



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PLANLI EĞİTİMİN ÇOCUK
HEMŞİRELERİNİN TIBBİ HATA YAPMA
EĞİLİMLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

MELİHA KARASOY ANDIÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. DİLEK ERGİN

MANİSA - 2020



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PLANLI EĞİTİMİN ÇOCUK
HEMŞİRELERİNİN TIBBİ HATA YAPMA
EĞİLİMLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

MELİHA KARASOY ANDİÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Doç. Dr. DİLEK ERGİN

(Tez Danışmanı)

Doç. Dr. FİGEN YARDIMCI

(Jüri Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi NESRİN ŞEN CELASİN

(Jüri Üyesi)

MANİSA 2020

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

03.02.2020

Ulusal Tez Merkezi | Tez Form Yazdır

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10324639
Yazar Adı / Soyadı	MELİHA KARASOY ANDIÇ
T.C.Kimlik No	28772272838
Telefon	5345110277
E-Posta	melihakarasoy@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Planlı Eğitimin Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi
Tezin Tercümesi	Investigation of The Effect of Planned Education on Malpractice Tendencies of Pediatric Nurses
Konu	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları = Child Health and Diseases ; Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2020
Sayfa	96
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. DİLEK ERGİN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	Tıbbi Hata, Planlı Eğitim, Çocuk Hemşireleri

03.02.2020


İmza: 

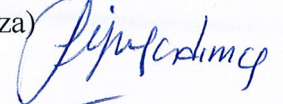
**Planlı Eğitimin Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine
Etkisinin İncelenmesi**

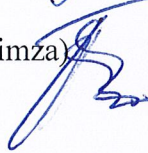
Öğrenci: Meliha KARASOY ANDIÇ

Danışman: Doç.Dr. Dilek ERGİN

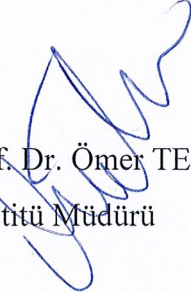
Bu tez çalışması 28.01.2020 tarihinde jürimiz tarafından “Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Dilek ERGİN (imza) 
(Manisa Celal Bayar Üniversitesi)

Üye: Doç.Dr. Figen YARDIMCI (imza) 
(Ege Üniversitesi)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN (imza) 
(Manisa Celal Bayar Üniversitesi)

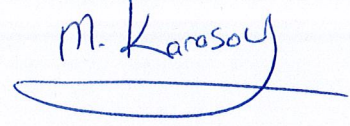
Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur. 04/02/2020


Prof. Dr. Ömer TETİK
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

Meliha KARASOY ANDIÇ



TEŞEKKÜRLER

Mesleki bilgi ve tecrübesini aktaran ve yüksek lisans eğitiminin boyunca beni hep destekleyen sevgili hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Dilek ERGİN'e

Tez çalışma sürecim boyunca beni hep destekleyen ve yardımcı olan M.C.B.Ü hastanesi çocuk kliniklerinde çalışan hemşire arkadaşlarıma

Sahip olduğum her şeyde emekleri olan ve sevgilerini hiç esirgemeyen annem, babam ve kardeşime

Tez dönemim boyunca manevi desteğini sevgisini esirgemeyen sevgili eşim Uzm. Dr. Melih ANDİÇ'e

Teşekkürlerimi sunarım.

Meliha KARASOY ANDİÇ

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜRLER	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
KISALTMALAR VE SEMBOLLER DİZİNİ	ix
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	3
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	4
3.3. SAYILTIAR.....	5
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	5
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	6
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. HEMŞİRELİK NEDİR ve TANIMI	7
4.2. ÇOCUK HEMŞİRELİĞİ	8
4.3. TIBBİ HATA ve TANIMI	8
4.3.1. Dünya’da ve Türkiye’de Tıbbi Hataların Durumu	9
4.3.2. Tıbbi Hataların Nedenleri.....	10
4.3.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	12
4.4. HASTA GÜVENLİĞİ.....	13

4.4.1. İlaç Hataları.....	14
4.4.2. Hastane Enfeksiyonları	20
4.4.3. Düşmeler	23
4.4.4. Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğinden Kaynaklanan Hatalar	25
4.4.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar.....	26
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	28
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ZAMAN	28
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ	28
5.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	29
5.5. BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	30
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	30
5.6.1. Hemşire Tanıtım Formu	31
5.6.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	31
5.6.3. Tıbbi Hatalara Yönelik Eğitim.....	31
5.7. VERİLERİN TOPLANMASI	32
5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	32
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI ve GENELLENEBİLİRLİĞİ	33
5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	33
6. BULGULAR.....	34
6.1 HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ	34
6.2. HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ TOPLAM ve ALT BOYUT ORTALAMA PUANLARININ GRUP İÇİ KARŞILAŞTIRILMASI.	37
6.3 HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE EĞİTİM ÖNCESİ ve SONRASI TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ TOPLAM ORTALAMA PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	38
7. TARTIŞMA	46

7.1. HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ TOPLAM ve ALT BOYUT ORTALAMA PUANLARININ TARTIŞILMASI.....	46
7.2. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ ile EĞİTİM ÖNCESİ ve SONRASI TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ TOPLAM ORTALAMA PUANLARININ TARTIŞILMASI.....	48
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
8.1 SONUÇLAR	53
8.2. ÖNERİLER	55
9. KAYNAKLAR	56
10. EKLER.....	69
EK-1 : MCBÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARAR FORMU	69
EK-2 : ETİK KURUL ONAYI.....	70
EK-3 : KURUM İZİNİ.....	71
EK-4 : ÖLÇEK İZİNİ	72
EK-5 : HEMŞİRE TANITIM FORMU	73
EK-6 : TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ	75
EK-7 : TIBBİ HATALARA YÖNELİK EĞİTİM FORMU	78
EK-8 : ORJİNALLİK RAPORU	94
11. ÖZGEÇMİŞ.....	95

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Çocuklar İçin Doğru İlaç Verme İlkeleri	20
--	----



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Tıbbi Hata Ana Nedenleri.....	13
Tablo 2. İlaç Hataları ve Nedenleri.....	17
Tablo 3. Araştırma Yapılan Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşire Sayıları.....	31
Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri.....	35
Tablo 5. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 6. Hemşirelerin Yaşları İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 7. Hemşirelerin Eğitim Durumu İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 8. Hemşirelerin Çalışma Şekli İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 9. Hemşirelerin Çalışma Statüsü İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 10. Hemşirelerin Pediatri Bölümünde Çalışma Yılları İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 11. Hemşirelerin Pediatri Bölümünü Kendi İsteğiyle Seçmesi İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 12. Hemşirelerin Günlük Baktıkları Hasta Sayısı İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 13. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumu İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 14. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Zamanı İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	43

Tablo 15. Hemşirelerin Çalıştıkları Klinik İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 16. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Yılları İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 17. Hemşirelerin Tuttukları Nöbet Sayısı İle Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	45



KISALTMALAR VE SEMBOLLER DİZİNİ

HE: Hastane Enfeksiyonları

ICN: Intenational Council of Nurses

IOM: Institute of Medicine

JCAHO: The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

THEÖ: Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

THD: Türk Hemşireler Derneği

WHO: World Health Organizations (Dünya Sağlık Örgütü)

YSS: Yüksek Sağlık Şurası

Başlık: Planlı Eğitimin Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Öğrencinin Adı: Meliha KARASOY ANDIÇ

Danışman: Doç. Dr. Dilek ERGİN

Anabilim Dalı: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere uygulanan planlı eğitimin tıbbi hatalar üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Veri toplamak amacıyla, 17 sorudan oluşan ‘‘Hemşire Tanıtım Formu’’, geçerlilik ve güvenilirliğini Altuncan ve Özata’nın yaptığı ‘‘Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği’’ ve gerekli literatür taranıp gerekli uzman görüşü alınarak hazırlanan eğitim formu kullanılmıştır. Araştırma tanımlayıcı ve yarı deneysel tipte planlanmış, 15 Kasım 2019 ile 30 Aralık 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Manisa Celal Bayar Üniversitesi çocuk birimlerinde çalışan tüm gönüllü hemşireler oluşturmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $29,36\pm 5,47$ (min:21, max:43) yıldır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %56,6’sı lisans mezunudur. Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalaması $8,04\pm 5,19$ yıl, hemşirelerin pediatri biriminde çalışma yılı ortalaması $5,42\pm 3,93$ yıl olarak bulunmuştur. Hemşirelerin %96,2’sinin tıbbi hatalara ilişkin gelişmeleri takip ettiği kaynak olmadığı, %98,1’inin tıbbi hata ile karşılaşma durumunda hemen rapor ettiği ve %25,2’sinin ise en çok karşılaşılan tıbbi hata olarak malzemedeki kaynaklı hataları bildirdiği bulunmuştur.

Sonuçlar: Araştırmamızda, yapılan planlı eğitimin çocuk hemşirelerinin tıbbi hataya eğilimi azalttığı bulunmuştur. Çocuk hemşirelerinin tıbbi hatalarını azaltmak için yıl içinde düzenli olarak güncel bilgiler doğrultusunda eğitim verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Tıbbi hata, çocuk hemşireleri, malpraktis

Title of the thesis: Investigation of The Effect of Planned Education on Malpractice Tendencies of Pediatric Nurses

Name of the student: Meliha KARASOY ANDIÇ

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Dilek ERGİN

Department: Pediatrics Health and Disease Nursing Department

2. ABSTRACT

Aim: This research was conducted to examine the effect of planned education applied to nurses on medical errors, in child clinics of Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital.

Material and Method: In order to collect data, the "Nurse Introduction Form", the "Medical Error Tendency Scale" by Altuncan and Özata, and the training form prepared by obtaining the necessary expert opinion were used. The research was planned in descriptive and semi-experimental type, and was conducted between 15 November and 30 December 2019. The universe of the research was composed of all volunteer nurses working in the child units of Manisa Celal Bayar University.

Results: In our study, the average age of the nurses was 29.36 ± 5.47 (min: 21, max: 43) years, 56.6% of them were undergraduate graduates. The average working years of the nurses participating in the study was 8.04 ± 5.19 years, and the average working years in the pediatrics unit was 5.42 ± 3.93 years. It was found that 96.2% of the nurses were not the source that followed the developments related to medical errors, 98.1% reported immediately in case of encountering medical errors and 25.2% reported the material errors as the most common medical error.

Conclusion: In our study, it was found that planned education reduces the tendency of pediatric nurses to medical errors. In order to reduce the medical errors of pediatric nurses, education should be given regularly in line with current information.

Key Words: Medical error, pediatric nurses, malpractices

3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Hastaya sağlık bakım hizmeti sunulurken kasıtsız aksamaların meydana getirdiği istenmedik ve beklenmedik sonuçlar tıbbi hata olarak tanımlanmaktadır (Balas ve ark 2004). Sağlık bakım hizmetleri genel olarak karmaşık bir yapıya sahiptir ve bazen yapılan uygulamalar esnasında bir takım uygulama hataları yaşanabilmektedir. Yaşanan bu hatalara bağlı olarak tedavi sürecinin uzaması, sakatlık, yaralanma, ölüm gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkabilmektedir (Altuncan ve Özata 2010).

