

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HASTA BAKIM UYGULAMALARINDA MALPRAKTİK
EĞİLİMİ: ADANA ÖRNEĞİ**

Seval BOZKURT CANPOLAT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç.Dr. Serap TORUN**

ADANA-2017

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HASTA BAKIM UYGULAMALARINDA MALPRAKTİS
EĞİLİMİ: ADANA ÖRNEĞİ**

Seval BOZKURT CANPOLAT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç.Dr. Serap TORUN

TYL-2015-5273 kodlu bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir.

ADANA-2017

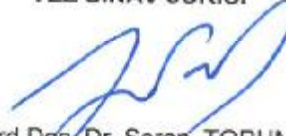
KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan
"Hasta Bakım Uygulamalarında Malpraktis Eğilimi: Adana Örneği"
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 21 / 06 / 2017

TEZ SINAV JÜRİSİ



Yrd.Doç. Dr. Serap TORUN
Çukurova Üniversitesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı
Başkan



Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ
Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı Başkanı

Üye



Yrd.Doç. Dr. Türkan IŞIK ERER
Mersin Üniversitesi Hemşirelik Esasları

Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bilgi ve deneyiminden her zaman yararlandığım, tezin oluşmasında büyük emeği olan saygı değer danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Serap Torun'a teşekkür ediyorum.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilimsel katkılar dışında kızlarım Öykü ve Masal Su varlıklarıyla hayatımı renklendirdiler. Onlardan ayrı kaldığım zamanlarda yardımlarını esirgemeyen annem Müzeyyen Bozkurt'a ve sevgili eşim Tarık Canpolat'a teşekkür ediyorum.

Tezin verilerinin toplanması aşamasında yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Hatice Yapıcı Çiçekdemir'e teşekkür ediyorum.

Son olarak hayatım boyunca her zaman yanımda olan ve desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen ve bugünlere gelmemde büyük desteği olan değerli babam Süleyman Bozkurt'a ve bu tezi kendisine atfediyorum.

Seval BOZKURT CANPOLAT

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Malpraktis (Tıbbi Hata) Nedir?	3
2.2. Bakım Kavramı ve Malpraktis İlişkisi	5
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Malpraktis	6
2.4. Malpraktis Nedenleri	7
2.5. Malpraktis (Tıbbi Hata)’in Sınıflandırılması	8
2.5.1. İlaç Hataları	8
2.5.2. Hastane Enfeksiyonları	12
2.5.3. Düşmeler	13
2.5.4. Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	14
2.5.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar	14
2.6. Hemşirelikte Malpraktis	16
2.7. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği	17
2.8.Tıbbi Hataların Bildirimi ve Bildirim Engelleri	19
2.8.1.Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri ve Önemi	20
3.GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1.Araştırmanın Şekli ve Amacı:	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:	22
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi:	22
3.4.Araştırmanın Değişkenleri	23
3.5. Verilerin Toplanması	23
3.5.1. Veri Toplama Araçları	23

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)	23
3.5.1.2. Malpraktise Eğilim Ölçeği (MEÖ)	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	25
3.8.Araştırmanın Etik Yönü	25
4.BULGULAR	27
5.TARTIŞMA	40
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR	53
EKLER	60
ÖZGEÇMİŞ	68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 2.1. Hemşire Kaynaklı İlaç Uygulama Hatalarına İlişkin Bazı Örnekler	10
Şekil 3.1. Araştırmanın İş Akışı.....	26



ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge No:</u>		<u>Sayfa No:</u>
Çizelge 4.1.	Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	27
Çizelge 4.2.	Sağlık Çalışanlarının Çalışma Durumlarına İlişkin Bulgular	29
Çizelge 4.3.	MEÖ İlişkin Sayısal Değerler.....	30
Çizelge 4.4.	Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özellikleri ile MEÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	32
Çizelge 4.5.	Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özellikleri ile MEÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	34
Çizelge 4.6..	MEÖ'nin "İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon Alt Boyutuna" İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	39
Çizelge 4.7.	MEÖ'nin Hastane Enfeksiyonları Alt Boyutu Puan Ortalamaları.....	36
Çizelge 4.8.	MEÖ'nin Hasta İzlemi Ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutu Puan Ortalamaları.....	37
Çizelge 4.9.	MEÖ'nin Düşmeler Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	38
Çizelge 4.10.	MEÖ'nin İletişim Alt Boyutu Puan Ortalamaları.....	38
Çizelge 4.11.	Sağlık Çalışanlarının MÖE Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	39

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri / United States of America
AÇS/AP	: Ana Çocuk Sağlığı / Mother Child Health
ANA	: Amerikan Hemşireler Derneği / American Nurses Association
ÇÜTF	: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi / Cukurova University Faculty of Medicine
DSÖ/WHO	: Dünya Sağlık Örgütü / World Health Organization
DMK	: Devlet Memurları Kanunu / States Servants Law
H.	: Hastane / Hospital
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği / International Nurses Association
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations
MEÖ	: Malpraktis Eğilim Ölçeği / Malpractice Tendency Scale
NCC MERP	: İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi / Coordination Council for Reporting and Prevention of Drug Errors
TTB	: Türk Tabipler Birliği / Turkish Legislative Union
WMA	: Dünya Tabipler Birliği / World Legislative Union

ÖZET

Hasta Bakım Uygulamalarında Malpraktis Eğilimi: Adana Örneği

Hasta bakımı yapan sağlık çalışanlarının malpraktise eğilimini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini Adana’da faaliyet gösteren üç eğitim-uygulama ve araştırma hastanesinde fiilen hasta bakımında görev alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 560 sağlık çalışanı (hemşire, acil tıp teknisyeni, ebe, sağlık memuru) oluşturmuştur. Çalışmanın etik kurul onayı, kurum ve katılımcı izinleri alınmıştır. Çalışmada Özata ve Altuncan (2010) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği saptanmış olan Malpraktis’e Eğilim Ölçeği (MEÖ) ve araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Veriler 01.09.2015- 01.02.2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. MEÖ alt boyut puanlarını etkileyen parametreleri belirlemede bağımsız gruplarda t testi veya tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,84, ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt ölçeği toplam puan ortalama değeri 87,22±4,23, hastane enfeksiyonları alt ölçeği toplam puan ortalama değeri 57,69±3,43, hasta izlemi ve malzeme güvenliği toplam puan ortalama değeri 42,71±3,24, düşmeler alt ölçeği toplam puan ortalama değeri 23,99±1,78, iletişim alt ölçeği toplam puan ortalama değeri 24,36±1,38 ve toplam ölçeğin ortalama değeri 235,97±14,06 olarak bulunmuştur. MEÖ alt boyut puanlarını sağlık çalışanlarının en çok etkileyen özelliklerinin belirleyen Lineer regresyon değerinin $R^2=0,074$ - $R^2 =0,022$ aralığında değiştiğini ve katılımcıların tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Meslekteki çalışma süresi 1-10 yıl olan sağlık çalışanlarının “Hastane enfeksiyonları, Hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve Düşmeler” alt boyut puanları daha düşük bulunmuştur. 40 ve üzeri yaş katılımcıların tüm alt boyut puanı diğer yaş gruplarındaki sağlık personeline göre daha yüksek, hata yapma eğilimleri daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç sağlık çalışanlarının yaşı ile birlikte çalışma yılı arttıkça yani meslekte deneyim kazanıldıkça, mesleki bilgi ve becerileri artacağı için daha az tıbbi hata yapıldığı düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: malpraktis eğilimi, hasta bakımı, hasta güvenliği, sağlık çalışanı, tıbbi hata.

ABSTRACT

Malpractice Tendency in Patient Care Practices: Example of Adana

A sample of the study conducted as a descriptive study to determine the malpractice tendency of the health care workers who are caring for the patient was conducted in three training-practice and research hospitals operating in Adana and 560 health care workers (nurse, emergency medical technician, midwife, health officer). Ethics committee approval and institutional permissions were obtained for study. In the study, the Personal Information Form developed by the researcher and the Tendency Scale for Malpractice, whose validity and reliability were determined by Özata and Altunkan (2010), were used. The data were collected between 01.09.2015 and 01.02.2016. SPSS 20.0 package program was used for statistical analysis of the data. Categorical measurements are summarized as number and percentage, as mean and standard deviation, in digital measurements. Categorical measurements are summarized as number and percentage, and Numerical measurements are summarized as mean and standard deviation. T test or one way analysis of variance was used in the independent groups determining the parameters affecting the "Malpractice Tendency Scale" subscale scores. The statistical significance level was taken as 0.05 in all tests.

Cronbach alpha internal consistency coefficient of the scale was 0.84, median and transfusion application subscale total score was 87.22 ± 4.23 , hospital infection subscale total score was 57.69 ± 3.43 , patient follow-up and material safety total Mean score 42.71 ± 3.24 , total score of descending subscale total score 23.99 ± 1.78 , total score of communication subscale total score 24.36 ± 1.38 and mean total score $235.97 \pm 14,06$ were found. It was determined that the linear regression value which determines the most subordinate characteristics of the subscale scores of the health care workers is $R^2 = 0,074 - R^2 = 0,022$. The participants' tendency to make a medical mistake was found to be low.

"Hospital infections, patient follow-up and material safety and falls" subscale scores of the health care workers whose study period was 1-10 years were found to be lower. 40 and above all subscale scores of age participants were higher than those of other age groups and their tendency to make mistakes was found to be lower. This result suggests that as the number of years of health workers increases with years of work, ie, as experience gained in the profession, fewer medical errors are made to increase professional knowledge and skills.

Key Words: tendency of malpractice, patient care, patient safety, health worker, medical error.

1. GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunumu ve hasta bakımı, özen gerektiren uygulamaları içermektedir. Bakım sırasında hasta güvenliğinin sağlanması öncelikli olmasına rağmen ölüm, yaralanma, sakatlık ve tedavinin gecikmesi gibi durumlara neden olan hatalar yaşanabilmektedir (1). Hastalara sağlık hizmeti verilirken tıbbi müdahalenin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması tıbbi hata olarak tanımlanır (2). Tıbbi hatalar; yanlış işlemi yapmak, doğru işlemi yapmamak (ihmal) ve doğru işlemi yanlış yapmaktan dolayı meydana gelebilir. Bu hatalar; hastanelerde, polikliniklerde, hekim muayenehanelerinde, eczanelerde, bakım evlerinde, hastanın evinde özetle hasta ve sağlık hizmetinin olduğu her yerde ortaya çıkabilir (2,3).

Hasta bakımı hemşirelerin en temel görevidir (4). Hemşireler, hastaya yönelik ilgi, özen, dikkat, koruma, sağlığını geliştirme, iyiliğini sürdürme amacına yönelik, zihinsel, fiziksel, duygusal, kişilerarası ve sosyal bir eylem ortaya koydukları için diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok malpraktis riski yaşamaktadırlar (5-7). Can kaybına yol açabilen tıbbi hataların en aza indirilmesi için hata kaynağının bilinmesi gerekmektedir (8,9). Hasta bakımında görev alan sağlık çalışanları birçok hata kaynağının önceden belirlenmesi nedeniyle yasal olarak suçlu pozisyona düşebilir (10). Hatalar; düzenli hasta takibi yapmamak, hastada ki değişiklikleri doktora bildirmemek, hekim istemini yanlış yorumlamak gibi iletişim ve algılama sorunları nedeniyle olabilir (11). Bunlara ek olarak ilaç tedavisi/kan transfüzyonunu yanlış uygulamak, ameliyat anında hastada yabancı cisim unutmak, hatalı malzeme kullanmakta sayılabilir. Ayrıca hastane enfeksiyonları, hasta düşmeleri ve yatak yaraları gibi malpraktis sayılan durumlar nedeniyle yasal olarak suçlu pozisyona düşebilirler (10,11).

Günümüzde hatalı tıbbi uygulamalar hukuki boyutuyla da gündemi meşgul etmektedir. Tıbbi hata sonrası bir ileri aşama olan mahkeme süreci hem mağduru hem de sağlık çalışanını daha da yıpratmaktadır. Bu açıdan bakıldığında hasta güvenliğinin sağlanması aslında çalışan güvenliğinin de sağlanması anlamına gelmektedir. Malpraktisin oluşmasını engellemek, sorunu ortadan kaldırmanın ana çözümüdür.

Bu çalışmanın araştırmanın yapıldığı hastanelerde hasta bakımı veren sağlık çalışanlarının tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin olup olmadığının saptanması ve sonuçlara göre hasta güvenliği konusunda gerekli önlemlerinin alınmasına katkı

sağlayabileceği düşünölmektedir. Adana'da daha önce sağlık çalışanlarının, malpraktis eğilimlerine yönelik bir çalışma yapılmamış olması nedeniyle özđün bir çalışmadır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Malpraktis (Tıbbi Hata) Nedir?

Dünyada 20.yy'ın ikinci yarısından itibaren çok kullanılan bir kelime haline gelen malpraktis ilk kez 1671 yılında kayıt edilmiştir (12). “Mal” ve “practise” kelimelerinden oluşur. “Mal” Fransızca kökenli olup kötü yanlış haksız anlamlarına gelmektedir. “Practise” ise Yunanca kökenli “praktikē” kelimesinden gelmekte olup 1375-1425 yılları arasında İngilizce ve Fransızca kullanımı yaygınlaşmıştır. Malpraktisin kelime anlamı mesleki görevin ihmal edilmesi, bilgi ve/veya beceri eksikliği nedenleri ile bakım verilen kişide yaralanma, kayıp veya hasar ile sonuçlanan durumdur (12). Hata kelimesi Türkçe’de yanlış, yanlışlık ya da yanılı anlamında kullanılmakta olup istemeyerek ve bilmeden yapılan kusuru tanımlanmaktadır (13,14).

“Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO)” malpraktisi “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” olarak tanımlamıştır (15). “Dünya Tabipler Birliği(WMA)” hekimin tıbbi müdahalesi esnasında “standart güncel uygulamayı yapmaması”, “beceri eksikliği” ya da “hastayı ihmal ederek tedavi etmemesi” ile oluşan zararı malpraktis olarak değerlendirmektedir. Türkçe’de malpraktis “sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar” ya da “tıbbi uygulama hatası” olarak kullanılmakla birlikte tam karşılığı bulunamamıştır. “Türk Tabipler Birliği (TTB)”nin “tıbbi uygulama hataları” anlamlarını kapsayacak uygun bir karşılığı bulma çabası devam etmektedir (16).

“Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri” nin 13. maddesinde “hekimliğin kötü uygulaması; bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi” olarak tarif edilmiştir. “Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı (2011)” nın 3. maddesinde “Tıbbi Kötü Uygulama” kavramı; “sağlık personelinin, kasıt, kusur ya da ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi/beceri eksikliği nedeniyle yanlış ve/veya eksik teşhiste bulunması, yanlış tedavi uygulaması, hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum” olarak tanımlamıştır. Tüm sağlık çalışanlarının yaptıkları tıbbi hataların bu kanun kapsamında ele alınması düşünülmüştür (17).

Tıbbi hataların ortaya çıkışında kasıt ya da ihmal durumu hukuki açıdan önemlidir. Kurallara aykırı olduğunu bilerek bilinçli bir şekilde isteyerek hareket etmek ve istenmeyen bir sonucun doğmasına neden olmak kasıttır. İhmal ise özensiz ve yetersiz önlem almaktır. Kasıt olmadan oluşan hata ise ihmaldir (1). Yapılması gereken işi belirlenmiş standartlara göre yapmamak (ihmal) veya yapılmaması gerekeni yapmak (dikkatsizlik) olarak ortaya çıkabilir (14). İhmal sonucu ortaya çıkan malpraktiste sağlık çalışanı tarafından verilen hizmet mesleki kabul edilebilirlik düzeyinin altındadır. Malpraktis' in oluşması için ilişki kurulmuş ve hukuka aykırı olması, zararın oluşması, kusurun varlığı, nedensellik bağının bulunması gibi hukuksal şartlar gereklidir (18).

Gelişmiş ülkelerde tıbbi hata üzerine yapılan tartışmalar genel olarak hatanın önlenmesi üzerinedir. Yetersiz yasal düzenlemelerin olduğu ve tıbbi standartlar tam olarak belirlenmemiş olan ülkelerde tıbbi hata ve komplikasyon ayrımı tartışılmaktadır (19).

Hukuki açıdan malpraktis bağlamında sağlık çalışanlarından güncel standart uygulamayı yapmaları beklenmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi hatalar genel olarak, uygulama ve planlama hataları olarak gerçekleşmektedir. Uygulama hataları planlanan tedavinin planlandığı şekilde yürütülmemesi sonucu amacına ulaşamaması; planlama hataları amaca ulaşmak için yanlış planlama yapılması sonucu meydana gelmektedir (20). Malpraktiste, hastada zarar gelişmesi beklenmektedir. Oysa tıbbi hataların bir kısmında zarar oluşmadığı için saptanamamaktadır. Günümüz tıp dünyasında malpraktise bağlı olarak her yıl dünya genelinde çok sayıda ölüm ve yaralanma meydana gelmekte, tedavide gecikmeler yaşanmakta ve bakım kalitesinde düşme gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (21). Tıbbi uygulama hataları, sağlık hizmeti sunan ve hastaya müdahale yetkisi olan sağlık profesyonellerinin öneri ve/veya uygulamaları sonucunda, hastalığın normal seyrini etkileyerek iyileşmenin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar değişen koşulların tamamını içermektedir (22). Malpraktis sonucu en sık hastanede kalış süresi uzamakta, mortalite ve morbidite artmaktadır. Bu bağlamda tıbbi hatalar, sistemin kalitesinin göstergesi olma niteliğini de taşımaktadır (23). Tıbbi hatalar aynı zamanda sağlık profesyonellerinde moral ve motivasyon kaybına neden olmaktadır. Malpraktise maruz kalan hastalarda sağlık çalışanlarına karşı güvensizlik oluşmaktadır. Toplumda ise sağlık sisteminden memnuniyetsizlik ortaya çıkmaktadır (24).

2.2. Bakım Kavramı ve Malpraktis İlişkisi

Bakım; birinin bir başkasına yönelik ilgisi, özeni, dikkati, koruması, geliştirmesi, iyiliğini sürdürmesine yönelik zihinsel, fiziksel, duygusal, kişilerarası ve sosyal bir eylem olarak tanımlanmaktadır (5). Bakım sırasında ölüm, yaralanma, sakatlık (1) veya tedavi süresinin uzaması gibi durumlara neden olan hatalar yeterince özen ve dikkat gösterilmemesi sonucunda yaşanabilmektedir (25).

Yoğun iş yüküne sahip olan hemşireler, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörle karşı karşıya gelirler. Aşırı iş yükü, hastaların sıkıntıları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakım ya da terminal dönemdeki hastalarla çalışma ve özellikle vardiya sistemi ile çalışma gibi nedenler çalışma koşullarını zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla sayılan bu zor koşullarda çalışma, hemşirelik girişimleri sırasında hata yapma oranını arttırabilmektedir (26).

Hemşirelik sürecindeki basamaklar tam uygulandığında hata yapma oranını azaltıcı rol oynamaktadır. Birey ve hastalığı hakkında bilgi toplama, hastaya ait bilgilerin analizi, yorumlanması, hastanın sorununun türü ile öneminin saptanması ve sorunu çözümlenici uygun girişimlerin doğru planlanıp uygulanması sonrası değerlendirilmesi, gereken dikkat ve özeni sağlama açısından yol göstericidir (27). Ancak hemşirelerin yalnızca hasta bakımıyla sorumlu tutulmamaları ya da bakım verirken bağımlı ve bağımsız fonksiyonları arasında ikilemde kalmaları ve rollerini yeterince gerçekleştirememelerine neden olmaktadır (7). Hemşirelerin daha uzun süre hastayla beraber vakit geçirmelerinden kaynaklanan sorunlar nedeniyle diğer mesleklerden daha fazla malpraktis riski ile karşılaşmaktadırlar (6,7).

Hemşirelikte tıbbi hatalar; yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim sorunları, zamansızlık, yanlış karar, iletişim kusurlarına bağlı insan kaynaklı nedenlerle gelişebildiği gibi işyeri yapısı, takip edilen politikalar, idari yapı, personelin yanlış dağılımı, sorunlara çözüm konusunda yetersizlik, otomasyon ve teçhizat sorunları gibi kurumsal kaynaklı nedenlerle de olabilmektedir (25). Hemşireleri yasalarla karşı karşıya getiren durumlar; “hasta takibinin düzenli yapılmaması, ilaç uygulama ve reaksiyonlarının uygun izlenmemesi, hastaya zarar verecek durumların takibinin yetersiz olması, ameliyatta yabancı cisim unutulması, doktor istemlerinin yanlış yorumlanması, zamanında doktora haber verilmemesi, uygun olmayan ya da yanlış malzeme kullanılması, hastane enfeksiyonları, iletişim eksikliği, hasta düşmeleri, yatak

yaraları ve hatalı kan transfüzyonu” olarak sayılabilmektedir (10,11). Can kaybına yol açabilen tıbbi hataların en aza indirilmesi için hemşirelerin tıbbi hataların kaynaklarını bilmesi ve önlemler alması gerekmektedir (8,9).

