
Alerji ve Bulaş Riskli Hasta	Beyaz Bileklik Üzerine Kırmızı ve Sarı Etiket

1 Mart 2011 tarihinde yürürlüğe giren Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi gereğince yayınlanan Sağlık Hizmet Kalite Standartları kapsamında hasta kimlik bilekliklerinin renkleri standartlaştırılmıştır (Gürlek ve ark., 2015). Hasta bileklik renkleri ve renklerin taşıdığı anlamlar verilmiştir (Çizelge 1.6) (Akın, 2014 ve Yıldırım, 2008, s:149-150). Beyaz renk normal hastayı, kırmızı renk alerjik hastayı, lacivert renk aynı isimli hastayı, sarı renk bulaş riskli hastayı, yeşil renk düşme riski olan hastayı, mor renk kısıtlama, mavi renk DNR (Do Not Resuscitate) hastasını ve son olarak beyaz bileklik üzerine kırmızı ve sarı renk olması durumu ise alerji ve bulaş

riskli hastayı tanımlamaktadır (Çizelge 1.6). DNR yasal olarak geçerli bir karar olmakla beraber hastaların kardiyak veya solunum yolu tutukluğu geçirdikleri durumlarda acil müdahalenin yapılmasını istememeleri durumudur (Lammers ve Bradford, 2012).

Eğer sağlık hizmeti alan hasta bileklik takmayı kabul etmezse ya da klinik bir işlem sonrasında kimlik bilekliği takamayacak vaziyette ise (yanık durumu vb.) hastaya meydana gelebilecek potansiyel riskler anlatılmalı ve bu bilgi hasta dosyasına girilmelidir. Tıbbi müdahalede bulunan sağlık personeli ile söz konusu durum paylaşılmalı ve daha dikkatli davranılmalıdır. Çeşitli sebeplerle hasta bilekliği çıkarılmış, zarar görmüş ya da kopmuş ise yeni bir bileklik takılmalı ve bu durum hasta dosyasına kaydedilmelidir (Cengiz, 2014, s:47).

1.11.4. Kablosuz Ağlar

Kablosuz ağlar her yerde bulunarak, konum belirleme ve tanımlama için altyapıyı kullanma fırsatı ile kendini ön plana çıkarmaktadır. Kablosuz ağ temelli aktif RFID etiketleri veya kablosuz cihazları, düzenli aralıklarla kablosuz sinyal gönderir. Sinyal bir kablosuz erişim noktası tarafından alınır ve vericinin yerini belirlemek için algoritmalar kullanan bir konum motoruna gönderilir. Yer çözünürlüğü en yakın kablosuz erişim noktasına kadardır. Bu, çok amaçlı bir altyapı birçok avantaj sağlamaktadır. Çoğunlukla tanımlama ve takip amacıyla kullanılır.

Hastane ortamında kablosuz ağlar, doktorlar ve hemşirelere hastalara ait bilgilere her zaman ve her yerden erişmelerini sağlayan bir sistemdir. Kablosuz ağlar hastalara uzaktan konsültasyon yapılabilmesine olanak tanımaktadır (Erdem ve Tuğral, 2009).

Kablosuz ağların çeşitli fayda ve riskleri vardır (Allworth ve ark., 2008, s:18).

Faydaları:

- Çok amaçlı platform: çoklu fonksiyonel alanlarda bilgi yönetimi, erişim ve girdi sağlanır,

- Gerçek zamanlı olarak çalışır, böylece lokasyon veya prosedürleri olan hastaların güncel "anlık görüntüleri" sağlanır,
- Eşsiz sinyal teknolojisi ile ilgili doğruluk,
- El yazısı notları yerine doktorlardan ekran temelli bilgiler kullanarak hemşirelik personeli ile ilgili doğruluk,
- Vardiya devridaiminde mevcut ekran tabanlı bilgi ile ilgili doğruluk,
- Birleşik Krallık Sağlık Koruma Ajansı, bir yıl boyunca bir kablosuz bağlantı noktasının altında oturmanın, 20 dakikalık bir cep telefonu araması yapmak ile aynı dozda radyo dalgaları almasına neden olduğunu belirtmiştir.

Riskleri:

- Tüm kurumsal destek ve değişim yönetimini içerir.
- Önemli ölçüde işletme bütçesi finansmanı gerektirir.
- Her ne kadar cep telefonlarından daha zararsız olsa da meydana gelen radyasyon korkusu.

1.11.5. Biyometrik Sistemler

Günlük hayatta önemli bir yeri olan biyometrik tabanlı doğrulama, güvenli kimlik doğrulama konusunda önde gelen bir yöntemdir. Kullanımı giderek daha da yaygın hale gelmektedir (Ergen ve Çalışkan, 2011). Biyometrik cihazlar, canlı bir kişiyi fizyolojik veya daha az yaygın olarak davranışsal özelliklere dayanarak tanımlayan veya doğrulayan otomatik yöntemlerdir (Allworth ve ark., 2008, s:18).

Yaygın biyometrik yaklaşımlar parmak izlerinin, el veya avuç içi geometrisinin, retinanın, irisin veya yüz özelliklerinin tanınmasını içerir (Allworth ve ark., 2008, s:18). Avuç içi tarama yönteminin diğer cihazlara göre bazı avantajları bulunmaktadır (Ergen ve Çalışkan, 2011):

- Düşük çözünürlüklü görüntülemelerde kullanılabilir.
- Maliyeti düşük olan kameralar ile görüntülerin elde edilmesi kolaydır.

- Bireyin avuç içinin taklit edilme durumu çok zordur.
- Özellik olarak avuç içleri kalıcı ve karakteristiktir.

Çeşitli biyometrik tanıma sistemlerinin bireylerde taradıkları özellikler Çizelge 1.7’de verilmiştir (Maltoni ve ark., 2003).

Çizelge 1.7. Biyometrik Tanıma Sistemleri Çeşitlerinin Taradıkları Özellikler (Maltoni ve ark., 2003)

Biyometrik Karakteristik	Özellikler
Parmak İzi	Parmak satırları gözenek yapısı
İmza Tanıma	Basınç ve hız ile yazma farkları
Yüz Geometrisi	Göz, burun vs arası uzaklıklar
İris Tanıma	İris deseni
Retina	Retina yapısına (desenine) göre
El Geometrisi	Parmak ve avuç içi ölçülerine göre
Parmak Geometrisi	Parmak ölçme
El Damar Yapısı	Elin arkası, parmak veya avuç içi damar yapısı
Kulak Formu	Kulağın belirgin boyutları
Ses	Ton ya da ses rengi
DNA	Kalıtsal bulaşıcı olan DNA
Koku	Kokunun kimyasal bileşimi

Türkiye’de biyometrik sistemler kullanılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda çeşitli istenmeyen durumlarla karşılaşılması (sosyal güvencesi olmayan bireylere sosyal güvence sahibi kişiler üzerinden işlem yapılması, hastaneye gitmeyen bireyler üzerinden işlem yapılması, yapılmayan işlemlerin yapılmış olarak gösterilmesi ve Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) fatura kesilmesi) sebebi ile hastanelerde biyometrik sistemlere geçilmiştir. Bu nedenle bireyler hem kimlik vermek hem de avuç içi verisini okutmak kaydıyla sağlık hizmeti alabilmektedir (Özkaynak, 2016). Avuç içi damar izi okuma sisteminin, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü’nün 20.04.2012 tarihli kararıyla özel hastanelerde uygulanması için çalışmalar başlatılmıştır. Avuç içi damar okuma sistemi ilk muayene, her provizyon alımı, fizik

tedavi, konsültasyon, kontrol muayenesi, yatış işlemleri, diyaliz, radyoterapi, kemoterapi gibi durumlarda kullanılır. 0-12 yaş altı ve 65 yaş üstü bireyler, her iki eli olmayan bireyler, her iki el avuç içi, işaret parmağı ve orta parmağı damar bütünlüğü bozulmuş bireyler, acil hastalar (yeşil alan muayenesi hariç), el felci gibi çeşitli durumlarda hastaların avuç içi damar verilerinin girişinin yapılmaması kararı alınmıştır (Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 2012).

Biyometrik sistemlerin birçok fayda ve riskleri bulunmaktadır (Allworth ve ark., 2008, s:17).

Faydaları:

- Hızlı,
- Doğru,
- Minimum eğitim gerektirir,
- Cerrahi işlem gerektirmez,
- Basit teknoloji içerir. Örn, iris tanıma için laptop ve kamera.

Riskleri:

- Seçeneklerin pahalı olması,
- Bilgilendirilmiş rıza, gizlilik, ikincil kullanımlar ile ilgili endişeler
- İris tanıma, kameranın kafasını her pozisyonda tutamadıklarından dolayı çocuklarda yararlı değildir.
- İris tanıma katarakt ameliyatından etkilenebilir.

1.11.6. Hasta Akıllı Kartları

Hastanelerdeki ve tıp merkezlerindeki otomasyon sistemleri, sağlık çalışanları için verimli bir çalışma ortamı sağlama amacına hizmet eder. Doğru hastanın sağlık verilerine hızlı bir şekilde erişim, sistemin ana işlevlerinden biridir (Kardas ve Tunalı, 2006).

Hasta akıllı kartları hastaneye entegre edilmiş küçük çiplerdir. Çip, farklı uygulamalar için programlanabilen güçlü bir mini bilgisayar görevi görmektedir. Akıllı kart teknolojisi, yüksek düzeyde güvenlik ve gizlilik koruması sunarak, kimlik ve kişisel sağlık bilgileri gibi hassas bilgileri hafızasında bulundurmaktadır. Örneğin; hastanın reçete geçmişi, adı, adresi, sigorta bilgileri, alerjiler, acil durum iletişim bilgileri ve diğer önemli veriler kartta güvenle saklanabilir. Akıllı kartların içinde bulunan çipler, sahip oldukları verilere erişime ve verilerin okuyucular ve diğer sistemlerle güvenli bir şekilde değiştirmesine olanak sağlar (Smart Card Alliance, 2013).

Hastanede bulunan her bilgisayar hasta akıllı kartlarına entegredir ve veri tabanlarına bağlanabilirler. Sağlık personeli hasta akıllı kartını hastane bilgisayarına takarak hastaya ait verileri görüntüleyebilir, muayeneden sonra yapılan işlem ve yazılan reçete bilgisini güncelleyebilir (Latha ve ark., 2012).

Akıllı kartlar hafıza kartı ve mikroişlemci kartları olmak üzere ikiye ayrılır. Hafıza kartları sadece veri depolar ve küçük bir disket olarak düşünülebilir. Mikroişlemci kartları, karttaki hafızasına bilgi ekleyebilir, silebilir ve bilgileri kullanabilir (Briggs ve Beresford, 2001, s:3).

Sağlık hizmeti alan her bireyin hasta akıllı kartı ile doğru tanımlanmasının birçok faydası bulunmaktadır (Smart Card Alliance, 2013);

- Tıbbi hatalarda azalma,
- Hasta kabul sürecini hızlandırma,
- Sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltma,
- Geri ödeme sistemini hızlandırma,
- Tıbbi kimlik hırsızlığı ve dolandırıcılık insidansını azaltır.

Hasta akıllı kartlarının fayda sağlayabilmesi için ucuz, kullanımı kolay, güncellenebilen ve kolay hasar görmeyen bir yapıya sahip olmalıdır. Hız, güvenlik ve taşınabilirlik özellikleri akıllı kartların sağlık sistemlerinde potansiyel bir araç olmasını sağlamaktadır (Kardas ve Tunalı, 2006).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırma, sağlık kurumlarında sürekli olarak meydana gelen, hastalara gerek maddi gerekse manevi olarak zarar veren, sistem hatalarından kaynaklanabileceği gibi bir sağlık çalışanlarının dikkatsizliği, gerekli özeni göstermemesi vb. sebepler ile de ortaya çıkabilen hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda hemşirelerin görüşlerini değerlendiren tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Hemşire görüşlerinin çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak bu araştırmanın bir diğer amacıdır. Servislerde hastaların bakımlarının hemşireler tarafından yapılıyor olması, sürekli olarak hasta ve hasta yakınları ile iletişim halinde olması, vardiya usulü çalışma sisteminin bulunması, servislerde taburcu ve yatış işlemlerinin 24 saat yapılıyor olması ve her zaman kimlik doğrulama yapmak zorunda olması sebebi ile araştırmaya sadece servislerde çalışan hemşireler dâhil edilmiştir.

Hasta güvenliği konusunun alt başlıklarından biri olan hasta güvenliğinde kimlik doğrulama küresel anlamda büyük bir öneme sahiptir. Kimlik doğrulama hatalarının azaltılması ve tamamen ortadan kaldırılması amacıyla sağlık bakım süreçlerinde çeşitli düzenlemeler yapılarak standartlar oluşturulmaktadır. Bu çalışma bir kamu üniversitesi hastanesinde çalışmakta olan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiş olup; hastalarla sürekli olarak iletişim halinde olunması ve tedavi sürecinin her aşamasında hasta ile ilgilenilmesi gibi durumlar göz önünde bulundurularak hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir.

2.2. Araştırmanın Hipotezleri

Bu tez çalışması; hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda hemşirelerin görüşlerini değerlendiren tanımlayıcı bir araştırmadır. Ayrıca hemşire görüşlerinin çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak

bu araştırmanın bir diğer amacıdır. Bu bağlamda oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

H₁: Araştırmaya katılan hemşirenin hasta kimliğinin doğrulanması konusundaki görüşleri cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

H₂: Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta kimliğinin doğrulanması konusundaki görüşleri yaş aralıklarına göre farklılaşmaktadır.

H₃: Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta kimliğinin doğrulanması konusundaki görüşleri çalışma sürelerine göre farklılaşmaktadır.

H₄: Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta kimliğinin doğrulanması konusundaki görüşleri eğitim durumlarına göre farklılaşmaktadır.

H₅: Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta kimliğinin doğrulanması konusundaki görüşleri çalışma şekline göre farklılaşmaktadır.

H₆: Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta kimliğinin doğrulanması konusundaki görüşleri hemşirelerin hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda eğitim almış olma durumuna göre farklılaşmaktadır.

2.3. Araştırmanın Yeri ve Kapsamı

Bu araştırma Ankara’da bulunan bir kamu üniversitesi hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma sadece kamu üniversitesi hastanesine bağlı erişkin hastanesindeki yataklı servisler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşireleri kapsamaktadır. Belirtilen üniteler, yoğun olması, risk oranının fazla olması ve bu birimlerin sürekli olarak hasta kimliği doğrulaması yapmak zorunda olmaları sebebi ile seçilmiştir.

2.4. Araştırmanın Varsayım ve Sınırlılıkları

Polikliniklerde çalışan hemşireler ve diğer sağlık çalışanları çalışmanın dışında tutulmuştur. Söz konusu araştırma neticesinde elde edilen sonuçlar diğer hastaneler için genellenemez.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; veri toplama aracı olarak kullanılan anketlere verdikleri yanıtların gerçek durumu yansıttığı, önermelerin yöneltildiği hemşirelerin makul düzeyde geçerli yanıtlar verebilecek bilgi ve deneyime sahip olduğu varsayılmıştır.

2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma; JCI tarafından akredite edilmiş, 28 klinik ve 10 yoğun bakım bölümü ile sağlık hizmeti sunan 730 yatak kapasitesine sahip bir kamu üniversitesi hastanesinin yataklı servisleri ile yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma bir kamu üniversitesi hastanesine bağlı erişkin hastanesinde bulunan 16 klinik ve 5 yoğun bakım ünitesinde yürütülmüştür. İnsan kaynakları biriminden alınan bilgiler doğrultusunda araştırmanın gerçekleştirildiği tarihlerde ilgili birimlerde 450 hemşire çalışmaktadır.

Örnekleme alınacak olan hemşirelerin 15 tanesinin yıllık izinde olması, 6 hemşirenin doğum izninde olması, sözleşmeli olarak çalışan 23 hemşirenin başka bir kuruma atamasının yapılmış olması ve 12 hemşirenin personel eksikliğinden dolayı hastane içerisinde farklı ünitelere geçici olarak transfer edilmesi nedeniyle 450 hemşire içinden 56'sı doğrudan araştırma dışında kalmaktadır.

Çalışmaya katılacak hastane personeli örnek hacmi, kitle büyüklüğüne duyarlı olarak basit rastgele örnekleme formülü kullanılarak hesaplanmış olup araştırmaya katılacak çalışan sayısının belirlenmesinde aşağıda verilen formülden yararlanılmıştır.

Personel Sayısı:

$$n = \frac{N t^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq} = n = \frac{394 \times 3,8416 \times 0,25}{0,05 \times 0,05 (450-56) + 1,96^2 \times 0,50 \times 0,50} = 194$$

n : Örneklem alınacak birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı

p : İncelenen olayın görülme sıklığı (0.50)

q : İncelenen olayın görülmemesi sıklığı (0.50)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d : Olayın görülüş sıklığına göre sapma değeri (0.05)

Hastanede çalışmakta olan toplam 450 hemşire bulunmaktadır. Örneklem dâhil edilen hemşire sayısı 194'tür ancak 201 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve ankette bulunan önermeleri yanıtlamıştır.

2.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi amacıyla gerekli bilgilere ulaşmak için söz konusu kamu üniversitesi hastanesinin yönetiminden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma, Haziran 2017 – Ağustos 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak Cengiz (2014) tarafından oluşturulmuş Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama Anketi kullanılmıştır. Söz konusu anket 58 önermeden oluşmakta olup anket çalışması uygulanmadan önce çalışmanın amacı ve anket hakkında gerekli bilgi verilmiştir. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde (8) tanımlayıcı önerme yer alırken, ikinci bölümde ise hasta bilekliği ve kimlik doğrulama ile ilgili 50 önerme ve ifade almaktadır. Cevapların değerlendirilmesinde 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada IBM SPSS paket programı ile yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Alpha değeri $\alpha=0,778$ olarak bulunmuştur.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Yapılan anketler neticesinde elde edilen verilerin analizi IBM SPSS istatistik paket programı kullanılarak yapılmış olup analizlerin tamamında anlamlılık $p<0,05$ olarak değerlendirilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Yapılan analizler neticesinde araştırmada verilerin normal dağılım göstermediği ($p=0,00$) tespit edilmiştir ($p<0,05$). Normal dağılım göstermeyen değişkenlerden iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda farklılık kaynağının belirlenmesi için Bonferroni düzeltmesi ve Dunn-Sidak testi kullanılmıştır. İstatistik parametreleri Kategorik değişkenlerde istatistik parametreleri frekans (n) ve oran (%) ile ifade edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde IBM SPSS paket programı kullanılmıştır.

Mann-Whitney U testi bağımsız örnekler için uygulanan t testinin parametrik olmayan alternatifidir. Mann-Whitney U testinde ortalamaların karşılaştırılması yerine medyanların karşılaştırılması söz konusudur (Karagöz, 2016, s:557).