“Institute of Medicine” da yayınlanan “To Err Is Human” raporunda tıbbi hata probleminin hastanede yatış süresi ve ölüm oranlarını artırdığını saptanmıştır. Tıbbi hataların meme kanseri, motorlu taşıt kazaları ve AIDS’ten daha fazla mortaliteye sebep olduğu ve ölüm nedenleri arasında 7. sırada olduğu saptanmıştır (Kohn ve ark 2000). Yurt dışında yapılan bir araştırmada Almanya’da her yıl 100.000 tıbbi hata meydana geldiği ve 25.000 kişinin bu Hatalara bağlı olarak yaşamını yitirdiği belirtilmektedir (Altuncan ve Özata).

Türkiye’de tıbbi uygulama hatalarının boyutu net olarak bilinmemekle beraber diğer ülkeler ile benzerlik gösterdiği tahmin edilmektedir (Cebeci ve ark. 2012). Yüksek Sağlık Şurası’nda 1931 ve 2004 yılları arasında tıbbi hatalarla ilgili 10 bin dosya görüşülmüştür. 2000-2005 yılı arasındaki beş yılda görüşülen dosyaların hemen hemen yarısında sağlık çalışanları az ya da çok kusurlu bulunmuştur (Temel 2005). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise sağlık personelinin tıbbi uygulama hatası yapma oranı %6,2 ve tıbbi hataya tanık olma oranı da %10,4 olarak saptanmıştır (Elbüken 2010). Ülkemizde Yüksek Sağlık Şurası’nda (YSS) 2002-2008 yılları arasında değerlendirilmiş olan 219 vakada tıbbi uygulama hatası iddialarının %21’inin hemşire nedenli olduğu bildirilmiştir (Altuncan ve Özata 2010).

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunu hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelerin bağımlı ve bağımsız işlevleri oldukça fazla olup hastayla teması

sürekli. Bu sebeple diğer sağlık personellerine oranla daha çok tıbbi hata riski ile karşı karşıya gelirler (Anezz 2006). Hasta bakımının temelini hasta güvenliği oluşturmaktadır ve hasta güvenliği hemşirelerin önceliğidir (Farquhar ve ark. 2007).

Tıbbi hataların sebeplerine yönelik literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Aştı ve Kıvanç'ın yapmış oldukları tıbbi hata nedenlerine yönelik bir çalışmada, tıbbi hata nedeni olarak ilk sırada uzun çalışma saatleri (%23,3), yetersiz hemşire sayısı (%16) ve yorgunluğun neden olduğu belirlenmiştir (Aştı ve Kıvanç 2003).

Çocukların gelişimsel ve fizyolojik yapıları yetişkinlere göre daha farklı olduğunda tıbbi hatalar açısından daha riskli grupta bulunmaktadır. Sözel iletişim kuramayan, özellikle küçük çocuklar tüm ihtiyaçlarında olduğu gibi sağlık ihtiyaçlarında da yetişkinlere bağlıdır. Çocuklardaki bu farklılıklardan dolayı tıbbi hata oranı yetişkinlere göre üç kat daha fazladır. Pediatrik hasta güvenliğinin önemli olmasında çocukların fizyolojik ve gelişimsel özellikleri etkilidir (Özkan 2010). Çocuk hastalarla çalışan hemşirelerin bu durum üzerine yoğunlaşması ve göz ardı etmemesi gerekmektedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çocuk hemşirelerinin yaptığı tıbbi uygulama hataları hem hastaya ve ailesine zarar verebilmekte hem de sağlık bakım hizmeti veren hemşire için maddi ve manevi zararlara yol açabilmektedir. Gerek hastanın gerekse ailesinin tedavi ve bakım sürecinde zarar görmemesi ve yasalar karşısında kendisini koruması için çocuk hemşirelerinin yaptıkları hatalı uygulamaları fark etmeleri, sebeplerini bilmeleri ve gereken önlemleri almaları gerekmektedir.

Bu araştırma planlı eğitimin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.3. SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hasta güvenliği, tüm sağlık ekip üyelerinde oldukça önemli bir kavramdır. Bu sebeple tıbbi hatalar konusunda tüm sağlık profesyonellerinde olduğu gibi hemşireler içinde önem teşkil eden bir konudur. Hemşireler hastayla iletişim ve teması en fazla olan meslek grubudur. Bu yüzden hastanın tedavi ve bakımı esnasında çok fazla riskli durumla karşılaşmaktadırlar. Bu sebeple hastalara, hasta yakınlarına ve diğer ilgililere uygulamalara ilişkin riskler ve bu risklerin en aza indirilmesi konusunda bilgi verilmeli, hasta güvenliği savunulmalıdır. Hasta güvenliğine ilişkin istenmeyen olay yaşandığında rapor edilmeli ve hemşirenin görev kapsamına alınmalıdır (Gallagher 2006).

Çocuk hemşireliğinin standartları çocuk ve ailenin sağlığını sürdürme ve yükseltmeye yöneliktir. Bu bağlamda çocuk hemşireliği; travmatik bakım, hastanın veya çocukların haklarını savunma, teknolojinin olması gerektiği gibi kullanımı, maliyet etkinlik, etik ilkelere hassasiyet gösterme, karar verme becerisi, uzman bir ekip üyesi olma gibi birçok görev ve yetkiyi kapsamaktadır. Hastaneye yatış süresince hastayla en fazla vakit geçiren meslek grubu çocuk hemşireleridir. Çocuk servislerinde de gerek çocukların metabolizma ve vücut yapısındaki farklılıklar gerekse ilaç atılımı ve yapılan uygulamalardaki farklılıklar nedeniyle tıbbi hatalar büyük önem taşımaktadır. Çocuk servislerindeki tıbbi hataları en aza indirmek için burada çalışan hemşirelerin tıbbi hatalar konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı, yeterli eğitimleri almış olmalıdır. Tıbbi hata ile karşılaşılan durumlarda çocuk hemşireleri bunun bildirimini yapmalıdırlar. Bu sayede sunulan bakımın kalitesi ve niteliği yükselir.

Çocuk hemşiresinin uygulamalarında yaptığı hatalar çocuğa ve ailesine zarar vermekle kalmayıp çocuk hemşiresi için de maddi ve manevi hasarlara yol açabilir. Bu sebeple çocuk hemşirelerinin, hasta ve ailesinin zarar görmesini önlemek ve kanunlar karşısında kendini koruyup savunabilmek için yapılan hatalı uygulamaları fark ederek, alınması gereken önlemleri almaz.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi çocuk servisleri, çocuk cerrahi, çocuk yoğun bakım, yeni doğan yoğun bakım ve çocuk acil servislerinde çalışmakta olan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın süresi içinde servislerde toplam 74 hemşire çalışmaktadır. Hemşirelerden 6 tanesi doğum izninde, 1 tanesi de ücretsiz izinde olması sebebiyle araştırma kapsamına alınamamıştır. 14 hemşire de araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Araştırma dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 53 hemşire ile yapılmıştır. Araştırma Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde yapıldığı için Manisa ilindeki diğer hastaneleri kapsamamaktadır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. HEMŞİRELİK NEDİR ve TANIMI

Hemşirelik, bireylerin, ailenin ve toplumun sağlığını koruyan ve yükseltmeyi hedefleyen, sosyal, kültürel ve teknolojik gelişmelere ayak uydurarak kendini güncelleyen bir sağlık disiplini (Akça Ay 2010).

Hemşirelerin tedavi edici ve eğitici rolleri bulunmaktadır ve hemşireler sağlığı yükseltmek için eğitsel faaliyetlerin gelişmesine ve uygulanmasına katılır (Sabuncu ve ark 1996). Hemşireleri bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı fonksiyonları vardır. Yasa ve yönetmeliklerle hemşirelerin rol ve işlevleri belirtilmiştir. Belirtilen yasa ve yönetmeliklere göre işlevlerini yerine getirirler. Yasalarla beraber etik ilkelerde hemşirelere bir takım sorumluluklar yüklemektedir. Etik ilkeler, bireyin yararını sağlamak, zarar görmesini engellemek ve güvenliğine yönelik tedbirlerin alınmasını sağlamayı gerektirmektedir (Abaan 1997).

Hemşirelik başlarda sadece hastaların fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgilenirken zamanla bireyleri holistik yaklaşımla değerlendirmeye başlamıştır (Öz 2010). Hemşireliğin uygulama alanı genişletilmiş, sorumlulukları artırılmış ve doktorlara bağlı olan meslekte daha özerk bir mesleğe dönüşmüştür. Bu dönüşümle beraber hastalıktan çok sağlığa odaklanmış bir meslek haline gelmiştir (Taylan ve ark 2012). Teorik olarak bakıldığında, hemşirelik mesleğinin birçok rolü bulunmaktadır. Bunlar; bakım verici rolü, danışmanlık rolü, rehabilite edici rolü, araştırmacı rolü ve yönetici rolü olarak sıralanabilir (Cimete ve Aksayan 2000).

4.2. ÇOCUK HEMŞİRELİĞİ

Çocuk hemşireliği hemşireliğin uzmanlık alanlarından biridir ve hemşirelik rol ve fonksiyonlarının yanı sıra aileyi ve çocuğu hemşirelik bakımı kapsamına alan, yeni doğan döneminden ergenlik döneminin sonuna kadar birincil, ikincil ve üçüncül sağlık bakım hizmeti veren hemşirelik alanıdır (Çavuşoğlu 2004, Bowden ve Greenberg 2003).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 08.03.2010 tarihli 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği'nin tanımı;" Evrensel çocuk hakları ve profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda 0-18 yaş arasındaki çocukların aile ve toplum içinde fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden sağlıklı büyüme ve gelişmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığın en üst düzeye çıkarılması; hastalandığında hasta çocuğun tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonundan sorumlu hemşiredir." olarak yapılmıştır (T.C. Resmi Gazete, 8 Mart 2010, sayı: 27515).

Çocuklarla çalışan hemşirelerin, çocuğun ve ailesinin fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal gereksinimlerinin farkında olmalıdır. Çocukların büyüme gelişme süreçleri çok hızlıdır. Baş etme teknikleri, benlik olgusu ve sosyal davranışları yetişkinlere oranla daha az gelişmiştir. Bu sebeple çocuk hemşiresi çocuğun ihtiyaçlarına duyarlı olmalı ve çocuğu bakıma dahil etmelidir (Çavuşoğlu 2004, Bowden ve Greenberg 2003).

4.3. TIBBİ HATA ve TANIMI

Son zamanlarda oldukça fazla üzerinde durulan ve hakkında birden fazla araştırma yapılan malpraktis kavramı, latince; "male" ve "praxis" kelimelerinden türemiştir ve "kötü, hatalı uygulama" anlamını taşımaktadır (Hancı 2006). Tüm dünyada tıbbi, etik, hukuki, yönetsel ve eğitimsel olarak ayrıntılı bir biçimde tartışılıp tanımlanmaktadır (Ertem ve ark. 2009).

Malpraktisin tanımı Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı tarafından hastaya sağlık hizmeti sunulurken kasıtsız bir aksamadan kaynaklanan beklenilmedik sonuç olarak tanımlanmıştır. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tarafından ise sağlık hizmeti sunumunda profesyonellerden birinin etik olmayan davranışta bulunup, ihmalkar davranması ve bunun sonucunda hastanın zarar görmesi olarak tanımlanmıştır (Güngör ve ark. 2012).