2.3. Dünyada ve Türkiye’de Malpraktis

Hakeri’ ye göre; 2013 yılında hasta ölümü nedeni ile adli tıbbı intikal eden 1060 dosya bulunmaktadır. Adli tıp verilerine göre, 1060 dosyada 100 hekim hakkında kusur kararı çıkmıştır. Bu durum Türkiye’de hakkında malpraktis davası açılan 1000 hekimin sadece 100’ünün kusurlu olduğu anlamına gelmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri ölüm nedeni ile hekimlerin suçlanmasına karşın, olayın aslında bir organizasyon kusuru olmasıdır (28).

Dünya genelinde 1990’lara kadar malpraktise dair net sayısal bir değerlendirme bulunmamakta, günümüzde ise malpraktise maruz kalmış hasta oranları bilinmektedir (6). Bu durumun nedeni insanların kaliteli ve güvenli hizmet alma talebidir. İkincil nedeni ise hukuk alanında görev yapan bazı meslek gruplarının malpraktisin maddi boyutuna ilgi duymalarıdır.

De Vries’e göre (2008); hastanede yatan her 100 hastadan 10’u tıbbi hatalar nedeni ile zarar görmekte 10 hastadan birinde istenmeyen olay meydana gelmektedir. Bu durumların %61’inin insan faktörü ile önlenilebileceği bildirilmektedir (29).

Cenevre’de (2007) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün düzenlediği konferansta, dünyada yılda tahmini 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle sakatlanmakta veya ölmekte olduğu vurgulanmıştır. Aynı konferansta hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması önerilmiştir. Bu öneriye istinaden dünya genelinde hastaların güvenli bakım almaları için çalışmalar artmış olmasına karşın tıbbi hatada beklenen oranda azalma olmamıştır (30).

Hasta güvenliği, hemşirelik bakımında önemli bir unsurdur. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hasta güvenliğini sağlamada kalifiye hemşirelerin istihdam edilmesi, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonun önlenmesi, güvenli ilaç kullanımı, cihaz kalibrasyonu ve güvenliği, güvenli bakım ortamının oluşturulmasının gerekliliğini belirtmiştir. ICN çevre güvenliği açısından, riskli alanlarda kapsamlı önlemlerin alınması, hasta güvenliğine odaklanmış bilimsel bilginin ve altyapının oluşturulmasının gerekliliğini savunmaktadır (31). Karaca ve Arslan (2013) tıbbi

hataların önlenmesinde yüksek riskli ve hataya neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve etkin bir hata bildirim sisteminin kurulması, çalıştıkları bölümün özelliğine göre sağlık çalışanlarına hatalar konusunda eğitim verilmesi, hasta güvenliğine ilişkin kurumun kaynak ayırması, yöneticilerin bölümlerde hasta güvenliği kontrolü yapması üzerinde durmuştur (32).

2.4. Malpraktis Nedenleri

Son yıllarda malpraktis üzerinde araştırma yapılan konuların başında gelmektedir. Çünkü malpraktise bağlı her yıl dünya genelinde çok sayıda ölüm ve yaralanma, tedavide gecikme ve bakım kalitesinde düşme gibi sonuçlarla karşı karşıya kalınmaktadır (21).

Tıbbi hataların insan, kurumsal ve teknik kaynaklı üç ana nedeni bulunmaktadır: İnsan kaynaklı hatalara; yetersiz eğitim, yorgunluk, özensiz davranma (13), önlem almama, yetersiz iletişim, dikkat etmeme, yetersiz zaman, yanlış karar, muhakeme kusuru ve tartışmacı kişilik olarak sıralanabilir (3,33). İlaç hataları, cerrahi hatalar ve tanılama hataları insan kaynaklı hata türleri olarak sınıflandırılmaktadır (34). İnsan kaynaklı hatalarda “ihmale bağlı (doğruyu yapmama), işe bağlı (yanlış işlem yapma) ve uygulamaya bağlı hatalarla (doğru işlemi yanlış uygulama)” sık karşılaşılmaktadır (13,32). Kurum kaynaklı hatalar; işyerinin fiziki yapısı, idari yapısı, uygulanan politikalar, personelin yanlış dağıtımı, sorun çözümede yetersizlik olarak sıralanabilir. Teknik kaynaklı hatalar ise cihaz ve otomasyon yetersizliği ya da yokluğundan oluşmaktadır (35,36).

Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), hemşirelerin çok sayıda hastaya uygun olmayan çalışma ortamlarında bakmak zorunda kalmaları nedeniyle yaşadıkları stres ve yorgunluğun malpraktis oranını arttıracaklarını belirtmektedir (37). Hataların çoğu bilgisizlik/ deneyimsizlik ve güncel gelişmeleri takip etmemekten ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarının bilimsel geçerliliğini yitirmiş uygulamaları kullanmaları ve bilgilerini güncellemeleri hata yapma olasılığını arttırmaktadır (17).

Sağlık kurumlarında nöbet ya da vardiya sistemli mesaiye yönelik yapılan araştırmalar, bu sistemlerde hizmet sunumu sırasında çalışanlarda fizyolojik, psikolojik sorunlar ortaya çıktığını göstermiştir. Bu sorunlara ek olarak hasta güvenliğini tehdit eden olumsuzluklar yaşanmakta ve bireylerin sosyal yaşamları da etkilenmektedir (38).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları ağır iş yükü hata oluşumunda önemli bir etkidir. Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden hata kaynaklarının bilinmesiyle zaman, işgücü, organ ve can kaybına yol açabilen tıbbi hatalar önlenilmekte ya da azaltılabilmektedir (9).

2.5. Malpraktis (Tıbbi Hata)'in Sınıflandırılması

Hemşirelik bakım uygulamalarında ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz hasta izlemi, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hatalarla sık karşılaşılmaktadır (39,40).

2.5.1. İlaç Hataları

Sağlık alanında çok sayıda mesleki disiplinin sorumluluk alanı içinde yer alan ilaçla tedavi, üretimden uygulama sonrasına kadar olan bir süreci kapsamaktadır. Bu süreç hasta-hekim-hemşire ya da uygulayıcı üçlüsü açısından; hastanın muayenesini takiben hekim tarafından uygun görülen ilacın istem verilmesi ile başlayıp; ilacın hemşire, hekim, hasta ya da yakınları tarafından uygulanması, kayıt edilmesi ve hastada beklenen doğru etkinin ortaya çıkması ile tamamlanmaktadır (41).

İlaç hataları morbidite ve mortaliteyi arttırmasının yanı sıra, tedavi maliyetlerini de arttırdığı için bütün dünyada önemli bir sağlık sorunudur (42). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP)'ne göre ilaç hatası; "sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenilebilir bir olay" dır (43).

İlaç kaynaklı malpraktiste üretim kaynaklı hatalar kapsamlı bir inceleme sonucu ortaya çıkarılabilmektedir. İlaçların üretimi birçok değişken içermesi ve farklı nitelikte üretim elemanlarının bulunmasına bağlı olarak karmaşık bir süreçtir (42). Bu süreçte, hataları ortadan kaldırıcı düzenlemeler yapılmadığında, üretim kaynaklı ölümcül hatalar ortaya çıkabilmektedir. Bunun sonucu olarak ilaç sektörüne karşı güvensizlik oluşmaktadır. Üretim hatalarından kaynaklı tıbbi malpraktis kapsamında uygulayıcı açısından doğrudan sorumluluktan söz etmek pek olanaklı değildir (44).

Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen, çoğu zaman doğrudan uygulayan kişiye ait olup, en yaygın hata tipi olan ilaç hataları; ilacın dozunda-veriliş şeklinde-veriliş

yolunda yanlışlıklar, verilen ilacın başka ilaçlarla etkileşimi, alerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek alerji yapan ilacın verilmesi gibi hataları içermektedir (33,44).

İlaç seçimi ve reçete edilmesi sırasında hekim, eczacı ya da hemşire kaynaklı olarak uygun olmayan ilaç seçimi, sorgulanmamış alerji öyküsü, yanlış ilaç dozu (özellikle çocuk hastalar), yanlış yoldan ilacın verilmesi, ilaç/ilaç-ilaç/besin etkileşimi, yanlış tedavi süresi, uygun olmayan sıklıkta ilaç verilmesi, okunamayan reçete ya da kayıt yapmama şeklinde hatalar sıralanabilir. Alınacak tedbirlerle bu hataların çoğu engellenebilmektedir (45).

Hemşirelik uygulamalarında hata açısından en yüksek risk oluşturan alan ilaç uygulamalarıdır. İlaçla tedavi her ne kadar multidisipliner bir süreçte olsa son noktada hemşireler yer almakta ve hata durumunda ilk sorumlu tutulan olmaktadır (46). Bu nedenle ilaç uygulaması yapan hemşirenin; ilacın farmakolojik özelliklerini bilmesinin yanında sorun oluşmasını engellemeye yönelik önlemlerle sorun oluştuğunda yapılacak girişimler hakkında karar verebilecek düzeyde ve yaptıklarının sorumluluğunu üstlenebilecek statüde olmalıdır. Hemşirelerin ilaçların uygulamasına ilişkin rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi ile ilaç hatası olasılığı azalacaktır (17).

İlaç hatalarının ortaya çıkışında yetersiz bilgi-iletişim-zaman üçlüsünden biri ya da birkaçının etken olduğu bildirilmektedir. Bu etkenlere ek olarak gece ya da sabahın erken saatlerinde çalışmak, tecrübesiz personelle çalışmak, iş yükündeki artış ve personelin yorgun olması hata oluşumuna yol açan faktörlerdendir (44). Özata(2010) tıbbi hata nedenlerine ilişkin sağlık çalışanlarının görüşlerini aldığı çalışmasında; hemşirelere göre malpraktise yol açan nedenler; fazla iş yükü, az sayıda çalışan hemşire, hemşirelerden görevleri dışında işleri yapmalarının istenmesi, stres ve yorgunluk olarak sıralanmıştır (1).

Hemşirelerden kaynaklanan başlıca ilaç hata tipleri; işlem hataları, doz hataları, veriliş yolu hataları, yanlış ilaç uygulama ve ilaç uygulamama, hatalı kayıt şeklinde gruplanmaktadır (47-50).

Milch ve arkadaşları 2006'da tıbbi hata ve yan etkilere ilişkin raporları inceledikleri çalışmada, raporlanan tıbbi hataların %33'ünün ilaç hatası olduğu ve bu hataların bildiriminin hemşirelerce yapıldığı saptanmıştır (51). Courtenay ve Griffiths (2010)'e göre hastanede tedavi gören hastalarda ilaç kaynaklı hata nedeniyle kalıcı sakatlık ve ölüm % 4-16.6 oranında görülmektedir (52).

Hemşirelerin ilaç hazırlama ve uygulama sırasında hata yapmalarının ve dava edilmelerinin en yaygın nedeni olarak temel kurallara uymamaları gösterilmektedir (26,50). Wright (2010) ilaç hatalarına ilişkin 33 araştırmayı incelediği çalışmada, ilaçların hazırlanma ve uygulanma aşamalarında çok daha dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (53). İlaç uygulama hataları arasında ilacı yanlış dozda uygulamak (%36.1) ve yanlış ilacı uygulamak (%26.4) en sık yapılan hatalardır (7). İlaç uygulamaları sırasında oluşan hataların ortaya çıkmasında etkili faktörler; hastaya vermek üzere ilaçların hazırlandığı zaman zarfında başka işlerle de ilgilenmek zorunda olmak, bilgi-beceri-zaman eksikliği, doğrulama sistemini uygulamama ve ekip üyeleri arasında yetersiz iletişim olarak sayılabilir (50,54).

Mayo ve Duncan'ın 2004 yılında yaptıkları çalışmada hemşireler yasal olmayan-sözel istemle ilaç uygulamak, ilacın okunmuş ve görünüş benzerliği nedeniyle yanlış ilaç vermek, ilaç doz hataları, ilaç kutusu ve paketi üzerindeki bilgilere dikkat etmemek ve ilaç uygulamasını unutmak gibi ilaç hataları yaptıklarını belirtmişlerdir (55).

Uzun ve arkadaşları (2008) hemşire kaynaklı yanlışları aşağıdaki gibi özetlemiştir:

YANLIŞLAR	ÖRNEKLER
Yanlış ilaç verilmesi	Hastaya siprofloksasin yerine siprolam verilmesi
İlacın yanlış dozda verilmesi	Morfinin sulandırılmadan verilmesi sonucu yüksek dozda uygulanması
İlacın yanlış yolla verilmesi	İntramüsküler verilmesi gereken benzatin penisilinin intravenöz verilmesi
İlacın yanlış zamanda verilmesi	Yemekten sonra verilmesi gereken aspirinin birey aç iken verilmesi
İlacın yanlış hızla verilmesi	İntravenöz metoprololün yavaş infüzyonla verilmesi gerekirken bolus verilmesi
İlacın yanlış hastaya verilmesi	Yoğun bakımda kan basıncını yükseltici adrenalinin hipotansif hasta yerine hipertansif hastaya verilmesi
İlacın hiç verilmemesi	Unutulması
Uygulanan ilacın kayıt edilmemesi	
Uygulanan ilacın etkisinin gözlenmemesi	

Şekil 2.1.Hemşire Kaynaklı “İlaç Uygulama Hataları”na İlişkin Bazı Örnekler (41)

Hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını önlemek için dikkat edecekleri noktalar ve alınması gereken önlemler aşağıda sıralanmıştır:

- § Intravenöz sıvılarla, narkotik analjezikler gibi yüksek risk grubu ilaçlara özel prosedürler uygulanmalıdır.
- § Hata yapılmış ise kayıt edilmelidir. Hata yapanın ya da hatayı bildirenin ceza kaygısı olmadan iletebileceği bildirim sistemi kurulmalıdır.
- § İlaç istemleri yazılı ya da elektronik ortamda alınmalıdır.
- § İlaç miktarlarında standart birim ve ifadeler kullanılmalıdır.
- § Çalışılan kliniğe özgü ilaçlar içeriğinden yan etkilerine kadar iyi bilinmelidir.
- § Hemşireler ilaç dozu hesaplama konusunda beceri sahibi olmalıdır.
- § Hasta ilaç ve uygulaması konusunda bilgilendirilmelidir. Kendisi uygulayacaksa eğitilmelidir. Hastaya ilaçların verilme nedenleri ile bekleniyor ise olası yan etkileri açıklanmalıdır.
- § İlaç reçetesinde ve istemde, ilaca yönelik tüm direktifler tam olarak yazılmalıdır. (ilaç adı, dozu, türü, günde kaç kez verileceği, yolu belirtilmelidir.)
- § İlaç isteminin doğru okunduğundan ve alındığından emin olunmalıdır.
- § İlaç uygulama hatalarına yönelik akademik yazın takip edilmelidir.
 - Hastanın alerjisi olduğu ilaçlar sorgulanmalı, durumunu kötüye götürecek ilaçların kullanımını önlenmelidir (Böbrek fonksiyonu iyi olmayan hastaya nefro toksik etisi olan ilacı vermek gibi).
 - İlaçlar tedavi saatinde hazırlanmalı ve bekletilmeden uygulanmalıdır.
 - Uygun ortamlarda saklanmalıdır. Isı ve ışık ilaca uygun olmalıdır.
 - İlaçlara sağlık çalışanı dışında erişimi engelleyici önlemler alınmalı, korumalı kapak ve raf sistemi kullanılmalıdır.
 - 8 doğru ilkeye dikkat edilmelidir. Bu doğrulama olarak hasta, ilaç, etki, doz, yol, ilaç formu, zaman, kayıttan oluşmaktadır (41).

İlaç uygulamalarında hataları önlemek için yukarıda sayılan noktalara ek olarak sistemsel bir takım düzenlemeler de hata olasılığını azaltacaktır. Sağlık kuruluşlarında nitelik ve nicelik açısından yeterli sağlık çalışanı istihdam edilmelidir. Sağlık çalışanlarının rol ve sorumlulukları tanımlanmalı ve gerekli yasal düzenlemeler

yapılmalıdır. İlaç uygulamalarına ilişkin sürekli eğitim, bilişim teknolojilerinin kullanılması, kayıt sistemlerinin geliştirilmesi, fiziksel altyapı yetersizliklerinin giderilmesi gereklidir. Hasta güvenliğinin sağlanması ve hata olasılığının giderilmesi için ekip anlayışının benimsenmesi, etkili iletişim, kalite güvenliği ve bakım standartlarının geliştirilmesi, tedavi protokollerinin oluşturulması, bireyin/toplumun bilinçlendirilmesi ve sorumluluk almasının sağlanması gerektiği belirtilmektedir (57).

2.5.2. Hastane Enfeksiyonları

Hastane enfeksiyonları, hasta hastaneye kabul edildikten 48 ila 72 saat sonra gelişen veya hastanın taburculuğunu takiben 10 gün içinde ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır (58).

Hastane enfeksiyonları hastanın mevcut hastalığından daha ciddi hastalıklara hatta ölümlere neden olabilmektedir. Hastane enfeksiyonlarının kontrol altına alınması enfeksiyon zincirinin kırılmasına bağlıdır (3). Enfeksiyon kaynaklarının başında sağlık hizmeti sunanlar gelmektedir. Sağlık çalışanları içerisinde de hasta ile sürekli temasta bulunan ve bakımdan sorumlu olan hemşireler enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde etkin bir rol üstlenmektedir (59). Hastane enfeksiyonlarına neden olan etkenlerden bazıları; hastane odalarında fazla hasta olması, hastane içinde aşırı hareketlilik, ciddi ve karmaşık tıbbi müdahalelerin yapılmasıdır (60). Özçetin ve arkadaşları (2009)'nın hastane enfeksiyonlarına yönelik çalışmada hemşire başına düşen hasta sayısının artması ile hastanede yatış süresinin uzadığını ve hastane enfeksiyonları sıklığının arttığı saptanmıştır (59).

Tanı ve tedavi amacıyla yapılan invaziv girişimler ve operasyonlar ile insan yaşamını uzatmakta veya yaşam kalitesini arttırmaktadır. Yarar sağlamak amacıyla yapılan bu girişimler esnasında bulaşan mikroorganizmalar nedeniyle gelişen enfeksiyonlar yaşamı tehdit edici olabilmektedir (61). Hastane enfeksiyonlarının diğer bir kaynağı kontamine alet ve tıbbi cihazların kullanılmasıdır. Küçük ve arkadaşlarının (2013) hemşirelerin yaptıkları tıbbi hatalar ve nedenlerine yönelik çalışmasında hemşireler tarafından yapılan en yaygın tıbbi hatanın nozokomial enfeksiyonlar olduğu saptanmıştır (62). Hasta bakımında kullanılan alet ve tıbbi malzemede bulunan mikroorganizmaların etkisizleştirilmesi ya da ortadan kaldırılması için uygulanacak dezenfeksiyon/ sterilizasyon da enfeksiyon kontrolünde çok önemli bir yer tutmaktadır

(63). Sağlık hizmeti sunulan kuruluşlarda enfeksiyonun önlenmesi ya da kontrol altına alınması için gerektiğinde izolasyon önlemleri de alınmalıdır. İzolasyonu gereken hasta ayrı ve tek yataklı bir odaya alınmalı, belirlenmiş bir hemşire tarafından bakım verilmeli ve hasta ile ya da bulunduğu ortam ile teması olan sağlık çalışanları uygun korunma önlemlerini (eldiven, önlük, maske vb.) almalıdır (60). Hastane enfeksiyonunun önlenmesi için; genel olarak enfeksiyon kontrol önlemleri alınmalı, konuya ilişkin hizmet içi eğitim yapılmalıdır. Genel önlemlere ek olarak ortaya çıktığında bulaşıcı hastalıklara uygun önlemler hayata geçirilmelidir. Kan/kan ürünleri ve vücut sıvılarıyla bulaşmış atıklar, kullanılmış kesici ve delici aletler uygun şekilde toplanmalı ve yok edilmelidir(6).

Sağlık kuruluşlarında hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre hasta ile daha çok temas etmeleri nedeniyle hastane enfeksiyonları ile daha sık karşılaşmaktadırlar (64). Hastane enfeksiyonlarının yayılımında kendilerinde bulunan hastalığı portör olarak bulaştırmalarının yanı sıra vektör olarak mekanik taşınmada da rol oynayabilirler. Bu nedenle hemşirelere enfeksiyon konusunda hizmet içi eğitim programları sık tekrarlanmalı ve sağlık taramaları yapılmalıdır (64).