Kruskal Wallis testi tek yönlü varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir. Kruskal Wallis testi oldukça güçlü bir nonparametrik bir testtir (Karagöz, 2016, s:597).

3. BULGULAR

Bu bölümde bulgular; araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı bulguları ve sosyo-demografik özelliklerin değişkenlere göre gösterdiği farklılıklar (hipotezlere ilişkin bulgular) olmak üzere iki başlık altında değerlendirilmiştir.

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet, yaş aralığı, medeni durumu ve eğitim durumu ile ilgili tanımlayıcı veriler Çizelge 3.1’de verilmiştir.

Çizelge 3.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	175	87,1
	Erkek	26	12,9
Yaş Aralığı	21-27 yaş	68	33,8
	28-32 yaş	64	31,8
	33 yaş ve üzeri	69	34,4
Medeni Durum	Bekâr	115	57,2
	Evli	86	42,8
Eğitim Durumu	Lisans	181	90,0
	Yüksek Lisans	20	10,0
Toplam		201	100

Araştırma kapsamında yataklı servisler ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin % 87,1’inin kadın olduğu, %34,4’ünün 33 yaş ve üzerinde olduğu, %57,2’sinin bekâr olduğu, %90’ının lisans mezunu olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili Özellikler

		n	%
Meslekte Çalışma Yılı	0-3 yıl	62	30,8
	4-9 yıl	72	35,8
	10 yıl ve üzeri	67	33,4
Görev Yaptığı Hastanede Çalışma Yılı	0-3 yıl	73	36,3
	4-9 yıl	72	35,8
	10 yıl ve üzeri	56	27,9
Çalışma Şekli	Gündüz	50	24,9
	Vardiya	151	75,1

Çizelge 3.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili Özellikler
(Çizelgenin Devamı)

Çalışılan Bölüm	Cerrahi Bölümler	144	71,6
	Dahili Bölümler	57	28,4
Çalıştığı Branş	Genel Dahiliye ABD	18	9,0
	Genel Cerrahi ABD	17	8,4
	Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD	15	7,5
	Ortopedi ve Travmatoloji ABD	15	7,5
	Beyin ve Sinir Cerrahisi ABD	14	6,9
	Üroloji ABD	12	6,0
	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	10	5,0
	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi ABD	10	5,0
	Psikiyatri ABD	10	5,0
	Kardiyoloji ABD	10	5,0
	Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	10	5,0
	Nöroloji ABD	9	4,4
	Toraks Kalp Damar Cerrahisi ABD	8	3,9
	Göz Hastalıkları ABD	8	3,9
	Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	6	3,0
	Anestezi ve Reanimasyon ABD	6	3,0
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	5	2,5
	Yanık Ünitesi	5	2,5
	Dahiliye Yoğun Bakım	5	2,5
	Koroner Yoğun Bakım	4	2,0
	Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	4	2,0
Toplam		201	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin %35,8'inin 4-9 yıl süre ile hemşirelik mesleğinde çalışmakta olduğu, hemşirelerin %36,3'ünün 0-3 yıl aralığında aktif olarak görev yaptığı hastanede çalışmakta olduğu ve %75,1'inin vardiya usulü çalıştığı görülmektedir (Çizelge 3.2).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümler cerrahi bölümler ve dahili bölümler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Cerrahi bölümlerde çalışan hemşireler örneklemin (%3'ü Anestezi ve Reanimasyon ABD, %6,9'u Beyin ve Sinir Cerrahisi ABD, %8,4'ü Genel Cerrahi ABD, %3,9'u Göz Hastalıkları ABD, %7,5'i Kadın Hastalıkları ve Doğum

ABD, %5'i Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, %3,9'u Toraks Kalp-Damar Cerrahisi ABD, %7,5'i Ortopedi ve Travmatoloji ABD, %5'i Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi ABD, %6'sı Üroloji ABD, %2'si Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, %2,9'u Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, %5'i Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, %2,5'i Yanık Ünitesi ve %2'si Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi) % 70,1'ini oluştururken; Dahili bölümlerde çalışan hemşireler örneklemin (%9'u Genel Dahiliye ABD, %4,5'i Nöroloji ABD, %5'i Psikiyatri ABD, %2,5'i FTR, %5'i Kardiyoloji ABD ve %2,5'i Dahili Yoğun Bakım Ünitesi) %29,9'unu oluşturmaktadır (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.3. Hastanın Bilekliği'nin Takılma Zamanı İle İlgili Toplanan Veriler

	n	%
Hasta Yatacağı Servise İlk Geldiğinde	99	49,3
Hasta Yatış İçin Hasta Kabul Bölümüne Başvurduğunda	69	34,3
Hasta Servise Yattığında	32	15,9
Hasta Herhangi Bir İşlem İçin Başka Bir Servise veya Bölüme Transfer Edilmeden Önce	1	0,5
Toplam	201	100

Çalışmaya katılan hemşirelere hastalara “Hasta bilekliği ne zaman takılmalıdır?” sorusu yöneltilmiştir. Hemşirelerin %34,3'ü hastanın yatış işlemleri için hasta kabul bölümüne başvurduğunda, %49,3'ü hasta servise ilk geldiğinde, %15,9'u hasta servise yattığında, %0,5'i hasta herhangi bir işlem yapılmadan önce veya bölüme transfer edilmeden önce hastanın kimlik bilekliği'nin takılması gerektiğini ifade etmiştir (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.4. Hemşirelere Göre Hasta Bilekliği Takma Görevinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	n	%
Hemşire	100	39,9
Sekreter	79	31,4
Hasta Kabul Personeli	55	22,0
Hekim	12	4,7
Hasta Hizmetli/Posta	2	0,8
Fizyoterapist	1	0,4
Teknisyen	1	0,4
Garson	1	0,4
Toplam	251	100

*Katılımcılar bu soruda birden çok seçeneği işaretleyebilmektedir.

Hangi meslek gruplarının hasta kimlik bilekliğini takması gerektiği önermesine hemşirelerin %4,7'si hekim, %39,9'u hemşire, %0,4'ü fizyoterapist, %0,4'ü teknisyen, %31,4'ü sekreter, %22'si hasta kabul personeli, %0,8'i hasta hizmetlisi, %0,4'ü garsonun takması gerektiğini ifade etmiştir (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.5. Hemşirelere Göre Kimlik Doğrulama Yapmak Zorunda Olan Meslek Grupları

	n	%
Hepsi	137	29,8
Hemşire	62	13,5
Hekim	46	10,0
Fizyoterapist	40	8,7
Diyetisyen	36	7,8
Sekreter	35	7,6
Hasta Hizmetlisi/Posta	25	5,5
Garson	24	5,2
Teknisyen	23	5,0
Hasta Kabul Personeli	19	4,1
Eczacı	13	2,8
Toplam	460	100

*Katılımcılar bu soruda birden çok seçeneği işaretleyebilmektedir.

Hemşirelere göre hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik doğrulama yapmak zorunda olan meslek gruplarının yüzdelik dağılımı Çizelge 3.5'te verilmiştir. Hemşirelerin %10,0'u hekimlerin, %13,5'i hemşirelerin, %2,8'i eczacıların, %7,8'i diyetisyenlerin, %8,7'si fizyoterapistlerin, %5,0'i teknisyenlerin, %7,6'sı

sekreterlerin, %4,1'i hasta kabul personelinin, %5,5'i hasta hizmetlilerinin, %5,2'si garsonların ve %29,8'i tüm meslek gruplarının kimlik doğrulama yapmak zorunda olduğunu ifade etmiştir (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.6. Kimlik Doğrulamasının Hangi Durumlarda Yapılacağına İlişkin Bulgular

	n	%
Hepsi	191	78,0
Herhangi Bir Tetkik, Tedavi, Girişim ya da Ameliyattan Önce	10	4,1
İlaç Vermeden Önce	8	3,3
Kan Transfüzyonundan Önce	8	3,3
Kan Almadan Önce	6	2,4
Hastanın Başka bir Bölüme-Birime Transferinden Sonra	6	2,4
Hastanın Başka Bir Bölüme-Birime Transferinden Önce	5	2,1
Bebeğin Anneye Verilmesinden Önce	4	1,6
Hastanın Alerjisinin Olup Olmadığının Kontrolünde	4	1,6
Yemek Verilmeden Önce	3	1,2
Toplam	245	100

*Katılımcılar bu soruda birden çok seçeneği işaretleyebilmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelere ait kimlik doğrulamasının hangi durumlarda yapılacağına ilişkin bulguları Çizelge 3.6'da verilmiştir. Elde edilen verilere göre %3,3'ü ilaç vermeden önce, %2,4'ü kan almadan önce, %3,3'ü kan transfüzyonundan önce, %4,1'i herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce, %2,1'i hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce, %2,4'ü hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra, %1,6'sı hastanın alerjisinin olup olmadığının kontrolünde, %1,2'si yemek verilmeden önce, %1,6'sı bebeği anneye verilmesinden önce yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Hemşirelerin %78'i Çizelge 3.6'da yer alan tüm durumlar için kimlik doğrulamasının yapılması gerektiği görüşündedir.

Çizelge 3.7. Hemşirelere Göre Kimlik Doğrulama Hatasını En Çok Yapan Meslek Grupları

	n	%
Hekim	118	22,6
Hemşire	89	17,1
Sekreter	73	14,1
Hasta Hizmetlisi / Posta	56	10,7
Garson	54	10,4
Hasta Kabul Personeli	36	6,9
Diyetisyen	34	6,5
Teknisyen	30	5,8
Fizyoterapist	22	4,2
Eczacı	9	1,7
Toplam	521	100,0

*Katılımcılar bu soruda birden çok seçeneği işaretleyebilmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %22,6'sı en çok kimlik doğrulama hatası yapan meslek grubunun hekimler olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelere göre hekimlerden sonra en çok hata yapan meslek grupları sırasıyla %17,1'i hemşireler, %14,1'i sekreterler, %10,7'si hasta hizmetlisi/posta, %10,4'ü garsonlardır (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.8. Hemşirelerin Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama İle İlgili Eğitim Alma Durumu

	n	%
Evet	189	94,0
Hayır	12	6,0
Toplam	201	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin %94'ü hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitim aldığını; %6'sı hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitim almadığını belirtmiştir (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.9. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimi Aldıkları Kurum/Eğitim Merkezi Bilgileri

	n	%
Bu Hastanede	184	91,5
Başka Hastanede	17	8,5
Toplam	201	100,0

Hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitim alan hemşirelerin %91,5'i hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitimlerini çalışmakta oldukları kurumdan aldığını; %8,5'i hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitimlerini başka hastanede aldığını belirtmiştir (izelge 3.9).

Çizelge 3.10. Hasta Kimliğinin Doğrulanmamasından Kaynaklı Tıbbi Hata İle Karşılaşma Durumu

	n	%
Hayır	149	74,2
Evet	52	25,8
Toplam	201	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin %74,2'si hasta kimliğinin doğrulanmamasından kaynaklı tıbbi hata ile karşılaşmadığını; %25,8'i ise hasta kimliğinin doğrulanmamasından kaynaklı tıbbi hatalar ile karşılaştığını belirtmiştir (izelge 3.10).

Çizelge 3.11. Kimlik Doğrulama Kaynaklı Karşılaşılan Hata Tanımı Bulguları

	n	%
Yanlış Hastaya İlaç Verilmesi	28	36,3
Hastanın Alerjisinin Fark Edilmemesi	11	14,3
Yanlış Hastadan Kan Alınması	9	11,7
Diğer	9	11,7
Yanlış Hastaya İşlem Yapılması	8	10,4
Yanlış Hastaya Yanlış Rejim/Yemek Verilmesi	8	10,4
Yanlış Hastaya Kan Transfüzyonu Yapılması	2	2,6
Yanlış Hasta Transferi	2	2,6
Toplam	77	100,0

Kimlik doğrulama kaynaklı tıbbi hatalar ile karşılaşan hemşirelerden elde edilen verilere göre hataların %36,3' yanlış hastaya ilaç verilmesi, %14,3' hastanın alerjisinin fark edilememesi, %11,7'si yanlış hastadan kan alınması, %10,4' yanlış hastaya işlem yapılması, %10,4' yanlış hastaya yanlış rejim/yemek verilmesidir. Hataların %11,7'sinin tanımlanmamış diğer durumlardan meydana geldiği belirtilmiştir (izelge 3.11).

Çizelge 3.12. Hemşirelerin Kimlik Doğrulanmamasından Kaynaklı Hata Yapma Durumu

	n	%
Hayır	195	97,0
Evet	6	3,0
Toplam	201	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin %97'si hastaların kimliğinin doğrulanmamasından kaynaklı hata yapmadığını, %3'ü kimlik doğrulama kaynaklı hata yaptığını belirtmiştir (Çizelge 3.12).

Çizelge 3.13. Hemşirelerin Kimlik Doğrulanmaması Kaynaklı Yaptığı Hataları Bildirme Durumu

	n	%
Evet	5	83,3
Hayır	1	16,6
Toplam	6	100,0

Kimlik doğrulanmamasından kaynaklı hata yapan hemşirelerin %83,3'ü yaptığı hatayı kuruma bildirmiş olup; %16,6'sı kimlik doğrulanmamasından kaynaklı yaptığı hatayı kuruma bildirmemiştir (Çizelge 3.13).

Elde edilen verilere göre kimlik doğrulama kaynaklı hata yapan bir hemşire bulunmaktadır. Hemşireler kimlik doğrulanmaması sonucu meydana gelen hataların bildirilmemesini daha önce bir hata bildirim mekanizmasının olmamasından kaynaklandığını belirtmiştir (Çizelge 3.13).

Çizelge 3.14. Hemşirelere Göre Hastaların Kimlik Bilekliklerini Takmak İstememelerinin Nedenleri

	n	%
Diğer	100	36,7
Kendisini rahatsız (etiketlenmiş, damgalanmış gibi) hissediyor	96	35,3
Alerjiye neden olabiliyor	76	27,9
Toplam	272	100,0

*Katılımcılar bu soruda birden çok seçeneği işaretleyebilmektedir.

Hemşirelerin %35,3'ü hastaların kendilerini rahatsız (etiketlenmiş, damgalanmış) hissetmesinden dolayı kimlik bilekliklerini takmak istemediğini, %

27,9'u alerjiye neden olma durumundan dolayı takmak istemediklerini ve %36,7'si tanımlanmamış diğer durumlardan dolayı kimlik bilekliklerini takmak istemediklerini belirtmiştir (Çizelge 3.14).

Çizelge 3.15. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hasta Kimliğinin Doğrulaması İle İlgili Verilen İfadelere Katılma Oranı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1.Hastalar kimlik bilekliklerini her zaman takarlar.	7	3,5	24	11,9	9	4,5	72	35,8	89	44,3
2.Hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	0	0,0	1	0,5	7	3,5	61	30,3	132	65,7
3.Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır.	1	0,5	3	1,5	1	0,5	51	25,4	145	72,1
4.Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır.	0	0,0	0	0,0	1	0,5	50	24,9	150	74,6
5.Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır.	0	0,0	1	0,5	1	0,5	51	25,4	148	73,6
6.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	0	0,0	2	1,0	3	1,5	48	23,9	148	73,6
7.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır.	1	0,5	3	1,5	3	1,5	46	22,9	148	73,6
8.Hastanın alerjisi olup olmadığının kontrolünde kimlik doğrulaması yapılır. (kırmızı kimlik bilekliği vb. ile)	2	1,0	2	1,0	1	0,5	65	32,3	131	65,2
9.Hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	5	2,5	10	5,0	13	6,5	61	30,3	112	55,7
10.Bebeğin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	0	0,0	1	0,5	6	3,0	55	27,4	139	69,2
11.Hastalar ameliyathaneye gitmeden önce bileklikleri kontrol edilir.	0	0,0	1	0,5	1	0,5	51	25,4	148	73,6
12.Hastalar ameliyathaneden döndüklerinde bileklikler kollarında bulunur.	0	0,0	2	1,0	12	6,0	51	25,4	136	67,7
13.Hastaların kimlik bileklikleri bazı durumlar (damar yolu açmak, vb.) için çıkartılır veya kesilir.	6	3,0	12	6,0	21	10,4	119	59,2	43	21,4

Çizelge 3.15. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hasta Kimliğinin Doğrulaması İle İlgili Verilen İfadelere Katılma Oranı (Çizelgenin Devamı)

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
14.Bazı durumlarda (damar yolunun açılması vb.) kimlik bileklikleri hasta bakımını engellediği için bileklik çıkarılır ve işlem yapıldıktan sonra yeni bileklik takılır.	0	0,0	5	2,5	11	5,5	77	38,3	108	53,7
15.Hasta kimliği her zaman doğrulanır. Doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaz.	0	0,0	2	1,0	4	2,0	70	34,8	125	62,2
16.Çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabilir.	88	43,8	81	40,3	11	5,5	10	5,0	11	5,5
17.Hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir, önemli olduğuna inanılır.	0	0,0	1	0,5	14	7,0	78	38,8	108	53,7
18.Barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırır.	10	5,0	1	0,5	31	15,4	74	36,8	85	42,3
19.Hastalar sağlık personeli tarafından tanınır ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaz.	103	51,2	74	36,8	8	4,0	12	6,0	4	2,0
20.Personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamıyor.	91	45,3	73	36,3	14	7,0	12	6,0	11	5,5
21.Hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	91	45,3	81	40,3	5	2,5	12	6,0	12	6,0
22.Çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	94	46,8	76	37,8	11	5,5	10	5,0	10	5,0
23.Aynı anda birden çok iş birden yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	95	47,3	70	34,8	10	5,0	18	9,0	8	4,0
24.Hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceği bilinir.	1	0,5	5	2,5	11	5,5	85	42,3	99	49,3
25.Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilir ve sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın önemi anlatılır ve sık sık hatırlatılır.	1	0,5	3	1,5	6	3,0	85	42,3	106	52,7
26.Yönetim hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemser.	2	1,0	2	1,0	7	3,5	70	34,8	120	59,7

Çizelge 3.15. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hasta Kimliğinin Doğrulaması İle İlgili Verilen İfadelere Katılma Oranı (Çizelgenin Devamı)