Dünya Tabipler Birliğine göre malpraktis “hekimin veya sağlık personelinin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır” şeklinde tanımlanmıştır. Türk Tabipler Birliği Meslek Etiğinde ise tıbbi hatanın tanımı; hekimlik uygulamalarının kötü yapılması, bilgisizlik, tecrübesizlik ya da ihmalkarlık sebebiyle hastaların zarar görmesi olarak tanımlanmıştır (Türk Tabipler Birliği 1999).

4.3.1. Dünya’da ve Türkiye’de Tıbbi Hataların Durumu

Tıbbi uygulama hataları, sağlık bakım hizmeti sunarken her gün daha da büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya’da ve ülkemizde yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular konunun ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Altunkan ve Özata 2010, Kumar ve Chauldary 2009). Harvard Practice Study’ın yapmış olduğu çalışmada, New York’ta hastaneye başvuran hastaların %3,7 sinde tıbbi uygulama hatası yapıldığı ve bu hataların yarısından fazla kısmının önlenebilir olduğu sonucu çıkmıştır (Rothschild 2002). Yine 1999 yılında ABD Tıp Enstitüsü Institute of Medicine (IOM) yayınlamış olduğu raporda, tıbbi hata boyutlarının tahmin edilenden de fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Yayımlanan rapora göre, ABD’de her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalara bağlı olarak yaşamını yitirmektedir (Institute of Medicine 1999).

Blendon ve ark.’nın yapmış oldukları çalışmada, doktorların %35’i, toplumunda %42’si kendisi veya yakınına uygulanan tedavi ve bakımda malpraktis yapıldığını saptamışlardır (Blendon ve ark. 2002). Tıbbi hataların ölüm ve hastalık hızında artışa neden olduğu bilinmektedir. ABD’de tıbbi uygulama hataları sonucunda meydana

gelen mortalite hızının, trafik kazalarının sebep olduğu mortaliteden dört kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Bates ve ark. 1995).

De Vries ve ark. 2008’de yaptıkları derlemede, istenmeyen olayların %74.0-%81.2 gibi büyük bir oranla hastanelerde görüldüğünü bildirmişlerdir. Hastanede yatmakta olan 100 hastadan 10’u tıbbi hatalar sebebi ile zarar görmektedir. İstenmeyen olayların da %61’inin engellenebilir olduğu saptanmıştır (Anezz 2006, De Vries ve ark. 2008, Smits ve ark. 2010).

2005 yılında yapılan “Common Wealth Fund International Health Policy Survey” e göre hastaların Avusturalya’da %13, Kanada’da %15, Yeni Zellanda’da %14, İngiltere’de %12, Amerika’da %15 ve Almanya’da %13’ünün sağlık bakım hizmeti alırken ya da tedavi esnasında tıbbi uygulama hatasıyla karşılaştığı ve yine sırasıyla %10, %10, %9, %10, %13 ve %10’unun yanlış ilaç ya da uygun olmaya doz aldığı bildirilmektedir (Schoen ve ark. 2005).

Türkiye’de 1992-2002 yılları arasında malpraktis dosyalarının incelendiği bir çalışmada 227 hemşire ve 159 ebe ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Safran 2005). Yine 1993-1998 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası’na gelen 1015 malpraktis olayının 59’unun hemşire ve ebeler ile ilgili olduğu belirlenmiştir (Gündoğmuş ve ark. 2004).

4.3.2. Tıbbi Hataların Nedenleri

Tıbbi hatalara nedenlerini ayırt etmemiz oldukça zordur. Tıbbi hatalar ayrıntılı olarak incelendiğinde kişisel hatalar değil, daha çok sistemsel aksama ve eksikliklerden kaynaklandığı ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple tıbbi hatalarda kişisel cezalandırmalar yerine sistemin daha doğru işleminin ve iyileştirmesinin sağlanması gerekmektedir (Tansuyer 2010).

Adams ve Garber tıbbi hataları iki bileşende incelemektedirler. Bunlar insandan kaynaklanan hatalar ve sistemden kaynaklanan hatalardır ve sistemsel hatalar daha büyük problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Adams ve Garber 2007).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarına tıbbi uygulama hatalarının sebebi sorulmuş ve katılımcıların birçoğu sistemden kaynaklandığını ve kişilere sorumluluk yüklenmemesinin gerektiğini söylemişlerdir (Vural ve ark. 2014).

Yapılan bir başka çalışmada ise 333 hemşire, 156 doktor ve bu sağlık profesyonellerinden hizmet alan veya alacak olan 240 sağlıklı bireye tıbbi hataların sorumluluğunun kimde olduğu sorulmuştur. Katılımcılardan sağlık çalışanlarının %55'i, sağlıklı bireylerinde %49'u tıbbi hataların kişiler ve kurumların ortak sorunu olduğunu belirtmişlerdir (Bodur ve ark. 2011).

Akalın'a göre de tıbbi uygulama hataları üç ana faktöre bağlı olarak gelişmektedir. Bunlar; insan, kurumsal ve teknik faktörlerdir (Tablo 1) (Akalın 2005).

Tablo 1. Tıbbi Hataların Ana Nedenleri

İnsan faktörü	Kurumsal faktörler	Teknik faktörler
Yorgunluk	İş yeri yapısı	Yetersiz otomasyon
Eğitim yetersizliği	Sürdürülen politikalar	Yetersiz ekipman
İhmalkarlık	Liderlik	yetersiz cihaz
Tedbir alınmaması	Geri dönüşüm	Karar verme konusunda
Dikkatsizlik	Konularda yetersizlik	destek eksikliği
İletişim eksikliği	Personel dağılımının	İntegrasyon eksikliği
Güç/kontrol	yanlış yapılması	
Zamansızlık		
Yanlış verilen karar		
Mantıksal hatalar		
Tartışmacı kişilik yapısı		

Yorgunluk, eğitimin yetersiz olması, iletişim problemleri, zaman eksikliği, yanlış alınan kararlar, tartışmacı kişilik yapısı gibi insan faktörüne dayalı sorunlar tıbbi hatalara neden olabilmektedir. İşyerinin yapısı, kurumun takip ettiği politikalar, idari yapı, personelin yanlış dağılımı, sorunların çözümü konusunda yetersizlik gibi nedenler kurumsal faktörler ve yetersiz otomasyon, yetersiz ekipman ve eksik cihaz gibi teknik faktörler de tıbbi hatalara sebep olabilmektedir (Akalın 2005, Akalın 2007, Güven 2007).

4.3.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hatalar, ilk defa 1990 yılında, aktif ve gizli hatalar olmak üzere iki sınıfa ayrılmıştır. Aktif hatalar, etkisi ve sonucu anında ortaya çıkan hatalar olarak tanımlanmıştır; gizli hatalar da, sağlık personeli denetim ve kontrolü dışında oluşan ve tasarım eksikliği, yanlış kurulum, hatalı bakım, kötü alınmış idari kararlar ve zayıf yapılmış kurum ve kuruluşları içeren hatalar olarak belirtilmiştir (Saygın ve Keklik 2014).

Tıbbi hatalar, kök nedene bağlı yapılan hatalar ya da hata türü açısından yapılan hatalar olmak üzere iki farklı şekilde sınıflandırıp, incelenebilir (Altuncan ve Özata 2010).

Kök Nedene Bağlı Hatalar;

- Yapılan işleme bağlı hatalar: Yanlış işlemi uygulama
- İhmalden kaynaklanan hatalar: Doğru işlemi uygulamama
- Uygulamayla ilgili hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama

Hata Türü Açısından Yapılan Hatalar;

- İlaç Hataları,
- Cerrahi Hatalar,
- Tanı Koymada Yapılan Hatalar,
- Sistem Yetersizliğine Bağlı Hatalar,
- Diğer Hatalar (Kan transfüzyonu, düşmeler, hastane enfeksiyonları)

Literatür taraması yapıldığında, en çok karşılaşılan tıbbi hata türleri; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler ve malzemedden kaynaklanan hatalar olduğu görülmektedir (Altuncan ve Özata 2010).

Literatür incelendiğinde hemşirelik mesleği ile ilgili olan tıbbi hatalar;

1. İzlem ve iletişim eksikliği,
2. Bakım standartlarını uygulamada yaşanan sorunlar,
3. Değerlendirme eksikliği,

4. Kayıt tutma yetersizlikler,
5. Hasta güvenliği ile ilgili girişimlerin yetersiz oluşu vb. şeklinde sıralanmaktadır (Ertem ve ark 2009, İntepeler ve Dursun 2012).

4.4. HASTA GÜVENLİĞİ

Hasta güvenliği, hastaların sağlıklarını tehlikeye sokabilecek durumlardan uzak tutulması, sağlık hizmetinden kaynaklanan hataların önlenmesi ve hatalardan meydana gelen olumsuz sonuçların en az seviyeye indirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hata ise hastaya sağlık hizmeti sunulurken kasıtsız bir aksamadan kaynaklanan beklenmeyen sonuçlardır (Yalçın ve Acar 2010). Hasta güvenliği; süreçlerdeki basit hataların hastaların ve sağlık çalışanlarının zarar görmesini engelleyecek önlemler almak, hataların hastalara ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak tedbirler almaktır. Hastaların hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam oluşturarak güvenliği sağlamaktır (Tansüyer 2010).

Hasta güvenliği, tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi temel hemşirelik yaklaşımının da öğelerinden biridir. ICN'e göre hasta güvenliğinin yükseltilmesi için profesyonel sağlık personelinin işe alınması, sağlık personelinin eğitimi düzenli olarak yapılmalıdır. Sağlık personelinin meslekte tutulması, performansının yükseltilmesi, ilaç güvenliği, enfeksiyonla mücadele, cihaz güvenliği ve sağlıklı klinik uygulamaların yapılması, sağlıklı bakım ortamı oluşturulması, çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınmalıdır. Hasta güvenliği üzerine yoğunlaşmış bilimsel bilgi ve bunun gelişmesine katkı sağlayacak altyapının oluşturulmasının gerektiğini savunmaktadır (Akbulut ve ark. 1998, Özgirgin 1996).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında kilit role sahip olan meslek grubu hemşirelerdir. Hemşireler sağlık sistemi içinde personel sayısı olarak önemli bir güce sahip, tüm alanlarda aktif çalışan, hızlı karar verip soğukkanlı davranabilen,

zorluklarla mücadele edebilen ve toplumda önemi büyük olan meslek grubudur (Rich 2008, Hughes ve Clancy 2009).

Hasta güvenliği oluşturulurken klinik farklılıklar ön planda tutulmalıdır. Çocuk klinikleri hasta güvenliği konusunda daha fazla özen ve enerji gerektiren birimlerdir. Bebek ve çocuklar için hastane, alıştığı çevreden çok farklı bir yapıya sahiptir ve sağlıklarında meydana gelen herhangi bir tehlike onları belirli bir süre normal çevrelerinden, alışkın olduğu faaliyetlerden alıkoyan bir tehdittir. Bu sebeple, güvenli ve olumlu bir fiziksel çevre bebek ve çocuğu fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyileştirdiği ve hastanede kalma süresini kısalttığı bilinmektedir (Jonhstone ve Kanitsaki 2007, Başbakkal ve ark. 2009).