2.5.3. Düşmeler

Yetişkin hastalarda düşme vakalarının çoğunun fizyolojik nedenlere bağlı olduğu belirlenmiştir (26). Vücut aktivitelerinde değişimler, tedavi süreci ve ilaç kullanımı gibi uyanıklık durumunu ya da dengeyi etkileyen hastalıklar, yabancı hastane ortamı düşme riskini arttırmaktadır. Yaşlılarda daha çok demans, görme, işitme kaybı, kas kuvveti ve reflekslerde azalma gibi fiziksel ve mental yetersizliklere bağlı olarak düşmeler gelişmektedir (39). Hemşirelerin sık dava edilmesine neden olan durumların başında gelen düşmeler ABD’de 65 yaş ve üzeri ölümcül olmayan yaralanmaların %30’unu oluşturmaktadır (65,66).

Hastaya ilişkin yeterli öykü alma, veri toplama ve düşme riskini belirleme hastayı düşmelere karşı koruma açısından önemlidir. Düşmeye neden olan risk faktörlerine ilişkin bilgilerin, hemşirelik uygulamalarıyla birleştirilmesi başarılı sonuçlar alınmasını sağlamaktadır (67). Özata ve Altuncan (2010) düşmelerin önlenmesi için her hasta için risk değerlendirilmesinin yapılmasını, hasta ve yakınlarına

düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi verilmesini ve klinikte fiziksel ortamın düzeltilmesini önermektedir (68).

2.5.4. Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği

Gelişmiş birçok ülkede yetersiz hasta izlemleri, hatalı uygulamalara ilişkin davaların en sık rastlanılan nedenlerindedir (69). Hasta izlemine yönelik hata olasılığını azaltmak doğru ve zamanında kayıt ve etkili iletişim ile sağlanabilir. Hastaya ilişkin objektif veriler ve tüm izlemler zaman belirtilerek yazılı olarak kaydedilmelidir. Hastanın ifadelerine önem verilmeli ve hastalığa ilişkin ve uyarıcı olanlar mutlaka not edilmelidir. Hastanın sık aralarla kontrole ihtiyacı var ise bu zaman aralığı sağlık ekibi üyelerince belirlenmelidir (48). Hasta izlemi sıklığı doğrudan hemşirenin inisiyatifinde değildir. Bu nedenle yetersiz izleme bağlı hataları en aza indirmek için istemler açık ve okunabilir bir şekilde yazılmalı ve izlem sıklığı net olarak belirtilmelidir (69). Ancak istemde yazılan sıklık hastanın durumuna göre hemşire tarafından yeniden düzenlenmeli ve yazılı hale getirilmelidir.

Bir diğer hata nedeni malzeme güvenliğidir. Hastaya uygulanacak tanı ve tedavi prosedürlerinde kullanılan malzemenin uygun kullanılmaması ya da yanlış malzeme kullanılması hastanın güvenliğini tehdit ederek, enfeksiyonlara ve yaralanmalara sebep olabilmektedir (39). Kullanılan malzemelerin kontamine olması durumu hastane enfeksiyonları başlığı altında ele alınmıştır. Malzeme güvenliği konusuna kullanılan aletlerin kalibrasyonu, hastada oluşturabilecekleri komplikasyonlar (atel, alçı vs. vurma gibi), cihazın alarm sistemi, malzemenin kullanımında dikkat edilecek noktalar çok iyi bilinmelidir. Hayati önemi olan araç gereç sık sık işlevselliği açısından teknik kontrolden geçirilmeli ve gereken bakım yapılmalıdır. Araç gereç üretici firmanın talimatları doğrultusunda usulüne uygun kullanılmalıdır. Bakım verirken kullanılacak malzemenin güvenliği hakkında herhangi bir şüphe olduğunda, bu malzemeler kullanılmamalıdır.(17,70).

2.5.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Hastalık tanı ve tedavi sürecinin etkililiği üzerinde önemli etkisi bulunan hasta-sağlık personeli etkileşimi, hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini doğrudan etkileyen en önemli faktördür (7). Sağlık çalışanları arasında ortaya çıkan iletişim bozuklukları,

tıbbi hataların oluşmasında etkindir (35). Sağlık bakım ekibi içinde iletişim sıklıkla sözel ya da yazılı rapor verme ile sağlanmaktadır. Hastanın sağlık durumuna ilişkin bilgi edinmek için çoğunlukla kayıt ve raporlar incelenmektedir. Rapor ve kayıtların etkin olabilmesi için zamanında kayıt altına alınmalıdır (39). Hemşirelerin kayıtlı istemleri yerine getirirken, prosedürün uygun olup olmadığına bakması ve emin olduktan sonra yerine getirmesi gerekmektedir. Yeterince açık olmayan ve sorun oluşturabilecek istemler, hekimin doğrulamasından sonra uygulanmalıdır. Sakıncası görülen, soru işareti olan istemler rapor edilmeli, sözlü veya telefonla alınan istemler ise en kısa zamanda (ilk 24 saat) istem veren hekime imzalatılmalıdır (48). Sözel ya da telefon ile bildirilen istemlerin yapılıp yapılmayacağına dair düzenlemeler ile kurumun bu konudaki politika ve yöntemleri kurum çalışanlarına bildirilmesi iletişim hatalarının engellenmesinde önemlidir. Hasta ile ilgili bilgilerin yazılı olması gerekmektedir(6). Ancak bu yazılı bilgilere sağlık bakım ekibi dışında kimlerin erişebileceği de belirlenmelidir. Hasta güvenliği açısından bu düzenlemeler yapılmalıdır. Hasta güvenliğini tehdit edebilecek durum varlığında gerekirse üçüncü şahıslarla iletişim sınırlanabilir.

Bakım ve tedavi hizmeti ekip çalışmasını gerektirmektedir. Hizmet sunumu sırasında çalışanlar arasında ekip ruhu güçlenmekte ve temel hedefi karşılıklı anlaşma olan bir iletişim ile tıbbi hataların azalması sağlanmaktadır. Sağlık hizmetinin sunumunda hizmeti sunan personelin iyi iletişimi doğrudan ya da dolaylı olarak hastaya yansımaktadır (71).

Hasta bakım hizmetinde hemşireler özellikle uzun çalışma saatleri nedeniyle iletişim hatası yapmaya eğilimlidirler. “Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları” raporunda; “uzun çalışma saatlerinin, hemşirenin hastaya, yakınlarına ve ekip üyelerine karşı davranışını, hasta ve hasta ailesi ile iletişimini, ilaç tedavisi uygulamalarını, izlem, gözlem ve denetim ile ilgili kararlarını ve uygulamalarını olumsuz etkileyebileceği” belirtilmektedir (5).

Arda ve arkadaşlarının (2007) hekim ve hemşirelerin hasta ile iletişime yönelik görüşlerini inceledikleri çalışmada, hekimlerin %78.2’ si, hemşirelerin ise %85.5’i hastalarla iletişim kurmada problem yaşadıklarını belirtmiştir (71). Aynı çalışmada iletişim kuramamanın ana nedenleri olarak iş yoğunluğu ve hekim ya da hemşire

yetersizliği gösterilmiştir. Klinik sorumlularının yarattığı gerginlik, nöbetlerin sayıca fazlalığı, çok yorulma gibi nedenler de iletişim sürecini olumsuz etkilemektedir (71).

Bir kurumda üniteler arası bilgi akımının hızı, doğruluğu ve tamlığı kurumda üretilen hizmetin kalitesini belirlemektedir. Rapor ve kayıtların etkin olabilmesi için raporun tam ve eksiksiz olması, olaylara dayanması, bilgilerde doğruluk ve bütünlük olması, az-öz ve kısa yazılması gerekmektedir (17,69).

2.6. Hemşirelikte Malpraktis

Malpraktis, sağlık kuruluşlarında insan hayatını etkileyecek tıbbi uygulamalarda hatası olarak gündeme gelmekte ve büyük bir önem taşımaktadır. Tıbbi hata kavramı; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (20,72). Hasta bakımında; bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak gelişen ve hastanın tahmin edilenden daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, iyilik halini etkileyen, hastaya zarar veren, hatta ölümüne yol açan uygulamalar tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir (73).

Hemşirelik, bireylerin sağlığının korunması-geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ile hastalık durumunda gerekli bakımın sunulmasından sorumlu bir meslektir (74). Hemşireler birey, aile ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeye çalışmaktadır. Kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti vermenin odak noktasında da hemşirelik yer almaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez parçası, hatta temel taşlarından biri hemşirelik hizmetleri olarak kabul edilmektedir (1).

Hemşireler insan sağlığının ve yaşamının korunması için sahip olunması gereken asgari bilgi ve beceriden yoksun olduğunda, hizmet sundukları insanların hayatını da tehlikeye sokabilmektedir (75,76).

Hemşireler hasta ile sürekli bir bakım ilişkisi içerisinde bağımlı ve bağımsız fonksiyonlarını yerine getirmeleri nedeniyle diğer sağlık disiplinlerine kıyasla daha sık tıbbi hata yapma riski taşımaktadırlar (77). Hemşirelerin hata yapma olasılığı; ağır çalışma şartları, kritik hastalarla sık karşılaşma, yoğun stres altında çalışma ve çok sayıda prosedüre uyma zorunluluğu gibi nedenlerle artmaktadır. Sağlık kuruluşlarında

hemşire sayısında yetersizlik nedeniyle hastalara yeterince zaman ayrılamamakta ve gereken özen gösterilememektedir (71). Bu durum yalnızca günlük rutin faaliyetlerin yapılması, hasta bakımının ise tam olarak yapılamamasına yol açmaktadır. Rutinleri yetiştirme kaygısı içinde asıl yapması gerekenleri öteleyen hemşireler yoğun iş stresi yaşamaktadır. Yaşanan stres ve yoğunluk ise hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir (78).

Hemşirelik hizmetlerinde yaşanan tıbbi hataların nedenleri; dikkatsizlik, önlem almama, mesleki acemilik veya yetersizlik, özensizlik, emirlere ve yönetmeliklere uymamak şeklinde sıralanabilir (79). Hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getiren hatalar; hasta güvenliği ihlalleri ya da ihmali, ilaç ve kan transfüzyonu hataları, tıbbi aletlerin kullanımında hata ya da başarısızlıklar, iletişim eksikliği, eksik kayıt, mevcut protokollere uymama, hastane enfeksiyonları, hasta düşmeleri ve yatak yaraları olarak sayılabilir (26,34,77).

Sağlık kurumlarında hastanın sağlığını geliştirmeye ve hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik uygulamaların hemen her aşamasında yer almakta olan hemşirelere tıbbi hataların önlenmesinde görevler düşmektedir (74). Bu bağlamda işini yerine getirirken titiz davranan, işleri gerektiği şekilde yapan, denetim yapılmadığı anlarda bile kurallara uyan, bilgi ve becerisini geliştiren ve hata oluşmaması için gayret eden bir hemşirenin hatalı uygulama yapması çok nadir görülmektedir. Bu davranışların çoğu literatürde örgütsel vatandaşlık kapsamında değerlendirilmektedir (9). Aynı zamanda hemşireler hasta güvenliği kapsamında hastaların ve diğer ilgililerin risk ve riskin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesinden de sorumludur (80).

2.7. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ü Ekim 2004 raporunda, hasta güvenliği sorununa dikkat çekmiştir. Avustralya, Kanada ve İngiltere gibi ülkelerde de hastaların tıbbi hatalara maruz kaldıklarını bildirmiştir. DSÖ gelişmekte olan ülkelerde ise tıbbi hataların ya da hasta güvenliği sorununun tahmin edilenden daha fazla olduğu ileri sürülmüştür. Bu hataların kişilerden çok sistemsel kaynaklı olduğunu belirtmiş ve tüm üye ülkelerin tıbbi hatalara yönelik strateji geliştirmesi gerektiğini vurgulamıştır (81). Sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliği; hizmetin bireye verebileceği zararı

önlemek için sağlık kuruluşları ve çalışanları tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (82).

ABD’de Sağlık Bakım Araştırma ve Kalite Ajansı’nın 2003 ve WHO’nun 2004 raporlarında, kaliteli ve güvenli bir hizmetin sağlanması için gerekli stratejiler ele alınmıştır. Her iki raporda da hasta güvenliği kurumun tamamını ilgilendiren bir sorumluluk olarak aktarılmıştır. Hastane yöneticilerinin bu konuya öncelikle ve kapsamlı bir şekilde ele almaları önerilmiştir. Kurumlarda kanıt temelli uygulamaların yaygınlaştırılması ve yerleştirilmesi, hizmet içi eğitimlerle sunulan hizmetin kalitesinin artırılması, hatalara ilişkin araştırma süreçlerin belirlenmesi ve elektronik kayıt sisteminin kullanılması üzerinde durulmuştur. Raporlarda her kademedeki kurum çalışanının hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında görev almasının önemine değinilmiştir (83). 2014 yılında DSÖ tarafından hasta güvenliği raporlamaya ilişkin model kullanma önerisinde bulunulmuştur.

Sağlık bakımı veren kurumlarda “Hasta Güvenliği Kültürü” bilişim teknolojilerini içeren multidisipliner bir yapıdır (84). Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulması ile temelde hasta güvenliğinin sağlanması hedeflenmektedir (3). Tanılama hataları ya da tanı koymakta gecikme, yanlış/yetersiz tedaviye veya gereksiz tetkiklere neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması ya da yorumlanması, tıbbi cihazlardaki bozukluk, iletişim yetersizliği, hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi saptanması oldukça zor olan durumlar da hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir (33).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)’nin hasta güvenliğine ilişkin üzerinde durduğu konuların başında çoğunluğunu malpraktis oluşturmaktadır (85). Tıbbi hatalara bağlı olarak hastanın hastanede kalış süresi uzamaktadır. Mortalite ve morbidite artmakta, hasta ve yakınlarında psikolojik sorunlar oluşturmaktadır. Malpraktis nedeniyle sağlık çalışanları da olumsuz etkilenmektedir (86). Malpraktis sağlık sistemi içinde her basamakta, her kurumda ve tedavi sürecinin her aşamasında ortaya çıkabilmektedir. Hatalar tanılama, müdahale, tıbbi cihaz ya da raporlardan

kaynaklanabildiği gibi, diyet ayarlama gibi rutin uygulamalar esnasında da ortaya çıkabilmektedir (87, 88).

Hemşireler, hasta bakımında birincil olarak sorumlu olmaları ve bu bakım sorumluluğunu aralıksız 24 saat sürdürmeleri nedeniyle sağlık bakım sistemi içinde hasta güvenliği konusunda önemli bir konuma sahiptir (89). Ülkemizde, hemşirelerin hasta güvenliği bilgilerinin değerlendirildiği, hatalara ilişkin görüş ve deneyimlerini içeren çalışmalar son on yıldır artış göstermektedir (90).

Hastanın kendini güvende ve rahat hissedeceği bir ortamda özenle ve her türlü zarar verici uygulamadan korunarak bakım görmesi temel hasta haklarından biridir (31,91). Hemşireler hastalarını olası tehlikelerden korumakla, uygulanacak işlem ve tedavilerin komplikasyonlarını önlemekle ya da en aza indirmekle yükümlüdür. Hemşireler bu yükümlülükleri yerine getirmek için hasta güvenliğinde olumsuzluklara neden olabilecek her durumu dikkatle irdelemelidir. Hastalarını ayrıntılı bir şekilde değerlendirmeli ve bireysel bakım uygulamalarında hasta güvenliğini koruma ve geliştirmeye özen göstermelidir (91).

2.8. Tıbbi Hataların Bildirimi ve Bildirim Engelleri

Hasta da zarar oluştursun ya da oluşturmasın her hatanın bildirimi zorunludur. Bildirimde amaç kişilerin cezalandırılmasından ziyade önlenebilir hataların önüne geçmek olmalıdır (92). Lawton ve Parker (2002) sağlık çalışanlarının hataları raporlama tutumlarını inceledikleri çalışmalarında, özellikle hekimlerin tıbbi hataları raporlama konusunda isteksiz olduklarını bulmuş ve bunu mesleki özerkliklerine bağlamıştır (93). Gökdoğan ve Yorgun (2010) 186 hemşirenin katılımıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin %85.6'sının hastaları ilgilendiren hataların rapor edilmesi gerektiğini düşündüklerini, %81.7'sinin kurumun tıbbi hataları rapor etme konusunda kendilerini desteklediğini bildirdiklerini ve %83.7'sinin rapor etmede kendilerini rahat hissettiklerini saptamıştır (90).

Hata raporlamada en büyük engel bireysel yeterlilik ve yetkinliğin sorgulanması kaygısıdır. Hataları bildirirken hemşireler ve yönetici hemşireler çalıştıkları birimlerin itibarı için endişelenmekte ve dolayısıyla bildirim oranı etkilenmektedir. Bunun yanında cezai yaptırımla karşılaşma korkusuna ek olarak, sosyal izolasyona itilme endişesi de gelişebilir (94,95). Statü kaybı, çalışma yeri değişikliği gibi kaygılarda göz ardı

edilmemelidir. Hatanın sonucuna göre işten çıkarılmayı içeren disiplin cezaları da söz konusudur (91). Özellikle disiplin yönetmeliklerinin mesleki hatalara ilişkin cezai yaptırımları çalışanları raporlamadan uzaklaştırabilir. Ancak kurumda hasta güvenliği kültürü yerleşmiş ise çalışanlar arasında kontrol mekanizması kendiliğinden gelişecek ve çalışanlar birbirini kontrol ettiği için hata oranı azalacaktır (95).

Yüksek riskli ve hata yapılabilecek uygulamaların standartları belirlenmeli ve her düzeyde çözüm üretilmelidir. Özellikle ilaç uygulama hatalarının önlenmesinde önemli rol oynayacak olan klinik eczacılık uygulamalarının sağlık hizmeti sunumunda yer alması, ayrıca yan etkilerin Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne bağlı bir birim olan "Farmakovijilans Merkezi" ne form doldurularak elektronik ortamda bildirilmesi gerekmektedir (33). Tıbbi hataların çekinmeden bildirilmesi gerekir. Bu nedenle cezalandırmanın olmadığı bir ortam sağlanması dürüstçe bildirim arttıracaktır (41). Sağlık çalışanlarına konuyla ilgili eğitim verilmesi farkındalığı arttırmaktadır. Tıbbi hataların önlenmesi için kaynak ayrılmalıdır. Bütün bu sayılanların bir kültür olarak yerleşmesi yapılan tıbbi hataları oldukça azaltacaktır (33).

2.8.1. Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri ve Önemi

Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olması için tüm çalışanların konuyu sahiplenmesi gerekmektedir. Güvenli sistemlerde hatalardan öğrenme ve güvenliği geliştirmek için hatalardan ders alınarak önlemlerin hayata geçirilmesinde fırsat yaratmak söz konusudur (95).

Gelişmiş ülkelerde sağlık kurumlarında zorunlu raporlama ve gönüllü raporlama olmak üzere iki tür bildirim sistemi kullanılmaktadır. Zorunlu raporlamada kurumsal gelişime katkı sağlaması hedeflenmekte ve hatalı birimler ya da kişilere yönelik yaptırımlar uygulanmaktadır (93). Kurum yöneticileri, hataların geribildirimi konusunda yapıcı, destekleyici ve açıklayıcı olmaları gerekmektedir. Gönüllü raporlama ise hatayı yapanın ya da tanık olanın cezai yaptırım korkusu olmadan açık yüreklilikle hatayı bildirmesidir (87).

Ülkemizde tıbbi hata raporlama sistemi işlevsel değildir. Sağlık Bakanlığı tarafından Resmi Gazetede 06 Nisan 2011 tarihinde yayınlanan 27897 sayılı "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" te sağlık kurumlarını hizmeti sunan ve alanın güvenliğini sağlamakla sorumlu kılmıştır (96). Hastanelerde bulunan

hasta hakları birimi tarafından şikayet halinde ön değerlendirme sonrası ilgili birimlere bildirimde bulunmaktadır.

Hata bildirim sistemleri içinde sağlık ekibi içinde yer alan ve tıbbi tedavinin yönetiminden sorumlu olan hemşirelerin konuya ilişkin sorumluluklarını Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2006 yılında; “Hemşireler hastaları ve aileleri olası riskler konusunda bilgilendirmelidir. İstenmeyen olayları ilgili makamlara zaman kaybetmeden bildirilmelidir. Hemşireler bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol almalıdır. Hemşireler bakım verdikleri hastalar ve diğer sağlık çalışanları ile iyi iletişim kurmalıdır. Hemşirelerin istihdamının yeterli olması için yürütülen lobi faaliyetlerine katılmalıdır. Hasta güvenliğinin arttırılmasını sağlayan önlemleri desteklenmelidir. Enfeksiyonla mücadele programlarını desteklemelidir ve hataları en aza indirecek tedavi politika ve protokollerinin standartlaştırılması çalışmalarına katılmalıdır” şeklinde açıklamıştır (85).