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
27.Bu hastanede uygun kimlik doğrulama yapılır.	1	0,5	4	2,0	12	6,0	77	38,3	107	53,2
28.Hastanın kimliğini doğrulamak benim için çok önemlidir.	0	0,0	1	0,5	1	0,5	65	32,3	134	66,7
29.Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konusunda bilgi sahibiyim.	0	0,0	1	0,5	0	0,0	64	31,8	136	67,7
30.Her zaman doğru hastayı tanımladığıma emin olurum.	0	0,0	1	0,5	1	0,5	68	33,8	131	65,2
31.Yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir.	0	0,0	1	0,5	0	0,0	52	25,9	148	73,6
32.Yanlış hastayı tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu düşünüyorum.	1	0,5	1	0,5	0	0,0	60	29,9	139	69,2
33.Eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yaparsam bunu rapor ederim.	1	0,5	3	1,5	20	10,0	70	34,8	107	53,2
34.Çalıştığım klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılıyor.	88	43,8	66	32,8	23	11,4	10	5,0	14	7,0
35.Poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenebilir.	0	0,0	4	2,0	14	7,0	93	46,3	90	44,8
36.Yaptığım hataların raporlanması beni endişelendirmiyor.	16	8,0	22	10,9	31	15,4	59	29,4	73	36,3
37.Politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını önleyici niteliktedir.	2	1,0	5	2,5	14	7,0	82	40,8	98	48,8

Araştırmaya katılan hemşirelerin %44,3'ü “Hastalar kimlik bilekliklerini her zaman takarlar.” ifadesine kesinlikle katılıyorum cevabını vermiş olup; %11,9'u katılmıyorum cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %65,7'si “Hastaya ilaç vermeden önce kimlik doğrulaması yapılır” ifadesine, %72,1'i “Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır” ifadesine, %74,6'sı “Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır” ifadesine, %73,6'sı “Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır” ifadesine, %73,6'sı “Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır” ifadesine, %73,6'sı “Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem

öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır” ifadesine “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 65,2’si “Hastanın alerjisi olup olmadığının kontrolünde kimlik doğrulaması yapılır (kırmızı kimlik bilekliği vb. ile)” ifadesine, %55,7’si “Hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır” ifadesine, %69,2’si “Bebegin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulaması yapılır” ifadesine, %73,6’sı “Hastalar ameliyathaneye gitmeden önce bileklikleri kontrol edilir” ifadesine ve %67,7’si “Hastalar ameliyathaneden döndüklerinde bileklikler kollarında bulunur” ifadesine “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %59,2’si “Hastaların kimlik bileklikleri bazı durumlar (damar yolu açmak, vb.) için çıkartılır veya kesilir” ifadesine katılıyorum cevabı vermiş olup; %10,4’ü kararsız olduğunu belirtmiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 53,7’si “Bazı durumlarda (damar yolunun açılması vb.) kimlik bileklikleri hasta bakımını engellediği için bileklik çıkarılır ve işlem yapıldıktan sonra yeni bileklik takılır” ifadesine, %%62,2’si “Hasta kimliği her zaman doğrulanır. Doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaz” ifadesine “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %43,8’i “Çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabilir” ifadesine “Kesinlikle katılmıyorum” cevabı vermiş olup; %53,7’si “Hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir ve önemli olduğuna inanılır” ifadesine “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %42,3’ü “Barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırır” ifadesine “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiş olup; %15,4’ü “Kararsızım” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %51,2'si “Hastalar sağlık personeli tarafından tanınır ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaz” ifadesine, %45,3'ü “Personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamıyor” ifadesine, %45,3'ü “Hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor” ifadesine, %46,8'i “Çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor” ifadesine ve %47,3'ü “Aynı anda birden çok iş birden yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor” ifadesine “Kesinlikle katılmıyorum” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %49,3'ü “Hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceği bilinir” ifadesine, % 52,7'si “Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilir ve sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın önemi anlatılır ve sık sık hatırlatılır” ifadesine, %59,7'si “Yönetim hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemser” ifadesine, %53,2'si “Bu hastanede uygun kimlik doğrulama yapılır” ifadesine ve % 66,7'si “Hastanın kimliğini doğrulamak benim için çok önemlidir” ifadesine “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %67,7'si “Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konusunda bilgi sahibiyim” ifadesine, %65,2'si “Her zaman doğru hastayı tanımladığıma emin olurum” ifadesine, %73,6'sı “Yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir” ifadesine, % 69,2'si “Yanlış hastayı tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu düşünüyorum” ifadesine, %53,2'si “Eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yaparsam bunu rapor ederim” ifadesine “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %43,8'i “Çalıştığım klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılıyor” ifadesine “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiş olup; % 11,4'ü “Kararsızım” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %46,3'ü “Poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenabilir” ifadesine “Katılıyorum” cevabını vermiş olup; %48,8'i “Politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını

önleyici niteliktedir” ifadesine “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %36,9’u “Yaptığım hataların raporlanması beni endişelendirmiyor” ifadesine “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiş olup; %15,4’ü “Kararsızım” cevabını vermiştir (Çizelge 3.15).

3.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu kısmında hipotezler doğrultusunda araştırmaya katılan hemşirelerin; sosyo-demografik özellikleri ile değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Çizelge 3.16. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi

	Cinsiyet				Mann-whitney U	p
	Kadın		Erkek			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
1.Hastalar kimlik bilekliklerini her zaman takarlar.	4,12	1,11	3,61	1,20	1659,000	,017*
2.Hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,63	0,58	4,46	0,58	1883,500	,088
3.Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,68	0,60	4,57	0,70	2093,000	,399
4.Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,73	0,45	4,76	0,42	2212,000	,763
5.Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,72	0,49	4,69	0,47	2168,000	,613
6.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,70	0,55	4,65	0,48	2082,000	,363
7.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır.	4,66	0,65	4,76	0,42	2168,000	,614
8.Hastanın alerjisi olup olmadığının kontrolünde kimlik doğrulaması yapılır. (kırmızı kimlik bilekliği vb. ile)	4,63	0,60	4,34	0,89	1841,500	,059
9.Hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,34	0,98	4,11	0,86	1790,500	,050
10.Bebeğin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,68	0,55	4,46	0,58	1789,500	,029*

Çizelge 3.16. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Mann-whitney U	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
11.Hastalar ameliyathaneye gitmeden önce bileklikleri kontrol edilir.	4,73	0,47	4,61	0,57	2042,500	,272
12.Hastalar ameliyathaneden döndüklerinde bileklikler kollarında bulunur.	4,61	0,64	4,46	0,64	1935,000	,134
13.Hastaların kimlik bileklikleri bazı durumlar (damar yolu açmak, vb.) için çıkartılır veya kesilir.	3,89	0,88	3,96	1,03	2130,000	,553
14.Bazı durumlarda (damar yolunun açılması vb.) kimlik bileklikleri hasta bakımını engellediği için bileklik çıkarılır ve işlem yapıldıktan sonra yeni bileklik takılır.	4,42	0,70	4,46	0,76	2179,500	,698
15.Hasta kimliği her zaman doğrulanır. Doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaz.	4,60	0,55	4,46	0,76	2113,500	,491
16.Çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabilir.	1,80	0,99	2,38	1,49	1824,000	,077
17.Hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir, önemli olduğuna inanılır.	4,49	0,61	4,23	0,81	1906,000	,133
18.Barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırır.	4,09	1,06	4,23	0,65	2274,000	,997
19.Hastalar sağlık personeli tarafından tanınır ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaz.	1,62	0,85	2,26	1,28	1593,000	,006*
20.Personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,83	1,04	2,34	1,46	1869,500	,114
21.Hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,81	1,03	2,23	1,53	2046,000	,367
22.Çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,80	1,00	2,07	1,44	2166,000	,668
23.Aynı anda birden çok iş birden yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,84	1,05	2,11	1,42	2093,500	,477
24.Hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceği bilinir.	4,42	0,71	4,00	0,84	1597,000	,006*
25.Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilir ve sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın önemi anlatılır ve sık sık hatırlatılır.	4,47	0,66	4,30	0,73	1982,000	,230
26.Yönetim hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemser.	4,53	0,72	4,34	0,56	1769,500	,034*
27.Bu hastanede uygun kimlik doğrulama yapılır.	4,46	0,71	4,07	0,79	1610,500	,007*
28.Hastanın kimliğini doğrulamak benim için çok önemlidir.	4,66	0,52	4,57	0,50	2051,500	,324
29.Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konusunda bilgi sahibiyim.	4,68	0,50	4,57	0,50	2020,000	,256

Çizelge 3.16. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Mann-whitney U	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
30. Her zaman doğru hastayı tanımladığıma emin olurum.	4,65	0,52	4,53	0,50	1991,000	,215
31. Yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir.	4,73	0,48	4,69	0,47	2164,000	,600
32. Yanlış hastayı tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu düşünüyorum.	4,68	0,56	4,57	0,50	1986,500	,193
33. Eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yaparsam bunu rapor ederim.	4,38	0,76	4,42	0,80	2173,000	,681
34. Çalıştığım klinikte yanlış hasta tanımlaması yapıyor.	1,96	1,15	2,15	1,34	2131,000	,579
35. Poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenebilir.	4,37	0,70	4,07	0,56	1636,000	,010*
36. Yaptığım hataların raporlanması beni endişelendirmiyor.	3,77	1,27	3,61	1,29	2093,000	,493
37. Politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını önleyici niteliktedir.	4,37	0,79	4,07	0,79	1744,500	,034*

Araştırmaya katılan hemşirelerin kimlik doğrulamaya ilişkin görüşleri cinsiyetlerine göre karşılaştırılmış ve Çizelge 3.16’da gösterilmiştir. Hastaların kimlik bilekliklerini her zaman takması, bebeğin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulama işleminin yapılması, hastaların sağlık personeli tarafından her zaman tanınması ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaması durumları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$) (Çizelge 3.16).

Hemşirelerin hangi durumlarda hasta kimliğini kontrol edeceğini bilmesi, yönetimin hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemsemesi, çalıştıkları hastanede uygun kimlik doğrulamasının yapılması, poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlamalarının önlenebileceğinin düşünülmesi ve mevcut politika, prosedür ve sistemlerin yanlış hasta tanımlamasını önleyici nitelikte olması durumları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,005$) (Çizelge 3.16). Buna göre; kadın hemşirelerin hastaların kimlik bilekliklerini her zaman taktığı ifadesi ($4,12\pm1,11$), bebeğin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulamasının yapılması ($4,68\pm0,55$), hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceğinin bilinmesi ($4,42\pm0,71$), yönetimin hasta güvenliği ve kimlik

doğrulasını önemsemesi ($4,53\pm0,72$), bu hastanede uygun kimlik doğrulamasının yapıldığı düşüncesi ($4,46\pm0,71$), poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlamasının önlenebileceği düşüncesi ($4,37\pm0,70$) ve politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını önleyici nitelikte olduğu düşüncesine ($4,37\pm0,79$) ilişkin ortalamaları erkek hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksektir.

Erkek hemşirelerin hastaların sağlık personeli tarafından tanınması ve kimlik doğrulamaya gerek duyulmaması düşüncesine ($2,26\pm1,28$) ilişkin ortalamaları kadın hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksektir.

Bulgular neticesinde; kurulan H_1 hipotezi istatistiksel olarak anlamlı çıkan hasta kimliği doğrulama değerlendirme ifadeleri için kabul edilmiş diğer ifadeler için reddedilmiştir.

Çizelge 3.17. Hemşirelerin Yaş Aralıklarına Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi

	21-27 yaş		28-32 yaş		33 ve üzeri		KW	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
1.Hastalar kimlik bilekliklerini her zaman takarlar.	3,88	1,20	4,20	1,04	4,08	1,13	2,624	,269
2.Hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,70	0,54	4,53	0,59	4,59	0,60	3,762	,152
3.Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,67	0,63	4,62	0,72	4,71	0,48	0,188	,910
4.Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,80	0,39	4,64	0,51	4,76	0,42	4,489	,106
5.Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,79	0,50	4,64	0,51	4,72	0,44	4,667	,097
6.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,75	0,46	4,57	0,68	4,76	0,45	3,437	,179
7.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır.	4,72	0,61	4,57	0,70	4,72	0,56	2,279	,320
8.Hastanın alerjisi olup olmadığının kontrolünde kimlik doğrulaması yapılır. (kırmızı kimlik bilekliği vb. ile)	4,69	0,65	4,59	0,58	4,50	0,71	4,304	,116
9.Hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,19	1,01	4,37	0,91	4,39	0,98	2,716	,257

Çizelge 3.17. Hemşirelerin Yaş Aralıklarına Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	21-27 yaş		28-32 yaş		33 ve üzeri		KW	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
10.Bebğin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,63	0,57	4,60	0,60	4,71	0,51	1,148	,563
11.Hastalar ameliyathaneye gitmeden önce bileklikleri kontrol edilir.	4,76	0,46	4,68	0,55	4,71	0,45	,906	,636
12.Hastalar ameliyathaneden döndüklerinde bileklikler kollarında bulunur.	4,55	0,67	4,68	0,58	4,55	0,67	1,807	,405
13.Hastaların kimlik bileklikleri bazı durumlar (damar yolu açmak, vb.) için çıkartılır veya kesilir.	3,79	0,97	4,06	0,77	3,85	0,94	2,882	,237
14.Bazı durumlarda (damar yolunun açılması vb.) kimlik bileklikleri hasta bakımını engellediği için bileklik çıkarılır ve işlem yapıldıktan sonra yeni bileklik takılır.	4,32	0,83	4,48	0,66	4,49	0,60	1,129	,569
15.Hasta kimliği her zaman doğrulanır. Doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaz.	4,66	0,58	4,54	0,61	4,53	0,55	2,937	,230
16.Çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabilir.	2,05	1,31	1,76	1,03	1,81	0,84	1,685	,431
17.Hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir, önemli olduğuna inanılır.	4,61	0,59	4,43	0,61	4,31	0,69	7,894	,019*
18.Barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırır.	4,39	0,81	3,93	1,00	3,98	1,15	9,178	,010*
19.Hastalar sağlık personeli tarafından tanınır ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaz.	1,98	1,21	1,56	0,79	1,56	0,67	3,711	,156
20.Personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,30	1,27	1,60	0,88	1,76	1,04	14,083	,001*
21.Hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,16	1,31	1,60	0,93	1,82	0,99	7,655	,022*
22.Çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,20	1,25	1,59	0,93	1,69	0,89	12,899	,002*
23.Aynı anda birden çok iş birden yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,14	1,27	1,76	1,03	1,71	0,95	5,506	,064
24.Hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceği bilinir.	4,36	0,77	4,31	0,83	4,43	0,62	0,295	,863

Çizelge 3.17. Hemşirelerin Yaş Aralıklarına Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	21-27 yaş		28-32 yaş		33 ve üzeri		KW	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
25.Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilir ve sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın önemi anlatılır ve sık sık hatırlatılır.	4,45	0,74	4,45	0,66	4,44	0,63	0,151	,927
26.Yönetim hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemser.	4,44	0,81	4,53	0,71	4,56	0,58	0,616	,735
27.Bu hastanede uygun kimlik doğrulama yapılır.	4,33	0,78	4,50	0,73	4,42	0,69	2,193	,334
28.Hastanın kimliğini doğrulamak benim için çok önemlidir.	4,64	0,48	4,68	0,58	4,62	0,48	1,588	,452
29.Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konusunda bilgi sahibiyim.	4,69	0,46	4,67	0,56	4,63	0,48	0,664	,717
30.Her zaman doğru hastayı tanımladığıma emin olurum.	4,55	0,52	4,70	0,55	4,65	0,47	3,632	,163
31.Yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir.	4,72	0,45	4,71	0,54	4,73	0,44	0,116	,944
32.Yanlış hastayı tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu düşünüyorum.	4,75	0,43	4,64	0,57	4,60	0,64	1,830	,400
33.Eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yaparsam bunu rapor ederim.	4,47	0,67	4,53	0,71	4,17	0,85	8,458	,015*
34.Çalıştığım klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılıyor.	2,26	1,28	1,79	1,14	1,88	1,05	6,845	,033*
35.Poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenebilir.	4,33	0,63	4,21	0,80	4,44	0,63	2,734	,255
36.Yaptığım hataların raporlanması beni endişelendirmiyor.	3,64	1,35	3,73	1,30	3,86	1,16	0,652	,722
37.Politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını önleyici niteliktedir.	4,36	0,80	4,25	0,90	4,39	0,66	0,485	,785

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş aralıkları ile hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir ve önemli olduğuna inanılması, barkod okuyucu el terminallerinin kullanımının hasta kimliğini doğrulama oranını artırması, personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamama durumu, hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamama durumu, çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamaması, eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yapılması durumunda rapor

edilmesi ve klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$) (Çizelge 3.17). Buna göre; 21-27 yaş aralığında olan hemşirelerin hasta kimliğinin doğrulanmasının sağlık personeli tarafından önemsenmesi düşüncesi ($4,61\pm0,59$), barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta güvenliğinde kimlik doğrulama oranını artırması düşüncesi ($4,39\pm0,81$), personel eksikliğinden dolayı kimlik doğrulaması yapılamaması düşüncesi ($2,30\pm1,27$), hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulamasını yapılamaması düşüncesi ($2,16\pm1,31$), çok uzun çalışma saatlerinden dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması düşüncesi ($2,20\pm1,25$) ve çalıştığı klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılması düşüncesine ($2,26\pm1,28$) ilişkin ortalamaları 28-32 yaş ve 33 ve üzerindeki katılımcıların ortalamalarına göre daha yüksektir.

Öte yandan; 28-32 yaş aralığındaki hemşirelerin yanlış hasta tanımlaması yaptığı durumda durumu rapor etmesi düşüncesine ($4,53\pm0,71$) ilişkin ortalaması 21-27 yaş aralığı ve 33 yaş ve üzerindeki hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksektir.

Bulgular neticesinde; kurulan H_2 hipotezi istatistiksel olarak anlamlı çıkan hasta kimliği doğrulama değerlendirme ifadeleri için kabul edilmiş diğer ifadeler için reddedilmiştir.