Çocuğun ve ailenin sağlık hizmeti alırken zarar görmesinin engellenmesi ve kanunlar karşısında çocuk hemşirelerinin kendilerini koruyup savunabilmesi için hasta güvenliğini iyi bilmesi ve tıbbi uygulama hatalarını arttıran durumları tespit edip gereken tedbirlerin alınması önem arz etmektedir (Gerçeker ve ark. 2015). Hatayı oluşturan durumların bilinmesi, bu istenmeyen durumların ortamdan uzaklaştırılmasına yardımcı olabilmektedir (Aydın ve Cengiz 2011).

Hasta güvenliği konusunda hemşirelik hizmetlerinde en sık karşılaşılan hataların başında; ilaç ve transfüzyon hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz izlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hataların geldiği belirtilmektedir (Altuncan ve Özata 2010).

4.4.1. İlaç Hataları

İlaç uygulama hataları, uygun olmayan ilaç kullanımı ya da hastanın zarar görmesine sebep olan önlenebilir hatalar olarak tanımlanmaktadır (Uzun ve Arslan 2008).

ABD’de yapılan bir araştırmada hastaneye yatan iki milyona yakın hastada ilaç uygulama hatasının yapıldığı saptanmıştır (Beyea 2002). İngiltere’de ise 2001 yılında ilaç uygulama hatalarından kaynaklı yaklaşık 1200 kişinin yaşamını yitirdiği tespit edilmiş ve bu durumun son on yıl içinde %50 oranında artış gösterdiği kaydedilmiştir (Aslan ve Ünal 2005). Genel anlamda bakıldığında İngiltere’de 400 yataklı bir

hastanede, her gün bir hasta, bir ilaç uygulama hatasına maruz kalmaktadır (Eşer ve ark 2007).

İlaç hatalarının kaynakları hekim, hemşire ve hasta olabilir. Bunlardan ayrı ilacı üreten firma, eczaneler, ilacın hazırlanma süreci, dağıtılması ve saklanması aşamalarında meydana gelen hatalar olabilir. İlaç hataları buzdağına benzetilmektedir. Buzdağının görünen kısmında bildirim yapılmış olan ya da hasara neden olan hatalar yer almaktadır. Buzdağının görünmeyen kısmında ise bildirilmemiş, hasara neden olma riski bulunan, fark edilmemiş, potansiyel sorun teşkil eden, tanımlanmış fakat önemsiz olduğu düşünülen hatalar yer almaktadır. Bu durum bize gösterdiği ilaç hatalarının sıklığının görünenden daha fazla olabileceğidir (Smith 2004).

İlaç uygulamaları multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. İlaç uygulama süreci muayeneden sonra hekimin ilacı istem etmesiyle başlayıp ilacın sağlık profesyoneli (hekim, hemşire) ya da hasta yakını tarafından uygulanması, uygulamadan sonra kayıt ve gözlem yapılması ile son bulmaktadır. Bu süreçte yapılacak hatalar, bireylerin yanlış tedavi uygulanmasına, hastaneye yatış süresinde uzamaya ve hatta ölüme varan kötü sonuçlara sebep olmaktadır (Uzun ve Arslan 2008).

İlaç hataları, tıbbi hatalar içinde en yaygın olanıdır. İlaç hataların bazıları; yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış seçenek, yanlış teknik ve ekipman kaybıdır (Sezgin 2007). Kaushal ve ark. en çok görülen ilaç hatası tiplerini sırasıyla; hatalı doz, hatalı yoldan verilmesi, uygulanan ilacın isteminin olmaması/kayıtların düzenli tutulmaması, ilacın yanlış zamanda uygulanması, okunaksız order, yanlış ilaç, ilaç alerjisi ve yanlış hasta şeklinde sıralanmıştır (Kaushal ve ark. 2001).

Tablo 2. İlaç Hataları ve Nedenleri

İlaç hatası tipi	Etkileyen faktörler	İlaç hatası nedenleri
Yüksek doz	Dikkat dağınıklığı	Performans eksikliği
Hatalı doz/miktar	İş yükünün fazla olması	Prosedür/Protokolü takip etmeme
Önemsememek	Tecrübesiz personel	Bilgi eksikliği
İstem hatası	Vardiya değişikliği	Kayıt tutmada eksiklik
Resmi olmayan ilaç	Geçici personel	İletişimsizlik
Yanlış yoldan uygulama	24 saat eczanenin çalışmaması	Hatalı ya da ihmal edilmiş kopyalama
Uygulama tekniği	Yetersiz personel	Bilgisayara girişte hata
Yanlış dozaj formu	Acil durumlar	İlaç dağıtım sisteminde hata
Yanlış ilaç hazırlama	Çapraz kayıt hatası	Saklama sisteminde yetersizlikler
Yanlış hasta	Kodlama durumu	Okunamayan ya da belirsiz el yazısı
Yanlış yol	Hastaya ulaşamama	
Yanlış zaman	Bilgi	

İlaç hataları konusunda yapılan araştırmalar sonucunda çocuk hastalardaki ilaç hatası oranının yetişkin hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Jonh ve Rodney 2005). Yetişkinlere göre çocuklarda ilaç hatalarının üç kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Ferranti ve ark. 2008). Yeni doğan döneminde ise ilaç hataları %4-30

arasında rapor edilmektedir (Çavuşoğlu 2015). Çocukların iletişim becerileri kısıtlı olduğu için ilaçların yan etkilerini ifade ederken zorlanabilirler ya da edemeyebilirler. Ayrıca doz hesabı yapılırken yüzey alanı, ağırlık, yaş gibi faktörler dikkate alındığı için ilaç hataları bakımından çocuk hastalar daha riskli gruptadır (Özkan 2013, Payne ve ark. 2007). Çocukların renal, immün ve hepatik fonksiyonları gelişmeye devam etmektedir. Bu yüzden yetişkinlere göre ilaç hatalarını daha az tolere edebilirler (Törüner ve Erdemir 2010).

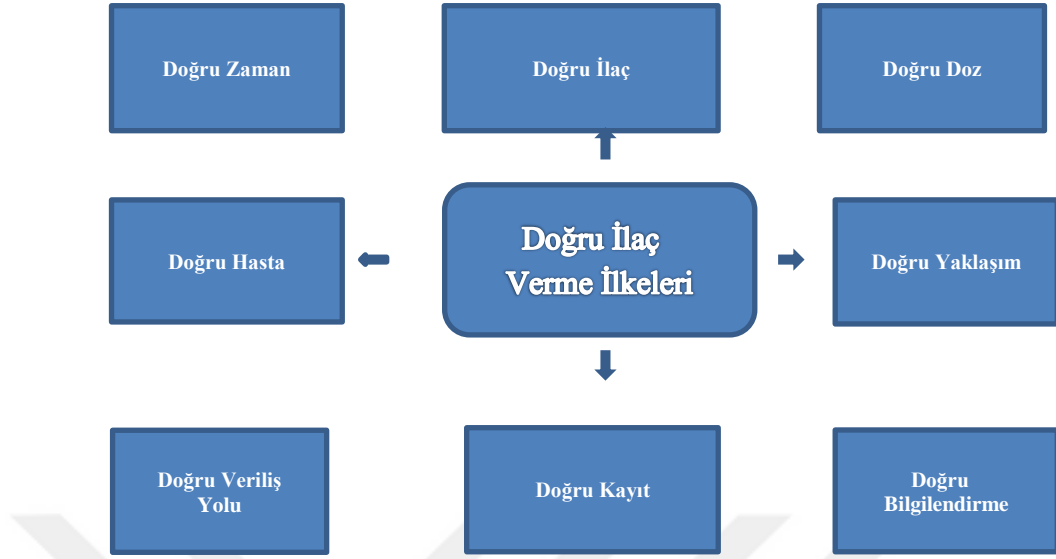
İlaçların çok büyük kısmı yetişkinlere göre ayarlanmıştır. Çocuklara yönelik hazırlanan ilaçlar oldukça sınırlıdır. Çocuğa uygulanacak ilaç dozu ayarlanırken kiloya ya da metrekareye göre hazırlanır. Ayrıca flakon şeklindeki bazı antibiyotiklerin kuru toz hacmi bulunmaktadır. Çocuklar için istem edilen ilaç dozu hesaplanırken antibiyotiğin kuru toz hacmi dikkate alınmazsa, hazırlanan ilaç dozu istem edilen dozdan daha az olmaktadır. Bu nedenle, flakon şeklindeki antibiyotikler hazırlanırken, kuru toz hacimlerin dikkate alınması gerekmektedir (Törüner ve Büyükgönerç 2012).

Yapılan çalışmalarda çocuk hastalarda ilaç hatalarının oluşmasında birçok faktör rol oynamaktadır. Bu hatalara bakıldığında; çocuk hemşirelerine göre ilaç hatası nedenleri arasında ilk olarak “ilaç uygulaması sırasında hemşirenin ilgisinin dağılması ve uygulanan işin kesintiye uğramasının” (%50) olduğu belirlenmiştir. Hemşireler, ilaç hatasının diğer sebeplerini hemşire yetersizliğ (%37), uygulanacak olan ilacın miktarını (%35) ve ilacı iki kere kontrol etmemeyi (%28) belirtmişlerdir (Stratton ve ark. 2004). Çocuklarda ilaç hataları konusunda yapılan bir başka araştırmada ise hata sıklığı 100 ilaç isteminde %4.5-5.7 arasında saptanmıştır (Hughes ve Edgerton 2005).

Ülkemizde ise Alparslan ve Erdemir’in 1997 yılında yaptığı araştırmada, oral-parenteral yolla verilen 641 antibiyotiğin çocuk hastalara nasıl uygulandığı izlenmiştir. İzlenen 641 ilaç uygulamasının 533 tanesinde ilaç uygulama hatası gözlemlenmiştir (Alparslan ve Erdemir 1997).

İlaç uygulamada meydana gelen hataları önlemek ve ilacı güvenli bir şekilde çocuklara uygulamak için ilaç uygulamaları esnasında 8 doğru ilkesine uymak çok önemlidir (Törüner ve Büyükgönerç 2012).

Şekil 1. Çocuklar İçin Doğru İlaç Verme İlkeleri



- 1. Doğru İlaç:** Çocuk hemşiresi uygulayacağı her ilaç için tıbbi istem almalıdır. İlacın ticari adını ve etken maddesini bilmelidir. İlaç hazırlama ortamı sakın ve aydınlık olmalı ve ilacı tek başına hazırlamalıdır. Uygulanacak olan ilacın adı, dozu ve ilacın uygunluğu açısından ilacı alırken, hazırlarken ya da kadehe koyarken ve ilacı tekrar yerleştirirken üç kere kontrol etmelidir (Çavuşoğlu 2015, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Aştı ve Karadağ 2011).
- 2. Doğru Doz:** Çocuklarda ilaç dozları standart değildir. İlaç dozu hesaplaması yapılırken kiloya göre ya da metrekareye göre hesaplanmaktadır. Bu yüzden hekim isteminde belirtilen ilaç dozu, doğru ve tam olarak hazırlanmalıdır. İstemde belirtilen miktar mg, ml, cc okunmuyorsa ilaç uygulanmamalıdır. Çocuklarda ilaçlar doğru araçlarla ölçülerek, standart ölçü araçları kullanarak hazırlanmalıdır. İlaç dozunun tam olarak görünebilmesi açısından ilaç hazırlama ortamının aydınlatması yeterli olmalıdır (Çavuşoğlu 2015, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Aştı ve Karadağ 2011).
- 3. Doğru Yol:** Hekim isteminde ilacın uygulama yolu belirtilmelidir. Uygulama yolu belirtilmemiş ya da uygun bulunmuyorsa hekime tekrar danışılmalı ve uygun yol ile çocuğa ilaç uygulanmalıdır (Çavuşoğlu 2015, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Aştı ve Karadağ 2011).