Sağlık kurumları hata raporlamayı destekleyici politikalar geliştirmelidir. Ulusal bazda hata raporlama sistemi kurulmalı ve sağlık çalışanları, kurumların yanı sıra hasta ve hasta aileleri de raporlama yapabilmelidir (95). Raporlarda yer alan hatalara yönelik gereksinimler doğrultusunda, eğitim programları düzenlenmelidir (96). Bilişim teknolojisinin kullanımı özellikle ilaç istemlerine bağlı tıbbi hata oranlarını önemli ölçüde azaltmaktadır (35). Hata bildirimleri sayesinde yöneticiler hataların oluşumunu ortadan kaldıracak sistemleri oluşturabilirler. Yeni stratejiler geliştirebilir ve çözüm önerileri üretebilirler (87).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı:

Tanımlayıcı olan araştırmada hemşire olarak hasta bakım hizmeti veren sağlık çalışanlarının tıbbi hata yapmaya eğilim durumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:

Araştırma 01.09.2015-01.02.2016 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nde yapılmıştır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nden 874 ve Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nden 209, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 697 olmak üzere toplam 1780 hasta bakım hizmetinde hemşire olarak rol alan (499 hemşire, 34 ebe, 9 att, 18 sağlık memuru) kişiler tarafından oluşmuştur. Çalışmanın örneklem büyüklüğü hesaplanırken; Odabaşoğlu'nun "Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin hatalı uygulama eğilimleri ve etkileyen faktörler (2013)" başlıklı çalışmasında bulunan standart sapma (0,31) dikkate alınmış, $\alpha=0,05$ ve hata miktarı %2,5 seçilmiştir (97). Çalışmamız için gerekli olan örnek büyüklüğü 444 hesaplanmış ve geçersiz anket uygulaması ile karşılaşma ihtimali göz önüne alınarak örnek büyüklüğü %10 oranında arttırılmış ve en az 490 örnek büyüklüğüne ulaşılması amaçlanmıştır. Üç hastane için toplam çalışan sayısı göz önünde bulundurularak 490 örnek büyüklüğü dağıtılmıştır. Buna göre örneklem Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nden 161 gündüz 80 gece çalışan olmak üzere toplam 241 kişi; Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nden 38 gündüz 19 gece çalışan olmak üzere toplam 57 kişi ; Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 128 gündüz, 64 gece çalışan olmak üzere toplam 192 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Örneklem büyüklüğü veri toplama süresi sonunda 560 hasta bakımı veren sağlık çalışanına ulaşmıştır.

3.4.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri(yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, unvan, kadro durumu, sağlık sorunu, günlük ortalama uyku saati) ve çalışma yaşantılarına ilişkin verilerden (meslekte çalışma süresi, görev yaptığı kurum, kurumda ve bulunduğu klinikte çalışma süresi, halen çalışmakta olduğu klinik, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, çalıştıkları vardiyalar, günlük bakım verilen hasta sayısı, ve meslekten memnuniyet düzeyleri) oluşmuştur.

Bağımlı değişkenler; Hemşirelikte Malpraktise Eğilim Ölçeği alt boyut ve puan ortalamalarını içermektedir.

Araştırmanın Hipotezleri:

H_0 araştırmaya katılan hasta bakım hizmetinde hemşire olarak görev alan sağlık çalışanları malpraktis yapmaya eğilimli, hasta güvenliği tehdidi var,

H_1 katılımcılar malpraktis yapmaya eğilimli değil, hasta güvenliği tehdidi yok olarak belirlenmiştir.

Bulguların değerlendirilmesi sonucunda H_1 hipotezi doğrulanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı, hasta bakım hizmetinde hemşire olarak görev alan sağlık çalışanlarının uygun oldukları zamanda yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Araştırmacı veri toplama işlemine başlamadan önce hemşirelere kendini tanıtmış ve araştırmanın amacını açıklamış, kişisel bilgi formunun başında bulunan bilgilendirme ve sözlü onam kısmı okunmuştur. Her bir hemşire için veri toplama süresi yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Literatür taranarak geliştirilmiş olan sosyo-demografik verileri içeren Kişisel Bilgi Formu ve Malpraktise Eğilim Ölçeği (MEÖ) ile toplanmıştır.

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Verilerin toplanmasında kullanılan “Kişisel Bilgi Formu” literatür taranarak hazırlanmıştır (1). Bu formda hemşirelerin sosyo- demografik özellikleri ile ilgili 8 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, ünvanı, sağlık sorunu olup olmadığı var

ise ne olduğu, günlük ortalama uyku saati) ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile ilgili (kadro durumu, meslekte çalışma süresi, görev yaptığı kurum, kurumda çalışma süresi, halen çalışmakta olduğu klinik, bulunduğu klinikte çalışma süresi, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, çalıştıkları vardiyalar, günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı ve meslekten memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik) toplam 10 soru yer almaktadır. Bu sorulardan “eğitim durumu, medeni durum, kadro durumu, unvan, çalışılan vardiya ve sağlık sorunu” soruları kapalı uçlu olup, diğerleri açık uçlu sorulardır. Meslekten memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik soruyu araştırmaya katılanlar; 1-Hiç memnun değilim, 2-Memnun değilim, 3- Kararsızım, 4-Memnunum ve 5-Çok memnunum şeklindeki seçeneklerden birini işaretleyerek yanıtlamışlardır.

3.5.1.2. Malpraktise Eğilim Ölçeği (MEÖ)

Araştırmada kullanılan MEÖ; hasta bakımında doğrudan görev alan sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni tıbbi hata yapmaya eğilim düzeylerini ölçmek amacıyla Özata ve Altuncan tarafından geliştirilerek, geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir (EK-2). Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları (18 ifade), Enfeksiyonların Önlenmesi (12 ifade), Düşmelerin Önlenmesi (5 ifade), Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği (9 ifade) ve İletişim (5 ifade)” alt boyutlarıdır.

Ölçekte sorulara verilen yanıtlar 5’li likert tarzda derecelendirilmiş ve 49 ifadeden oluşmuştur. Katılımcılardan her bir ifadenin tercihlerine göre işaretlenmesi istenmiştir. Seçenekler “1-hiç, 2-çok nadir, 3-zaman zaman, 4-genellikle ve 5-her zaman” şeklinde sıralanmaktadır. Ölçeğe sırasıyla 1 ile 5 arasında puan verilmiş ve puan aralığı 49-245 olarak belirlenmiştir. İstenirse bu oranın ifade sayısına da bölünebileceği bildirilmiştir. Bu araştırmada oranların ifade sayısına bölünerek hesaplandığı yöntem kullanılmıştır. Değerlendirme yapılırken her ifade için verilen puan esas alınmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapma eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0.84, ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu için 0.897 hastane enfeksiyonları alt boyutu için 0.862, düşmelerin önlenmesi alt boyutu için 0.839, “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” u için 0.858, iletişim alt boyutu için 0.747 olarak

bulunmuştur. Bu çalışmada ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt ölçeği toplam puan ortalama değeri $87,22 \pm 4,23$, hastane enfeksiyonları alt ölçeği toplam puan ortalama değeri $57,69 \pm 3,43$, hasta izlemi ve malzeme güvenliği toplam puan ortalama değeri $42,71 \pm 3,24$, düşmeler alt ölçeği toplam puan ortalama değeri $23,99 \pm 1,78$, iletişim alt ölçeği toplam puan ortalama değeri $24,36 \pm 1,38$ ve toplam ölçeğin ortalama değeri $235,97 \pm 14,06$ olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlenmiştir. Ankete verilen cevaplar arasındaki iç güvenilirliği incelemeye Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiştir. MEÖ alt boyut puanlarını etkileyen parametreleri belirlemede bağımsız gruplarda t testi veya tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun skorlarının karşılaştırılmasında anlamlı bulunan durumlar için ikili alt grup karşılaştırılmalarında grup içi varyansların homojen olup olmamasına göre Scheffe veya Tamhane testleri kullanılmıştır. MEÖ alt boyut puanları arasındaki korelasyonlar Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. MEÖ alt boyut puanlarını en çok etkileyen özellikleri belirlemek için Lineer Regresyon analizi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

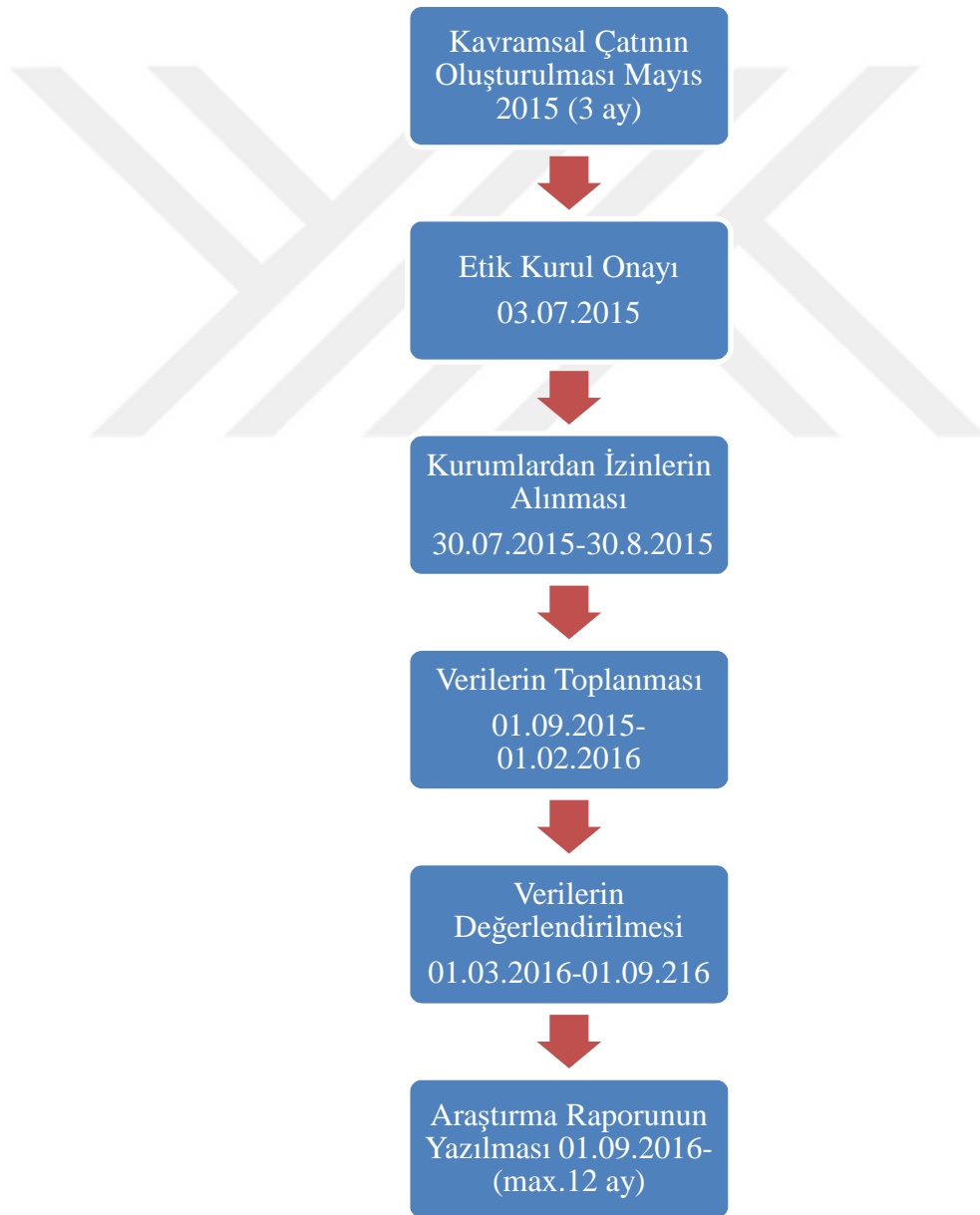
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği

Araştırmadan elde edilen bulgular Adana'da yer alan üç hastanede hemşire olarak görev yapan sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Örneklem sayısının ($n=560$) hedeflenen (490) fazla olması güvenilirliği arttırmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya TC. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.07.2015 tarih ve 2015.44/29 nolu izni ile başlanmıştır (EK-1). Araştırmanın verilerini toplamak için belirlenen hastanelerdeki idarecilerden yazılı ve sözel izinler alınmıştır (EK-3-5).

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hemşirelere kişisel bilgi formunun başında yer alan bilgilendirme bölümü okunmuştur. Bilgilendirme bölümünde araştırmanın yapılma amacı açıklanmış, elde edilen verilerin bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı ve kişisel bilgilerin başka bir amaç için kullanılmayacağı ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesinin olur verdiği anlamına geldiği yer almaktadır. Bu uygulama ile özerkliğe saygı ilkesi bağlamında aydınlatılmış onam alınmış, gizlilik ve gizliliğin korunması ilkelerine uyulmuştur.



Şekil 3.1. Araştırmanın iş akışı

4.BULGULAR

Araştırmaya hasta bakımında görev alan 560 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların %25'i 25 yaş altı, %88'i kadındır. %49'u cerrahi kliniklerde, %51'idahili kliniklerde görev yapmaktadır. %63'ünün lisans ve yüksek lisans mezunu ve %56'sının evli olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının kadro durumları incelendiğinde %63'ünün 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na (DMK) bağlı olduğu; %89'unun hemşire, % 6'sının ebe,%3'ünün sağlık memuru ve %2'sinin diğer sağlık çalışanı (acil tıp teknisyeni, paramedik) olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri (N=560)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	%
Yaş		
<25	141	25
25-29	126	23
30-34	101	18
35-39	96	17
40 ve üstü	96	17
Cinsiyet		
Erkek	66	12
Kadın	494	88
Çalıştığı hastane		
ÇÜTF Balcalı Hastanesi	291	52
Başkent Üniversite Hastanesi	75	13
Numune Eğitim-Araştırma Hastanesi	194	35
Çalıştığı klinik		
Cerrahi servis	273	49
Dahili servis	287	51
Eğitim durumu		
Lise	111	20
Önlisans	96	17
Lisans ve Lisansüstü	353	63
Medeni durum		
Bekar	247	44
Evli	313	56
Kadro durumu		
657 (DMK)	352	63
4-B	44	8
Şirket elemanı/geçici	164	29
Unvan		
Hemşire	499	89
Ebe	34	6
Sağlık memuru	18	3
Att	9	2

Araştırma kapsamındaki katılımcıların çalışma durumuna ilişkin bulguları incelendiğinde; meslekte çalışma süresi açısından 134'ünün (%24) 6-10 yıldır bu mesleği yaptığı belirlenmiştir. Katılımcıların 253'ünün (%45) 1-5 yıldır aynı kurumda çalıştığı; 290'ının (%52) 1-5 yıldır aynı serviste görev yaptığı belirlenmiştir. Sağlık personelinin 264'ünün (%47) haftada 45 saatten az, 213'ünün ise (%38) haftada 45 saatten fazla çalıştığı; 284'ünün (%51) ayda 1-5 nöbet, 216'sının (%39) 6-10 nöbet ve 60'ının (%11) 11'den fazla nöbet tuttuğu saptanmıştır. 202'sinin (%36) gündüz vardiyasında, 86'sının (%15) gece vardiyasında ve 272'sinin (%49) ise gece-gündüz vardiyalarında çalıştıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin 222'si (%40) günlük 1-5 hastaya, 164'ü (%29) 6-10 hastaya, 47'si (%8) 11-15 hastaya, 69'u (%12) 16-20 hastaya ve 58'i (%10) 21 ve üstünde hastaya bakım vermektedir. Araştırma kapsamındaki katılımcıların meslekten memnuniyet düzeyleri incelendiğinde çoğunluğunun (%39) karasız olduğu saptanmıştır. Meslekten memnun olanların oranı %27 ve çok memnun olanların oranı ise %13'tür. Meslekten memnun değilim diyenlerin oranı %12 iken, hiç memnun değilim diyenlerin oranı ise %9 olarak saptanmıştır. Katılımcıların sağlık durumları ve günlük ortalama uyku süreleri incelendiğinde 119'u (%21) sağlık sorunun olduğunu belirtirken, 441'i (%79) sağlıklı olduklarını belirtmiştir. Katılımcıların 67'si (%12) günlük uyku süresi ortalamasının 3-5 saat arası olduğunu belirtirken, 154'ü (%28) günlük ortalama 6 saat, 128'i (%23) günlük ortalama 7 saat, 171'i (%31) günlük ortalama 8 saat ve 40'ı (%7) günlük ortalama 9 saat ve üzeri uyuduğunu belirtmiştir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Durumlarına İlişkin Bulgular

Çalışma yaşamına ilişkin bulgular	Sayı	%
Meslekteki toplam çalışma süresi		
1 yıldan az	42	8
1-5	192	34
6-10	134	24
11-15	65	12
16-20	57	10
21 ve üstü	70	12
Kurumdaki toplam çalışma süresi		
1 yıldan az	75	13
1-5	253	45
6-10	113	20
11-15	46	8
16-20	28	5
21 ve üstü	45	8
Bölümündeki toplam çalışma süresi		
1 yıldan az	96	17
1-5	290	52
6-10	101	18
11-15	28	5
16-20	15	3
21 ve üstü	30	5
Haftalık ortalama çalışma saati		
45 saatten az	264	47
45 saat	83	15
45 saatten fazla	213	38
Aylık nöbet sayısı		
1-5	284	51
6-10	216	39
11 ve üstü	60	11
Çalışılan vardiya türü		
Gündüz	202	36
Gece	86	15
Gündüz-gece karma	272	49
Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısı		
1-5	222	40
6-10	164	29
11-15	47	8
16-20	69	12
21 ve üstü	58	10
Meslekten Memnuniyet Derecesi		
Hiç Memnun Değilim	52	9
Memnun Değilim	65	12
Kararsızım	219	39
Memnunum	151	27
Çok memnunum	73	13
Sağlık sorunu varlığı		
Evet	119	21
Hayır	441	79
Günlük ortalama uyku saati		
3-5	67	12
6	154	28
7	128	23
8	171	31
9 ve üzeri	40	7

Çalışmada ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt ölçeği toplam puan ortalama değeri 87,22±4,23, hastane enfeksiyonları alt ölçeği toplam puan ortalama değeri 57,69±3,43, hasta izlemi ve malzeme güvenliği toplam puan ortalama değeri 42,71±3,24, düşmeler alt ölçeği toplam puan ortalama değeri 23,99±1,78, iletişim alt ölçeği toplam puan ortalama değeri 24,36±1,38 ve ölçeğin toplam ortalama değeri 235,97±14,06 olarak saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,84 bulunmuştur (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. MEÖ İlişkin Sayısal Değerler

	İfade Sayısı	Çalışmanın Alt ve Üst Değerleri	Alt Boyut Toplam Ortalama Değeri	±SS	Cronbach Alpha
MEÖ	49	1-245	235,97	14,06	0,84
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18	64-90	87,22	4,23	0,897
Hastane Enfeksiyonları	12	44-60	57,69	3,43	0,862
Hasta İzleme ve Malzeme Güvenliği	9	27-45	42,71	3,24	0,839
Düşmeler	5	16-25	23,99	1,78	0,858
İletişim	5	17-25	24,36	1,38	0,747

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ile MEÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler Çizelge 4.4’ de sunulmuştur. İletişim dışındaki tüm alt boyut puanları çalışılan kuruma göre değişim gösterdiği gözlenmiştir.