Çizelge 3.18. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi

	0-3 yıl		4-9 yıl		10 yıl ve üzeri		KW	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
1.Hastalar kimlik bilekliklerini her zaman takarlar.	3,85	1,21	4,13	1,09	4,14	1,09	2,873	,234
2.Hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,67	0,56	4,54	0,57	4,62	0,59	2,148	,269
3.Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,69	0,64	4,61	0,70	4,71	0,48	,897	,609
4.Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,79	0,41	4,68	0,49	4,76	0,42	1,612	,397
5.Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,79	0,51	4,66	0,50	4,71	0,45	3,414	,176
6.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,70	0,49	4,63	0,65	4,76	0,46	0,235	,612

Çizelge 3.18. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	0-3 yıl		4-9 yıl		10 yıl ve üzeri		KW	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
7.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır.	4,70	0,63	4,59	0,68	4,73	0,56	0,993	,365
8.Hastanın alerjisi olup olmadığının kontrolünde kimlik doğrulaması yapılır. (kırmızı kimlik bilekliği vb. ile)	4,70	0,66	4,54	0,57	4,55	0,72	5,314	,058
9.Hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,22	0,93	4,34	0,99	4,37	0,99	2,332	,303
10.Bebegin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,58	0,55	4,63	0,61	4,73	0,50	2,901	,216
11.Hastalar ameliyathaneye gitmeden önce bileklikleri kontrol edilir.	4,70	0,49	4,72	0,53	4,73	0,44	0,196	,949
12.Hastalar ameliyathaneden döndüklerinde bileklikler kollarında bulunur.	4,51	0,69	4,73	0,55	4,52	0,68	5,807	,058
13.Hastaların kimlik bileklikleri bazı durumlar (damar yolu açmak, vb.) için çıkartılır veya kesilir.	3,77	1,01	4,08	0,74	3,82	0,93	4,143	,131
14.Bazı durumlarda (damar yolunun açılması vb.) kimlik bileklikleri hasta bakımını engellediği için bileklik çıkarılır ve işlem yapıldıktan sonra yeni bileklik takılır.	4,27	0,85	4,55	0,57	4,44	0,68	3,436	,189
15.Hasta kimliği her zaman doğrulanır. Doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaz.	4,66	0,57	4,51	0,62	4,58	0,55	2,606	,306
16.Çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabilir.	1,95	1,19	1,86	1,12	1,83	0,93	0,473	,837
17.Hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir, önemli olduğuna inanılır.	4,62	0,51	4,37	0,68	4,38	0,69	5,508	,063
18.Barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırır.	4,40	0,81	4,02	0,99	3,92	1,15	8,098	,018*
19.Hastalar sağlık personeli tarafından tanınır ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaz.	1,91	1,16	1,68	0,91	1,53	0,68	1,885	,395
20.Personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,24	1,23	1,72	0,99	1,77	1,07	9,175	,010*
21.Hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,12	1,28	1,65	1,0	1,86	1,01	5,599	,032*

Çizelge 3.18. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	0-3 yıl		4-9 yıl		10 yıl ve üzeri		KW	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
22.Çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,17	1,20	1,65	1,02	1,71	0,91	10,997	,003*
23.Aynı anda birden çok iş birden yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,19	1,26	1,69	1,0	1,77	1,01	8,236	,016*
24.Hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceği bilinir.	4,29	0,79	4,36	0,77	4,46	0,65	1,441	,505
25.Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilir ve sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın önemi anlatılır ve sık sık hatırlatılır.	4,38	0,75	4,51	0,64	4,44	0,63	0,845	,550
26.Yönetim hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemser.	4,33	0,88	4,56	0,64	4,61	0,54	3,896	,145
27.Bu hastanede uygun kimlik doğrulama yapılır.	4,30	0,75	4,50	0,75	4,43	0,70	3,795	,159
28.Hastanın kimliğini doğrulamak benim için çok önemlidir.	4,61	0,52	4,69	0,54	4,64	0,48	2,352	,476
29.Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konusunda bilgi sahibiyim.	4,64	0,48	4,69	0,54	4,65	0,47	1,013	,625
30.Her zaman doğru hastayı tanımladığıma emin olurum.	4,51	0,53	4,70	0,54	4,67	0,47	6,992	,045*
31.Yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir.	4,67	0,47	4,72	0,53	4,77	0,41	1,538	,436
32.Yanlış hastayı tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu düşünüyorum.	4,70	0,45	4,68	0,55	4,61	0,65	1,275	,736
33.Eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yaparsam bunu rapor ederim.	4,45	0,66	4,47	0,73	4,23	0,87	3,879	,211
34.Çalıştığım klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılıyor.	2,32	1,29	1,77	1,07	1,89	1,11	9,153	,012*
35.Poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenebilir.	4,35	0,60	4,22	0,77	4,44	0,68	3,074	,175
36.Yaptığım hataların raporlanması beni endişelendirmiyor.	3,67	1,32	3,75	1,29	3,82	1,20	0,294	,864
37.Politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını önleyici niteliktedir.	4,27	0,94	4,36	0,71	4,37	0,73	0,039	,968

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile barkod okuyucu el terminallerinin hasta kimliğini doğrulama oranını artırması, personel eksikliğinden dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması, hasta sayısının çok olmasından dolayı

kimlik doğrulamasının yapılamaması, çok uzun çalışma saatlerinden dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması, aynı anda birden çok işin yapılmasından dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması, her zaman doğru hastanın tanımlanmasından emin olunması ve katılımcının çalıştığı klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$) (Çizelge 3.18).

Meslekte çalışma süresi 0-3 yıl olan hemşirelerin barkod okuyucu el terminallerinin kullanımının hasta kimliğini doğrulama oranını artırdığı düşüncesi ($4,40\pm0,81$), personel eksikliğinden dolayı kimlik doğrulaması yapılamaması durumu ($2,24\pm,72$), hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması durumu ($2,12\pm1,28$), çok uzun çalışma saatlerinden dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması durumu ($2,17\pm1,20$), aynı anda birden çok işin yapılmasından dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması durumu ($2,19\pm1,26$) ve katılımcının çalıştığı klinikte yanlış hasta tanımlaması yapıldığı ifadesine ($2,32\pm1,29$) ilişkin ortalamaları 4-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri süredir çalışmakta olan hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksektir.

Öte yandan 4-9 yıl süredir çalışmakta olan hemşirelerin her zaman doğru hastayı tanımladığına emin olma durumuna ($4,70\pm0,54$) ilişkin ortalaması 0-3 yıl ve 10 yıl ve üzeri süredir çalışmakta olan hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksektir.

Bulgular neticesinde; kurulan H_3 hipotezi istatistiksel olarak anlamlı çıkan hasta kimliği doğrulama değerlendirme ifadeleri için kabul edilmiş diğer ifadeler için reddedilmiştir.

Çizelge 3.19. Hemşirelerin Çalışmakta Olduğu Hastanedeki Hizmet Sürelerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi

	Çalışmakta Olduğu Hastanede Hizmet Yılı						KW	p
	0-3 yıl		4-9 yıl		10 yıl ve üzeri			
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
1.Hastalar kimlik bilekliklerini her zaman takarlar.	3,84	1,18	4,25	1,07	4,07	1,10	5,556	,062
2.Hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,63	0,56	4,63	0,56	4,55	0,63	0,592	,744
3.Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,61	0,69	4,73	0,60	4,66	0,51	1,862	,394

Çizelge 3.19. Hemşirelerin Çalışmakta Olduğu Hastanedeki Hizmet Sürelerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Çalışmakta Olduğu Hastanede Hizmet Yılı						KW	p
	0-3 yıl		4-9 yıl		10 yıl ve üzeri			
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
4.Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,75	0,43	4,73	0,47	4,73	0,44	0,076	,963
5.Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,72	0,53	4,76	0,45	4,66	0,47	2,177	,337
6.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,68	0,49	4,69	0,64	4,73	0,48	0,668	,716
7.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır.	4,64	0,67	4,69	0,61	4,69	0,60	0,354	,838
8.Hastanın alerjisi olup olmadığının kontrolünde kimlik doğrulaması yapılır. (kırmızı kimlik bilekliği vb. ile)	4,65	0,65	4,58	0,57	4,53	0,76	1,690	,430
9.Hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,26	0,89	4,30	1,05	4,41	0,96	2,242	,326
10.Bebegin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,61	0,54	4,63	0,63	4,71	0,49	1,180	,554
11.Hastalar ameliyathaneye gitmeden önce bileklikleri kontrol edilir.	4,71	0,48	4,75	0,52	4,69	0,46	1,021	,600
12.Hastalar ameliyathaneden döndüklerinde bileklikler kollarında bulunur.	4,56	0,66	4,70	0,59	4,50	0,68	4,456	,108
13.Hastaların kimlik bileklikleri bazı durumlar (damar yolu açmak, vb.) için çıkartılır veya kesilir.	3,83	0,95	4,05	0,80	3,78	0,94	3,270	,195
14.Bazı durumlarda (damar yolunun açılması vb.) kimlik bileklikleri hasta bakımını engellediği için bileklik çıkarılır ve işlem yapıldıktan sonra yeni bileklik takılır.	4,32	0,81	4,52	0,58	4,44	0,71	1,531	,465
15.Hasta kimliği her zaman doğrulanır. Doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaz.	4,63	0,58	4,52	0,60	4,58	0,56	1,476	,478
16.Çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabilir.	1,90	1,19	1,94	1,11	1,76	0,89	0,480	,787
17.Hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir, önemli olduğuna inanılır.	4,58	0,61	4,34	0,63	4,42	0,68	6,478	,039*
18.Barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırır.	4,38	0,79	3,98	1,01	3,91	1,21	7,861	,020*
19.Hastalar sağlık personeli tarafından tanınır ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaz.	1,91	1,15	1,66	0,93	1,48	0,50	2,413	,299
20.Personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,20	1,24	1,79	1,06	1,64	0,92	9,099	,011*
21.Hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,06	1,27	1,79	1,09	1,71	0,86	2,506	,286

Çizelge 3.19. Hemşirelerin Çalışmakta Olduğu Hastanedeki Hizmet Sürelerine Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Çalışmakta Olduğu Hastanede Hizmet Yılı						KW	p
	0-3 yıl		4-9 yıl		10 yıl ve üzeri			
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
22.Çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,09	1,21	1,72	1,05	1,64	0,81	6,986	,030*
23.Aynı anda birden çok iş birden yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	2,12	1,25	1,79	1,06	1,66	0,90	5,919	,052
24.Hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceği bilinir.	4,30	0,77	4,36	0,77	4,48	0,66	1,748	,417
25.Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilir ve sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın önemi anlatılır ve sık sık hatırlatılır.	4,43	0,72	4,44	0,66	4,48	0,63	0,066	,967
26.Yönetim hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemser.	4,38	0,84	4,51	0,67	4,67	0,50	4,501	,105
27.Bu hastanede uygun kimlik doğrulama yapılır.	4,27	0,78	4,52	0,71	4,46	0,68	5,738	,057
28.Hastanın kimliğini doğrulamak benim için çok önemlidir.	4,63	0,51	4,65	0,56	4,67	0,47	0,290	,865
29.Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konusunda bilgi sahibiyim.	4,63	0,48	4,68	0,55	4,69	0,46	1,044	,593
30.Her zaman doğru hastayı tanımladığıma emin olurum.	4,50	0,53	4,70	0,54	4,71	0,45	8,634	,013*
31.Yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir.	4,68	0,46	4,69	0,54	4,82	0,38	3,145	,208
32.Yanlış hastayı tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu düşünüyorum.	4,69	0,46	4,59	0,70	4,71	0,45	0,508	,776
33.Eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yaparsam bunu rapor ederim.	4,45	0,66	4,47	0,71	4,19	0,92	3,241	,198
34.Çalıştığım klinikte yanlış hasta tanımlaması yapıyor.	2,24	1,24	1,75	1,05	1,94	1,18	8,278	,016*
35.Poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenemez.	4,36	0,61	4,18	0,79	4,50	0,63	5,986	,050
36.Yaptığım hataların raporlanması beni endişelendirmiyor.	3,67	1,32	3,58	1,38	4,07	0,98	3,600	,165
37.Politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını önleyici niteliktedir.	4,23	0,90	4,36	0,77	4,44	0,65	1,466	,481

Hasta kimliğinin doğrulanmasının sağlık personeli tarafından önemsenmesi ve önemli olduğuna inanılması, barkod okuyucu el terminallerinin kullanımının hasta kimliğini doğrulama oranını artırdığının düşünülmesi, personel eksikliğinden dolayı hasta kimliğinin doğrulamasının yapılamaması, çok uzun çalışma saatlerinden dolayı hasta kimliğinin doğrulanamaması, çok uzun çalışma saatlerinden dolayı hasta kimliğinin doğrulanamaması, her zaman hastanın doğru tanımlanmasından emin olunması ve hemşirelerin çalıştığı klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılması

durumları ile araştırmaya katılan hemşirelerin çalışmakta bulundukları hastanedeki hizmet süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$) (Çizelge 3.19).

Mevcut çalışmakta olduğu hastanedeki hizmet yılı 0-3 yıl olan hemşirelerin hasta kimliğinin doğrulanmasının sağlık personeli tarafından önemsenmesi düşüncesi ($4,58\pm0,61$), barkod okuyucu el terminallerinin hasta güvenliğinde kimlik doğrulama oranını artırması düşüncesi ($4,38\pm0,79$), personel eksikliğinden dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması durumu ($2,20\pm1,24$), çok uzun çalışma saatlerinden dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması durumu ($2,09\pm1,21$) ve çalıştığı klinikte yanlış hasta tanımlaması yapıldığı ifadesine ($2,24\pm1,24$) ilişkin ortalamaları mevcut çalıştıkları hastanedeki diğer çalışma sürelerine göre daha yüksektir. Öte yandan 10 yıl ve üzeri süredir araştırma yapılan hastanede çalışan hemşirelerin her zaman doğru hastayı tanımladığına emin olması durumuna ($4,71\pm0,45$) ilişkin ortalaması araştırmanın yapıldığı hastanede 0-3 yıl ve 4-9 yıl arasında çalışmakta olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.20. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi

	Hemşirelerin Eğitim Durumu				Mann-whitney U	p
	Lisans		Yüksek Lisans			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
1.Hastalar kimlik bilekliklerini her zaman takarlar.	4,02	1,14	4,35	0,98	1488,500	,162
2.Hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,60	0,56	4,70	0,73	1511,500	,145
3.Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,65	0,63	4,80	0,41	1642,000	,383
4.Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,72	0,46	4,90	0,30	1500,000	,096
5.Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,70	0,50	4,85	0,36	1578,500	,220
6.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,69	0,56	4,80	0,41	1672,000	,466
7.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır.	4,65	0,65	4,85	0,36	1571,000	,207

Çizelge 3.20. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Hemşirelerin Eğitim Durumu				Mann-whitney U	p
	Lisans		Yüksek Lisans			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
8.Hastanın alerjisi olup olmadığına kontrolünde kimlik doğrulaması yapılır. (kırmızı kimlik bilekliği vb. ile)	4,59	0,67	4,65	0,48	1796,000	,946
9.Hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,34	0,94	4,10	1,20	1645,000	,454
10.Bebğin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,65	0,55	4,65	0,67	1736,000	,710
11.Hastalar ameliyathaneye gitmeden önce bileklikleri kontrol edilir.	4,70	0,50	4,85	0,36	1578,500	,220
12.Hastalar ameliyathaneden döndüklerinde bileklikler kollarında bulunur.	4,59	0,64	4,60	0,68	1784,000	,898
13.Hastaların kimlik bileklikleri bazı durumlar (damar yolu açmak, vb.) için çıkartılır veya kesilir.	3,90	0,88	3,90	1,07	1713,500	,658
14.Bazı durumlarda (damar yolunun açılması vb.) kimlik bileklikleri hasta bakımını engellediği için bileklik çıkarılır ve işlem yapıldıktan sonra yeni bileklik takılır.	4,44	0,70	4,35	0,74	1670,500	,525
15.Hasta kimliği her zaman doğrulanır. Doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaz.	4,58	0,59	4,55	0,51	1692,500	,574
16.Çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabilir.	1,88	1,11	1,80	0,76	1742,000	,765
17.Hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir, önemli olduğuna inanılır.	4,48	0,628	4,25	0,78	1533,000	,206
18.Barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırır.	4,14	1,01	3,80	1,05	1415,500	,087
19.Hastalar sağlık personeli tarafından tanınır ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaz.	1,69	0,96	1,80	0,69	1516,500	,188
20.Personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,86	1,12	2,20	1,00	1380,000	,060
21.Hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,83	1,13	2,15	0,93	1336,500	,037*
22.Çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,80	1,08	2,10	0,96	1399,500	,070

Çizelge 3.20. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Hemşirelerin Eğitim Durumu				Mann-whitney U	p
	Lisans		Yüksek Lisans			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
23.Aynı anda birden çok iş birden yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,82	1,10	2,30	1,08	1296,500	,024*
24.Hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceği bilinir.	4,39	0,76	4,20	0,52	1402,000	,065
25.Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilir ve sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın önemi anlatılır ve sık sık hatırlatılır.	4,49	0,67	4,10	0,64	1191,000	,004*
26.Yönetim hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemser.	4,54	0,70	4,25	0,71	1364,500	,037*
27.Bu hastanede uygun kimlik doğrulama yapılır.	4,41	0,75	4,40	0,59	1693,500	,596
28.Hastanın kimliğini doğrulamak benim için çok önemlidir.	4,64	0,52	4,70	0,47	1737,000	,718
29.Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konusunda bilgi sahibiyim.	4,66	0,50	4,70	0,47	1760,000	,803
30.Her zaman doğru hastayı tanımladığıma emin olurum.	4,63	0,52	4,65	0,48	1806,500	,986
31.Yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir.	4,73	0,47	4,65	0,48	1640,000	,367
32.Yanlış hastayı tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu düşünüyorum.	4,66	0,56	4,65	0,48	1733,500	,699
33.Eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yaparsam bunu rapor ederim.	4,39	0,78	4,30	0,57	1554,500	,249
34.Çalıştığım klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılıyor.	2,01	1,19	1,70	0,92	1600,000	,364
35.Poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenebilir.	4,34	0,71	4,30	0,57	1677,000	,550
36.Yaptığım hataların raporlanması beni endişelendirmiyor.	3,79	1,23	3,35	1,53	1537,000	,249
37.Politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını önleyici niteliktedir.	4,35	0,80	4,20	0,69	1526,000	,203

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumları ile hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulama yapılamaması, aynı anda birden çok işin yapılmasından dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması, hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilmesi ve sağlık personeline hastane

tarafından kimlik doğrulamasının öneminin sık sık anlatılması ve yönetimin hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemsemesi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$) (Çizelge 3.20).

Eğitim durumu yüksek lisans olan hemşirelerin; hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması durumu ($2,15\pm0,93$) ve aynı anda birden çok işin yapılmasından dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması durumuna ($2,30\pm1,08$) ilişkin ortalamaları eğitim düzeyi lisans olan hemşirelere göre daha yüksektir. Öte yandan; eğitim durumu lisans olan hemşirelerin; hastanede hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunda yeterli eğitimin verildiği ve sağlık personeline sürekli olarak hasta güvenliğinin öneminin anlatılması durumu ($4,49\pm0,67$) ve yönetimin hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemsemesi durumuna ($4,54\pm0,70$) ilişkin ortalamaları eğitim düzeyi yüksek lisans olan hemşirelere göre daha yüksektir.

Bulgular neticesinde; kurulan H_4 hipotezi istatistiksel olarak anlamlı çıkan hasta kimliği doğrulama değerlendirme ifadeleri için kabul edilmiş diğer ifadeler için reddedilmiştir.