- 4. Doğru Hasta/Çocuk:** İlaçların çocuklara doğru verilebilmesi için ilaç hazırlarken ve uygulamadan önce kimliği teyit edilmelidir. Her kurumun kendine göre hazırlamış olduğu kimlik belirtme şekli vardır (el bilekliği yatak ucuna bağlanan bileklik ya da hasta dosyasında bulundurulan kimlik bilgileri). Eğer hasta kendini ifade edebilecek yaşta ve büyük çocuk ise mutlaka ismi ile hitap edilmeli, eğer tanımıyorsak mutlaka adını ve soyadını sormalıyız. Hasta bilinçsiz ya da bebek ise dosyasından ya da var ise bilekliğinden ve ailesinden kimliği teyit edilerek ilaç uygulaması yapılmalıdır (Çavuşoğlu 2015, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Aştı ve Karadağ 2011).
- 5. Doğru Zaman:** Çocuklarda ilaç uygulamalarında hekim istemindeki sıklıkta ilaçlar uygulanmalıdır. İlaçların istenen etkisinin en yoğun olacağı zaman bilinmeli ve buna göre uygulama yapılmalıdır.(yemekten önce, yemekten sonra gibi). İlaçları uygulama sıklığı ve neden uygulandığı konusunda çocuğun ailesi bilgilendirilmelidir. Çocuklarda ilaç uygulamaları uzun zaman aldığı için önceki ilaç dozu zamanı ile programlı bir şekilde ilaç uygulaması yapılmalıdır (Çavuşoğlu 2015, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Aştı ve Karadağ 2011).
- 6. Doğru yaklaşım:** Çocuklarda ilaç uygulamalarında çocuğun gelişim dönemi dikkate alınarak korkuları, güçsüzlüğü ve baş etme yöntemleri dikkate alınmalıdır (Özkan 2011, Aydın ve Cengiz 2011, Uzun ve Arslan 2008).
- 7. Doğru bilgilendirme:** Hemşire çocuğa uyguladığı ilacın ne olduğunu, uyguladıktan sonra etkisinin neler olacağını bilmelidir. Çocuğa ve ailesine ilaçların kullanma şekli etkisi ve yan etkileri hakkında bilgilendirme yapmalı ve çocuğun ilacı güvenli bir şekilde kullanmasını sağlamalıdır (Özkan 2011, Aydın ve Cengiz 2011, Uzun ve Arslan 2008)
- 8. Doğru kayıt:** Çocuk hemşireleri ilaçları vermeden önce ve sonra mutlaka istemi kontrol etmelidir. Yazılı istemde hastanın adı, soyadı, ilacın adı, verilecek yol, dozu ve sıklığı yer almalıdır. İstemde bu bilgilerden eksik varsa mutlaka hekim ile iletişime geçilmelidir. İlaç uygulaması yapıldıktan sonra hemşire gözlem

formuna ilacın ismi, dozu, verilış saati ve uygulama yolu kaydedilip ilacı uygulayan hemşire adını yazıp imzasını atmalıdır (Özkan 2011, Aydın ve Cengiz 2011, Uzun ve Arslan 2008).

4.4.2. Hastane Enfeksiyonları

Modern tıbbın en büyük sağlık problemlerinden biri ‘‘sağlık hizmetine ilişkin enfeksiyonlardır’’. Dünyada ve ölkemizde meydana gelen önemli sağlık sorunları arasında yer alır. Hastane enfeksiyonları (HE) kontrol edilip öngörülebilir ve önlenabilir sorunlardır. HE herhangi bir enfeksiyon hastalığı bulunmayan ya da kuluçka döneminde olmayan hastada hastaneye yatıştan 48-72 saat sonra ortaya çıkan ya da taburculuktan 10 gün sonraya kadar oluşan enfeksiyonlardır (Öztürk 2008, Naharcı 2006). HE mortalite, morbidite ve maliyetlerde yükselmeye sebep olup iş gücü ve üretkenlik kaybına yol açtığı için tüm dünyada önemi giderek artmaktadır. Gelişmiş ölkelerde yatan hastalarda HE görölme oranı %5-10 iken gelişmekte olan ölkelerde bu oran %25’i aşmaktadır (şardan 2010).

Yapılan çalışmalarda HE’nin %40’ının önlenabilir olduğu saptanmıştır (WHO 2006). Başlıca enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu zaman hastane enfeksiyonları önlenabilir tıbbi hata olarak kabul edilmektedir (IOM 2001). Farklı ölkelerde yapılan hastane enfeksiyonları ile ilgili çalışmalarda, hastanede yatan hastaların %3.1–14.1’inde hastane enfeksiyonu geliştiği tespit edilmiştir (Öztürk 2008). Amerika’da her yıl 1,7 milyon hastane enfeksiyonu gerçekleştiği ve bunların 99.000’inin ölümlle sonuçlandığı tahmin edilmektedir.

DSÖ’nün Avrupa, Doğu Akdeniz, Güney Doğu Asya ve Batı Pasifik olmak üzere dört bölgede 14 ölkede, 55 hastanede yaptığı prevalans çalışmasında yatan hastaların ortalama %9’unda hastane enfeksiyonu geliştiği bulunmuştur. Hastane enfeksiyonunun en sık göröldüğu bölge Doğu Akdeniz ile Güney Doğu Asya’dır, sırasıyla %10 ve %12 olarak tespit edilmiştir. Bu değer Avrupa’da %8, Batı Pasifik’te %9 olarak bulunmuştur (Ersoy 2012).

Ölkemizde de tüm dünyada olduğu gibi hastane enfeksiyonları önemli bir sorun olarak görölmektedir. Ölkemizde HE ile ilgili verilere ulaşmakta bir takım sıkıntılar

yaşanmakla birlikte Türkiye’de HE oranının %5–15 arasında değiştiği kabul edilmektedir (Ersoy 2012). HE hızı erişkin hastalarda yaşla beraber artmaktadır. Ancak çocuklarda yaşla ters orantılı olarak yükselir. Bir yaş altındaki çocuklarda HE saptanması %7-9 iken, ilk 10 yaşta %1,5-4 arasında bulunmuştur (Öztürk 2008). Erişkinlerde en sık görülen HE, üriner sistem enfeksiyonları iken çocuklarda en sık görülen HE ise kan dolaşımında meydana gelen enfeksiyonlarıdır (Özçetin ve ark 2009).

Hastane enfeksiyonlarının sebeplerini genel olarak beş başlık altında sıralayabiliriz:

1. Hastanede uygulanan girişimsel tedavi uygulamaları: Özellikle ameliyat ve diğer girişimsel işlemler endotrakeal entübasyon, enjeksiyon, kateterizasyon uygulamaları gibi vücuda doğrudan yapılan müdahaleler ve bu müdahaleler esnasında kullanılan malzemelerin, solüsyonların ya da yara yerinin, vücudun temizliğinin yeterli düzeyde sağlanmaması hastane enfeksiyonuna sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda idrar yolu enfeksiyonlarının %80’i üriner kateterizasyon ve bağlantılarından kaynaklandığı tespit edilmiştir (Altuncan 2009).
2. Hijyen ve temizlik kurallarına dikkat edilmemesi: Sağlık personelinin, hasta veya ailelerinin kişisel temizliklerine ve el yıkamaya dikkat etmemesi; sağlık kuruluş binasının ve hastalara kullanılan malzemelerinin dezenfeksiyon ve sterilizasyonunun yapılmaması, mutfak ve çamaşırhanede yeterli hijyen kurallarına uyulmaması hastane enfeksiyonlarına sebep olmaktadır (Altuncan 2009).
3. Fiziki yetersizlikler: Hastane binası ve alt yapısının, hijyenik bir tedavi-bakım hizmeti sunma açısından elverişsiz ve uygun olmaması hastane enfeksiyonlarına sebep olabilmektedir (Ersoy 2012).
4. Personel yetersizliği: Hastaların tedavi, bakım ve temizlik hizmeti için çalışan personel sayısı yeterli ve çalışan personeller nitelikli olmalıdır. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitesi’nde yapılmış olan bir

çalışmada, iki hastaya bir hemşire bakacak şekilde bir hasta paylaşımı yapıldığında ve birimdeki temizlik elemanı sayısı arttırıldığında oluşan tüm hastane enfeksiyonlarında azalmalar sağlandığı söylenmiştir (Ersoy 2012).

5. Hastanın bağışıklık sistemini olumsuz etkileyen faktörler: Hastanın yaşı, sahip olduğu kronik hastalıklar, yatışa sebep olan hastalığının getirdiği riskler, mevcut durumu (kilosu, yatağa bağıllık durumu gibi) hastane enfeksiyonlarına sebep olabilmektedir (Sayıştay Raporu 2007).

Bir hastanede enfeksiyonun yayılması üç faktörün varlığı sebebiyle olmaktadır:

- Enfeksiyonun kaynağı: genellikle insanların (hastalar, hastane personeli veya nadiren ziyaretçiler) kendi floraları ve cansız, çevrede bulunan objeler (ekipmanlar, hasta bakım malzemeleri, vs.) ve tedavi uygulamaları enfeksiyon kaynağı olabilmektedir (Sayıştay Raporu 2007).
- Hastanın Duyarlılığı: Hastanın yaşı, altta yatan bir hastalığın varlığı, yoğun antibiyotik tedavisi alması, onkolojik ya da immün sistemini baskılayıcı ilaç uygulamaları, cerrahi uygulamalar, anestezi, üriner ya da intravenöz kateter uygulamaları hastane enfeksiyonları için duyarlılık oluşturmaktadır (Sayıştay Raporu 2007).
- Yayılma Yolu: Mikroorganizmalar hastanede birçok yolla yayılabilmektedir. En sık görülen yayılma yolları şunlardır:
 - Temas ile yayılım,
 - Ortak malzeme kullanımı ile yayılım,
 - Damlacık yolu ile yayılım,
 - Solunum ve hava yoluyla yayılım (Sayıştay Raporu 2007).

Çocukların immün sistemi erişkinlere göre immatürdür. Erişkinler geçirilmiş enfeksiyonlar veya aşılama sayesinde hastane ortamında bazı patojen mikroorganizmalardan etkilenmezken, aynı patojenler çocuklarda çok kolay enfeksiyona neden olabilirler. Bu sebeple çocuklarda HE etkeni olan viral enfeksiyonlar erişkinlere oranla daha fazla görülmektedir (Maraş 2011).

Ülkemizde çocuk yoğun bakım ünitesinde yapılmış olan bir çalışmada 1.126 temas (863 yüzeysel, 263 invaziv) değerlendirilmiş, el hijyeni kurallarına uyum oranı (el yıkama veya el antiseptiği ile ovma) %8,9 olarak bulunmuştur. El hijyeni kurallarına uyum yüzeysel işlemlerde %9,5 ve invaziv işlemlerde %10,6 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada hastadan hastaya geçişlerde eldiven değiştirme oranı %44, eldiven giymeden önce el yıkama oranı %9,1 ve eldiven çıkarıldıktan sonra el yıkama oranı %45,5 olarak bulunmuştur (Sönmezer ve ark. 2014).