Çalışılan kurumlar ile alt boyut puanları arasındaki farklılık incelendiğinde, Başkent Ü. Adana Uygulama Ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personelinin ilaç ve transfüzyon uygulamaları ve hastane enfeksiyonları alt boyut puanlarının ÇÜTF Balcalı Hastanesinde çalışan sağlık personelinin alt boyut puanlarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. “Hasta İzleme ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puanları karşılaştırıldığında ÇÜTF Balcalı Hastanesinde çalışan sağlık personelinin alt boyut puanının diğer iki hastanede çalışan sağlık personelinin alt boyut puanlarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. “Düşmeler alt boyutu” nda, Başkent Üniversite Hastanesinde çalışan sağlık personelinin alt boyut puanı diğer iki hastanede çalışan sağlık personelinin alt boyut puanlarından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin yaş grubuna göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları ve düşmeler alt boyut puanlarının değişim gösterdiği gözlenmiştir. Tüm alt boyut puanı 40 ve üzeri yaş diğer yaş gruplarındaki sağlık personeline göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

MEÖ alt boyut puanlarının cinsiyete, sağlık personelinin kadro durumuna, medeni durumuna, ünvanına göre değişim göstermediği saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumuna göre “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puanları değerlendirildiğinde önlisans mezunu olan çalışanların alt boyut puanının Lisans ve/veya Lisansüstü mezunu olan sağlık çalışanlarının alt boyut puanından daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Katılımcıların meslekteki toplam süresine göre “İletişim alt boyut” puanı dışındaki tüm alt boyut puanlarının değişim gösterdiği gözlenmiştir. Alt boyut puanları incelendiğinde, “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut” puanının meslekteki çalışma süresi 21 yıl ve üzeri olan sağlık personeline meslekteki çalışma süresi 1 yıldan az, 1-5 yıl arası ve 6-10 yıl arası olan sağlık personellerinin alt boyut puanlarına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. “Hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve düşmeler alt boyut” puanları ise, meslekteki çalışma süresi 21 yıl ve üzeri olan sağlık personeline meslekteki çalışma süresi 1-5 yıl arası ve 6-10 yıl arası olan sağlık personellerinin alt boyut puanlarına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Katılımcıların çalıştığı kliniğe göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları, düşmeler ve iletişim alt boyut puanlarının değişim gösterdiği gözlenmiştir ($p<0.05$). Her 3 alt boyut puanının cerrahi servislerde çalışan sağlık personeline daha yüksek olduğu görülmüştür (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile MEÖ Alt Boyut PuanOrtalamaları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı Özellikler	İlaç ve Transfüzyon U. Ort±SS*	Hastane Enfeksiyonları Ort±SS*	Hasta İzlemi ve M. Güven. Ort±SS*	Düşmeler Ort±SS*	İletişim Ort±SS*
Yaş <25(n=141) 25-29(n=126) 30-34(n=01) 35-39(n=96) 40 ve üstü(n=96)	86,9±4,0 86,5±5,1 87,2±4,2 87,2±4,1 88,5±3,0 F=3,284 P=0,011 ^{a, b}	57,6±3,5 57,0±3,9 57,7±3,0 57,7±3,5 58,7±2,8 F=3,576 P=0,007 ^b	42,7±3,3 42,3±3,6 42,5±3,1 42,8±3,1 43,4±2,8 F=1,614 P=0,169	24,0±1,9 23,7±1,9 24,1±1,7 23,9±1,9 24,4±1,3 F=2,754 P=0,027 ^b	24,4±1,4 24,1±1,5 24,3±1,4 24,5±1,2 24,6±1,3 F=1,835 P=0,121
Cinsiyet Erkek(n=66) Kadın(n=494)	87,11±4,14 87,23±4,25 t=-0,225 P=0,822	58,00±3,19 57,65±3,46 t=0,789 P=0,43	43,15±3,14 42,65±3,26 t=1,182 P=0,238	23,94±1,89 23,99±1,77 t=-0,225 P=0,822	24,45±1,17 24,35±1,41 t=0,572 P=0,567
Çalıştığı hastane ÇÜTFBalcılı(n=291) Başkent (n=75) Numune (n=194)	86,9±4,46 88,31±2,51 87,27±4,36 F=3,338 P=0,036 ^c	57,33±3,61 58,56±2,13 57,89±3,5 F=4,383 P=0,013 ^c	42,3±3,24 43,44±2,71 43,05±3,37 F=5,397 P=0,005 ^{c, d}	23,87±1,84 24,49±1,39 23,97±1,79 F=3,749 P=0,024 ^{c, e}	24,33±1,36 24,51±1,18 24,36±1,48 F=0,507 P=0,602
Çalıştığı klinik Cerrahi kln. (n=273) Dahili kln. (n=287)	87,77±3,67 86,69±4,65 t=3,034 p=0,003	57,87±3,43 57,52±3,43 t=1,213 p=0,226	42,93±3,09 42,5±3,38 t=1,549 p=0,122	24,21±1,59 23,78±1,92 t=2,879 p=0,004	24,48±1,28 24,25±1,47 t=1,988 p=0,047
Eğitim durumu Lise(n=111) Önlisans(n=96) Lisans ve üstü(n=353)	87,55±3,46 87,74±3,94 86,97±4,52 F=1,683 P=0,187	57,61±3,23 58,27±3,49 57,55±3,47 F=1,697 P=0,184	42,78±3,19 43,55±2,78 42,45±3,34 F=4,408 P=0,013 ^f	23,97±1,86 24,2±1,8 23,93±1,75 F=0,845 P=0,430	24,4±1,31 24,51±1,33 24,31±1,42 F=0,815 P=0,443
Medeni durum Bekar(n=247) Evli(n=313)	87,17±4,3 87,26±4,19 t=-0,248 P=0,804	57,61±3,6 57,75±3,29 t=-0,488 P=0,626	42,78±3,39 42,65±3,13 t=0,447 P=0,655	24,1±1,77 23,89±1,79 t=1,366 P=0,173	24,4±1,36 24,33±1,4 t=0,574 P=0,566
Kadro durumu 657 tabi(n=351) 4B(n=44) Şirketel/geçici(n=164)	87,18±4,39 87,14±4,74 87,3±3,74 F=0,053 P=0,948	57,75±3,51 57,39±3,34 57,63±3,3 F=0,246 P=0,782	42,75±3,26 42,66±3,13 42,63±3,26 F=0,087 P=0,917	24,01±1,68 23,82±1,94 23,98±1,95 F=0,223 P=0,800	24,38±1,37 24,34±1,45 24,33±1,39 F=0,087 P=0,917
Ünvan durumu Hemşire(n=498) Ebe(n=34) Sağlık memuru(n=18) Diğer(n=9)	87,15±4,31 88,32±2,86 86,33±4,95 88,56±1,94 F=1,381 P=0,248	57,57±3,52 58,82±2,38 58,39±2,93 58,44±1,81 F=1,842 P=0,138	42,6±3,33 43,82±2,24 43,33±2,35 43,11±2,09 F=1,793 P=0,147	23,96±1,81 24,26±1,56 23,94±1,7 24,67±1 F=0,766 P=0,514	24,35±1,4 24,47±1,35 24,39±1,24 24,67±0,71 F=0,231 P=0,875

* Ort : Ortalama, SS: Standart Sapma, ^a25 yaş altı – 40 yaş ve üzeri karşılaştırması için p<0.05, ^b25-29 yaş arası – 40 yaş ve üzeri karşılaştırması için p<0.05, ^cÇÜTF Balcılı H. – Başkent Ü.H. karşılaştırması için p<0.05, ^dÇÜTF Balcılı H. – Numune H. karşılaştırması için p<0.05, ^eBaşkent H.– Numune H. karşılaştırması için p<0.05, ^fÖnlisans– Lisans ve/veya Lisansüstü mezunu karşılaştırması için p<0.

Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri ile MEÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının kurumdaki toplam çalışma süresine göre “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puanı dışındaki tüm alt boyut puanlarının değişim gösterdiği gözlenmiştir. Alt boyut puanları incelendiğinde, “ilaç ve transfüzyon uygulamaları, Hastane enfeksiyonları düşmeler ve iletişim alt boyut” puanlarının kurumdaki çalışma süresi 21 yıl ve üzeri olan veya 11-15 yıl arası olan sağlık personelinde kurumdaki çalışma süresi 1 yıldan az, 1-5 yıl arası ve 6-10 yıl arası olan sağlık personellerinin alt boyut puanlarına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların bölümünde çalıştığı toplam süresine göre “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puanı dışındaki tüm alt boyut puanlarının değişim gösterdiği gözlenmiştir. “İlaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları ve düşmeler alt boyut” puanlarının bölümdeki çalışma süresi 21 yıl ve üzeri olan, 16-20 yıl arası olan veya 11-15 yıl arası olan sağlık personelinde bölümdeki çalışma süresi 1 yıldan az, 1-5 yıl arası ve 6-10 yıl arası olan sağlık personellerinin alt boyut puanlarına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$).

Katılımcıların haftalık ortalama çalışma saatine göre “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları, Hastane Enfeksiyonları, Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği ve Düşmeler alt boyut” puanlarının haftalık ortalama çalışma saati 45 saat üzeri olanlarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sağlık çalışanlarının günlük bakım verdikleri hasta sayısına göre “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları ve Hastane Enfeksiyonları alt boyut” puanları dışındaki tüm alt boyut puanlarının değişim gösterdiği gözlenmiştir. “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği ve Düşmeler alt boyut” puanlarının günlük bakım verdikleri hasta sayısı 11-15 hasta olan sağlık personelinde günlük bakım verdikleri hasta sayısı 1-5 hasta olan sağlık personellerinin alt boyut puanlarına göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. İletişim alt boyut puanı ise, günlük bakım verdikleri hasta sayısı 16-20 hasta olan sağlık personelinde günlük bakım verdikleri hasta sayısı 11-15 hasta olan sağlık personellerinin alt boyut puanlarına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sağlık personelinin memnuniyet derecesine göre “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları, Hastane Enfeksiyonları, Düşmeler, Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği ve İletişim alt boyut” puanının çok memnun olanlarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). Sağlık çalışanlarının sağlık sorunu varlığına göre hastane enfeksiyonları alt boyut

puanının sağlık sorunu olan çalışanlarda (n=119) sağlık sorunu olmayan personelinin alt boyut puanına göre daha düşük olduğu gözlenmiştir (p<0.05).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin aylık nöbet sayısına, çalışılan vardiya türüne ve günlük ortalama uyku saatlerine göre hiç bir alt boyut puanının değişim göstermediği gözlenmiştir (Çizelge 4.5).

Çizelge 4. 5. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özellikleri ile MEÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

	İlaç ve Transfüzyon U. Ort±SS*	Hastane Enfeksiyonları Ort±SS*	Hasta İzlemi ve M. Güven. Ort±SS*	Düşmeler Ort±SS*	İletişim Ort±SS*
Meslekteki toplam çalışma süresi					
1 yıldan az(n=42)	86,3±4,5	57,8±2,4	43,2±2,3	24,1±1,6	24,3±1,5
1-5(n=192)	87,0±4,3	57,3±3,4	42,5±3,4	23,9±1,9	24,3±1,4
6-10(n=134)	86,7±4,9	57,4±3,7	42,3±3,7	23,8±1,9	24,2±1,5
11-15(n=65)	88,1±3,5	58,3±2,7	43,1±2,8	24,2±1,7	24,4±1,4
16-20(n=57)	87,0±4,4	57,6±3,8	42,4±3,4	23,7±1,9	24,3±1,4
21 ve üstü(n=70)	88,8±2,2	58,8±2,4	43,8±2,4	24,6±0,9	24,8±0,9
	F=3,312 P=0,006^{a,b,c}	F=2,843 P=0,015^{b,c}	F=2,637 P=0,023^{b,c}	F=2,977 P=0,012^{b,c}	F=1,769 P=0,177
Kurumdaki toplam çalışma süresi					
1 yıldan az(n=75)	86,6±4,4	57,8±3,0	42,7±3,1	23,7±2,0	24,1±1,7
1-5(n=252)	86,9±4,4	57,5±3,6	42,5±3,4	24,0±1,8	24,4±1,3
6-10(n=113)	86,9±4,8	57,2±3,9	42,3±3,4	23,6±2,1	24,1±1,6
11-15(n=46)	88,7±2,4	58,6±2,6	43,6±2,4	24,2±1,4	24,6±1,1
16-20(n=28)	87,4±3,8	58,1±3,4	42,8±3,6	24,2±1,6	24,6±1,1
21 ve üstü(n=45)	88,9±1,9	59,0±1,7	43,7±2,2	24,8±0,6	24,9±0,3
	F=3,337 P=0,006^{a-f}	F=2,946 P=0,012^{b,c}	F=1,956 P=0,083	F=3,142 P=0,008^{a,b,c}	F=3,557 P=0,004^{a,b,c}
Bölümündeki toplam çalışma süresi					
1 yıldan az(n=96)	86,4±4,3	57,5±3,4	42,5±3,3	23,8±1,9	24,3±1,5
1-5(n=290)	87,1±4,3	57,5±3,5	42,5±3,4	24,0±1,8	24,4±1,3
6-10(n=101)	87,0±4,9	57,4±3,9	42,6±3,3	23,7±2,0	24,0±1,7
11-15(n=28)	88,9±2,1	58,9±2,3	43,5±2,5	24,3±1,3	24,7±1,1
16-20(n=15)	89,3±1,8	59,5±1,4	44,0±2,1	24,7±0,8	24,6±1,3
21 ve üstü(n=30)	89,2±1,3	59,2±1,5	44,0±1,8	24,8±0,6	24,9±0,3
	F=3,817 P=0,002^{a-i}	F=3,029 P=0,010^{a-f}	F=2,047 P=0,071	F=2,947 P=0,012^{a-f}	F=2,836 P=0,015^{a,b}
Haftalık ortalama çalışma saati					
45 saatten az(n=264)	86,92±4,7	57,52±3,58	42,54±3,2	24±1,67	24,41±1,29
45 saat(n=83)	86,37±4,5	56,77±3,87	42,07±3,57	23,45±2,19	24,07±1,61
45 saatten fazla(n=213)	87,91±3,35	58,25±2,94	43,16±3,12	24,17±1,7	24,42±1,38
	F=5,330 P=0,006^{i,k}	F=6,239 P=0,002^{i,k}	F=4,099 P=0,017^k	F=5,088 P=0,006^k	F=2,174 P=0,115

Çizelge 4.5. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özellikleri ile MEÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi (Devamı)

	İlaç ve Transf. U. Ort±SS*	Hastane Enf. Ort±SS*	Hasta İ. ve M.Güven. Ort±SS*	Düşmeler Ort±SS*	İletişim Ort±SS*
Aylık nöbet sayısı 1-5(n=284) 6-10(n=216) 11 ve üstü(n=60)	87,57±4,07 86,75±4,21 87,18±4,94 F=2,309 P=0,100	57,84±3,35 57,56±3,49 57,45±3,6 F=0,573 P=0,564	42,86±3,06 42,65±3,37 42,22±3,58 F=1,011 P=0,365	24,05±1,67 23,89±1,96 24,03±1,62 F=0,521 P=0,594	24,46±1,27 24,24±1,48 24,33±1,49 F=1,606 P=0,202
Çalışılan vardiya türü Gündüz(n=202) Gece(n=86) Gündüz-gece karma(n=272)	87,48±4,1 86,93±4,2 87,11±4,35 F=0,673 P=0,511	57,72±3,45 57,22±3,94 57,81±3,24 F=0,974 P=0,370	42,83±3,07 42,05±3,96 42,83±3,1 F=2,124 P=0,120	24,03±1,69 23,6±2,06 24,07±1,74 F=2,361 P=0,095	24,42±1,31 24,26±1,55 24,36±1,38 F=0,408 P=0,665
Günlük Bakım Ver. Hasta S. 1-5(n=222) 6-10(n=164) 11-15(n=47) 16-20(n=69) 21 ve üstü(n=58)	87,6±4,3 87,5±3,5 85,4±6,0 87,2±3,5 86,5±4,7 F=1,946 P=0,105	57,9±3,4 57,8±3,2 56,0±4,6 58,1±2,7 57,6±3,8 F=2,066 P=0,088	43,1±2,9 42,7±3,2 41,4±3,8 42,6±3,2 42,1±3,9 F=3,388 P=0,009 ^l	24,2±1,5 24,0±1,7 23,3±2,1 23,9±2,0 23,6±2,1 F=3,489 P=0,008 ^l	24,4±1,4 24,4±1,4 23,7±2,1 24,7±0,8 24,3±1,4 F=3,500 P=0,008 ^m
Memnuniyet Derecesi Hiç MemnunDeğilim(n=52) MemnunDeğilim(n=65) Kararsızım(n=219) Memnunum(n=151) Çok memnunum(n=73)	85,7±6,1 86,8±3,7 87,0±4,5 87,6±3,8 88,6±2,6 F=4,294 P=0,002 ^{o,p,r}	56,3±4,5 57,3±3,6 57,5±3,6 58,2±3,0 58,7±2,1 F=5,046 P=0,001 ^{o,r}	42,0±3,6 42,2±3,4 42,4±3,6 43,3±2,6 43,5±2,5 F=4,181 P=0,002 ^{r,s}	23,5±2,0 24,2±1,5 23,7±2,0 24,2±1,6 24,5±1,4 F=4,666 P=0,001 ^{o,r}	24,0±1,9 24,5±1,3 24,2±1,5 24,5±1,2 24,7±0,7 F=3,655 P=0,006 ^r
Sağlık sorunu varlığı Evet(n=119) Hayır(n=441)	86,83±4,29 87,32±4,22 t=-1,115 P=0,265	56,99±3,73 57,88±3,32 t=-2,342 P=0,020	42,33±3,14 42,81±3,27 t=-1,444 P=0,149	23,82±1,74 24,03±1,79 t=-1,178 P=0,239	24,29±1,42 24,38±1,37 t=-0,689 P=0,491
Günlük ort. uyku saati 3-5(n=67) 6(n=154) 7(n=128) 8(n=171) 9 ve üzeri(n=40)	87,0±4,2 87,4±3,9 86,5±4,9 87,7±4,0 87,2±4,2 F=1,511 P=0,197	57,4±3,4 57,6±3,5 57,4±3,8 58,1±3,1 57,9±3,3 F=0,996 P=0,409	43,1±2,8 42,7±3,2 42,2±3,5 43,0±3,1 42,4±3,4 F=1,426 P=0,224	23,6±1,9 24,2±1,6 23,8±2,0 24,1±1,8 24,2±1,6 F=1,720 P=0,144	24,2±1,8 24,4±1,2 24,2±1,5 24,5±1,3 24,4±1,2 F=0,893 P=0,468

* Ort : Ortalama, SS: Standart Sapma. ^a1 yıldan az – 21 yıl ve üzeri karşılaştırması için p<0.05, ^b1-5 yıl arası – 21 yıl ve üzeri karşılaştırması için p<0.05 ^c6-10 yıl arası – 21 yıl ve üzeri karşılaştırması için p<0.05, ^d1 yıldan az-11-15 yıl arası karşılaştırması için p<0.05, ^e1-5 yıl arası-11-15 yıl arası karşılaştırması için p<0.05, ^f6-10 yıl arası – 11-15 yıl arası karşılaştırması için p<0.05, ^g1 yıldan az – 16-20 yıl arası karşılaştırması için p<0.05, ^h1-5 yıl arası – 16-20 yıl arası karşılaştırması için p<0.05, ⁱ6-10 yıl arası – 16-20 yıl arası karşılaştırması için p<0.05, a-f : a,b,c,d,e,f a-i : a,b,c,d,e,f,g,h,i, ^j45 saatten az – 45 saat üzeri karşılaştırması için p<0.05, ^k45 saat – 45 saat üzeri karşılaştırması için p<0.05, ^l1-5 hasta11-15 hasta karşılaştırması için p<0.05, ^m11-15 hasta – 16-20 hasta karşılaştırması için p<0.05, ⁿHiç memnun değilim-çok memnunum karşılaştırması için p<0.05, ^oMemnun değilim-çok memnunum karşılaştırması için p<0.05, ^pKararsızım – çok memnunum karşılaştırması için p<0.05, ^rKararsızım – memnunum karşılaştırması için p<0.05.