Çizelge 3.21. Hemşirelerin Çalışma Şekline Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi

	Hemşirelerin Çalışma Şekli				Mann-Whitney U	p
	Gündüz		Vardiya			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
1.Hastalar kimlik bilekliklerini her zaman takarlar.	4,12	1,08	4,03	1,15	3644,000	,693
2.Hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,52	0,67	4,64	0,54	3496,500	,347
3.Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,60	0,72	4,69	0,57	3551,000	,420
4.Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,74	0,48	4,74	0,43	3725,500	,854
5.Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,68	0,51	4,73	0,48	3581,500	,478
6.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,70	0,54	4,70	0,55	3775,000	1,000

Çizelge 3.21. Hemşirelerin Çalışma Şekline Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Hemşirelerin Çalışma Şekli				Mann-Whitney U	p
	Gündüz		Vardiya			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
7.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır.	4,62	0,72	4,69	0,59	3662,500	,681
8.Hastanın alerjisi olup olmadığının kontrolünde kimlik doğrulaması yapılır. (kırmızı kimlik bilekliği vb. ile)	4,60	0,69	4,59	0,64	3662,000	,703
9.Hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,22	1,07	4,35	0,93	3649,000	,692
10.Bebeğin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,62	0,63	4,66	0,54	3708,500	,817
11.Hastalar ameliyathaneye gitmeden önce bileklikleri kontrol edilir.	4,68	0,62	4,73	0,44	3753,500	,937
12.Hastalar ameliyathaneden döndüklerinde bileklikler kollarında bulunur.	4,58	0,73	4,60	0,62	3754,500	,944
13.Hastaların kimlik bileklikleri bazı durumlar (damar yolu açmak, vb.) için çıkartılır veya kesilir.	3,76	0,95	3,94	0,88	3369,500	,198
14.Bazı durumlarda (damar yolunun açılması vb.) kimlik bileklikleri hasta bakımını engellediği için bileklik çıkarılır ve işlem yapıldıktan sonra yeni bileklik takılır.	4,36	0,74	4,45	0,69	3515,500	,412
15.Hasta kimliği her zaman doğrulanır. Doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaz.	4,56	0,64	4,58	0,56	3772,000	,992
16.Çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabilir.	1,90	1,05	1,87	1,09	3662,000	,731
17.Hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir, önemli olduğuna inanılır.	4,62	0,60	4,40	0,65	3076,000	,027*
18.Barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırır.	4,06	1,25	4,12	0,93	3600,000	,599
19.Hastalar sağlık personeli tarafından tanınır ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaz.	1,52	0,64	1,76	1,01	3452,500	,316
20.Personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,76	1,07	1,94	1,13	3347,000	,195

Çizelge 3.21. Hemşirelerin Çalışma Şekline Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Hemşirelerin Çalışma Şekli				Mann-Whitney U	p
	Gündüz		Vardiya			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
21.Hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,70	0,99	1,92	1,14	3362,000	,207
22.Çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,72	0,85	1,87	1,13	3687,000	,788
23.Aynı anda birden çok iş birden yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,70	0,95	1,93	1,15	3414,000	,272
24.Hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceği bilinir.	4,42	0,73	4,35	0,75	3593,000	,569
25.Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilir ve sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın önemi anlatılır ve sık sık hatırlatılır.	4,44	0,76	4,45	0,65	3692,000	,792
26.Yönetim hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemser.	4,64	0,63	4,47	0,72	3256,500	,092
27.Bu hastanede uygun kimlik doğrulama yapılır.	4,54	0,67	4,37	0,75	3314,500	,147
28.Hastanın kimliğini doğrulamak benim için çok önemlidir.	4,68	0,58	4,64	0,49	3527,000	,395
29.Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konusunda bilgi sahibiyim.	4,74	0,56	4,64	0,48	3282,500	,089
30.Her zaman doğru hastayı tanımladığıma emin olurum.	4,78	0,54	4,58	0,50	2956,000	,005*
31.Yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir.	4,86	0,49	4,68	0,46	2976,500	,003*
32.Yanlış hastayı tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu düşünüyorum.	4,74	0,56	4,64	0,55	3350,000	,137
33.Eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yaparsam bunu rapor ederim.	4,40	0,94	4,38	0,70	3458,000	,322
34.Çalıştığım klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılıyor.	1,88	1,30	2,01	1,13	3264,500	,127
35.Poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenebilir.	4,54	0,61	4,27	0,71	2984,000	,014*
36.Yaptığım hataların raporlanması beni endişelendirmiyor.	4,08	1,10	3,64	1,30	3056,500	,036*
37.Politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını önleyici niteliktedir.	4,40	0,72	4,31	0,81	3613,000	,615

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma şekli ile hasta kimliğinin doğrulanmasının sağlık personeli tarafından önemsenmesi ve önemli olduğuna inanılması, hemşirelerin her zaman doğru hastayı tanımladığına emin olması, yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hataların ciddi komplikasyonlara yol açması, poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlamasının önlenabilir olması ve yapılan hatanın raporlanması hata yapan hemşireyi endişelendirmiyor olması durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$) (Çizelge 3.21).

Çalışma şekli gündüz olan hemşirelerin; hasta kimliğinin doğrulanmasının sağlık personeli tarafından önemsenmesi ve önemli olduğuna inanılması düşüncesi ($4,62\pm0,60$), her zaman doğru hastayı tanımladığına emin olma düşüncesi ($4,78\pm0,54$), yanlış hasta tanımlama ile ilgili hataların ciddi komplikasyonlara sebep olduğu düşüncesi ($4,86\pm0,49$), poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenebileceği düşüncesi ($4,54\pm0,61$) ve yapılan hatanın raporlanmasının hata yapan hemşireyi endişelendirmediği düşüncesine ($4,08\pm1,10$) ilişkin ortalamaları vardiya usulü çalışan hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksektir.

Bulgular neticesinde; kurulan H_5 hipotezi istatistiksel olarak anlamlı çıkan hasta kimliği doğrulama değerlendirme ifadeleri için kabul edilmiş diğer ifadeler için reddedilmiştir.

Çizelge 3.22. Hemşirelerin Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi

	Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama ile İlgili Eğitim Alma Durumu				Mann-Whitney U	p
	Evet		Hayır			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
1.Hastalar kimlik bilekliklerini her zaman takarlar.	4,08	1,10	3,58	1,50	958,500	,334
2.Hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,64	0,52	4,16	1,11	925,500	,199
3.Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,70	0,53	4,16	1,33	922,000	,164
4.Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,74	0,43	4,66	0,65	1114,500	,895

Çizelge 3.22. Hemşirelerin Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama ile İlgili Eğitim Alma Durumu				Mann-Whitney U	p
	Evet		Hayır			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
5.Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,74	0,43	4,33	0,98	901,500	,120
6.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,71	0,52	4,41	0,79	911,000	,136
7.Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır.	4,71	0,54	4,08	1,31	813,000	,032*
8.Hastanın alerjisi olup olmadığının kontrolünde kimlik doğrulaması yapılır. (kırmızı kimlik bilekliği vb. ile)	4,62	0,58	4,16	1,33	993,000	,385
9.Hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,37	0,93	3,41	1,16	550,500	,001*
10.Bebeğin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulaması yapılır.	4,68	0,50	4,08	0,99	732,000	,011*
11.Hastalar ameliyathaneye gitmeden önce bileklikleri kontrol edilir.	4,74	0,43	4,41	0,99	1001,000	,373
12.Hastalar ameliyathaneden döndüklerinde bileklikler kollarında bulunur.	4,61	0,62	4,33	0,98	986,500	,358
13.Hastaların kimlik bileklikleri bazı durumlar (damar yolu açmak, vb.) için çıkartılır veya kesilir.	3,91	0,92	3,75	0,45	900,000	,175
14.Bazı durumlarda (damar yolunun açılması vb.) kimlik bileklikleri hasta bakımını engellediği için bileklik çıkarılır ve işlem yapıldıktan sonra yeni bileklik takılır.	4,44	0,71	4,16	0,71	864,000	,120
15.Hasta kimliği her zaman doğrulanır. Doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaz.	4,60	0,56	4,16	0,71	736,000	,016*
16.Çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabilir.	1,80	1,02	3,00	1,34	497,500	,000*
17.Hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir, önemli olduğuna inanılır.	4,44	0,64	4,58	0,66	994,000	,419

Çizelge 3.22. Hemşirelerin Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama ile İlgili Eğitim Alma Durumu				Mann-Whitney U	p
	Evet		Hayır			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
18.Barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırır.	4,10	1,03	4,16	0,83	1116,000	,921
19.Hastalar sağlık personeli tarafından tanınır ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaz.	1,67	0,92	2,16	1,19	877,500	,146
20.Personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,83	1,07	3,00	1,27	549,500	,001*
21.Hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,82	1,07	2,66	1,49	747,000	,031*
22.Çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,77	1,04	2,75	1,05	505,500	,000*
23.Aynı anda birden çok iş birden yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.	1,79	1,05	3,08	1,24	460,500	,000*
24.Hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceği bilinir.	4,39	0,73	4,00	0,85	814,000	,068
25.Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilir ve sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın önemi anlatılır ve sık sık hatırlatılır.	4,46	0,64	4,33	1,07	1087,000	,785
26.Yönetim hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemser.	4,54	0,63	4,00	1,41	980,000	,361
27.Bu hastanede uygun kimlik doğrulama yapılır.	4,45	0,67	3,83	1,26	810,000	,063
28.Hastanın kimliğini doğrulamak benim için çok önemlidir.	4,65	0,48	4,58	0,90	1064,500	,664
29.Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konusunda bilgi sahibiyim.	4,67	0,47	4,58	0,90	1076,500	,717
30.Her zaman doğru hastayı tanımladığıma emin olurum.	4,65	0,47	4,41	0,99	1086,000	,767
31.Yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir.	4,73	0,44	4,58	0,90	1125,500	,955
32.Yanlış hastayı tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu düşünüyorum.	4,67	0,53	4,50	0,90	1077,500	,718
33.Eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yaparsam bunu rapor ederim.	4,38	0,75	4,50	0,90	980,500	,382

Çizelge 3.22. Hemşirelerin Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Kimlik Doğrulama İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Çizelgenin Devamı)

	Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama ile İlgili Eğitim Alma Durumu				Mann-Whitney U	p
	Evet		Hayır			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
34.Çalıştığım klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılıyor.	1,91	1,09	3,08	1,78	709,500	,020*
35.Poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenebilir.	4,34	0,68	4,25	0,86	1097,000	,833
36.Yaptığım raporlanmasında hataların beni endişelendirmiyor.	3,76	1,25	3,50	1,62	1071,000	,737
37.Politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını önleyici niteliktedir.	4,36	0,74	3,91	1,37	997,500	,439

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda eğitim alma durumu ile hastanın başka bir bölüme birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılması, hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulamasının yapılması, bebeği anneye verilmeden önce kimlik doğrulamasının yapılması, hasta kimliğinin her zaman doğrulanması ve kimlik doğrulaması yapılmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaması, çok yoğun çalışma temposundan dolayı hasta kimliğini doğrulamadan işlem yapılabilmesi, personel eksikliğinden dolayı hasta kimliği doğrulaması yapılamaması, hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması, çok uzun çalışma saatlerinden dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması, aynı anda birden çok işin yapılmasından dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması ve hemşirelerin mevcut çalıştığı klinikte yanlış hasta tanımlamasının yapıldığı ifadeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$) (Çizelge 3.22).

Hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda eğitim alan hemşirelerin; hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılması düşüncesi ($4,71\pm0,54$), hastaya yemek vermeden önce kimlik doğrulaması yapılması düşüncesi ($4,37\pm0,93$), bebeğin anneye verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılması gerektiği düşüncesi ($4,68\pm0,50$) ve hasta kimliğinin her zaman doğrulanması ve hasta kimliğinin

doğrulanmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaması gerektiği düşüncesine ($4,60 \pm 0,56$) ilişkin ortalamaları hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda eğitim almayan hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksektir.

Öte yandan; hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda eğitim almamış olan hemşirelerin; çok yoğun iş temposundan dolayı kimlik doğrulanmadan işlem/girişim yapabileceği düşüncesi ($3,00 \pm 1,34$), personel eksikliğinden dolayı kimlik doğrulamasının yapılamadığı düşüncesi ($3,00 \pm 1,27$), hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulamasının yapılamadığı düşüncesi ($2,66 \pm 1,49$), çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamaması durumu ($2,75 \pm 1,05$), .aynı anda birden çok iş yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamaması durumu ($3,08 \pm 1,24$) ve katılımcı hemşirelerin çalıştığı klinikte yanlış hasta tanımlaması yapıldığı düşüncesine ($3,08 \pm 1,78$) ilişkin ortalamaları hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda eğitim almış olan hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksektir.

Bulgular neticesinde; kurulan H_6 hipotezi istatistiksel olarak anlamlı çıkan hasta kimliği doğrulama değerlendirme ifadeleri için kabul edilmiş diğer ifadeler için reddedilmiştir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda hemşirelerin görüşlerini değerlendiren tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Bu kapsamda araştırma; bir kamu üniversitesi hastanesine bağlı erişkin hastanesinde bulunan 16 klinik ve 5 yoğun bakım ünitesinde aktif olarak çalışmakta olan 201 hemşire üzerinde yürütülmüştür. Araştırmaya katılan hemşirelerin %78'inin hastaya yapılacak her işlemde kimlik doğrulamasının gerektiği görüşünde olduğu tespit edilmiştir. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda eğitim alma durumu ile hasta kimliğinin her zaman doğrulanması ve doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem yapılmaması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,016$). Hemşirelerin çalışma şekli ile (gündüz-vardiya) hasta kimliğinin doğru tanımlanmasının hemşireler tarafından önemsenmesi ve önemli olduğuna inanılması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,027$). Çalışmanın bu bölümünde literatürde bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları ile bu çalışmanın sonuçları değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %75,1'inin vardiya usulü çalıştığı tespit edilmiştir. Bu oranın yüksek olmasının sebebi sağlık kurumlarının 24 saat hizmet vermesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Katılımcı hemşirelerin %71,6'sının cerrahi bölümlerde çalıştığı görülmüştür. Bu durumun sebebinin araştırma yapılan hastanenin üçüncü basamak bir hastane olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin %49,3'ü hastaların kimlik bilekliklerinin, hastanın servise ilk yatacağı zaman takılması gerektiğini savunmaktadır. Bu durumun sebebi olarak hastaların bilekliklerinin serviste takılmasının hastayı tanıma ve kimlik doğrulama kaynaklı meydana gelebilecek hataların önüne geçilmesi düşüncesi olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyetleri ile hangi durumlarda hasta kimliğini kontrol edeceğini bilmesi ($4,42\pm0,71$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p<0,05$). Anlamlı bir fark olmasının sebebi olarak araştırmaya

katılan erkek hemşirelerin kimlik doğrulama konusuna daha az önem verdiği söylenebilir ($2,26 \pm 1,28$).

Hemşirelerin yaş aralıkları ile yanlış hastaya yanlış bir işlem yapılması durumunda olayın rapor edilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). 28-32 yaş aralığındaki hemşirelerin yanlış hasta tanımlaması yaptığında durumu rapor etmesi düşüncesine ($4,53 \pm 0,71$) ilişkin ortalaması 21-27 yaş aralığı ve 33 yaş ve üzerindeki hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksektir. Bu durumun sebebi olarak 21-27 yaş aralığındaki çalışanların mesleki olarak sıkıntı (işten çıkarılma vb.) yaşayabileceğini düşünmesi ve 33 yaş ve üzeri personelin herhangi bir hata bildirim mekanizmasının olduğundan haberdar olamadığı düşünülmektedir.

Meslekte çalışma süresi ile barkod okuyucu el terminallerinin kullanımının hasta kimliğini doğrulama oranını artırdığı düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p < 0,05$). Meslekte çalışma süresi 0-3 yıl arasında olan hemşirelerin ortalamaları diğer çalışma aralıklarında bulunan hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($4,40 \pm 0,81$). Bu durumun sebebi olarak 0-3 yıl çalışma aralığında olan hemşirelerin yaşları itibari ile diğer çalışma aralıklarındaki hemşirelere göre teknolojiyi benimsediği, teknolojik cihazlarla daha fazla iç içe olduğu ve kullanılacak olan tıbbi cihazların hata yapma oranının düşük olduğunu düşünmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tunçel (2013) tarafından “Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi” konu başlıklı hasta güvenliği çalışması yapılmıştır. Ekim 2011- Şubat 2013 verilerini kapsayan çalışmada 222 hemşire çalışmaya dâhil edilmiştir. Tunçel (2013) hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin %95,7’si kan transfüzyonu öncesinde kimlik doğrulama işleminin yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bu tez çalışmasında ise araştırmaya katılan hemşirelerin %81,2’si kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Tunçel’in (2013) araştırmasında hemşirelerin kan transfüzyonundan önce hastaların kimliğinin doğrulanması konusunda daha dikkatli olduğu görülmüştür.

Uğur ve ark. (2016) tarafından hasta güvenliği ve tıbbi hata ile ilgili araştırma yapılmıştır. Araştırma 2011 yılında toplanan verilerden oluşmakta olup, 69 sağlık personeli dâhil edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların %5,8'i meydana gelen tıbbi hataların transfüzyon hatalarından meydana geldiğini ifade etmiştir.

Bu tez çalışmasında araştırmaya katılan hemşirelerin %82'si hastaların ameliyata gitmeden önce kimliğinin doğrulanması gerektiği görüşünü savunmaktadır. Tunçel (2013) tarafından hemşireler üzerinde yapılan araştırmada ise, katılımcıların %88,3'ünün ameliyat öncesinde hasta kimliği doğrulanmasının yapılması gerektiği görüşünü savunduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların büyük bir kısmının ameliyat öncesinde kimlik doğrulaması yapılması gerektiğini savunmasına rağmen bu oranın artırılması gerekmektedir.

Gürlek ve ark. (2015), "Hastanelerde Kimlik Tanımlayıcı Bileklik Kullanımına İlişkin Uygulamaların ve Hasta Görüşlerinin İncelenmesi" konu başlıklı çalışmada 322 hastaya anket uygulamış olup bileklik uygulamasından rahatsız olup olmadığını, eğer rahatsız oluyorsa bunun sebebinin ne olduğu üzerine çalışmalarda bulunmuşlardır. Katılımcıların %15'i kimlik bilekliklerinden rahatsızlık duyduğunu ve rahatsız olanların %14,0'ü kaşıntı ve kızarıklığa neden olduğunu, %14,0'ü bileğini sıkıldığını %64,0 'ü ise el hijyenine engel olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada hemşirelere, kimlik bilekliklerini takmak istemeyen hastaların hangi sebepten dolayı takmak istemediği sorulmuş; %35,3'ü kendilerini rahatsız (damgalanmış, etiketlenmiş) hissettiğini, %27,9'u alerjiye neden olabildiği düşüncesi ile takmak istemediğini ve %36,7'si tanımlanmamış diğer durumlardan dolayı kimlik bilekliklerini takmak istemediğini belirtmiştir.