HE'yi önleme ve kontrolünde esas olan sürveyans çalışması, el hijyeni, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve hasta izolasyonu gibi konularda önleme çalışmalarının yapılması ve eğitimler verilmesi gerekmektedir. HE ile mücadelede kullanılmakta olan araç gereç ve yöntemler bilimsel çalışmalarla geliştirilmekte ve yenilenip güncellenmektedir. Ancak HE ile mücadelede başarılı olabilmek bütüncül bir yaklaşımla hareket edip uygulamalara süreklilik kazandırılmalıdır. Uygulanmadığı takdirde zincirin halkalarından birisi eksik kalacak ve bu sebeple, HE'nin kontrol altına alınmasına yönelik çalışmalarda başarı oranı düşecektir (Sayıştay Raporu 2007). Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi bir ekip (doktor, hemşire, teknisyen, temizlik elemanı) işidir. HE de alınacak önlemler tüm sağlık profesyonellerinin enfeksiyonlar hususunda tam ve doğru bilgilendirilmesi öğrenilen bilgilerinde uygulamaya dökülmesi ile sağlanabilir. Hastane enfeksiyon oranları hastayla sürekli temasta olan ve doğrudan yatak başı bakım verenlerin bilgi tutum ve davranışlarına bağlıdır. Sağlık personelinin kendi hataları ile enfeksiyon oranları arasındaki ilişkiyi görmeleri bu konuda büyük öneme sahiptir (Altuncan 2009).

4.4.3. Düşmeler

Hastanelerde çok sık görülen yaralanma sebeplerinden biri düşmelerdir. Düşmeler ağır ve ciddi yaralanmalara sebep olabilmektedir. Bunlar subdural hematoma, intrakraniyal kanamalar, kalça kırıkları vb. şekilde sıralanabilir (Kim ve ark. 2004). Hastaneye yatan her 1000 hastadan en az 3-6'sının düştüğü tahmin edilmektedir (Hitcho ve ark. 2004).

Hastaların düşme sonucu yaralanmaları hastanede çalışan en sık karşılaştığı dava ve şikayet nedenlerinden biridir. Hastane ortamı, yaşam aktivitelerindeki değişimler,

engellilik, demans, duyuşsal organ hasarı, uzuv kaybı kas kitlesinin azalması gibi yetersizlikler düşme riskini arttırmaktadır (Aştı ve Acaroğlu 2000). Çocuk kliniklerinde ise 10 yaşı altı grupta daha çok çevresel nedenler düşmelere sebep olmaktadır. Çocuğun yatağından düşmesi, yatak kenarlarının kaldırılmamıő olması ve refakatçi olmadan bırakılması düşmelere sebep olan faktörlerden bazılarıdır (Altuncan 2009).

Sezgin'in 2007 yılında yapmış olduğu bir çalışmada hemşirelere düşme nedenlerini saptamaya yönelik bir anket uygulamıőtır. Çalışmanın sonucunda hemşireler hastanın bilinç durumu, fiziksel durumu, yanında refakatçi bulunmaması, yatak kenarlık ve parmaklıklarının kapalı olmaması bozuk yatakların düşmelere sebep olduğunu belirtmişlerdir (Sezgin 2007). Hastanede hastaların tamamen önlenemeyeceği ancak alınacak etkili koruma önlemleriyle en aza indirilebileceği belirtilmektedir (Heinze ve ark. 2006). Bu anlamda, en çok kabul gören yaklaşım yatan hastalarda öncelikle düşmeye eğilimi belirleyen risk düzeyinin belirlenmesi olarak görölmektedir. Hastalarda düşme riskini tanılamak ve belirlemek için geliştirilmiş pek çok ölçek ve skorlama sistemi bulunmaktadır (Bulut ve ark. 2013). Bir diğer taraftan 06/08/2013 tarihli ve 28730 sayılı "Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" gereğince Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan "Hastane Hizmet Kalite Standartları'nda", düşme riskinin tanılanması ve düşmeleri önlemeye yönelik tedbirlerin alınması konusu geniş yer almaktadır. Bu standartlarda düşme riskinin belirlenmesi: "yatan hastaların düşme risk değerlendirmesine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır" ve "değerlendirme hastane tarafından belirlenen bir ölçekle yapılmalıdır" şeklinde iki madde ile zorunluluk haline getirilmiştir ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde bu uygulama yapılmaktadır (Francia ve ark. 2010, Kim ve ark. 2007, Hitcho ve ark. 2004).

Düşme ile ilgili risk faktörleri genel olarak şöyle sıralanabilir: zihinsel durum değişiklikleri, görme probleminin olması, kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, düşme öyküsünün olması, akut ve kronik hastalıkların varlığı, hasta çevresinin düşme açısından uygunsuzluğu (yatağın yüksekliği, kenarlıkların- koruyucuların yokluğu, kötü aydınlatma, uygun olmayan zemin ve yetersiz yardımcı araç- gereç, uygun

olmayan ayakkabı vs.) ve sedatif ilaçları içermektedir (Francia ve ark. 2010, Kim ve ark. 2007, Hitcho ve ark. 2004).

Bu risklerden biri tanımlandığında, risk azaltmak için; hasta yatağı çevresinin lavabo tuvalet vb. zeminlerin düşme riski açısından düzenlenmesi, hasta ve hasta yakınına düşme riski ile ilgili eğitim verilmesi, yeterli destek ve gözetim ile beraber hastaya bakım veren kişiyi de içeren uygun önlemler alınmalıdır (Francia ve ark. 2010, Kim ve ark. 2007, Hitcho ve ark. 2004).

4.4.4. Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğinden Kaynaklanan Hatalar

Gelişmiş ülkelerin çoğunda hasta izleminin yetersiz oluşu tıbbi hatalara yönelik açılan davalarda en çok rastlanan sebeplerdendir. Hasta izlemindeki yetersizliğe bağlı hataları azaltmak için istemler açık bir şekilde yazılmalıdır (Safran 2005). Hasta izleminin yeterli olmaması ve bundan kaynaklanan hatalar hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getiren önemli durumlardan biridir (Cebeci ve ark. 2012).

Tanı ve tedavi sürecinde hastalara kullanılan tıbbi cihazların bakımı, onarımı ve kalibrasyonu düzenli olarak yapılmalıdır. Yanlış sonuçlar yanlış uygulamalar yapılmasına neden olabilmektedir (Williams 2009). Yanlış ya da uygun olmayan malzemeler kullanıldığında hasta sonuçları doğrudan etkilenerek tedavi ve bakımın yanlış yönlendirilmesine ve hastanın bu durumdan zarar görmesine sebep olabilir. Güvenli cihaz ve malzeme kullanımı hasta güvenliği kapsamına alınmıştır. Hastanelerde kullanılan tüm cihazlar düzenli olarak bakımı ve kalibrasyonu yapılmalıdır. Kullanılan tüm sarf malzemelerin miad kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır. Kullanılmakta olan steril malzemelerin sterilizasyon süreleri düzenli olarak kontrol edilmeli, gerekli olan tüm sarf malzeme, araç, gereç yeterli miktarda temin edilmelidir. Kullanılan tüm sarf malzemelere uygunluk kullanıcı tarafından verilmeli ve hastalara uygun boyutta malzemeler kullanılmalıdır. Bu sayede yanlış veya uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hataların önlenmesi sağlanabilir (Aştı ve Acaroğlu 2000, Cebeci ve ark. 2012).

4.4.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Hasta güvenliğinde alınan önlemlerin ve uygulanan yöntemlerden fayda sağlanabilmesi için en önemli faktör ekip içi iletişimin sağlanmasıdır. Sağlık bakımında rol oynayan profesyonellerin ekip içi iletişim eksiklikleri sağlık bakım kalitesini olumsuz etkilemekte ve hasta güvenliği ve tıbbi hata oranını doğrudan etkilemektedir (Mitchell 2008). Hemşirelerin, sağlıklı/hasta bireyin durumunda bir değişiklik fark ettiklerine anında bu duruma müdahale edebilmeleri için sağlık ekibinin diğer üyeleriyle iş birliği içinde olması gerekmektedir. Hemşirelerin bütünleştirici ve iş birliği rolü sayesinde sağlık bakım profesyonelleri arasında koordinasyon artmakta gelişebilecek tıbbi hata ile ölüm oranı azalmaktadır (Mitchell 2008).

Hemşire, iletişimi hasta bireyi tanımak, bakım ihtiyaçlarını saptamak, öncelikleri belirlemek ve bu veriler doğrultusunda uygulamalarını yaparak sonucu değerlendirmede bir araç olarak kullanır. Etkili ve doğru iletişim, hemşire ile hastası arasında güven duygusunun gelişmesi psikolojik ve sosyal güvenliğin sağlanması ve etkili bir hemşirelik bakımının sağlanması açısından gereklidir (Kahraman ve Bostanoğlu 2012).

ABD’de 2009 yılında yapılan bir araştırmada 40.000’den fazla tıbbi hatanın temel nedeni %60-80 oranında yetersiz, etkisiz iletişim ve ekip çalışmasının yetersiz oluşundan kaynaklandığı saptanmıştır (Meginniss ve ark. 2012). Sağlık ekibi üyeleri arasında hastanın tedavisi ve bakımına ilişkin iletişim kopukluğu hatalı uygulamalara ve istenmeyen sonuçlara neden olmaktadır (Zencirci 2010). Bu konuyla ilgili yapılan çalışmada da hemşirelerin hastanede meydana gelen hataların %83.1’inin etkisiz iletişimden kaynaklı olduğuna inandıkları bulunmuştur (Gökdoğan ve Yorgun 2010). Kayıt ve raporların etkili olabilmesi için kayıtların eksiksiz tutulması, bilgilerin doğru ve bütünlük içinde olması, kısa ve öz olması gerekmektedir (Temel 2005, Cebeci ve ark. 2012).

Sağlık hizmetleri içinde iletişimde sözel olmayan en önemli iletişim tekniklerinden birisi de dokunma olarak kabul görmektedir. Hemşireler dokunma yoluyla hastalara ilgi, güven, yakınlık empati, anlayış gibi mesajları iletmiş olurlar (Kahraman ve Bostanoğlu 2012).