MEÖ'nin "İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon" Alt Boyutu 18 sorudan oluşmaktadır. 18 soruya verilen cevaplar incelendiğinde en yüksek puanın "İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum" ve "Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim." cevaplarına verildiği ve bunların puan ortalamasının 4,94 olduğu anlaşılmaktadır. En düşük puanın ise 4,60 puan ortalaması ile "İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım" cevabına verildiği gözlenmiştir. Alt boyuta ait puanların ortalaması $87,22 \pm 4,23$ olarak hesaplanmıştır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. MEÖ'nin "İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon Alt Boyutuna" İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon Uygulaması	Min	Maks	Ort.	SS.
1. İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.	4	5	4,94	0,23
2. Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.	3	5	4,93	0,27
3. İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.	1	5	4,67	0,64
4. Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.	3	5	4,88	0,33
5. İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.	3	5	4,91	0,29
6. İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.	2	5	4,75	0,48
7. İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.	3	5	4,87	0,37
8. İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.	3	5	4,92	0,28
9. IV IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.	2	5	4,93	0,28
10. İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.	2	5	4,60	0,6
11. İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.	2	5	4,66	0,56
12. İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.	3	5	4,76	0,46
13. Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.	3	5	4,91	0,29
14. Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.	1	5	4,88	0,36
15. Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.	3	5	4,88	0,34
16. Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.	4	5	4,94	0,25
17. Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.	3	5	4,92	0,29
18. Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim.	3	5	4,86	0,36

MEÖ' nin "Hastane Enfeksiyonları alt boyutu" na ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde en yüksek puanı 4,88 puan ortalaması ile "İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim" ve "Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim." cevaplarının aldığı görülmektedir. En düşük puanın ise 4,71 puan ortalaması ile "IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim" cevabına verildiği gözlenmiştir. Hastane Enfeksiyonları alt boyutuna ilişkin puan ortalaması $57,69 \pm 3,43$ olarak hesaplanmıştır (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. MEÖ'nin "Hastane Enfeksiyonları Alt Boyutu" Puan Ortalamaları

Enfeksiyonlar Alt Boyutuna Ait İfadeler	Min	Max	Ort	SS.
1. Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.	3	5	4,81	0,41
2. IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.	1	5	4,71	0,62
3. Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.	3	5	4,79	0,44
4. İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında Kontamine olmamasına dikkat ederim.	3	5	4,88	0,33
5. İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim.	2	5	4,80	0,47
6. Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.	1	5	4,74	0,62
7. Ürinerkateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.	3	5	4,77	0,45
8. Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.	3	5	4,85	0,38
9. Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.	3	5	4,81	0,45
10. Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.	3	5	4,79	0,45
11. Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.	3	5	4,86	0,37
12. Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.	3	5	4,88	0,35

MEÖ'nin "Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyutu" na ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde en yüksek puanı "Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım" ve "Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim" cevaplarının aldığı görülmektedir. En düşük puanın ise 4,56 puan ortalaması ile "Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım" cevabına verildiği gözlenmiştir. Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyutuna ilişkin puan ortalaması 42,71 ±3,24 olarak hesaplanmıştır (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. MEÖ'nin "Hasta İzlemi Ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutu" Puan Ortalamaları

Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutuna Ait İfadeler	Min	Maks	Ort.	SS.
1. Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.	2	5	4,88	0,35
2. Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.	3	5	4,82	0,41
3. Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemini gerektiği gibi yapmaya çalışırım.	3	5	4,87	0,35
4. Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim.	3	5	4,76	0,45
5. Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.	3	5	4,88	0,33
6. Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.	1	5	4,86	0,38
7. Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.	1	5	4,60	0,74
8. Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım	2	5	4,56	0,75
9. Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	1	5	4,80	0,47

MEÖ' nin "Düşmeler alt boyutu" na ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde en yüksek puanı "Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim" ve "Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım" cevaplarının aldığı görülmektedir. En düşük puanın ise 4,74 puan ortalaması ile "Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm" cevabına verildiği gözlenmiştir. "Düşmeler alt boyutu" na ilişkin puan ortalaması $23,99 \pm 1,78$ olarak hesaplanmıştır (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. MEÖ'nin "Düşmeler Alt Boyutuna" İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Düşmeler Alt Boyutuna Ait İfadeler	Min	Maks	Ort.	SS.
1. Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.	2	5	4,74	0,52
2. Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlarım.	1	5	4,78	0,49
3. Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.	3	5	4,78	0,45
4. Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.	3	5	4,84	0,38
5. Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.	3	5	4,84	0,38

MEÖ' nin "İletişim alt boyutu" 5 sorudan oluşmaktadır. 5 soruya verilen cevaplar incelendiğinde en yüksek puanı "Açık olmayan sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım" cevabının aldığı görülmektedir. En düşük puanın ise 4,83 puan ortalaması ile "Hastanın bakımına ilişkin bilgileri hastayla beraber yatak başında teslim ederim" cevabına verildiği gözlenmiştir. İletişim alt boyutuna ilişkin puan ortalaması $24,36 \pm 1,38$ olarak hesaplanmıştır (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. MEÖ'nin "İletişim Alt Boyutu" Puan Ortalamaları

İletişim Alt Boyutuna Ait İfadeler	Min	Maks	Ort.	SS.
1. Hastanın bakımına ilişkin bilgileri hastayla beraber yatak başında teslim ederim.	1	5	4,83	0,45
2. Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim.	3	5	4,90	0,31
3. Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim.	1	5	4,86	0,47
4. Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim.	2	5	4,86	0,41
5. Açık olmayan sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım.	3	5	4,92	0,28

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının MÖE alt boyut puanları arasındaki korelasyonlara göre tüm alt boyut puanları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,494 ile 0,691 arasında değiştiği saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda alt boyut puanları birlikte artmakta veya birlikte düşmekte olduğu görülmüştür (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Sağlık Çalışanlarının MÖE Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim
	r (p)*	r (p)*	r (p)*	r (p)*
İlaç ve Transfüzyon uygulamaları	0,687 (<0,001)	0,626 (<0,001)	0,579 (<0,001)	0,494 (<0,001)
Hastane Enfeksiyonları		0,691 (<0,001)	0,614 (<0,001)	0,551 (<0,001)
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği			0,627 (<0,001)	0,526 (<0,001)
Düşmeler				0,630 (<0,001)

* r: Pearson korelasyon katsayısı, p: p değeri

MÖE alt boyut puanlarını sağlık çalışanlarının en çok etkileyen özelliklerinin belirlenmesi için Lineer Regresyon analizi yapılmıştır. Lineer regresyon değeri $R^2=0,074$ - $R^2 =0,022$ aralığında değiştiği saptanmıştır. Bu değerler alt boyut puanındaki varyasyonun çok az bir kısmının tahmin edilebileceğini göstermiştir.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde hasta bakımı yapan sağlık çalışanlarının malpraktise eğilimini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

Bu çalışmada ölçeğin ortalama toplam değeri $235,97 \pm 14,06$ olarak bulunmuştur. Dikmen ve arkadaşları çalışmalarında (2014) malpraktise eğilim toplam puan ortalamasını $230,68 \pm 10,78$ olarak saptamışlardır (98). Diğer çalışmalarla da uyumlu bir sonuç bulunmuştur (77,99).

Araştırmaya katılanların %63'ü lisans ve yüksek lisans düzeyinde eğitime sahiptir ve eğitim düzeyi arttıkça malpraktise eğilimin azaldığı yönünde literatür bilgisi ile uyumlu bir sonuçtur (6). Sağlık çalışanlarının kadro durumları incelendiğinde %63'ünün 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na (DMK) bağlı olduğu; %89'unun hemşire %11'inin ise hasta bakımı yapan diğer sağlık meslek gruplarına (ebe, acil tıp teknisyeni, paramedik) mensup kişiler olduğu görülmektedir. Meslekte çalışma süresi açısından 134'ünün (%24) 6-10 yıldır bu mesleği yaptığı belirlenmiştir. Katılımcıların 253'ünün (%45) 1-5 yıldır aynı kurumda çalıştığı; 290'ının (%52) 1-5 yıldır aynı serviste görev yaptığı belirlenmiştir. Mesleki deneyim arttıkça hata yapma oranı azalmaktadır. Hanyaloğlu (2011)'nin çalışmasında da haftalık çalışma saati ve bakım verilen hasta sayısında artış malpraktise eğilimi arttırıcı etki göstermektedir (18).

Araştırma kapsamındaki katılımcıların meslekten memnuniyet düzeyleri incelenmiş olup, araştırmaya katılanların çoğunluğunu (%39) karasızlar grubu oluşturmaktadır. Meslekten memnun olanların oranı %27 ve çok memnun olanların oranı ise %13'tür. Bu durum meslek seçimi sırasında yaşanan mecburi yönelim sonucuna bağlanabilir.

Ölçekten alınabilecek puan aralığı 49-245 olduğu için, katılımcılarımızın tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük düzeyde olduğunu söylemek olanaklıdır.

Çalışmamızda çalışılan kurumlar ile alt boyut puanları arasındaki farklılık incelendiğinde, Başkent Ü. Adana Hastanesinde çalışan sağlık personelinin ilaç ve transfüzyon uygulamaları ve hastane enfeksiyonları alt boyut puanlarının ÇÜTF Balcalı Hastanesinde çalışan sağlık personelinin alt boyut puanlarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin yaş grubuna göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları ve düşmeler alt boyut puanlarının değişim gösterdiği gözlenmiştir. Tüm alt boyut puan ortalamalarının 40 ve üzerinde diğer yaş gruplarındaki sağlık personeline göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaş grubunun “iletişim” alt ölçeği puan ortalamasını etkilemediği, ancak “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” “Hastane enfeksiyonları”, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği”, “düşmeler” alt ölçeği puan ortalamasını etkilediği ve 34-55 yaş grubundaki hemşirelerin “Hastane enfeksiyonları”, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği”, “düşmeler” alt ölçeği puan ortalaması diğer yaş grubundaki hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Puan arttıkça hata yapma eğilimi azaldığından, yaş grubu arttıkça hemşirelerin “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” “Hastane enfeksiyonları”, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği”, “düşmeler” alt ölçeği hata yapma eğilimleri daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar hemşirelerin yaş arttıkça deneyimlerinin artmasına bağlanabilir.

MEÖ alt boyut puanlarının cinsiyete, sağlık personelinin kadro durumuna, medeni durumuna, unvanına göre değişim göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Literatürde ilaç hatalarına hastanelerde sık rastlandığı ve hasta güvenliğini tehdit ettiği üzerinde durulmaktadır (1,49,100).

İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyut toplam puan ortalama değeri $87,22\pm 4,23$ olarak saptanmıştır ve hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamasında hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu söylenebilir. Dikmen ve arkadaşları (2014) bu alt boyutta toplam puan ortalamasını 86.56 ± 3.54 , Alan ve Khorshid (2016) 86.14 ± 4.77 olarak bulmuştur. Bu sonuçlarla kıyaslandığında katılımcılarımızın, malpraktise eğilimleri daha düşüktür (98,101).

Bu alandaki 18 ifadeye verilen cevaplar incelendiğinde en yüksek puanın “İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum” ve “Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.” ifadelerine verildiği ve bunların puan ortalamasının 4,94 olduğu anlaşılmaktadır.

Tang FI ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada en yaygın ilaç uygulama hatalarından %36.1’i yanlış doz ve %26.4’ü yanlış ilaç uygulama olduğu saptanmıştır (7). Hemşireler en fazla parenteral ilaç uygulamaları nedeniyle dava edilmektedir (102,103). Çalışmamızda katılımcıların “ hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum” ve “IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim” alt

boyut ifadeleri ortalama puanları $4,93\pm 0,28$ olarak bulunmuş ve bu alanda dikkatli oldukları sonucuna varılmıştır. Dikmen ve arkadaşları da en yüksek puanın “IV, IM ve SC enjeksiyonlarda ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim” ($4,98\pm 0,13$) ifadesinden alındığını belirlemişlerdir (98).

Çalışmamızda sağlık çalışanları tarafından en düşük puanın ise 4,60 puan ortalaması ile “İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım” cevabına verdikleri görülmektedir. Çırpı ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında bu alt boyut ifade puanı ortalaması $4,44\pm 0,63$ olarak saptanmıştır (89). Çalışmamızdaki bu sonuç en düşük ortalama olmakla birlikte benzer çalışmalara göre bu ifade malpraktise eğilim daha düşük olduğu değerlendirilebilir. İlacın olası yan etkilerini bilmemek ve ilacı uyguladıktan sonra etkilerini izlenmemek hastada istenmeyen durumların gelişmesine hatta ölümüne neden olabilmektedir. Reid ve ark. (2009)nın yaptıkları çalışmada ilaç uygulaması sonrası %13.3 düzeyinde yan etki ortaya çıktığı ve bu yan etkilerin %0.4’ ü ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir (100). Dikmen ve ark.’nın çalışmalarında da en düşük puanın ($x = 4,45\pm 0,57$) bu ifadeye verildiğini bulmuşlardır (98). Aygin ve ark. (2002) cerrahi hemşirelerinin çoğunluğunun premedikasyon ilaçları ve yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını saptamışlardır. İlaç uygulamalarında ilaçların yan etkilerinin bilinmemesi ve ilaç uygulaması yapıldıktan sonra etkilerinin izlenmemesi hastada zarar meydana getirebilecek durumların önlenmesini zorlaştırmakta, ölümüne bile neden olabilmektedir (104). Reid ve ark.(2009) çalışmalarında ilaç hatalarının %26 düzeyinde olduğu ve söz konusu hataların %2,8’inin hasta ölümüne yol açtığı, ilaç hatalarının %13.3 düzeyinde ilaç yan etkilerinden oluştuğu ve %0.4’ünün ölüme neden olduğunu bildirmiştir (100).

İlaç uygulamalarında hemşirenin rolü sadece ilaçların reçetede yazıldığı gibi uygulanması değildir. Profesyonel sorumluluk ilacı vermenin ötesindedir. İlaç uygulamaları ile ilgili hemşirenin profesyonel sorumlulukları; verilen ilaç konusunda bilgi sahibi olma, ilaçları hatasız/güvenli bir şekilde verme, ilaca karşı bireyin cevabını izleme, yorumlama ve ilaç tedavisi konusunda hasta ve yakınlarını eğitmeyi içermektedir. Gülçin ve ark. (2016) çalışmasında hemşirelerin “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutunda en düşük puan ortalamasının “İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim” ifadesine ait olduğunu saptamıştır (105). Çalışmamızda

saptanan ortalamalara dayanarak, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının ilaç uygulamalarında ilaç doğrulama sistemine uyduklarını söylemek olanaklıdır.

Çalışmamızda katılımcıların “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyut 12. ifadesi olan “ ilaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim” ifadesinin ortalama puanı $4,76 \pm 0,46$ ile doğrulama sisteminde en düşük puan olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre katılımcıların ilaç uygulama zamanı konusunda hassasiyetleri tartışılabilir. Young ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada ilaç hatalarından ilk sırayı %70.8 ile yanlış zaman olarak saptamışlardır (106). Bu sonuçta çalışmamızı desteklemektedir. ‘İlaçların tam saatinde yapılmama’ ifadesinin tercihinin nedeni çalışılan klinik, hasta sayısı ve yoğunluğu ile açıklanabilir. Üstüner ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaptıkları ilaç uygulama hataları ile yaş, eğitim düzeyi, iş deneyimi, bakım verilen hasta sayısı, çalışma şekli (gündüz\ vardiya) arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (107). Tang ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada da araştırmaya katılan hemşirelerin ilaç hatalarının daha çok personelin işe yeni başlamış olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada da ilaç hatalarının üç temel sebebi arasında personelin işe yeni başlamış olması ikinci sırada yer almaktadır (7). Çalışmamızda 40 yaş üstü katılımcılar ölçek alt boyut puan ortalamaları en yüksek olan gruptur ($88,5 \pm 3,0$). Bu sonuç literatürle uyumludur ve sağlık personelinin çalışma yılı arttıkça yani meslekte deneyim kazandıkça, mesleki bilgi ve becerileri artacağı için daha az tıbbi hata yapacaklarını düşündürmektedir.

Al-Shara (2011) da ilaç uygulama hatalarının çoğunluğunun ağır iş yükü nedeniyle olduğunu gözlemlemiştir (108). Literatürde tıbbi hataları ortaya çıkaran faktörler olarak; ilaç uygulamaları esnasında ara vermek zorunda kalmak, yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamak, doğrulama sistemini kullanmamak, yoğun iş yükü, bakımda süreklilikte sorun yaşamak ve sağlık bakım ekibi üyeleri arasında yetersiz iletişim gösterilmektedir (50,54,109). Özata ve Altuncan (2010) hemşireler tarafından yapılan tıbbi hataları ve nedenlerini inceledikleri çalışmada ilaç uygulama hatasının en sık yapıldığı ve neden olarak fazla iş yükü, hizmet veren hemşire sayısının az olması ve sürekli çalışma biriminin değişmesi gibi faktörlerin neden olduğunu belirtmiştir (1). Çırpı ve arkadaşları (2009) ile Ersun ve arkadaşları (2013) da hemşirelerin en çok yaptığı tıbbi hata türünün ilaç uygulama hataları olduğunu belirtmiştir (89, 110). Ertem ve arkadaşları (2009)’ na göre kliniklerde çalışan hemşire sayısı arttığında ilaç hataları

azalmaktadır (34). Cebeci ve Gürsoy (2012)'a göre dış ortamla ilgili etkenler arasında; hemşirelerin % 91.7' sinin ilaç hazırlarken çoğunlukla telefonlara yanıt vermek durumunda kalmaları, %43.7'sinin ise ilaç uygulamalarında fizik koşullarla ilgili güçlüklerle karşılaşmalarıdır (77). Şüphesiz ilaç uygulamalarında tüm sorumlulukların yerine getirilmesi, ilaçların doğru ilkeler ışığında ve bilinçli bir şekilde uygulanması sağlar. Bu da hata olasılığını en aza indirger ve tedavinin başarısını önemli ölçüde artırır (111). Ayrıca ilaç dozları, ilacın uygulama yolu, ilacın formu ve süre bilgisi eksik olan istemler alındığı zaman; özellikle ilacı uygulayan hemşirenin bu tip istemler konusunda dikkatli olması, ilgili hekim ile görüşerek hatayı düzeltmesi gerekmektedir (34). Görüldüğü gibi incelenen tüm kaynaklar hemşirelerin zaman sıkıntısı yaşadıkları hakkındaki düşüncemizi desteklemektedir.

MEÖ' nin ölçeğin "Hastane Enfeksiyonları" alt boyutuna ilişkin 12 ifade yer almakta olup ölçek toplam puanı 60 tır. Çalışmamızda bu alt boyut puan ortalaması $57,69 \pm 3,43$ olarak hesaplanmıştır. Alan ve Khorshid (2016) yaptıkları çalışmada "Hastane Enfeksiyonları" alt boyutu puan ortalaması $57,29 \pm 4,33$ olarak bulmuşlardır (101). Dikmen ve Yorgun (2014) ise puan ortalamalarını $57,67 \pm 2,79$ olarak saptamıştır (98). Katılımcılarımızın bu alt boyutta malpraktise eğilimlerinin çok az olduğunu söylemek olanaklıdır. Çalışmamızda bu alt boyut incelendiğinde en yüksek puanı 4,88 puan ortalaması ile "İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasında ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim" ve "Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim." cevaplarının aldığı görülmektedir. En düşük puanın ise 4,71 puan ortalaması ile "IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim" cevabına verildiği gözlenmiştir. Her ne kadar en düşük puan olsa da bu konuda malpraktis eğiliminin fazla olduğu söylenemez. IV kateter kalış süresi kimi zaman hastanın klinik durumuna kimi zamanda hasta yoğunluğuna bağlı olarak ya da kayıt eksikliği nedeniyle aksayabilmektedir. Ancak bu birkaç saatlik aksama kateter bakımı düzenli yapılmışsa sorun oluşturmaz. IV kateterleri enfeksiyon ve tromboflebit ihtimaline karşın maksimum 96 saat damar içi kalma süresi olarak belirlenmelidir (111).

MEÖ' nin "Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği" alt boyutuna ilişkin 9 ifade yer almakta olup ölçek toplam puanı 45 tır. Çalışmamızda bu alt boyuta ilişkin puan ortalaması $42,71 \pm 3,24$ olarak hesaplanmıştır. Alan ve Khorshid (2016) yaptıkları

çalışmada “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutu puan ortalaması $40,70 \pm 4,24$ olarak bulunmuşlardır (101). Dikmen Demir ve Yorgun (2014) ise yaptıkları çalışmada “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutu puan ortalaması $39,98 \pm 3,91$ olarak bulunmuşlardır (98).

Çalışmamızda bu alt boyuta ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde en yüksek puanı “Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım” ve “Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim” cevaplarının aldığı görülmektedir. En düşük puanın ise 4,56 puan ortalaması ile “Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım” cevabına verildiği gözlenmiştir.

Çalışılan kurumlar ile, “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puanları karşılaştırıldığında ÇÜTF Balcalı Hastanesinde çalışan sağlık personelinin alt boyut puanının ($42,3 \pm 3,24$), Başkent Üniversitesi Hastanesi ($43,44 \pm 2,71$) ve Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ($43,05 \pm 3,37$) çalışan sağlık personelinin alt boyut puanlarından istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Katılımcıların eğitim durumuna göre “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puanları değerlendirildiğinde önlisans mezunu olan çalışanların ($n=96$) alt boyut puanının Lisans ve/veya Lisansüstü ($n=353$) mezunu olan sağlık çalışanlarının alt boyut puanından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçta önlisans mezunlarının 40 yaş ve üzeri olmaları nedeniyle daha fazla mesleki deneyime sahip olmaları ile açıklanabilir.

MEÖ’ nin “Düşmeler” alt boyutuna ilişkin 5 ifade yer almakta olup alt boyut ölçek toplam puanı 25’ tir. Çalışmamızda bu alt boyuta ilişkin puan ortalaması $23,99 \pm 1,78$ olarak hesaplanmıştır. Alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde en yüksek puanı “Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim” ve “Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım” cevaplarının aldığı görülmektedir. En düşük puanın ise 4,74 puan ortalaması ile “Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm” cevabına verildiği gözlenmiştir. Hasta yakınlarının bazı kliniklere alınmaması bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir.