Çırpı ve ark. (2009), bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde (Ağustos-Ekim 2008) 130 hemşire üzerinde hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamaları ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesine yönelik araştırma yapmış olup araştırmada en sık karşılaşılan mesleki hatalar değerlendirilmiştir. Araştırmaya göre hemşirelerin %6,1'i kimlik doğrulama kaynaklı hataların meydana geldiği görüşündedir. Bu tez çalışmasında ise araştırmaya katılan hemşirelerin %26'sı hasta kimliğinin doğrulanmamasından kaynaklı tıbbi bir hata ile karşılaştığını belirtmiştir.

Hasta kimliğinin doğrulanmamasından kaynaklı tıbbi bir hata ile karşılaşan hemşirelerin %36,3'ü yanlış hastaya ilaç verilmesi hatasının yapıldığı görüşündedir.

Özdemir ve ark. (2017), bir üniversite bünyesinde bulunan sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümündeki 551 öğrenci üzerinde hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusundaki görüşlerini değerlendirmiştir. Söz konusu çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin %79'u hemşirelik uygulamalarının hasta kimlik hatalarını önleyici nitelikte olduğunu ifade etmiştir. Bu tez çalışmasında ise araştırmaya katılan hemşirelerin %91,1'i yanlış hasta tanımlanmasının önlenebileceğini belirtmiştir. Özdemir ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin çoğunun hasta güvenliği konusunda sınırlı bilgiye sahip olduğu düşünüldüğünde net bir kıyaslama yapılamamaktadır.

Cengiz (2014) tarafından bir kamu üniversitesi hastanesinde, hasta güvenliğinde kimlik doğrulamanın önemi değerlendirilmiştir. Araştırma 419 sağlık personeli ile gerçekleştirilmiş olup; katılımcıların %20'sinin yoğun çalışma temposundan dolayı hasta kimliğini doğrulamadan işlem yapılabilceğini ifade etmiştir. Bu tez çalışmasında ise araştırmaya katılan hemşirelerin %10,5'i yoğun çalışma temposundan dolayı kimlik doğrulamadan işlem yapılabilceğini ifade etmiştir. Hastaların işlemlerden zarar görmesi ya da işlemin ölümle neticelenmesi göz önünde bulundurulduğunda yoğun çalışma temposu hiçbir şekilde hasta kimliğinin doğrulanmasına engel olmamalıdır.

Bu tez çalışmasında kimlik doğrulama kaynaklı hata ile karşılaşan hemşirelerin (n=52) %36,3'ünün yanlış hastaya ilaç verildiği görüşünde olduğu tespit edilmiştir. Yanlış hastaya ilaç verilmesi bu çalışmada en çok karşılaşılan tıbbi hata olarak tanımlanmıştır. Alizadeh ve ark. (2017) tarafından bir üniversite hastanesinde ilaç hatalarının analizine yönelik durum çalışması gerçekleştirilmiştir. Araştırmada raporlanan ilaç hataları yer almakta olup (n=158); hataların %32,14'ünü yanlış hastaya ilaç verilmesi durumu oluştururken, %18,7'sini hastaya yanlış ilaç verilmesi durumunun oluşturduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma süreleri ile “Barkod Okuyucu El Terminallerinin Kullanımının Hasta Kimliğini Doğrulama Oranını Artırır” ifadesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($p<0,05$). Araştırmaya göre anlamlı bir farkın ortaya çıkması; çalışma süresi 0-3 yıl olan hemşirelerin, çalışma süresi 3 yıldan fazla olan hemşirelere göre daha fazla katılım göstermesinden kaynaklanmaktadır. Elde edilen sonuç Cengiz (2014) tarafından yapılan çalışma ile paralellik göstermemektedir. Araştırmaya katılan personelin meslekte çalışma süresi ile “Barkod Okuyucu El Terminallerinin Kullanımının Hasta Kimliğini Doğrulama Oranını Artırır” ifadesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Ancak söz konusu ifadeye en yüksek katılımı çalışma süresi 11-15 yıl aralığında olan personel göstermiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %26’sı kimlik doğrulama kaynaklı tıbbi hata ile karşılaştığını belirtmiştir. Uğur ve ark. (2016) tarafından hasta güvenliği ve tıbbi hata ile ilgili yapılan araştırmada elde edilen sonuçlara göre katılımcıların %13’ü meydana gelen tıbbi hataların hasta tanımlama ile ilgili olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %94’ünün hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitim aldığı tespit edilmiştir. Bu sonuca paralel olarak Uğur ve ark. (2016) hasta güvenliğini tehdit eden prosedürlerin belirlenmesi ve kontrol edilmesi için çalışanlara sorumluluk aktarılması, kaynakların bir kısmının hasta güvenliğine ayrılması ve tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Latham ve ark. (2012) tarafından hasta tanımlama ve uygulamada kalite üzerinde çalışma yapılmıştır. Çalışmaya hastane personeli dahil edilmiştir. Araştırmaya göre kimlik bilekliklerinin hakkında eğitim alma durumu ile hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulanmasının yapılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Bu tez çalışmasında ise Latham ve ark. (2012) tarafından yapılan araştırmaya paralel bir sonuç elde edilmiş olup; araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitim alma durumu ile hastaya ilaç vermeden önce kimlik doğrulanmasının yapılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Araştırmaya katılan hemşirelerin

hastaya ilaç vermeden önce kimlik doğrulamasının yapılması konusunda gerekli özeni gösterdiği görülmektedir.

Chawla ve Kaushik (2016) tarafından hastanede çalışmakta olan doktor/cerrah, hemşire ve teknisyenler (n=34) üzerinde gerçekleştirilen “İlaç ve Prosedür/Müdahale Öncesi Gözlemlenen Hasta Tanımlama Hataları İnsidansı” konu başlıklı çalışma sonuçlarına göre; katılımcıların %26,4’ünün transfer öncesinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirmediği tespit edilmiştir. Bu tez çalışmasında ise araştırmaya katılan hemşirelerin %99’u hastanın başka bir bölüme transferinden önce kimlik doğrulaması yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Chawla ve Kaushik (2012) hastane çalışanlarının daha duyarlı olabilmesi için eğitilmesi gerektiğini belirtmiştir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık kurumlarının bir çalışanı olarak hemşireler, faaliyet gösterdikleri çevre içerisinde sundukları hizmetlerin niteliğinden dolayı kaliteli ve güvenli hizmet sunmak durumundadır. Bu nedenle kimlik doğrulamasının her işlemde eksiksiz ve doğru bir şekilde yapılması gerekmektedir. Yanlış ve eksik yapılan bir kimlik doğrulama işlemi hastaya sadece kalıcı zarar vermekle kalmayıp aynı zamanda hastanın ölümüne de neden olabilmektedir. Hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusu örgütte kurumsal atmosferi etkileyerek pek çok bireysel ve örgütsel çıktı değişkeni üzerinde de olumlu etki gösterebilmektedir. Bu kapsamda araştırmanın bulguları doğrultusunda elde edilen önemli sonuçlar sunulmuştur.

Araştırmanın yürütüldüğü kamu üniversitesi hastanesindeki katılımcı hemşirelerin yaklaşık yarısı hasta kimliğinin hastanın yatacağı servise ilk geldiğinde takılması gerektiği görüşündedir. Hasta bilekliğini takma görevinin meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde katılımcıların yaklaşık %40'ı hasta kimlik bilekliklerinin hemşireler tarafından takılması gerektiği görüşündedir.

Araştırmaya katılan 21-27 yaş aralığındaki hemşirelerin diğer yaş aralıklarına göre barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırdığını ifade etmesi ve yanlış hastaya yanlış işlem yapılması durumunda olayı rapor etme eğilimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışma süresi 0-3 yıl olan hemşirelerin, meslekte daha uzun süre çalışmış hemşirelere göre barkod okuyucu el terminallerinin kullanımının hasta kimliğinin doğrulama oranını artırdığını ifade etme eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmada 10 yıl ve üzeri süredir çalışmakta olan hemşirelerin her zaman doğru hastayı tanımladığına emin olma eğilimlerinin diğer çalışma aralıklarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda her zaman doğru hastayı

tanımladığına emin olma eğilimlerinin de diğer çalışma aralığında olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerden eğitim durumu lisans düzeyinde olanların hastanede hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitimin verildiği, sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın öneminin anlatıldığı ve sık sık hatırlatıldığı, yönetimin hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemsendiği ifadelerine yönelik eğilimlerinin, eğitim durumu yüksek lisans düzeyinde olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan ve çalışma şekli gündüz olan hemşirelerin hasta kimliğinin doğrulanmasının sağlık personeli tarafından önemsendiği ve önemli olduğuna inanıldığını ifadesine yönelik eğilimi vardiya usulü çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan ve çalışma şekli vardiya usulü olan hemşirelerin her zaman doğru hastayı tanımladığına emin olması ve yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hataların ciddi komplikasyonlara neden olabileceği ifadesine yönelik eğilimlerinin gündüz çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitim alan hemşirelerin hasta kimliğinin her zaman doğrulanması gerektiği ve doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaması gerektiğini ifadesine yönelik eğilimi hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitim almamış olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitim almamış olan hemşirelerin çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabileceği ifadesine yönelik eğilimi hasta güvenliği ve/veya hasta güvenliğinde kimlik doğrulama ile ilgili eğitim almış olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda sunulacak öneriler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularının; hizmetin kalitesi, güvenli hizmetin sunulması, olumsuz vakaların oluşması ve tedavi süresinin uzaması gibi durumları etkileyebileceği düşünüldüğünde sağlık kurumu tarafından hemşirelere hasta güvenliği ve hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konularında eğitim verilmesi ve bu konuda bilgi düzeylerinin artırılması yönünde önlemler alınması önerilmektedir. Ayrıca hasta güvenliğinde kimlik doğrulama konusunda verilen eğitimler neticesinde hemşirelerde oluşan güvenli davranışların hastanede kurumsal bir kültür haline getirilmesi önerilmektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarındaki insan kaynakları yönetimi bölümlerine ve eğitim birimlerine önemli roller düşmektedir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin neredeyse tamamı yanlış hasta tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu ifade etmesine rağmen yanlış hasta tanımlaması yapılması durumunda olayın rapor edilip edilmemesi konusunda kararsızlık ortamının oluşabilmesi söz konusudur. Bu nedenle yapılan hataların bildiriminin yapılması konusunda teşvik edici bir yaklaşımın sergilenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Hemşirelerin yapmış oldukları hataları bildirmeleri için kurum içinde bir hata bildirim mekanizmasının kurulması ve/veya var olan mekanizmanın güncellenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Hemşirelerin yanlış hastaya ilaç verilmesi, yanlış hastadan kan alınması, yanlış hastaya kan transfüzyonu yapılması, yanlış hasta transferi, yanlış hastaya işlem yapılması, yanlış hastaya yanlış rejim/yemek verilmesi gibi durumlarla karşılaştığı görülmüştür. Hemşirelerin kimlik doğrulamada kullanılan el terminallerinin hasta kimliğini doğrulama oranını artırdığı düşüncesine dayalı olarak hasta güvenliğinin sağlanması bakımından barkod okuyucu el terminallerinin kullanılması önerilmektedir.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş grupları, meslekte çalışma süreleri, çalışmakta olduğu hastanedeki hizmet süreleri, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumları gibi değişkenler ile personel eksikliğinden dolayı kimlik doğrulamasının yapılamaması durumu değerlendirilmiştir. Hemşirelerin, kliniklerde yetersiz sayıda personel çalıştırıldığı düşüncesinde olduğu görülmüştür. Kliniklerde çalışan hemşire sayısının kliniklerin yoğunlukları dikkate alınarak artırılması önerilmektedir.



ÖZET

Hemşirelerin Kimlik Doğrulama Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Bir Kamu Üniversitesi Hastanesi Örneği

Hasta güvenliği konusu, sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların artış göstermesiyle birlikte üzerinde durulması gereken bir konu haline gelmiştir. Kurum içerisinde hastaların güvenliğini sağlamanın ilk kuralı hasta kimliğinin doğrulanmasıdır. Bu çalışma ile çalışanların hasta kimliğini doğrulama sürecindeki bilgi düzeylerini ve kimlik doğrulama konusundaki tutumlarını belirlemek, oluşan problemlere karşı sağlık personelinin algısını tanımlamak amaçlanmıştır.

Bu araştırma; Joint Commission International tarafından akredite edilmiş, 28 klinik ve 10 yoğun bakım bölümü ile sağlık hizmeti sunan 730 yatak kapasitesine sahip bir kamu üniversitesi hastanesinin yataklı servisleri ile yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir ve katılımcılara Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama Anketi uygulanmıştır. Hemşirelerin çalışma meslekte süreleri ile çalıştığı bölümde yanlış hasta tanımlaması yapılması durumu arasında ($p=0,012$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Ayrıca hemşirelerin çalışma şekilleri (Vardiya-Gündüz) ile yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hataların ciddi komplikasyonlara yol açabilmesi durumu ($p=0,003$) ile hemşirelerin her zaman doğru hastayı tanımladığından emin olması arasında ($p=0,005$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Hastayı doğru tanımlama konusunda vardiya usulü çalışan personelin gündüz çalışan personele göre daha duyarlı olduğu analiz edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Kimlik Doğrulama

SUMMARY

Evaluation of Nurses' Views on Authentication: Example of a Public University Hospital

Patient safety has become a subject that needs to be emphasized with the increase in medical errors in health services. The priority rule ensuring the safety of patients within the institution is verification of the patient's identity. In this study, it was aimed to determine the knowledge levels of employees in the process of validating patient identity and their attitudes towards identity verification, and to define the perception of health personnel against the problems that arise.

It was carried out on nurses working in intensive care units with an inpatient service of an public university hospital with a capacity of 730 beds accredited by the Joint Commission International and providing health services with 28 clinics and 10 intensive care units and Patient Safety Identity Validation Questionnaire to participants was applied. A statistically significant difference was found between the nurses' working period and the case of wrong patient identification ($p = 0,012$). There is also a statistically significant difference between the way the nurses work (Day-Shift) and the mistakes associated with identifying the wrong patient, which can lead to serious complications ($p=0,003$) and the fact that the nurses always identify the right patient ($p=0,005$). It has been analyzed that the shift staff are more sensitive to the correct identification of the patient than the daytime staff.

Key Words: Culture of Patient Safety, Identification Verify, Patient Safety,

KAYNAKLAR

- ABDOU HR, SLEEM WF, EL-ATROUSH HG (2018). Factors Affecting Implementation of Accreditation Program at Oncology center, Mansoura University. *Journal of Nursing and Health Science*. **7(1)**:49-59.
- ABOSHAİQAH AE, BAKER OG (2013). Assessment of Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in a Saudi Arabia Hospital. *Journal of Nursing Care Quality*. **28(3)**:272-280.
- AIKEN LH, SLOANE DM, BRUYNEEL L, VAN DEN HEED K, SERMEUS W (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, **50**:143–53.
- AKALIN E (2012). Sağlık Politikaları Üzerine. Hasta Güvenliği Farkındalık Haftası. Erişim Adresi:[<http://saglikpolitikolari.omegacro.com/hasta-guvenligi-farkindalik-haftasi-4-10-mart-2012>]. Erişim Tarihi: 22.07.2018.
- AKALIN E (2014). Tıbbi Hatalar. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. **32**:64-67.
- AKGÜN S (2014). Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar –Sentinel Olaylar-Sentinel Events in Healthcare. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. **1(2)**:75-82.
- AKIN Ş (2014). Hasta Güvenliği Sunumu. Erişim Adresi: [<https://www.slideshare.net/SULEAKIN/hasta-guvenlii-36498891>]. Erişim Tarihi: 02.03.2018.
- ALİZADEH AM, DAVARİ F, MANSOURİ M, MOHAMMADNİA M (2017). Analysis of Medical Errors: A Case Study. *Medical Ethics Journal*, **10(38)**:59-68.
- ALKHENİZAN A, SHAW C (2011). Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature. *Annals of Saudi Medicine*. **31(4)**:407-416.
- ALLI BO (2008). Fundamental Principles Of Occupational Health And Safety. ILO Cataloguing in Publication Data. 2. Baskı. ISBN: 978-92-2-120454-1.
- ALLWORTH S, LAPSLEY P, KELLY DMO (2008). Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare: Technology Solutions to Patient Misidentification. Report of Review. Erişim Adresi: [<https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/19794-TechnologyReview1.pdf>]. Erişim Tarihi: 01.05.2018.
- ALTINDİŞ M. Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri. Erişim Adresi:[https://yadi.sk/d/p_ao7AtnsU44x]. Erişim Tarihi: 15.07.2018
- ALTUNBAŞ A (2014). Sağlıkta RFID. Healthcare Information and Management Systems Society. Erişim Adresi:[https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/dccbba416502aa271d6c3e1f8253646e_AkinAltunbas.pdf]. Erişim Tarihi: 07.07.2018.
- AMMOURI AA, TAILAKH AK, MULIIRA JK, GEETHAKRISHNAN R, AL KINDI SN (2015). Patient Safety Culture Among Nurses. *International Nursing Review* **62**:102–110.
- ANDERSON JG, ABRAHAMSON K (2017). Your Health Care May Kill You: Medical Errors. *Studies in Health Technology Information*. **234**: 13–17.

- ARAB M, SARI AA, MOVAHED KOR E, HOSSEINI M, TOLOUI RAKHSHAN S, EZATI M (2013). Patient Safety in Tehran University of Medical Sciences' General Hospitals, Iran. *Iran Journal of Public Health*. 42(3):306-313.
- ARDAHAN M, YELKİN ALP F (2015). Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Çalışanlarının ve Yöneticilerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(2): 85-88.
- AUSTRALIAN CAPITAL TERRITORY (2014). Canberra Hospital and Health Services Clinical Procedure. Patient Identification and Procedure Matching. Australia.
- AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTHCARE (2010). Patient Safety in Primary Health Care. Erişim Adresi: [www.safetyandquality.gov.au]. Erişim Tarihi: 09.02.2018.
- BONDEVİK GT, HOFOS D, HUSEBO BS, DEILKAS ECT (2017). Patient Safety Culture in Norwegian Nursing Homes. *BMC Health Services Research*. 17: 424. Erişim Adresi:[http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=57ed97cf-a7f5-4b82-b722-93853cb5e780%40sessionmgr120]. Erişim Tarihi: 08.04.2018.
- BOSTAN S (2012). Hemşirelerin Hasta ve Çalışan Güvenliği Konusunda Kurumsal Uygulamaları Değerlendirmesi Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Journal of Medical Ethics*. 20(1):10-15.
- BOUET M, PUJOLLE G (2010). RFID in eHealth Systems: Applications, Challenges and Perspectives. *Annals of Telecommunications*. 65(9-10): 497-503.
- BOUSSAT B, SEIGNEURİN A, GIAI J, KAMALANAVIN K, LABARERE J, FRANÇOIS P (2017). Involvement in Root Cause Analysis and Patient Safety Culture Among Hospital Care Providers. *Journal of Patient Safety*. Doi:10.1097/PTS.0000000000000456.
- BRIGGS J, BERESFORD R (2001). Smart Card in Health. Healthcare Computing Group, University of Portsmouth, Portsmouth.
- BRUBAKK K, VİST GE, BUKHOLM G, BARACH P, TJOMSLAND O (2015). A Systematic Review of Hospital Accreditation: The Challenges of Measuring Complex Intervention Effects. *BMC Health Services Research*. 15:280.
- CENGİZ C (2014). Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama, Hastaların Doğru Tanımlanmasının Önemi, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri ve Bir Üniversite Hastanesi Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- CENTEL T (2000). İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı. MESS Yayınları. İstanbul. s:6.
- CHAWLA R, KAUSHİK S (2016). Identification Errors in The Blood Transfusion Laboratory: A Still Relevant Issue For Patient Safety. *International Journal of Research Foundation of Hospital & Healthcare Administration*. 4(2):100-106.
- ÇAKIR A (2007). Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir.
- ÇIRPI F, DOĞAN MERİH, YAŞAR KOCABEY M (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2(3):26-34.