Hastalara bakanlar ile sağlık hizmeti verenler arasındaki iletişim artırılmalıdır. İletişim bozukluğunun önlenmesinde; politika ve yöntemler geliştirilmeli ve bu kurum çalışanlarına bildirilmelidir. (Cebeci ve ark. 2010).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma tanımlayıcı ve yarı deneysel araştırma olarak yapılmıştır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ZAMAN

Bu araştırma Manisa ili Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi 1-2, Çocuk Acil Servisi, Çocuk Cerrahi Servisi, Çocuk Yoğun Bakım Servisi ve Yeni doğan Yoğun Bakım Servisinde 25 Kasım 2019 ve 25 Aralık 2019 arasında yapılmıştır.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi çocuk kliniklerinde çalışmakta olan tüm hemşireler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniklerinde çalışmakta olan, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan çocuk servislerinde çalışmakta olan 74 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı Kabul eden tüm hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Hemşirelerden 6 tanesi doğum

izninde 1 tanesi ücretsiz izinde olduğundan ve 14 tanesi de araştırmaya katılmaya gönüllü olmadığından 53 hemşirenin katılımıyla araştırma yapılmıştır.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi çocuk birimlerindeki hemşire sayıları şu şekildedir;

Tablo 3. Örneklemdeki Hemşire Sayısının Dağılımı

Servisler	Hemşire sayısı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi 1	9
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi 2	15
Çocuk Yoğun Bakım Servisi	16
Yeni doğan Yoğun Bakım Servisi	14
Çocuk Acil Servisi	14
Çocuk Cerrahisi Servisi	6

5.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

I. Ho: Planlı eğitimin çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisi yoktur.

H1: Planlı eğitimin çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisi vardır.

II. Ho: Çocuk hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri tıbbi hataya eğilimlerini etkilemez.

H1: Çocuk hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri tıbbi hataya eğilimlerini etkiler.

5.5. BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımsız Değişkenler

- Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve çalışma yaşantılarına yönelik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan klinik, meslekte çalışma yılı, buldukları klinikte çalışma süresi, nöbet sayısı, bakım verilen hasta sayısı vb.)

Bağımlı Değişkenler

- “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” alt boyut ve toplam puan ortalamaları
- Eğitim öncesi ve sonrası “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” toplam ortalama puanları bağımsız değişkeni oluşturmaktadır.

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan ve 17 sorudan oluşan “Hemşire Tanıtım Formu” ve geçerlilik ve güvenilirliğini Altuncan ve Özata’nın yaptığı 5 basamaklı likert tipi ölçek olan “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ve araştırmacı tarafından gerekli literatür taranarak hazırlanan eğitim formu kullanılmıştır.

5.6.1. Hemşire Tanıtım Formu

Hemşirelerin sosyo-demografik verilerinin yer aldığı (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleki deneyim, çalıştıkları klinik) tıbbi hatalara yönelik eğitim alıp almadıklarını sorgulayan 17 sorudan oluşmaktadır.

5.6.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Ölçek likert tipi 5 basamaklıdır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alpha) 0,95'tir. Ölçeğin "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyutunda 18 madde yer almaktadır. "Enfeksiyonların Önlenmesi" alt boyutunda 12 madde yer almaktadır. Ölçeğin "Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği" alt boyutunda 9 madde yer almaktadır. "Düşmelerin Önlenmesi" alt boyutunda 5 madde yer almaktadır. Ölçeğin "İletişim" alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenirlik katsayıları ise "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyutu için 0,82, "Enfeksiyonların Önlenmesi" alt boyutu için 0,83, "Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği" alt boyutu için 0,77, "Düşmelerin Önlenmesi" alt boyutu için 0,78, "İletişim" alt boyutu için 0,49 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 245, minimum puan ise 49'dur (Özata ve Atuncan 2009).

5.6.3. Tıbbi Hatalara Yönelik Eğitim

Gerekli literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Eğitimin içeriğinde;

- Tıbbi hatalar ile ilgili genel bilgiler
- İlaç uygulamaları ile ilgili genel bilgiler,
- Çocuklarda ilaç kullanımı ve ilaç uygulamaları
- Transfüzyon uygulamaları,
- Hastane enfeksiyonları ve önlenmesi,
- Hasta izlemi ve malzeme güvenliği ile ilgili genel bilgiler,
- Çocuk hasta düşmeleri ve önlenmesi,
- İletişim güvenliği ile ilgili açıklayıcı bilgiler yer almaktadır.

5.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil, Çocuk Yoğun Bakım, Yenidoğan Yoğun Bakım ve Çocuk Cerrahi kliniklerinde çalışmakta olan, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan, gönüllü olan ve yazılı ve sözlü onamları alınan çocuk hemşirelerine geçerlik ve güvenilirliğini Altuncan ve Özata'nın yaptığı "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" ön test olarak uygulanmıştır. Sonrasında araştırmacı tarafından gerekli literatur taranarak hazırlanan "Çocuk Hemşirelerinin Karşılaştığı Tıbbi Hatalar" konulu powerpoint sunusu şeklinde 30 dakikalık eğitim verilmiştir. Eğitimin hemen sonrasında geçerlilik ve güvenilirliğini Altuncan ve Özata'nın yaptığı "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" son test olarak uygulanmıştır. Toplam veri toplama süresi her bir eğitim için ortalama 40 dakika sürmüştür.

Araştırma sonunda, ön test ve son test uygulamasıyla ortalama puanlar karşılaştırılmış ve eğitimin tıbbi hatalar üzerine etkisi incelenmiştir.

5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde, demografik özellikleri tanımlamak için sayı yüzde dağılımı, demografik özellikler ile ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için veriler normal dağılmadığından Wilcoxon Signed Ranks testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Güvenilirlik katsayıları:

- Tıbbi hataya eğilim ölçeği eğitim öncesi: 0,95
- Tıbbi hataya eğilim ölçeği eğitim sonrası: 0,93
- İlaç uygulamaları ve transfüzyon eğitim öncesi: 0,91
- İlaç uygulamaları ve transfüzyon eğitim sonrası: 0,74

- Hastane enfeksiyonları eğitim öncesi: 0,80
- Hastane enfeksiyonları eğitim sonrası: 0,80
- Hasta izlemi/malzeme güvenliği eğitim öncesi: 0,81
- Hasta izlemi/malzeme güvenliği eğitim sonrası: 0,78
- Düşmeler eğitim öncesi: 0,89
- Düşmeler eğitim sonrası: 0,92
- İletişim eğitim öncesi: 0,85
- İletişim eğitim sonrası: 0,84

5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI ve GENELLENEBİLİRLİĞİ

Yaptığımız bu araştırmadan elde edilen bilgiler Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere genellenebilir.

5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan yasal izin alındı (Ek-2). 15/08/2018 tarihli 20.478.486 sayılı etik kurul kararı ile çalışmaya başlandı. Araştırmanın verilerinin toplanacağı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi yöneticilerinden yazılı izin alındı (Ek-3). Ölçek kullanımı için Musa ÖZATA'dan mail yoluyla ölçek izni alındı (Ek-4).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin kişisel bilgilerinin ve haklarının korunması amacıyla veriler toplanmadan önce araştırmanın amacı anlatılmıştır. Bireysel bilgilerin gizli tutulacağı söylenerek gizliliğin korunması ilkesi sağlanmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar araştırma kapsamına alınmıştır (Odabaşoğlu 2013).

6. BULGULAR

6.1 HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri aşağıdaki Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n= 53)

Değişkenler	n	%
Yaş *29,36±5,47 (min-max: 21,00-43,00)		
29 yaş ve altı	25	47,2
29 yaş üstü	28	52,8
Çalışılan klinik		
Çocuk klinikleri	25	47,2
Çocuk acil birimi	7	13,2
Yeni doğan yoğun bakım ünitesi (ybü)	10	18,9
Çocuk yoğun bakım ünitesi (ybü)	11	20,8
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi (SML)	14	26,4
Ön lisans	5	9,4
Lisans	30	56,6
Yüksek lisans	4	7,5
Çalışma şekli		
Sürekli gündüz	6	11,3
Sürekli gece	10	18,9
Vardiyalı çalışma	37	69,8
Çalışma statüsü		
Yönetici hemşire	4	7,5
Servis hemşiresi	29	54,7
Yoğun bakım hemşiresi	20	37,7
Meslekte çalışma yılı *8,04±5,19 (min-max: 1,00-25,00)		
8 yıl ve altı	34	64,2
8 yıl üzeri	19	35,8

Pedriatri biriminde çalışma yılı *5,42±3,93 (min-max: 1,00-16,00)		
5 yıl ve altı	33	62,3
5 yıl üzeri	20	37,7
Pedriatri birimini kendi isteğiyle seçme durumu		
Evet	31	58,5
Hayır	22	41,5
. *Ortalama±standart sapma		

Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (devam) (n= 53)

Değişkenler	n	%
Günlük bakılan hasta sayısı *12,02±16,38 (min-max: 0,00-90,00)		
12 hasta ve altı	38	71,7
12 hasta üzeri	15	28,3
Gece nöbet sayısı *6,60±3,57 (min-max: 0,00-12,00)		
6 nöbet altı	17	32,1
6 nöbet ve üzeri	36	67,9
Hasta güvenliği eğitimi alma durumu		
Evet	47	88,7
Hayır	6	11,3
Hasta güvenliği eğitimi alınan yer (n=47)		
Kurs	3	6,4
Kongre	2	4,3
Hizmet içi eğitim	42	89,4
Hasta güvenliği eğitimi alınma zamanı (n=47)		
1 yıl önce	39	83,0
2 yıl önce	8	17,0
Hasta güvenliği eğitim konusu (n=187)**		
İlaç uygulamaları	35	18,7
Hastane enfeksiyonları	48	25,7
Transfüzyon	29	15,5
Malzeme güvenliği	18	9,6
Düşmeler	23	12,3
İletişim	34	18,2

Tıbbi hata nedenleri (n=270)**		
Uzun çalışma saatleri	46	17,0
Yorgunluk	44	16,3
Stres	38	14,1
Hemşirelerin sayısının yetersiz olması	43	15,9
İletişim bozuklukları	33	12,2
Ekip çalışmasının olmaması	21	7,8
Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı	18	6,7
Mesleki eğitimin yetersiz olması	18	6,7
Hekimlerin el yazısının okunmaması	9	3,3
Tıbbi hatalara ilişkin gelişmeleri takip ettiğiniz kaynak varlığı		
Evet	2	3,8
Hayır	51	96,2
Tıbbi hata ile karşılaşma durumunda yapılan davranış		
Hemen rapor ederim	52	98,1
Soruşturma başlatılmasını diye olmamış gibi yaparım	1	1,9
En çok karşılaşılan tıbbi hatalar (n=127)**		
İlaç ve transfüzyon hataları	28	22,0
Düşmeler	15	11,8
İletişim sorunları	26	20,5
Malzemedeki kaynaklı hatalar	32	25,2
Hastane enfeksiyonları	26	20,5

*Ortalama±standart sapma, **Çoklu yanıt sayı yüzde dağılımı.

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin yaş ortalamasının 29,36±5,47, %52,8'inin 29 yaş üstünde olduğu, %47,2'sinin klinikte çalıştığı, %56,6'sının lisans mezunu olduğu, %69,8'inin vardiyalı çalıştığı, %54,7'sinin servis hemşiresi olarak görev yaptığı, meslekte çalışma yılı ortalamasının 8,04±5,19 ve %64,2'sinin 8 yıl ve altında çalıştığı, pediatri biriminde çalışma yılı ortalamasının 5,42±3,93 ve %62,3'ünün 5 yıl ve altında çalıştığı, %58,5'inin pediatri birimini kendi isteği ile seçtiği, günlük baktıkları hasta sayısı ortalamasının 12,02±16,38 olduğu ve %71,7'sinin günlük 12 ve altında hasta baktığı, gece nöbet sayısının ortalamasının ise 6,60±3,57 olduğu ve %67,9'unun 6 ve üzerinde nöbet tuttuğu, %88,7'sinin hasta güvenliği eğitimi aldığı, eğitim alanların %89,4'ünün eğitimi hizmet içi eğitim kapsamında aldığı, %83'ünün 1 yıl önce eğitim aldığı, %25,7'sinin hasta güvenliği eğitimi konusunun hastane enfeksiyonları olduğu, %17'sinin uzun çalışma saatlerini tıbbi hata nedeni olarak belirttiği, %96,2'sinin tıbbi hatalara ilişkin gelişmeleri takip ettiği kaynak olmadığı, %98,1'inin tıbbi hata ile karşılaşma

durumda hemen rapor ettiği ve %25,2'sinin ise en çok karşılaşılan tıbbi hata olarak malzemeden kaynaklı hataları bildirdiği bulundu (Tablo 4).