Dikmen ve Yorgun (2014) çalışmasında “Düşmelerin Önlenmesi” ölçeğin en düşük genel puan ortalaması ($23,22 \pm 2,04$) olup en düşük puanın “Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm” ($4,49 \pm 0,73$) ifadesi

olduğunu tespit etmiştir (98). Çalışmamızda bu ifade sonucu Cebeci ve arkadaşlarının (2012) ile Dikmen ve Yorgun (2014) yapmış oldukları çalışma sonucu ile benzerlik göstermiştir (77,98). Çalışılan kurumlar ile alt boyut puanları arasındaki farklılık incelendiğinde, düşmeler alt boyutunda, Başkent Üniversite Hastanesinde çalışan sağlık personelinin alt boyut puanı diğer iki hastanede çalışan sağlık personelinin alt boyut puanlarından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.

Düşmeye neden olan risk faktörlerine ilişkin bilgilerin, hasta bakım uygulamalarıyla birleştirilmesi başarılı sonuçlar alınmasını sağlamaktadır (39). Hastaların düşme sonucu yaralanması, hastanede çalışan hemşirelerin sıklıkla karşılaştığı şikayet ve dava nedenlerinden biridir. ABD’nde JCAHO 2005 yılında 271 düşme saptandığını ve tıbbi hataların %5.8’ inin düşme sonucu olduğunu bildirmiştir (15). Yetişkin hastalarda yaşanan düşmelerin çoğu fizyolojik nedenlere bağlı olarak gelişmektedir (67). Tutuarima ve arkadaşları her hasta için risk değerlendirmesi yaparak, hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi vererek ve klinikte fiziksel ortamı düzelterek düşmelerin önlenebileceğini belirtmektedir (112). Bu alt boyutta katılımcıların ortalama puanlarının maksimum değere yakın olması bu alanda malpraktise eğilimlerinin düşük olduğunu göstermektedir.

MEÖ’ nin “İletişim alt boyutu”na ilişkin 5 ifade yer almakta olup alt boyut ölçek toplam puanı 25’ tir. İletişim alt boyutuna ilişkin puan ortalaması $24,36 \pm 1,38$ olarak hesaplanmıştır. Dikmen ve Yorgun (2014) “İletişim” alt boyutu genel puan ortalamasını $23,00 \pm 2,17$, Alan ve Khorshid (2016) $23,20 \pm 2,17$, Telli (2013) ve Cebeci ve arkadaşları da benzer sonuçlar bulmuştur (98,101,113). Çalışmamızda bu alt boyutta diğer çalışmalara göre malpraktise eğilim ortalama alt boyut puanının daha yüksek olduğu malpraktis eğiliminin daha düşük olduğunu söyleyebiliriz. Cebeci (2012) “İletişim alt boyutu”nda en yüksek puanın “Açık olmayan sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım ($4,94 \pm 0,24$)”, ifadesine verildiğini belirlemiştir (77). Çalışmamızda da aynı ifade $4,92 \pm 0,28$ olarak en yüksek değer olarak bulunmuştur. En düşük puanı ise 4,83 puan ortalaması ile “Hastanın bakımına ilişkin bilgileri hastayla beraber yatak başında teslim ederim” ifadesi olduğu saptanmıştır. Meginniss ve arkadaşları 2009 yılında ABD’nde meydana gelen 40.000’den fazla tıbbi hatanın asıl nedeninin %60-80 oranında etkisiz iletişim ve yetersiz ekip çalışması olduğunu bildirmiştir (114). Çırpı ve

arkadaşları (2009) çalışmalarında hemşirelerin hastanede meydana gelen hataların %83.1' inin iletişim kaynaklı olduğuna inandıklarını saptamıştır (89). Çalışmamızda katılımcıların bu boyuttaki puanlarının yüksek olması iletişim konusunda sorun yaşamadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ile MEÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; çalışılan kuruma göre; çalışmamızda iletişim dışındaki tüm alt boyut puanlarının çalışılan kuruma göre değişim gösterdiği gözlenmiştir. Çalıştığı birime göre; katılımcıların %51 i dahili kliniklerde (n=287) , %49'u cerrahi kliniklerde (n=273) çalışmaktadır. Sağlık personelinin çalıştığı kliniğe göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları, düşmeler ve iletişim alt boyut puanlarının değişim gösterdiği gözlenmiştir. Her üç alt boyut puanının cerrahi servislerde çalışanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Özata ve Altuncan (2010)'ın çalışmalarında, cerrahi kliniklerde dahili kliniklere oranla yanlış ilaç uygulamanın ve yanlış yerden ilaç uygulamanın daha yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır (1). Ertem ve ark. (2009)' nın retrospektif olarak yaptıkları çalışmada %43.6 ile en yüksek oranda tıbbi hatanın ameliyathane de ortaya çıktığını bildirmiştir (34). Aygin ve Atasoy (2002), cerrahi hemşireleriyle yaptıkları çalışmada hemşirelerinin çoğunluğunun premedikasyon ilaçları ve yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını saptamışlardır (104). Çalışmamızda cerrahi klinikler çalışanlarının puanların yüksek olması son yıllarda artan malpraktis davaları nedeniyle farkındalıklarının artmasına bağlanabilir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin meslekteki toplam çalışma süresine göre MÖE alt boyut puanları karşılaştırılmıştır (Çizelge 11). “İletişim alt boyut” puanı dışındaki tüm alt boyut puanlarının sağlık personelinin meslekteki toplam süresine göre değişim gösterdiği gözlenmiştir. Dikmen ve arkadaşları (2014), Alan ve Khorshid (2016), çalışmalarında da çalışma yılının iletişim alt boyut puanını etkilemediğini bulmuştur (98,101). Bu sonuç çalışmamızı destekler bir sonuçtur. Sağlık personelinin meslekte çalışma süresi arttıkça, alt ölçek puan ortalamaları artmaktadır, çalışma yılıyla birlikte mesleki deneyimin artması tıbbi hataya eğilimi azalmaktadır (p<0.05).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin kurumda ve birimde çalıştığı toplam süresine göre “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puanı dışındaki bütün alt boyut puanlarının değişim gösterdiği gözlenmiştir. Şahin ve ark.(2015) çalışmalarında

sağlık personelinin kurumdaki ve birimdeki toplam çalışma sürelerine göre “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puanı dışındaki tüm alt boyut puanlarının değişim gösterdiğini saptamıştır. Bu sonuç çalışmamızı desteklemektedir ($p<0.05$) (115).

Çalışmamızda araştırmaya katılan sağlık personelinin çalışılan vardiya türüne ve aylık nöbet sayısına göre MÖE alt boyut puanlarının hiç birinde değişim göstermediği saptanmıştır. Alan ve Khorshid (2016) çalışmalarında nöbet tutan hemşirelerin “Hastane enfeksiyonları alt boyut” ve “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puan ortalamalarını daha düşük bulmuştur (101). Bu sonucu nöbet tutan hemşirelerin uyku düzenlerinin bozuk olması nedeniyle yaşadıkları uzun süreli yorgunluğa bağlamıştır. Bir ayda tutulan nöbet sayısının “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut” , “Hastane enfeksiyonları alt boyut” ve “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puan ortalamasını etkilediğini saptamıştır. Bu sonucu nöbet sayısı arttıkça, bireyin yorgunluğunun artmasına bağlamıştır.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin haftalık ortalama çalışma saatine göre MÖE alt boyut puanları “İletişim alt boyut” puanı dışındaki tüm alt boyut puanlarında değişim gösterdiği gözlenmiştir ($p<0.05$). Alan ve Khorshid (2016) çalışmalarında ilaç ve transfüzyon uygulamaları 45 saat üzeri olanlarda ölçek puanlarını anlamlı oranda yüksek ($87,91 \pm 3,35$) bulmuşlardır (101). Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin günlük bakım verdikleri hasta sayısına göre “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut” ve “Hastane Enfeksiyonları alt boyut” puanları dışındaki bütün alt boyut puanlarının değişim gösterdiği gözlenmiştir. Alt boyut puanları incelendiğinde, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve düşmeler alt boyut puanlarının günlük bakım verdikleri hasta sayısı 11-15 hasta olan sağlık personeline göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Sonuçlar Alan ve Khorshid (2016)’in çalışmasıyla uyumludur (101). Bu sonuç klinik ve yoğun bakım hastalarının ihtiyaçlarının değişimine bağlanabilir. Hastanelerin çoğunluğunda işe yeni başlamış hemşireler yoğun bakımlarda görevlendirilmektedir. Çalışmamızda sayıca daha az hasta bakanlar (1-5) yoğun bakımlarda çalışanlardır ve mesleki deneyimleri 1 yıldan az olanlardır. Bu katılımcıların güncel mesleki bilgilere sahip olduklarını, hata yapma kaygısı nedeniyle

daha dikkatli davrandıklarını ve bu durumun malpraktise eğilimlerini azalttığını söylemek olanaklıdır.

İletişim alt boyut puanı ise, günlük bakım verdikleri hasta sayısı 11-15 hasta olan sağlık personellerinin alt boyut puanı diğerlerine göre düşük olduğu gözlenmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Literatürde bakım verilen hasta sayısındaki artışın malpraktise eğilimi arttırıcı etki gösterdiği iletişim alt boyutu için söylenebilir (98,101). Çalışmamızda ise hasta sayısı artışının malpraktise eğilimi arttırmadığı söylenebilir.

Sağlık personelinin mesleklerinden memnuniyet derecesine göre tüm alt boyut puanlarının çok memnun olanlarda daha yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlılık taşıdığı ($p<0,05$) gözlenmiştir. Telli (2013) çalışmasında mesleği sevme durumunun alt boyutlara etkisi değerlendirmiş ve mesleğini seven hemşirelerin “düşmeler” alt boyut ölçek değerini daha düşük bulmuştur (113). Alan ve Khorshid’in çalışmalarında ise mesleğini seven hemşirelerin “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” , “Hastane enfeksiyonları”, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” , “düşmeler” alt ölçeği puan ortalaması diğer yaş grubundaki hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur (101). Her ne kadar diğer çalışmalar gibi mesleği sevme parametresini kullanmamış olsak da memnuniyetin sevmeyi etkileyeceğine dair bir çıkarım yapabiliriz. Bu bağlamda sonuç olarak mesleğini seven katılımcıların (memnun=151, çok memnun=73) hataya eğilim oranlarının düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık sorunu olan katılımcıların hastane enfeksiyonları alt boyut puanı $56,99\pm 3,73$, sağlık sorunu olmayan sağlık çalışanlarına göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının MÖE alt boyut puanları arasındaki korelasyonlara göre tüm alt boyut puanları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,494 ile 0,691 arasında değiştiği saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda alt boyut puanları birlikte artmakta veya birlikte düşmekte olduğu görülmüştür.

MÖE alt boyut puanlarını sağlık çalışanlarının en çok etkileyen özelliklerinin belirlenmesi için Lineer Regresyon analizi yapılmıştır. Lineer regresyon değeri $R^2=0,074$ - $R^2 =0,022$ aralığında değiştiği saptanmıştır. Bu değerler alt boyut

puanındaki varyasyonun çok az bir kısmının tahmin edilebileceğini göstermiştir. Malpraktise eğilim ölçeğinin kullanılması bu nedenle anlamlılık taşımaktadır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hasta bakımı yapan 560 sağlık çalışanının malpraktise eğilimini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada katılımcılarımızın tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır (235,97). ÇÜTF Balcalı Hastanesinde (n=291) çalışan sağlık personelinin alt boyut puanları daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). 40 ve üzeri yaş katılımcıların tüm alt boyut puanı diğer yaş gruplarındaki sağlık personeline göre daha yüksek, hata yapma eğilimleri daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç sağlık çalışanlarının yaşı ile birlikte çalışma yılı arttıkça yani meslekte deneyim kazanıldıkça, mesleki bilgi ve becerileri artacağı için daha az tıbbi hata yapıldığı düşündürmektedir.

Sağlık çalışanlarının ilaç ve transfüzyon uygulamalarında hata yapma eğilimleri düşük bulunmuştur (87,22). Katılımcıların ilaç ve transfüzyon uygulamalarında doğrulamaya dikkat ettikleri saptanmıştır. “ Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum” ve “IV, IM ve SC enjeksiyonların da ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim” alt boyut ifadeleri ortalama puanları $4,93\pm 0.28$ olarak bulunmuş ve dikkatli oldukları sonucuna varılmıştır. Bu alt boyutta malpraktise eğilimin düşük olduğu değerlendirilmesi yapılabilir.

MEÖ’ nin “Hastane Enfeksiyonları alt boyutu” na ilişkin katılımcılarımızın malpraktise eğilimlerinin çok az olduğunu söylemek olanaklıdır (57,69).

MEÖ’ nin “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyutu” na ilişkin önlisans mezunu olan çalışanların puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuş olup, bu kişilerin 40 yaş üzeri ve daha fazla mesleki deneyime sahip olmaları ile açıklanabilir.

MEÖ’ nin “Düşmeler alt boyutu” nda katılımcıların malpraktise eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır (23,99). Başkent Üniversite Hastanesinde çalışan sağlık personelinin “Düşmeler” alt boyut puanları daha yüksek bulunmuş olup bu katılımcıların düşmeler konusunda daha dikkatli olduklarını söylemek olanaklıdır.

MEÖ’ nin “İletişim alt boyutu” na ilişkin katılımcıların sorun yaşamadıkları ve bu alanda malpraktise eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır (24,36). “İletişim” dışındaki tüm alt boyut puanları çalışılan kuruma, kliniğe göre değişim göstermiştir. Cerrahi kliniklerde çalışanların puanların yüksek olması son yıllarda artan malpraktis davaları nedeniyle farkındalıklarının artmasına bağlanabilir.

Sağlık personelinin kurumda ve birimde çalıştığı toplam süresine göre “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” puanı dışındaki bütün alt boyut puanlarının değişim göstermiştir.

Sağlık personelinin çalıştıkları vardiya türüne ve aylık nöbet sayısına göre MÖE alt boyut puanlarının hiç birinde değişim göstermemiştir. Haftalık ortalama çalışma saatine göre MÖE alt boyut puanları “İletişim alt boyut” puanı dışındaki tüm alt boyut puanlarında değişim göstermiştir.

“Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut” ve “Düşmeler alt boyut” puanlarının günlük bakım verdikleri hasta sayısı arttıkça alt boyut puanı düşmekle birlikte malpraktise eğilim olarak değerlendirilebilecek oranda değildir.

Sağlık personelinin memnuniyet derecesine göre tüm alt boyut puanlarının çok memnun olanlarda daha yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlılık taşıdığı ($p<0,05$) gözlenmiştir mesleğinden memnun olan katılımcıların tıbbi hataya eğilim oranlarının düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızın sonucunda malpraktise eğilim düşük olmakla birlikte malpraktisi önleme amacıyla hasta güvenliğine yönelik hizmet içi eğitim verilmeli ve düzenli olarak tüm çalışanların katılımı sağlanarak sürdürülmelidir. Çalışılan kurumda etik iklim yaratılarak çalışan ve hasta güvenliği sağlanmalıdır. Çünkü tıbbi hataların önüne geçmede önemli faktörlerden biri hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesidir. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü geliştirilerek tıbbi hatalar ortaya çıkmadan ya da hastaya zarar vermeden önce tespit edilebilir ve hastanın zarar görmesi engellenebilir. İşten kaynaklanan tükenmişlik ya da bıkkınlık hali, tıbbi hatalara neden olabilmektedir. Bu nedenle çalışma şartları, iş yoğunluğu ve stresin personel üzerindeki olumsuz etkileri yöneticiler tarafından dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Özata M, Altuncan H.** Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri Ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: *Konya örneği. Tıp araştırmaları Dergisi*, **2010**; 8(2):100-111.
2. **Akalın HE.** Hasta Güvenliği: Nasıl Geliştirebiliriz? *ANKEM Dergisi*, **2004**; 18 (2):12- 13.
3. **Güven R.** Dezenfeksiyon Ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, **2007**; 411.
4. American Nurses Association, Nursing's Social Policy Statement, Second Edition, <http://www.nursingworld.org/Main2003>; 6-7.
5. **Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E.** Türkiye'de Hemşirenin Çalışma Koşulları, Türk Hemşireler Derneği (THD). Odak Ofset Matbaacılık, Ankara, **2008**; 22-37.
6. **Anezz E.** Clinical perspectives on patient safety. In: K Wals, R Boaden (Eds.), Patient Safety Research in to Practice. (1st ed.) London: *McGraw Hill Education Open University Press*; **2006**; 9-18.
7. **Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Huey C.** Nurses Relate The Contributing Factors Involved İn Medication Errors, *Journal Of Clinical Nursing*, **2007**; 16:447-457.
8. **Farquhar M, Collins Sharp BA, Clancy CM.** Patient Safety İn Nursing Practice. *AORN Journal***2007**; 86(3):455-457.
9. **Mitchell PH.** Defining Patient Safety and Quality Care. In Hughes RG Ed, Agency for Healthcare Research and Quality, RockvillePatient Safety And Quality: An Evidence-Based Handbook For Nurses. First ed. Rockville: AHRQ Publication No.08-0043; **2008**; 1-5
10. **Giordano K.** Examining Nursing Malpractice: A Defense Attorney's Perspective. *Critical Care Nurse***2003**; 23(2):104-107.
11. **Larson K, Elliott R.** Understanding Malpractice: A Guide for Nephrology Nurses. *Nephrology Nursing Journal***2009**; 36(4):375-377.
12. Malpractice; <https://www.merriam-webster.com/dictionary/malpractice>.
13. **Akalın HE.** Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. *İyi Klinik Uygulamalar (İKU) Dergisi*. **2007**; 17:32– 35.
14. **Hancı İH.** Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. I. Baskı. Ankara. Seçkin Yayıncılık, **2001**.
15. JCAHO (2006) Sentinel Event Statistics, www.jointcommission.org/Library/TM_hysicians/mp_11_06.htm Erişim tarihi: 25.03.2016.
16. Türk Tabipleri Birliği. Malpraktis Bildirgesi. TTB yayınları. Ankara. **2009**.
17. **Temel M.** Sağlık Personelini ilgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis, *Hemşirelik Forum Dergisi*, **2005**; 84- 90.
18. **Hanyaloğlu A.** Malpraktis Hekimler İçin Hukuksal Yaklaşım Ve Sigorta Rehberi Nobel Tıp Kitap Evleri ltd.şti. İstanbul **2011**:1-2.
19. **Reason J. Human Error: Models and Management.** British Medical Journal. **2000**; 320: 768-770.

20. **Birtek F.** Tıbbi Müdahaleler Açısından Komplikasyon Malpraktis Ayırımı. *İstanbul Barosu Dergisi*2007; 81(5): http://www.turkhukusitesi.com/makale_779.htm (Erişim Tarihi: 23.01.2016)
21. **İncesu B, Evirgen H, Coşkun E, Fikret AY.** Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Uygulaması: Konya Bey hekim Devlet Hastanesi Örneği. Ankara Kasım 2014 ISBN:: 978-975-590-515-0 Bakanlık Yayın No: 966.
22. **Çolak A.** Noroşirujide Malpraktis. *Türk Nöroşiruji Dergisi*.2002;12:94-98.
23. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS,** ed. To Err Is Human: Building A Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Washington DC:Institute of Medicine (IOM). *The National Academy Pres*, 2000.
24. **Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG.** Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*2009; 31: 356-366.
25. **Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A.** Hemşirelerin Malpraktis İle İlgili Algı, Tutum Ve Davranışları. *Anadolu Kliniği*, Eylül 2016; Cilt 21, Sayı 3.
26. **Demir Zencirci A.** Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*2010; 12(1):67-74.
27. **Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T.** Hemşirelik Esasları, Açık öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 2003; 25.
28. **Hakeri H.** “Hastane Yöneticilerinin Hukuki Sorumluluğu”, I. Sağlık Hukuku Sempozyumu, İzmir Üniversitesi Hukuk Fakültesi, 15.Mart.2014 İzmir.
29. **De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA.** The Incidence And Nature Of In Hospital Adverse Events :A Systematic Review. *Quality Safe Health Care Journal* 2008;17(3):216-223.
30. World Health Organization (WHO). Call For More Researche On Patent Safety, 2007, Available from URL, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007>.
31. **Dursun S, Bayram N, Aytaç S.** Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Bilimler*, 2010; 8(1): 1-14.
32. **Karaca A, Arslan H.** Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi *F.N. Hem. Derg. Araştırma Yazısı*2013; 21(3): 172-180 (Issn 2147-4923).
33. **Akalın HE.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*2005;5(3):141-146.
34. **Ertem G, Oksel E, Akbıyık A.** Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi* 2009;84(1):1-10.
35. **Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S.** Hekimlerin Tıbbi Hataya Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008;11(2):161-199.
36. **Adams JL, Garber S.** Reducing Medical Malpractice By Targeting Physicians Making Medical Malpractice Payments, *Journal of Empirical Legal Studies*, 2007; 4:185–222.
37. **Ballard K.** Patient Safety: A Shared Responsibility. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 2003; 8(3).