- ÇİÇEK KORKMAZ A (2018). Geçmişten günümüze Hasta Güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 6(1):10-19.
- COOK RI, WOODS DD (1994). Operating at the Sharp End: The Complexity of Human Error. In: Bogner MS, Ed. *Human Error in Medicine*. Hillsdale NJ: Erlbaum. s.:255-310.
- DAHAN S, DUCARD D, CAEYMAEX L (2017). Apology in Cases of Medical Error Disclosure: Thoughts Based on a Preliminary Study. **12(7)**:1-10.
- DALE JC, RENNER SW (1997). Wristband Errors in Small Hospitals. A College of American Pathologists' Q-Probes Study of Quality Issues in Patient Identification. **28(3)**: 203-207.
- DEMİRTAŞ Ü, ÖZENÇ S, ÖZDEN A, ÖZMEN P, DURMUŞ M, YAPICI A, ALTAYLI E, TOK D, TUNCER SK, ALTINEL S, TÜRK YZ (2014). The Perception of Patient Safety in Medical Students. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. **13(4)**: 315.
- DONALDSON MS (2008). An Overview of To Err is Human: Re-emphasizing The Message of Patient Safety. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Editor: HUGHES RG. AHRQ Publication No: 08-0043.
- EBRAHIMZADEH F, NABOVATI E, HASIBIAN MR, ESLAMI SAEID (2017). Evaluation of the Effects of Radio-Frequency Identification Technology on Patient Tracking in Hospitals: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*.
- EMERGENCY CARE RESEARCH INSTITUTE (2016). Patient Identification Errors. Erişim Adresi:[https://www.ecri.org/Resources/HIT/Patient%20ID/Patient_Identification_Evidence-Based_Literature_final.pdf]. Erişim Tarihi: 14.04.2018.
- ERDEM OA, TUĞRALN (2009). Kablosuz Bilgisayar Ağlarının Performanslarının Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*. **2(2)**:1-10.
- ERGEN B, ÇALIŞKAN A (2011). Biyometrik Sistemler ve El Tabanlı Biyometrik Tanıma Karakteristikleri. *6 th International Advanced Technologies Symposium*. s:455-460.
- ERTÜRK C, DÖNMEZ P, ÖZMEN D (2016). Manisa İl Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. **32(1)**:19-33.
- EUROBAROMETER (2014). Patient Safety and Quality of Care. s.:3. ISBN No: 978-92-79-38311-3.
- EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP (2010). Patient Safety and Quality of Healthcare.
- FARSARAEI A, AGHAZADEH AM, LOTFI M, SHEIKHALIPOUR Z (2017). Patient Safety Culture from The Perspective of Emergency Nurses. *Middle East Journal of Family Medicine*. **15(10)**: 289-296.
- FRİESEN MA, FARQUHAR MB, HUGHER RG (2008). The Nurse's Role in Promoting a Culture of Patient Safety. Erişim Adresi:[<http://ana.nursingworld.org/mods/archive/mod780/cerolefull.htm>]. Erişim Tarihi: 29.07.2018.
- GİMENO D, FELKNOR SA, BURAU KD, DELCLOS GL, GUTİERREZ TB (2007). Association of Occupation and Safety Practices with Work-Injury Absence Among Public Hospital Employees in Latin America: A Study from Costa Rica. *British medical Journal*. **13(4)**: 264-269.

- GÖKDOĞAN F, YORGUN S (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **13(2)**: 53-59.
- GÖZLÜ K, KAYA S (2016). Patient Safety Culture as Perceived by Nurses in a Joint Commission International Accredited Hospital in Turkey and its Comparison with Agency for Healthcare Research and Quality Data. *Patient Safety & Quality Improvement Journal*. **4(4)**: 441-449.
- GÜLTEKİN GG (2009). RFID Akıllı Etiket Teknolojisi. 3. *Uluslararası Matbaa Teknolojileri Sempozyumu*. Erişim Adresi:[http://iprints.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2016/04/sem3_31.pdf]. Erişim Tarihi: 07.07.2018.
- GÜRLEK Ö, AYTUĞ KANBER N, KHORSHID L (2015). Hastanelerde Kimlik Tanımlayıcı Bileklik Kullanımına İlişkin Uygulamaların ve Hasta Görüşlerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. **12(3)**: 195-203.
- GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ (2016). İstatistik ve Analiz Raporu. Erişim Adresi:[<https://grs.saglik.gov.tr/>]. Erişim Tarihi: 06.03.2018.
- HABRAKEN MK, VAN DER SCHAAF T, DE JONGE J, RUTTE C (2010). Defining near misses: Towards a Sharpened Definition Based on Empirical Data About Error Handling Processes. *Journal of Social Science & Medicine*, **70(2010)**: 1301-1308.
- HACHESU PR, ZYAEI L, HASSANKHANI H (2016). Recommendations for Using Barcode in Hospital Process. *Acta Informatica Medica*. **42(3)**: 206-210.
- HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK (2011). Erişim Adresi:[<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>]. Erişim Tarihi: 22.07.2018.
- HAYFAA A, SAMAA ZI, BUTHAINA AM, FADALLAH TA, DIANA J, FADI EJ (2018). Baseline Assessment of Patient Safety Culture in Public Hospitals in Kuwait. *BMC Health Services Research*. **18**: 1-12.
- HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (2012). Health and Safety Training a Brief Guide. Erişim Adresi:[<http://www.hse.gov.uk/pubns/indg345.pdf>]. Erişim Tarihi: 04.08.2018.
- HEALTH MANAGEMENT TECHNOLOGY (2012). The Role of Barcode Technology in Patient Safety and Identification. Erişim Adresi:[<https://www.healthmgtech.com/the-role-of-barcode-technology-in-patient-safety-and-identification.php>]. Erişim Tarihi: 09.05.2018.
- HEALTHCARE INFORMATION AND MANAGEMENT SYSTEMS SOCIETY (2003). Implementation Guide for The Use of Bar Code Technology in Healthcare.
- HOFFMEISTER LV, SOUTO DE MOURA GMS (2015). Use of Identification Wristbands Among Patients Receiving Inpatient Treatment in a Teaching Hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. **23(1)**: 36-43.
- HURWITZ B, SHEIKH A (2009). Health Care Mistakes, Violations and Patient Safety. *Health Care Errors and Patient Safety*. Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-405-14643-2.
- HWANG J, AHN J (2015). Teamwork and Clinical Error Reporting among Nurses in Korean Hospitals. *Asian Nursing Research*. **9(2015)**: 14-20.
- ILAN R, FOWLER R (2005). Brief History of Patient Safety Culture And Science. *Journal of Critical Care*. **20(1)**:2-5.

- INSTITUTE OF MEDICINE. To Err Is Human: Building A Safer Health System. Erişim Adresi:[<http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>]. Erişim Tarihi: 09.07.2018.
- INTERNATİONAL HOSPİTAL FEDERATİON, Erişim Adresi:[<https://www.ihf-fih.org/about>]. Erişim Adresi: 20.07.2018.
- İşIK ANDSOY I, KAR G, ÖZTÜRK Ö (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerine Yönelik Bir Çalışma. *Journal of Health Science and Profession*. **1(1)**: 17-27.
- JOİNT COMMISSION INTERNATIONAL (2014). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. ISBN: 978-1-59940-787-6. s.:23-31.
- JOİNT COMMISSION INTERNATIONAL, Erişim Adresi:[https://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx]. Erişim Tarihi: 31.07.2018.
- KALRA J (2011). Medical Errors And Patient Safety: Strategies to Reduce and Disclose Medical Errors and Improve Patient Safety. De Gruyter Incorporated, Canada ISBN: 9783110249491.
- KARAGÖZ Y (2016). SPSS ve AMOS 23 İstatistiksel Analizler. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık. 1. Baskı. Ankara. ISBN: 978-605-320-547-0.
- KARDAS G, TUNALI ET (2006). Design and implementation of a smart card based healthcare information system. *Comput Methods Programs Biomed*. **81(1)**:66-78.
- KAYA EROğLU E (2011). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- KAYRAL Hİ (2018). Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Akreditasyon. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*. **(1)1**:27-31.
- KHAMMARNİA M, KASSANİ A, ESLAHİ M (2015). The Efficacy of Patients’ Wristband Bar-code on Prevention of Medical Errors. *Applied Clinical Informatics*. DOI: 10.4338/ACI-2015-06-R-0077. **2015**:6.
- KO YUKYUNG, YU SOYOUNG (2017). The Relationships Among Perceived Patients’ Safety Culture, Intention to Report Errors, and Leader Coaching Behavior of Nurses in Korea: A Pilot Study. *Journal of Patient Safety*. **13(3)**: 175-183.
- KUMAR S, STEINEBACH M (2008). Eliminating US Hospital Medical Errors. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. **21(5)**: 444-471.
- LAAL F, POUYAKIAN M, MADVARI RF, MOHAMMADI M, REZAAEE MA, NOORIZADEH N, ADINEH HA (2017). Survey of the Patient Safety Culture in the Clinics and Hospitals of Chabahar, Iran. *Patient Safety & Quality Improvement Journal*. **5(3)**: 561-566.
- LAKE J (2015). National Identification Policy. National Health Services Foundation Trust.
- LAMMERS J, BRADFORD P (2012). DNR? Are You Sure? London Health Sciences Centre. Erişim Adresi: [http://www.lhsc.on.ca/About_Us/Base_Hospital_Program/Education/DNRWebinarPowerPointPresentation.pdf]. Erişim Tarihi: 04.03.2018.

- LANDT J (2005). The History of RFID, Potentials, *Institute of Electrical and Electronics Engineers*, **24 (4)**:8-11.
- LATHA NA, MURTHY BR, SUNITHA U (2012). Smart Card Based Integrated Electronic Health Record System For Clinical Practice. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*. **3(10)**:123-127.
- LATHAM T, MALOMBOZA O, NYIRENDA L, ASHFORD P, EMMANUEL J, M'BAYA B, BATES I (2012). Quality in Practice: Implementation of Hospital Guidelines for Patient Identification In Malawi. *International Journal for Quality in Health Care*. **24(6)**:626-633.
- LEAPE LL (1994). Error in Medicine. *Journal Of The American Medical Association*. **272**:1851–1857.
- LEAPE LL, LAWTHERS AG, BRENNAN TA, JHONSON WG (1993). Preventing Medical Injury. *Quality Review Bulletin* **8**:144-148.
- LEVIS RF (2003). Implementation Guide for the Use of Bar Code Technology in Healthcare. ISBN: 0-9725371-2-0.
- LEWIS S (2013). Accreditation in Health Care and Education: The Promise, The Performance, and Lessons Learned. Erişim Adresi:[https://www.researchgate.net/publication/237481993_ACCREDITATION_IN_HEALTH_CARE_AND_EDUCATION_THE_PROMISE_THE_PERFORMANCE_AND_LESSONS_LEARNED]. Erişim Tarihi:28.07.2018.
- MAKARY MA, DANIEL M (2016). Medical Error- The Third Leading Cause of Death in The US. *British Medical Journal*, 353:i2139.
- MALTONI D, MAIO D, JAIN AK, PRABHAKAR S (2003). Handbook of Fingerprint Recognition. Springer Verlag, New York.
- MCCOMB SA, LEMASTER M, HENNEMAN EA, HINCHEY KT (2017). An Evaluation of Shared Mental Models and Mutual Trust on General Medical Units: Implications for Collaboration, Teamwork, and Patient Safety. *Journal of Patient Safety*, **13(4)**: 237-242.
- MCMAINS V (2016). John Hopkins Study Suggests Medical Errors Are Third-Leading Cause of Death in U.S. Erişim Adresi: [<https://hub.jhu.edu/2016/05/03/medical-errors-third-leading-cause-of-death/>]. Erişim Tarihi: 23.02.2018.
- MEHTA Y, GUPTA A, TODI S, MYATRA SN, SAMADDAR DP, PATIL V, BHATTACHARYA PK, RAMASUBBAN S (2014). Guidelines for Prevention of Hospital Acquired Infections. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, **18(2)**: 149-163.
- MITCHELL CD, MOOTY CR, DUNNEL, RAMBERGER KC, MANGRAM AJ (2009). Resident Fatigue: Is There a Patient Safety Issue. *The American Journal of Surgery*. **198**: 811–816.
- MITCHELL PH (2008). Defining Patient Safety and Quality Care. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. AHRQ Publication No:08-0043.
- MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI (2011). MEGEP Ulaştırma Hizmetleri Barkodlama. s.:43.
- MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI (2014). MEGEP İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı. s.:1.

- MUTLU S. Cerrahide Hasta Kimliğinin Doğrulanması Sunumu. Erişim Adresi:[http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/hasta_kimligi.pdf]. Erişim Tarihi: 09.05.2018.
- NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. Patient Safety Dictionary. Erişim Adresi: [<http://www.npsf.org/?page=dictionarynz>]. Erişim Tarihi: 13.02.2018.
- NEW SOUTH WALES MINISTRY OF HEALTH (2005). Quality of Health Services in New South Wales – A Framework For Managing.
- ONGANER E, BOZKURT B, KILIÇ M (2014). Hastalar İçin Hasta Güvenliği. *Journal of Kartal TR*. **25(2)**: 171-174.
- OVALI F (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları. **1**: 33-43.
- ÖZDEMİR Ü, TAŞCI S, TEKİNSOY KARTIN P, GÖRİS S, CEYHAN Ö, DOĞAN N (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Konusundaki Görüşleri. *I. Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Kongresi*. Kongre Bildiri Kitabı s.:103-106.
- ÖZKAYNAK F (2016). Sosyal Güvenlik Kurumu Biyometrik Kimlik Doğrulama Sisteminin Problemleri ve Olası Çözüm Önerileri. *Mühendislik Bilimleri Dergisi*. **28(2)**:185-188.
- ÖZŞAKER E, TEHÇİ H (2015). Cerrahi Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Journal of Health Science*. **1(2)**:71-78.
- PARKER D, CLARIDGE T, LAWRIE M (2009). Understanding Patient Safety. *Health Care Errors and Patient Safety*. Editor: HURWITZ B, SHEIKH A. Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-405-14643-2.
- RİCH VL (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. *Agency for Healthcare Research and Quality*. 2:2-45.
- ROBERTSON L (2008). Managing Patient Identification: The Right Patient, Every Time. Erişim Adresi:[<https://www.amnhealthcare.com/latest-healthcare-news/managing-patient-identification-the-right-patient-every-time/>]. Erişim Tarihi:14.04.2018.
- ROGERS AE, HWANG WT, SCOTT LD, AIKEN LH, DINGES DF (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *National Institutes of Health*. Erişim Adresi:[<https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.23.4.202>]. Erişim Tarihi: 01.03.2018.
- SABERİ M, JAMSHIDI E, RAJABI F, SEYDALI E, BAIRAMI F (2017). Attitude of Nurses Toward The Patient Safety Culture: A Cross-Sectional Study of The Hospital in Tehran, Iran. *Patient Safety & Quality Improvement Journal*, **5(3)**: 554-560.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2009). Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları. Erişim Adresi:[<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4107,skguygulamalaripdf.pdf>]. Erişim Tarihi:10.07.2018.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2016). Erişim Adresi: [<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6483,grs2016raporr1pdf.pdf?0>]. Erişim Tarihi: 23.03.2018.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2017). Erişim Adresi:

- [<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3443,sagliktakaliteningelistirilmesiivedegerlendirilmesinedairyonetmelik01072015pdf.pdf?0>]. Erişim Tarihi: 23.03.2018.
- SAYGILI M, KAYA S, SONĞUR C, ÖZER Ö (2013). Aile Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarını Kullanım Durumları ve Bilgi Arama Davranışları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **4(3)**:104-110.
- SAYGIN T, KEKLİK B (2014). Tıbbi Hata Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. **17(2)**: 99-118.
- SAYSANA M, MCCASKEY M, COX E, THOMPSON R, TUTTLE LK, HAUT PR (2017). A Step Toward High Reliability: Implementation of a Daily Safety Brief in a Children's Hospital. *Journal of Patient Safety*, **13(3)**: 149.
- SEREN İNTEPELER Ş, DURSUN M (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **15(2)**: 130.
- SMART CARD ALLIANCE (2013). Smart Card Technology in U.S. Healthcare: FAQ Series. Erişim Adresi:[<https://www.securetechalliance.org/resources/pdf/Smart-Cards-in-Healthcare-FAQ-Series-Smart-Cards-and-Patients.pdf>]. Erişim Tarihi: 11.07.2018.
- SMITS M, KEIZER E, GIESEN P, DEILKAS ECT, HOFOS D, BONDEVİK GT (2018). Patient Safety Culture in Out-Of-Hours Primary Care Services in The Netherlands: A Cross-Sectional Survey. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*. **36(1)**: 28-35.
- SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI (2012). Avuç İçi Damar İzi Sistemiyle Kimlik Doğrulama Sistemine Ait Kılavuz. s.:1-4.
- STOKOWSKI LA (2016). Who Believes That Medical Error is The Third Leading Cause of Hospital Deaths? Erişim Adresi:[<https://ipassinstitute.com/wp-content/uploads/2016/06/medical-errors-leading-cause-of-death.pdf>]. Erişim Tarihi: 23.02.2018.
- TAK B (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. **1**:72-113.
- TAN O, KORKMAZ İ, GİDİŞ O, UYGUN S (2015). Hasta Takip Sistemlerinde RFID Uygulaması. Erişim Adresi: [<http://www.elektrik.gen.tr/2015/08/hasta-takip-sistemlerinde-rfid-uygulamasi/134>]. Erişim Tarihi: 10.05.2018.
- TENGİLİMOĞLU D, IŞIK O, AKBOLAT M (2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara. ISBN: 978-605395-172-8.
- TENGİLİMOĞLU D, YİĞİT V (2016). Tıbbi Malzeme Yönetiminde Verimliliği Artırıcı Bir Teknoloji: Radyo Frekanslı Tanıma Sistemi (RFID). *Verimlilik Dergisi* 2016/4:51-73
- TEREANU C, SAMPIETRO G, SARNATARO F, SISCANU D, PALARIA R, SAVIN V, CLISCOVSCAIA T, PISLARU V, OGLINDA V, CAPMARE L, GHELASE MS, TURCANU T (2018). Survey on Patient Safety Culture in the Republic of Moldova: A Baseline Study in Three Healthcare Settings. *Clujul Medical*. **91(1)**: 65-74.
- THE JOINT COMMISSION (2018). Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission. Erişim Adresi: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Summary_4Q_2017.pdf]. Erişim Tarihi: 11.04.2018.