38. **Yüksel İ.** Çalışma Yaşama Kalitesinin Tipik ve Atipik İstihdam Açısından İncelenmesi, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*,**2004**;5(1): 47-58.
39. **Aştı T, Acaroğlu R.** Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Ç.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2000**;4(2): 22-27.
40. **Holdsworth MT, Fichtl RE, Behta M, Raisch DW, Mendez-Rico E, Adams A, Greifer M, Bostwick S, Greenwald BM.** Incidence and Impact of Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients,**2003**;157: 60-65.
41. **Uzun Ş, Arslan F.** İlaç Uygulama Hataları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Science* **2008**; 28:217-222.
42. **Sharek PJ, Classen D.** The Incidence Of Adverse Events And Medical Error in Pediatrics, *Pediatric Clinics Of North America*, **2006**;53:1067-1077.
43. NCCMERP (2009), About Medication Errors, www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html. Erişim tarihi: 20.04.2017.
44. **Durmaz A.** Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçların Kliniğe Kabul Edildikten Sonra Kullanımı İle İlgili İlaç Hatalarının İncelenmesi. Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir:**2007**.
45. **Karataş M, Yakıncı C.** Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2010**; 17 (3) 233-236 .
46. **Sezgin B.** Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi,(yayımlanmamış) İstanbul, **2007**.
47. **İnce H, İnce N, Özyıldırım BA, Safran N.** Hatalı Tıbbi Uygulama ve Korunma Yolları, İstanbul Üniversitesi, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, **2005**;68(4):123-127.
48. **Mete S, Ulusoy E.** Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları, *Hemşirelik Forum Dergisi*,**2006**;36-41.
49. **Brady AM , Malone AM, Fleming S.** A Literature Review Of The Individual And Systems Factors That Contribute To Medication Errors İn Nursing Practice. *Journal of Nursing Management* **2009**;17(6):679-697.
50. **Nguyen EE, Connolly PM, Wong V.** Medication Safety Initiative in Reducing Medication Errors. *Journal of Nursing Care Quality* **2010**;25(3):224-230.
51. **Milch CE, Salem DN, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J.** Voluntary Electronic Reporting Of Medical Errors And Adverse Events An Analysis Of 92,547 Reports From 26 Acute Care Hospitals. *Journal of General Internal Medicine* **2006**;21(2):165-70.
52. **Courtenay M, Griffiths M.** Introduction To Medication Errors And Medication Safety. In Medication Safety An Essential Guide. Molly Courtenay and Matt Griffiths (Ed). New York :Cambridge University Press; **2010** ;1-7.
53. **Wright K.** Do Calculation Errors By Nurses Cause Medication Errors In Clinical Practice? A Literature Review. *Nurse Education Today* **2010**;30(1):85-97.
54. **Hillin E, Hick RW.** Medication Errors From An Emergency Room Setting: Safety Solution For Nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America* **2010**; 22(2):91-96.
55. **Mayo AM, Duncan D.** Nurse Perceptions Of Medication Errors: What We Need to Know for Patient Safety, *Journal of Nursing Care Quality*, **2004**; 19: 209-217.

56. **Aygin D, Cengiz H.** İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni **2011**;45(3):110-114.
57. **Kuğuoğlu S, Çövener Ç, Tanır MT, Aktaş E.** İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki Ve Yasal Sorumluluğu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi***2009**;2(2):86-93.
58. **Uluşdemir N, İpekçi N, Dokur M, Dağlı Ö.** Hemşirelik Öğrencilerinin Hastane Enfeksiyonlarından Korunmaya Yönelik Bilgilerinin ve Sağlık İnanç Kuramına Göre Davranışlarının Değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2008**; 3:87-101.
59. **Özçetin M, Saz EP, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F.** Hastane Enfeksiyonları; Sıklığı ve Risk Faktörleri, *Çocuk Enfeksiyonları Dergisi*, **2009**; 3: 49-53.
60. Postnote (2005) Infection control in healthcare settings, [http://www.parliament.uk/documents/upload/ POSTpn247.pdf](http://www.parliament.uk/documents/upload/POSTpn247.pdf) Erişim tarihi: 02.01.2016.
61. **Günaydın M, Gürler B.** Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolünde Dezenfeksiyon, Antisepsi ve Sterilizasyon “DAS” Uygulamaları, *ANKEM dergisi*, **2008**;22(4):221-231.
62. **Küçük Alemdar D, Yaman Aktaş Y.** Medical Error Types and Causes Made by Nurses in Turkey. *TAF Prev Med Bull* **2013**; 12(3):307-314.
63. **Ülger F.** Ameliyathane ve Yoğun Bakımda: Dezenfeksiyon, Sterilizasyon ve İnfeksiyonlardan Korunma Yöntemleri, 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi **2005**.
64. Günaydın M. (2002) El Hijyeni ve Dezenfektanların Kullanımı, www.muratomu.tripod.com/elhijyeni.pdf , Erişim tarihi: 03.03.2016.
65. **Koh SSL, Manias E, Hutchinson AM, Donath S, Johnston L.** Nurses’ Perceived Barriers To The Implementation Of A Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore Hospitals, *BMC Health Services Research*. **2008**; (8):105-111.
66. **Dreschnack Gavin D, Nelson A, Fitzgerald S, Harrow J, Sanchez Anguiano A, Ahmed S, Powwel-Cope G, Wheelchair-Related Falls.** Current Evidence and Directions For Improved Quality Care, *Journal Of Nursing Care Quality*, **2005**; 20(2):119-127.
67. **Morse JM.** Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program, Second Publishing, **2008**; 3-15.
68. **Özata M, Altuncan H.** Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bilimsel Araştırma & En İyi Uygulama Ödülleri Kitabı 1. Basım – Nisan **2010** Isbn: 978-975-590-324-8 Bakanlık Yayın No: 789.
69. **Safran N.** Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, (yayımlanmamış) Doktora Tezi, İstanbul,**2004**.
70. **Çelik F.** Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (yayımlanmamış)Yüksek Lisans Tezi, **2008**.
71. **Arda H, Ertem, Baran, Durgun Y.** Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri, *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*,**2007**; 15(59):68-74.
72. **Çetin G.** Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi,**2006**; 48:31-42.

73. **Wong J, Beglaryan B.** Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research. **2004**, www.ahrq.gov.Erişim tarihi:02.03.2016.
74. **ÖztürkH.** Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri ve Performans Düzeyleri, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,(yayımlanmamış) DoktoraTezi, **2002**.
75. **Oktay S, Aksayan S.** 2000'E iki Kala Türkiye'de Hemşirelik İçin Yasal Düzenlemelere Bir Bakış, *Hemşirelik Forumu*, **1998**;1(2):79-80.
76. **Ersoy N.** Hemşirelik ve Etik, *Hemşirelik Forumu*, **1998**;1(2):84-86.
77. **Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S.** "Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi" *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 15(3):188-196
78. **Berlanda A, Natvig Gk, Gundersenb D.** "Patient Safety And Job-RelatedStress: A Focus Group Study", *Intensive and Critical Care Nursing*, **2008**; 24,: 90-97.
79. **Kocaman G.** Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Liderlik. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Paneli. İzmir. 24 Şubat 2007.
80. **Öztürk,YE, Özata M.** Hemşirelerde Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İle Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişkinin Araştırılması, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,**2013**;18(3):365-381.
81. World Health Organization (WHO). (2004)Word alliance for patient safety forward programme 2005_ [http:// archive.ahrq.gov/qual/nhqr03/nhqr 2003.pdf](http://archive.ahrq.gov/qual/nhqr03/nhqr2003.pdf).
82. **Elston DM, Stratman E, Jahangir HJ, Watson A, Swiggum S, Hanke W.** Patient safety. Part II. Opportunities for Improvement in Patient Safety. *Journal of American Academy of Dermatology* **2009**;61(2):193-205.
83. **Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S.** Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Geliştirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011**; 14: 4.
84. **Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A.** Challenging patient safety culture: Survey results. *Int J Health Care Qual Assur*, **2007**; 20(7):620-632.
85. International Council of Nurses (ICN). Why is safe staffing important? Safe Staffing Saves Lives. International Nurses Day, Information and Action Tool Kit. 1 st ed. Geneva: 2006:9-12.
86. **Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, MorlockL L.** Defining and Measuring Patient Safety. *Critical Care Clinics*. **2005**; 21:1-19.
87. **İntepeler Ş.S, Dursun M.** Tıbbi Hatalar Ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 15:129-135.
88. **Mrayyan MT, Shishani K, Al-Faour I.** Rate, Causes And Reporting of Medication Errors in Jordan: Nurses Perspectives. *Journal of Nursing Management* **2007**;15(6):659-670.
89. **Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M.** Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi* **2009**;2(3):26-34.
90. **Gökdoğan F, Yorgun S.** Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi***2010**,13(2):53-59.
91. **Türk G, Eşer İ.** Hastane Ortamında Hasta Güvenliği ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hastane Yönetimi Dergisi* **2007**;11(1-2):16-20.

92. **Evans SM, Berry JG, Smith BJ.** Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study. *Quality and Safety Health Care*.**2006**;6(15):39-43.
93. **Lawton R, Parker D.** Barriers to Incident Reporting in a Healthcare System. *Quality and Safety in Health Care* **2002**;11-15.
94. **Karsh BT, Escoto KH, Beasley WJ.** Toward a Theoretical Approach to Medical Error Reporting System Research and Design. *Applied Ergonomics* **2006**; 37(3):283.
95. **Altındış S, Kurt M.** Bilgi Yönetim Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Etkisine İlişkin Bir Araştırma: Afyon Karahisar ilinde bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2010**; 24, 45-61.
96. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>. Erişim Tarihi: 12.06.2017.
97. **Odabaşoğlu E.** Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin hatalı uygulama eğilimleri ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (yayımlanmamış) Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, **2013**.
98. **Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam N.** Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* **2014**; 44–56.
99. **Özata M.** Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilimlerinin Ve Hasta Bakımında Gösterdikleri Özenin Belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi* **2009**;12 (1-2): 417-430.
100. **Reid M, Estacio R, Albert R.** Injury and Death Associated with incidents Reported to the Patient Safety Net. *American Journal of Medical Quality*. **2009**; 24: 520-524.
101. **Alan N, Khorsthd L.** Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* **2016**;32(1):1-18.
102. **Türkan H, Tuğcu H.** 2000-2004 yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları. *Gülhane Tıp Dergisi* **2004**; 46(3), 226-23.
103. **Aslan Ö, Ünal Ç.** Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları. *Gülhane Tıp Dergisi* **2005**; 47(3):175-178.
104. **Aygin D, Atasoy I.** Hemşirelerin Premedikasyona İlişkin Bilgi Düzeyleri Ve Uygulamalarının Belirlenmesi. III. Ulusal-I. Uluslararası Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. Hemşirelik Forumu **2002**; 5(3-4):65-68.
105. **Gülçin A, Atabek Armutçu E, Karaman Özlü Z.** Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilim Düzeyleri ve Tıbbi Hata Türleri: Bir Hastane Örneği HSP **2016**;3(2):115-122.
106. **Young M, Gray SL, Mc Cormick WC.** et al. Types, Prevalence, and Potential Clinical Significance of Medication Administration Errors in Assisted Living, *J am Geriatr. Soc.* **2008**; 56 (7): 1199–1205.
107. **Top ÜF, Çam HH.** Hastanede Çalışan Hemşirelerin İlaç Uygulama Hataları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *TAFPrev Med Bull* **2016**;15:3.
108. **Al-Shara M.** Factors Contributing to Medication Errors in Jordan: A Nursing Perspective. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. **2011**; 16(2):158-161.

109. **Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P.** Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. 7th ed. Philadelphia, **2011**;51-59.
110. **Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D.** Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* **2013**;29(2):33-45.
111. **Perr AG, Potter P.** *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*, Ed. Atabek Aştı T, Karadağ A. Nobel Kitabevi, Adana, **2011**;901.
112. **Tutuarima JA, Meulen V, Haan RJ, Straten A, Limburg M.** Risk Factors for Falls of Hospitalized Stroke Patients, American Heart Association, Stroke **1997**; (28)297-301.
113. **Telli S.** Hemşirelerin Farklı Çalışma Saatlerindeki Durumluk Anksiyeteleri ve Tıbbi Hataya Eğilimlerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; **2013**, 44.
114. **Meginniss A, Damian F, Falvo F.** “Time Out” for Patient Safety. *Journal of Emergency Nursing* **2012**; 38(1):51-53.
115. **Şahin ZA, Özdemir FK.** Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* **2015**;12(3):210-214.

EKLER

EK-1.ETİK KURUL İZİNİ

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
44	3 Temmuz 2015

KARAR NO 29- Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Yrd. Doç. Dr. Serap Torun yönetiminde, Seval Canpolat tarafından yürütülmesi öngörülen, "Hasta Bakım Uygulamalarında Malpraktis Eğilimi: Adana Örneği" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-2.ARAŞTIRMA KURULU ONAY YAZISI



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 58998516-050.02.04/51263
Konu : Kararlar

11/08/2015

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ (Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı)

Enstitü Yönetim Kurulunun 10.08.2015 tarih ve 25/15-6 no'lu kararı aşağıda sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Karar No: 6- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.07.2015 tarih ve 45448 sayılı yazısı görüşüldü;

a)Yüksek Lisans öğrencisi İpek KÖSE'nin "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Bel Ağrısının Fonksiyonel Yetersizlik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi " başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine,

b)Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe BEYLİKLİOĞLU'nun "Aromaterapinin Mastektomi Öncesi Hastaların Anksiyeteleri Üzerine Etkisi" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine,

c)Yüksek Lisans öğrencisi Hatice AKYÜREK'in "Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarının Gereksinimleri" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine,

d)Yüksek Lisans öğrencisi Esmâ GÖKÇE'nin "Video ve Yazılı Eğitimin Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaların Anksiyeteleri Üzerine Etkisi" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine,

e)Yüksek Lisans öğrencisi Seval BOZKURT CANPOLAT'ın "Hasta Bakım Uygulamalarında Malpraktis Eğilimi: Adana Örneği " başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr. Behice DURGUN
Enstitü Müdürü

Ek-3. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumların Resmi İzin Yazısı 1

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/07/2015-35227



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 45863485-900/
Konu : Seval Canpolat'ın Tez Çalışması

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİNE

İlgi : 30/06/2015 tarih ve 13212 sayılı dilekçeniz:

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Seval CANPOLAT'ın "Hasta Bakım Uygulamalarında Malpraktis Eğilimi: Adana Örneği" tez çalışması anketlerini Hastanemizde uygulaması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilginize sunulur.

e-İmza
Prof.Dr. Mustafa BALAL
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

01/07/2015 İşç.(Ş) : Tülin BOZDUMAN
01/07/2015 Hem.Hiz.Müd. : Refiye ÖZGEN
01/07/2015 Hast.Müd. : Kamil ÖNDER
01/07/2015 Başmüd. : Ali ÖNAL

Mevcut Elektronik İmzalar

MUSTAFA BALAL (BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - Başhekim Yardımcısı) 01/07/2015 15:03

Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği 01330 Balcalı, Sarıçam / Adana
Telefon No: 0 (322) 338 50 60 Faks No: 0 (322) 338 65 00
e-Posta: hastane@cu.edu.tr İnternet Adresi: www.cu.edu.tr

Bilgi için: Tülin BOZDUMAN
Ünvan: İşçisi

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-4. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumların Resmi İzin Yazısı 2



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Adana İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 69937107/799
Konu : Tez Başvurusu

Sayın; Seval CANPOLAT
Yüzüncü Yıl Mah.85393 Sokak Karanfil Konakları D Blok
Çukurova/ADANA

İlgi: 14.08.2015.tarihli tez çalışma başvurunuz.

Genel Sekreterliğimize bağlı Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istediğiniz, “**Hasta Bakım Uygulamalarında Malprastik Eğilimi: Adana Örneği**” başlıklı tez çalışmanıza ilişkin başvurusunuz “Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma İle Bilimsel Araştırma Ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonunun” 11.12.2015 tarihli toplantısında incelenmiş olup çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması ve Genel Sekreterliğimizin bilgisi dahilinde yayınlanması koşuluyla oy birliği ile **uygun görülmüştür.**

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Osman Kürşat ARIKAN
Genel Sekreter

Adana İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Hacı Ömer Sabancı Caddesi Seyhan/ Adana Tel: 0322 455 70 00 / 1410 Cep Tel: 0506 357 63 84 Fax: 0322 221 00 20 e-posta: nuri.karslioglu@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e3063386-3b1d-4bba-acde-ef6a3a6888de kodu ile ulaşabilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İbrahim ZAPICI
Evrak Birimi

Ek-5. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumların Resmi İzin Yazısı 3



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 99183786-622.03-2015/4426
Konu : Seval CANPOLAT Hk.

23/11/2015

İLGİLİ MAKAMA

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Seval CANPOLAT'ın "hasta bakım uygulamalarında malpraktis eğitimi:Adana örneği" başlıklı tez çalışması anketini Kurumumuzda yapması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Yrd.Doç.Dr.Turgut NOYAN
Uyg.veAraş. Merkez Müdürü

1/1

Ek-6.KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Hasta Bakım Uygulamalarında Malpraktis Eğilimi: Adana Örneği

“Hasta Bakım Uygulamalarında Malpraktis Eğilimi: Adana Örneği” başlıklı bu çalışma, yüksek lisans tezi olarak planlanmıştır. Sizlere uygulanacak anketle, malpraktise eğilim oranları, nedenleri ve türleri belirlenmeye çalışılacaktır. Elde edilecek bilgiler bilimsel amaç dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Seval Bozkurt Canpolat*

Yrd. Doç. Dr. Serap Torun**

*SBE Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

**SBE Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Danışman

Bölüm I. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet:
3. Çalıştığınız Hastane/Bölüm:.....
- 4 .Eğitim durumunuz () Sağlık Meslek Lisesi () Önlisans () Lisans ()Eğitim devam ediyor () Lisansüstü.:.....
5. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli
6. Kadro durumunuz: () 657'ye tabi kadrolu () 4-B () şirket elemanı- geçici olarak
7. Ünvanı() Hemşire ()Ebe () Sağlık memuru ()Laborant ()Diğer:.....
8. Meslekte toplam çalışma süreniz:.....
9. Bu kurumda çalışma süreniz:.....
10. Bu bölümde kaç yıldır çalışıyorsunuz:.....
- 11 Haftada ortalama çalışma süreniz:.....saat
12. Aylık nöbet sayınız:.....
13. Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz:() Gündüz () Gece () Gece-gündüz karma
- 14.Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:.....
15. Mesleğinizden memnuniyet düzeyiniz 1 2 3 4 5
- 16.Herhangi bir sağlık sorunuz var mı: ()Evet ()Hayır
- 17.Var ise belirtiniz:.....
- 18.Günlük ortalama uyku saatiniz:.....

EK-7. TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

Aşağıda Çizelge de yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz					
İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI	HIÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENEL LİKLE	HER ZAMAN
	İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.				
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.					
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.					
Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.					
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.					
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.					
İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.					
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.					
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.					
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.					
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.					
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.					
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.					
Takılacak mayininsterilitesini kontrol ederim.					
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.					
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.					
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.					
Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim					
HASTANE ENFEKSİYONLARI	HIÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELL İKLE	HER ZAMAN
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.					
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.					
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.					
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında Kontamine olmamasına dikkat ederim.					
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim.					
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştirim.					
Ürinerkateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.					
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.					
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.					
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.					

HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENEL İKLE	HER ZAMAN
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.					
Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.					
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım.					
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim					
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.					
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.					
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.					
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım					
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.					
DÜŞMELER	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENEL İKLE	HER ZAMAN
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.					
Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlarım.					
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.					
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.					
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.					
İLETİŞİM	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENEL İKLE	HER ZAMAN
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.					
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.					
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.					
Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim.					
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım.					

ÖZGEÇMİŞ

Seval Bozkurt Canpolat, Adana Seyhan’da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimlerini Adana’da tamamlamış,2007 yılında Erciyes Üniversitesi Yozgat Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden lisans mezunu oldu. 2007-2010 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi’nde Kalp Damar Cerrahisi servisinde klinik hemşiresi olarak çalıştı. 2011 yılındaÇukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Tezli Yüksek lisans programına başladı. 2011-2014 yılların arasında Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakımda çalıştıktan sonra 2014 Şubat ayı itibariyle Hastane Enfeksiyonları Kontrol Komitesinde çalışmaya başlayıp halen de orada çalışmaya devam etmektedir. Evli ve iki çocuk annesi olup orta seviyede İngilizce bilmektedir.