- TINGLE J (2010). The Development of A Patient Safety Policy Agenda. Patient Safety, Law Policy and Practice. Editor: TINGLE J, BARK P.
- TUNÇEL K (2013). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- TÜRK AKREDİTASYON KURUMU, Ürün Hizmet ve Muayene Akreditasyon Başkanlığı
Ürün Belgelendirme Akreditasyonu. Erişim
Adresi:[<http://www.turkak.org.tr/TURKAKSITE/%C3%9CAB.pdf>]. Erişim Tarihi: 30.07.2018.
- TÜRK STANDARTLARI ENSTİTÜSÜ (2006), İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitim Notu.
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (2010). Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara. ISBN: 978-605-5867-51-5.
- TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANAYASASI (1982). Erişim
Adresi:[<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709-20160520.pdf>]. Erişim
Tarihi: 27.07.2018.
- TÜRKİYE SAĞLIK ENSTİTÜLERİ BAŞKANLIĞI. Kalite Yönetimi ve İyileştirme Birimi.
Erişim Adresi:[<http://www.tuseb.gov.tr/index.php>]. Erişim Tarihi: 05.07.2018.
- TÜTÜNCÜ Ö, KÜÇÜKUSTA D (2008). Tedarik Zinciri Entegrasyonu ve Hasta Güvenliği İlişkisinin Analizi. *İşletme Fakültesi Dergisi*, **9(1)**: 93-106.
- UĞUR E, KARA S, YILDIRIM S, AKBAL E (2016). Medical Errors and Patient Safety in the Operating Room. *The Journal of the Pakistan of Journal Association*. 66(5):593-597.
- UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR. Occupational Safety and Health Administration. Erişim Adresi:[<https://www.osha.gov/shpguidelines/education-training.html>]. Erişim Tarihi:04.08.2018
- ÜNAL MC (2017). İş Güvenliği İş Kazaları Ve Risk Analizinin Yapı Maliyetlerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- VATANSEVEVER DURGUT Ş (1999). Sağlık Kuruluşlarında İş Güvenliği ve Meslek Hastalıkları ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ile S.S.K. İstanbul Hastanelerinde İş Güvenliği ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- WACHTER RM (2008). Understanding Patient Safety. The McGraw-Hill Companies Publishing. DOI: 10.1036/0071482776.
- WORLD HEALTH ORGANİZATION (2002). Prevention of Hospital – Acquired Infections. Editors: DUCEL G, FABRY J, NICOLLE L. Erişim Adresi: [<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16355e/s16355e.pdf>]. Erişim Tarihi: 05.03.2018.
- WORLD HEALTH ORGANİZATION (2007). Patient Identification. *Patient Safety Solutions*. 1(2):3. Erişim
Adresi:[<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>]. Erişim Tarihi: 10.04.2018.
- WORLD HEALTH ORGANİZATION (2008). Patient Safety Workshop: Learning From Error. Erişim Tarihi:

[http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine_learning-from-error.pdf]. Erişim Adresi: 02.03.2018.

WORLD HEALTH ORGANİZATION (2009). Who Patient Safety Curriculum Guide For Medical Schools. Publications of the World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANİZATION (2016). Diagnostic Errors: Technical Series on Safer Primary Care. ISBN 978-92-4-151163-6.

WORLD HEALTH ORGANİZATION (2017). Patient Safety Making Health Care Safer. Erişim Adresi: [<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>]. Erişim Tarihi: 21.02.2018.

YALÇIN Ş, ACAR A (2010). Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. 2. Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı. Editör: Harun Kırılmaz.

YETGİNOĞLU Ö (2009). Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanması Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Konya.

YILDIRIM Ö (2008). Sağlık Kurumlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

YILDIZ E (2010). Hasta Güvenliği İle Değişime Direnç Arasındaki İlişkinin Analizi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Algılarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

YOO MS, KIM KJ (2017). Exploring the Influence of Nurse Work Environment and Patient Safety Culture on Attitudes Toward Incident Reporting. *The Journal of Nursing Administration*. **47(9)**: 434-440.

YÜCESAN A, AYAZ ALKAYA S (2017). Bireylerin Tıbbi Hatalarla İlgili Görüş ve Deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, **44(1)**: 26.

ZWAAN L, SCHİFF GD, SİNGH H (2013). Advancing the Research Agenda for Diagnostic Error Reduction. *British Medical Journal*. **22**:52-57.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzin Yazısı

	GİZLİ T.C. ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Etik Kurulu Başkanlığı
Sayı : 85434274-050.04.04 / 22 535 Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında	29 Mart 2017
Sayın Hamdi ÖZTÜRK Tandoğan Mah. Zeki Uğur Cad. 154.Sok. 2/10 Sincan/ANKARA	
İlgi: 13/03/2017 tarihli başvurunuz.	
"Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama, Hastaların Doğru tanımlanmasının Önemi, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 27/03/2017 tarihli toplantısında alınan 6/102 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.	
Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.	
EKLER: Karar Örneği (1 sayfa)	Prof.Dr.Sibel A.ÖZKAN Rektör a. Rektör Yardımcısı
— Arifin Hast. Baş. — 11.4.17	
GİZLİ	
Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 06100 - Tandoğan/ANKARA Telefon : 0 (312) 60 40 2101 Faks : 0 (312) 212 60 49	Ayrıntılı Bilgi İçin

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 27/03/2017

Toplantı Sayısı: 6

Karar Sayısı : 102

102-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans öğrencilerinden **Hamdi Öztürk**'ün "Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama, Hastaların Doğru tanımlanmasının Önemi, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili 13/03/2017 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans öğrencilerinden **Hamdi Öztürk**'ün "Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama, Hastaların Doğru tanımlanmasının Önemi, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili Araştırmacının, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNI DİR

27/03/2017


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

**Ek 2. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri
Müdürlüğü İzin Yazısı**

	T.C. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
	Sayı: 20481383-970/1248 - 10386 Konu: Hamdi ÖZTÜRK 12/05/2017
ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNE (Sağlık Yönetim Bölümü) Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hamdi ÖZTÜRK'ün "Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama, Hastaların Doğru Tanımlanmasının Önemi, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği" başlıklı tez çalışmasını 01.06.2017-01.08.2017 tarihleri arasında yapması uygun bulunmuştur. Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.	
Prof.Dr. BÜLENT AKDOĞAN Erişkin Hastanesi Başhekimisi V. 	

Ek 3. Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama Anketi

Değerli Sağlık Personeli,

Bu araştırmanın amacı; hasta kimliğinin doğrulanmamasındaki nedenleri araştırmak, problemin önemini ve boyutunu ortaya koymak ve çözüm önerileri geliştirmektir. Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden bu sürece ilişkin sağlık personelinin görüşlerini belirlemeye yönelik olan bu anketi doldurmanızı isteyeceğiz.

Bu araştırma sonucunda sizlerden elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlar dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır.

Katkılarınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü.

Öğretim Üyesi

e-posta: ErkanAkyurek52@hotmail.com

İş Tel: +90 (312)

Hamdi ÖZTÜRK

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
Erişkin Hastanesi Gece İdaresi
Personeli.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi
Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi.

e-posta: hamdizotr@hotmail.com

İş Tel: +90 (312)

Bölüm 1 – Kişisel Bilgiler

1. Cinsiyetiniz

☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaşınız

☐

3. Medeni Durumunuz

☐ Bekâr ☐ Evli

4. Eğitim Durumunuz

☐ İlköğretim ☐ Önlisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Tıp Fakültesi
☐ Lise ☐ Lisans ☐ Doktora ☐ Tıpta Uzmanlık Eğitimi

5. Meslekte Çalışma Süreniz

☐

6. Bu hastanede Çalışma Süreniz

☐

7. Çalışma Şekliniz.

☐ Gündüz ☐ Vardiya

8. Çalıştığınız Bölüm

- ☐ Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı
- ☐ Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirurji) Anabilim Dalı
- ☐ Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- ☐ Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
- ☐ Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
- ☐ Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
- ☐ Toraks Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
- ☐ Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
- ☐ Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi Anabilim Dalı
- ☐ Üroloji Anabilim Dalı
- ☐ Radyoloji Anabilim Dalı
- ☐ Kan Bankası
- ☐ Laboratuvar
- ☐ Diğer

Bölüm 2 – Hasta Kimlik Bilekliği ve Kimlik Doğrulama

9. Sizce hasta bilekliği ne zaman takılmalıdır? (Lütfen sadece tek bir cevabı işaretleyiniz.)

- ☐ Hasta, yatış işlemleri için hasta kabul bölümüne başvurduğunda
- ☐ Hasta, yatacağı servise ilk geldiğinde
- ☐ Hasta, servise yattığında
- ☐ Hasta, herhangi bir işlem için başka bir servise veya bölüme transfer edilmeden önce
- ☐ Hasta, ameliyata gitmeden önce

10. Sizce aşağıdaki meslek gruplarından hangisi hastanın bilekliğini takmalıdır?

- ☐ Hekim
- ☐ Hemşire
- ☐ Eczacı
- ☐ Diyetisyen
- ☐ Fizyoterapist
- ☐ Teknisyen
- ☐ Sekreter
- ☐ Hasta Kabul Personeli
- ☐ Hasta Hizmetlisi/Posta
- ☐ Garson

11. Sizce aşağıdaki meslek gruplarından hangisi/hangileri kimlik doğrulama yapmalıdır?

- ☐ Hekim
- ☐ Hemşire
- ☐ Eczacı
- ☐ Diyetisyen
- ☐ Fizyoterapist
- ☐ Teknisyen
- ☐ Sekreter
- ☐ Hasta Kabul Personeli
- ☐ Hasta Hizmetlisi/Posta
- ☐ Garson
- ☐ Hepsi

12. Sizce aşağıdakilerden hangisinde/hangilerinde hastanın kimliği doğrulanmalıdır?

- ☐ İlaç vermeden önce
- ☐ Kan almadan önce
- ☐ Kan transfüzyonundan önce
- ☐ Herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce
- ☐ Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce
- ☐ Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi ya da teslim alırken)
- ☐ Hastanın alerjisinin olup olmadığının kontrolünde
- ☐ Yemek verilmeden önce
- ☐ Bebeğin anneye verilmesinden önce
- ☐ Hepsi

Aşağıda hastanemizde hasta kimliğinin doğrulanması (en az 2 bileşen ile – Hasta Adı Soyadı ve Dosya Numarası ya da Hasta Adı Soyadı ve Doğum Tarihi gibi) ile ilgili bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen bu ifadelere katılım derecenizi (X) şeklinde işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
13. Hastalar kimlik bilekliklerini her zaman takarlar.					
14. Hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.					
15. Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır.					
16. Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır.					
17. Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır.					
18. Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır.					
19. Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır.					
20. Hastanın alerjisi olup olmadığının kontrolünde kimlik doğrulaması yapılır. (kırmızı kimlik bilekliği vb. ile)					
21. Hastaya yemek verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.					
22. Bebeğin anneye verilmesinden önce kimlik doğrulaması yapılır.					
23. Hastalar ameliyathaneye gitmeden önce bileklikleri kontrol edilir.					
24. Hastalar ameliyathaneden döndüklerinde bileklikler kollarında bulunur.					
25. Hastaların kimlik bileklikleri bazı durumlar (damar yolu açmak, vb.) için çıkartılır veya kesilir.					
26. Bazı durumlarda (damar yolunun açılması vb.) kimlik bileklikleri hasta bakımını engellediği için bileklik çıkarılır ve işlem yapıldıktan sonra yeni bileklik takılır.					
27. Hasta kimliği her zaman doğrulanır. Doğrulama yapmadan hastaya herhangi bir işlem/girişim yapılmaz.					
28. Çok yoğun bir çalışma temposu olduğundan hasta kimliği doğrulanmadan işlem/girişim yapılabilir.					
29. Hasta kimliğinin doğrulanması sağlık personeli tarafından önemsenir, önemli olduğuna inanılır.					
30. Barkod okuyucu el terminallerinin kullanımı hasta kimliğinin doğrulama oranını artırır.					
31. Hastalar sağlık personeli tarafından tanınır ve bu yüzden kimlik doğrulamaya gerek duyulmaz.					
32. Personel eksikliğinden dolayı hastaların kimlik doğrulaması yapılamıyor.					
33. Hasta sayısının çok olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.					

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
34. Çok uzun çalışma saatlerinin olmasından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.					
35. Aynı anda birden çok iş birden yapıldığından dolayı kimlik doğrulaması yapılamıyor.					
36. Hangi durumlarda hasta kimliğinin kontrol edileceği bilinir.					
37. Hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konularında yeterli eğitim verilir ve sağlık personeline hastane tarafından kimlik doğrulamanın önemi anlatılır ve sık sık hatırlatılır.					
38. Yönetim hasta güvenliği ve kimlik doğrulama konusunu önemser.					
39. Bu hastanede uygun kimlik doğrulama yapılır.					
40. Hastanın kimliğini doğrulamak benim için çok önemlidir.					
41. Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konusunda bilgi sahibiyim.					
42. Her zaman doğru hastayı tanımladığıma emin olurum.					
43. Yanlış hastayı tanımlama ile ilgili hatalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir.					
44. Yanlış hastayı tanımlamanın ciddi bir hata olduğunu düşünüyorum.					
45. Eğer yanlış hastaya yanlış bir işlem yaparsam bunu rapor ederim.					
46. Çalıştığım klinikte yanlış hasta tanımlaması yapılır.					
47. Poliklinik ve klinikler gibi yoğun yerlerde yanlış hasta tanımlaması önlenebilir.					
48. Yaptığım hataların raporlanması beni endişelendirmiyor.					
49. Politika, prosedür ve sistemlerimiz yanlış hasta tanımlamasını önleyici niteliktedir.					

50. Sizce bu hastanede kimlik doğrulama hatasını en çok hangi meslek grubu yapıyor?

- ☐ Hekim
☐ Hemşire
☐ Eczacı
☐ Diyetisyen
☐ Fizyoterapist
☐ Teknisyen
☐ Sekreter
☐ Hasta Kabul Personeli
☐ Hasta Hizmetlisi/Posta
☐ Garson

51. Hasta Güvenliği ve/veya Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama ile ilgili hiç eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

52. Cevabınız evet ise; hangi kurumda eğitim aldınız?

- ☐ Bu hastanede
☐ Başka hastanede
☐ Kongre/Sempozyum/Çalıştayda
☐ Diğer _____

53. Hasta kimliğinin doğrulanmamasından kaynaklı tıbbi bir hata ile karşılaştınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

54. Cevabınız evet ise; hasta kimliğinin doğrulanmamasından kaynaklı hangi tıbbi hata ile karşılaştınız?

- ☐ Yanlış hastaya ilaç verilmesi
☐ Yanlış hastadan kan alınması
☐ Yanlış hastaya kan transfüzyonu yapılması
☐ Yanlış hasta transferi
☐ Yanlış hastaya işlem yapılması
☐ Hastanın alerjisinin fark edilmemesi
☐ Yanlış hastaya yanlış rejim/yemek verilmesi
☐ Yanlış bebeğin yanlış anneye verilmesi
☐ Diğer _____

55. Siz hiç hasta kimliğinin doğrulanmamasından kaynaklı bir hata yaptınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

56. Cevabınız evet ise; bu hatayı bildirdiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

57. Bildirmediyseniz neden bildirmediniz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Tıbbi hataya bağlı olarak hastaya herhangi bir şeyin olması durumunda yönetim tarafından cezalandırılmaktan korktuğum için bildirmedim.
- ☐ Birlikte çalıştığım sağlık personelinden/meslektaşlarımdan çekindiğim için bildirmedim.
- ☐ Yönetimin, hatanın nedenini, sistemden çok bireyde aradığı için bildirmedim.
- ☐ Hasta/Hasta yakınlarının durumu öğrenecek olması ve hasta/hasta yakınları tarafından gelecek olan şiddet/taciz/tehdit/mahkemeye verme vb. durumlarından çekindiğim için bildirmedim.
- ☐ Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olay Bildirim Formlarının dikkate alındığını düşünmediğim için bildirmedim.
- ☐ Diğer _____

58. Sizce hastalar neden kimlik bilekliği takmak istemiyor?

- ☐ Kendilerini rahatsız (etiketlenmiş, damgalanmış gibi) hissediyorlar.
- ☐ Allerjiye neden olabiliyor.
- ☐ Diğer _____

ÖZGEÇMİŞ

I. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı: Hamdi

Soyadı: ÖZTÜRK

Doğum Yeri ve Tarihi: Kocasinan, 21.02.1992

Uyruğu: T.C.

İletişim Adresi ve Telefonu: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu. İş Tel: 0344 300 2829

II. EĞİTİM

Lisans: Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü (2010-2014)

Yüksek Lisans: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı (2016- ...)

III. MESLEKİ DENEYİM

İdari Personel: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi Gece İdaresi (2015-2017)

Öğretim Görevlisi: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı (2017-...)

IV. BİLİMSEL YAYINLAR

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

ÖZTÜRK H, AVAN H, NACAR D (2018). Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Journal of Academic Values Studies*. 19:304-310.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler:

ÖZTÜRK H, AVAN H, NACAR D (2017). Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Kahramanmaraş, (Sözlü Bildiri - Özet Metin)

ÖZTÜRK H, AVAN H, İNAL Ş (2018). Klinik Uygulama Öncesi Hastane Oryantasyon Eğitiminin Değerlendirilmesi. Alanya, (Sözlü Bildiri – Özet Metin)

V. DİĞER BİLGİLER

Katıldığı Kongre ve Bilimsel Toplantılar:

8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 2014, KKTC

10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 2016, Ankara

3. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu, 2017, Kahramanmaraş

4. Uluslararası Sağlık ve Spor Bilimleri Sempozyumu, 2018, Alanya