6.2. HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ TOPLAM ve ALT BOYUT ORTALAMA PUANLARININ GRUP İÇİ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 5. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortalama Puanlarının Grup İçi Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Z	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	230,98±14,66	240,66±7,32	-5,446	0,000*
İlaç				
Uygulamaları ve Transfüzyon	85,98±5,36	89,20±1,67	-4,651	0,000*
Hastane				
Enfeksiyonları	56,84±3,81	58,83±2,10	4,582	0,000*
Hasta				
İzlemi/Malzeme Güvenliği	41,15±3,78	43,64±2,31	-4,720	0,000*
Düşmeler	22,96±2,55	24,20±1,62	-3,958	0,000*
İletişim	24,03±1,76	24,77±0,82	-3,658	0,000*

*p<0,05, z: Wilcoxon Signed Ranks testi.

Tablo 5’de hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam ve alt boyut grup içi ortanca puanları karşılaştırıldı.

Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam ve alt boyut grup içi ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05). Tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam, ilaç uygulamaları ve transfüzyon, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi/malzeme güvenliği ve düşmeler alt boyutlarında eğitim sonrası ortalama puanlarının eğitim öncesi ortalama puanlarından daha yüksek olduğu, iletişim alt

boyutunda ise eğitim öncesi ve sonrası ortalama puanlar benzer olmakla birlikte, yapılan istatistiksel analiz sonucunda aradaki farkın son test puanındaki artıştan kaynaklandığı bulundu (Tablo 5).

6.3 HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE EĞİTİM ÖNCESİ ve SONRASI TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ TOPLAM ORTALAMA PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Aşağıdaki tablolarda hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile tıbbi hataya eğilim ölçeği eğitim öncesi ve sonrası ortanca puanları karşılaştırıldı.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinden yaş, eğitim durumu, çalışma şekli, çalışma statüsü, pediatriye çalışma yılı, pediatri birimini kendi isteği ile seçme durumu, günlük bakılan hasta sayısı, hasta güvenliği eğitimi alma durumu ve hasta güvenliği eğitimi alınma zamanı değişkenleri ile eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Tablo 6. Hemşirelerin Yaşları ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
	n	Ort±ss	Ort±ss	z*	
Yaş					
29 yaş ve altı	25	229,32±16,03	239,32±8,14	-3,792	0,000*
29 yaş üstü	28	232,46±13,44	241,85±6,42	-3,922	0,000*
		z: -0,763, p: 0,445	z: -1,576, p: 0,115		

* $p<0,05$, z*: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi, x^2 : Kruskal Wallis testi.

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinden yaşları ile eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları karşılaştırıldığında, hem 29 yaş ve altındaki hem de 29 yaş üzerindeki hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi

hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), her iki grupta da hemşirelerin eğitim sonrası ortalama puanlarının eğitim öncesi ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6).

Tablo 7. Hemşirelerin Eğitim durumları ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
	n	Ort±ss	Ort±ss	z*	
Eğitim durumu					
SML	14	234,57±15,76	240,71±7,75	-2,320	0,020*
Ön lisans	5	233,20±10,30	241,40±4,92	-1,826	0,068
Lisans	30	228,36±15,10	239,93±7,92	-4,374	0,000*
Yüksek lisans	4	235,25±11,84	245,00±0,00	-1,342	0,180
		$x^2: 3,690, p: 0,297$	$x^2: 4,183, p: 0,242$		

* $p<0,05$, z*: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi, x^2 : Kruskal Wallis testi.

Eğitim durumu sağlık meslek lisesi ve lisans olan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Her iki grupta da hemşirelerin eğitim öncesi ortalama puanlarının eğitim sonrası ortalama puanlarından daha düşük olduğu saptandı. Eğitim durumu ön lisans ve yüksek lisans olan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Hemşirelerin Çalışma Şekli ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
	n	Ort±ss	Ort±ss	z*	
Çalışma şekli					
Sürekli gündüz	6	232,33±9,62	244,00±2,44	-2,032	0,042*
Sürekli gece	10	225,80±14,12	238,80±8,46	-2,549	0,011*
Vardiyalı çalışma	37	232,16±15,44	240,62±7,48	-4,460	0,000*
		$x^2: 2,566, p: 0,277$	$x^2: 4,400, p: 0,111$		

* $p<0,05$, z*: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi, x^2 : Kruskal Wallis testi.

Çalışma şekli sürekli gündüz, sürekli gece ve vardiyalı çalışma olan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve her üç grupta da hemşirelerin eğitim sonrası ortalama puanlarının eğitim öncesi ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelerin Çalışma Statüleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
	n	Ort±ss	Ort±ss	z*	
Çalışma statüsü					
Yönetici hemşire	4	238,75±7,50	245,00±0,00	-1,342	0,180
Servis hemşiresi	29	227,00±16,82	239,55±8,41	-4,279	0,000*
YBÜ hemşiresi	20	235,20±10,33	241,40±6,02	-3,185	0,001*
		x ² : 5,215, p: 0,074	x ² : 4,236, p: 0,120		

* $p<0,05$, z*: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi, x²: Kruskal Wallis testi.

Servis hemşiresi ve yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Her iki grupta da hemşirelerin eğitim öncesi ortalama puanlarının eğitim sonrası ortalama puanlarından daha düşük olduğu bulundu. Yönetici hemşire olarak görev yapan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelerin Pediatri Bölümünde Çalışma Yılları ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
	n	Ort±ss	Ort±ss	z*	
Pediatride					
çalışma yılı					
5 yıl ve altı	33	229,78±16,69	239,60±8,13	-4,203	0,000*
5 yıl üzeri	20	232,95±10,59	242,40±5,51	-3,519	0,000*
		z: -0,102, p: 0,919		z: -1,418, p: 0,156	

p<0,05, z: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi.

Pediatride çalışma yılı beş yıl ve altında ve beş yıl üzerinde olan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu (p<0,05). Her iki grupta da hemşirelerin eğitim öncesi ortalama puanlarının eğitim sonrası ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 10).

Tablo 11. Hemşirelerin Pediatri Bölümünü Kendi İsteği ile Seçme Durumu ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
	n	Ort±ss	Ort±ss	z*	
Pediatric birimini					
kendi isteğiyle					
seçme durumu					
Evet	31	231,35±16,31	240,19±8,58	-4,199	0,000*
Hayır	22	230,45±12,32	241,31±6,50	-3,575	0,000*
		z: -0,682, p: 0,495		z: -0,587, p: 0,557	

p<0,05, z: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi.

Pediatric birimini kendi isteği ile seçen ve seçmeyen hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu

($p < 0,05$) ve hemşirelerin eğitim sonrası ortalama puanlarının eğitim öncesi ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelerin Günlük Baktıkları Hasta Sayıları ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	n	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
		Ort±ss	Ort±ss	z*		
Günlük bakılan hasta sayısı						
12 hasta ve altı	38	232,23±12,60	241,50±5,77	-4,568	0,000*	
12 hasta üzeri	15	227,80±19,07	238,53±10,23	-3,062	0,002*	
		z: -0,687, p: 0,492		z: -0,242, p: 0,809		

* $p < 0,05$, z*: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi.

Günlük bakılan hasta sayısı değişkeninde hem 12 ve altında hem de 12 üzerinde hasta bakan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Her iki grupta da eğitim öncesi ortalama puanlarının eğitim sonrası ortalama puanlarından daha düşük olduğu bulundu (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitim Alma Durumu ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	n	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
		Ort±ss	Ort±ss	z*		
Hasta güvenliği eğitimi alma durumu						
Evet	47	231,14±14,85	240,55±7,67	-5,087	0,000*	
Hayır	6	229,66±14,27	241,50±4,03	-2,031	0,042*	
		z: -0,425, p: 0,671		z: -0,524, p: 0,601		

* $p < 0,05$, z*: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi.

Hasta güvenliği eğitimi alan ve almayan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Her iki grupta da eğitim öncesi ortalama puanlarının eğitim sonrası ortalama puanlarından daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Zamanları ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	n	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
		Ort±ss	Ort±ss	z*		
Hasta güvenliği eğitimi alınma zamanı						
1 yıl önce	39	230,00±15,66	239,94±8,25	-4,629	0,000*	
2 yıl önce	8	236,75±8,59	243,50±2,26	-2,207	0,027*	
		z: -0,943, p: 0,346		z: -0,928, p: 0,353		

* $p<0,05$, z*: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi.

Hasta güvenliği eğitimini bir yıl önce ve iki yıl önce alan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve hemşirelerin eğitim sonrası ortalama puanlarının eğitim öncesi ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 14).

Tablo 15. Hemşirelerin Çalıştıkları Klinik ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	n	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
		Ort±ss	Ort±ss	z*		
Çalışılan klinik						
Çocuk klinikleri (a)	25	231,56±14,82	242,20±5,08	-3,683	0,000*	
Çocuk acil birimi (b)	7	217,00±18,90	232,42±12,39	-2,371	0,018*	
Yeni doğan YBÜ (c)	10	228,00±9,28	239,70±7,58	-2,807	0,005*	
Çocuk YBÜ (d)	11	241,27±5,98	243,27±3,40	-1,841	0,066	
		χ^2 : 15,160, p: 0,002*		χ^2 : 7,116, p: 0,068		
b<a<d, c<d						

* $p<0,05$, z*: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi, χ^2 : Kruskal Wallis testi.

Hemşirelerin çalıştıkları klinik ile eğitim öncesi tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 15). Farkın hangi değişkenden kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda, çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının çocuk klinikleri, çocuk acil birimi ve yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının ise çocuk acil biriminde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin çalıştıkları klinik ile eğitim sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 15).

Çocuk klinikleri, çocuk acil birimi ve yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve hemşirelerin eğitim sonrası ortalama puanlarının eğitim öncesi ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Yılları ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
	n	Ort±ss	Ort±ss	z*	
Meslekte çalışma yılı					
8 yıl ve altı	34	229,11±14,81	239,17±8,08	-4,557	0,000*
8 yıl üzeri	19	234,31±14,16	243,31±4,86	-3,061	0,002*
		z: -1,673, p: 0,094	z: -2,827, p: 0,005*		

* $p<0,05$, z*: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi, x^2 : Kruskal Wallis testi.

Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile eğitim sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), sekiz yıl üzerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının sekiz yıl ve altında çalışan hemşirelerin ortalama

puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile eğitim öncesi tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Hemşirelerin eğitim sonrası ortalama puanlarının eğitim öncesi ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 16).

Tablo 17. Hemşirelerin Tuttukları Nöbet Sayıları ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	n	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	z*	p
		Ort±ss	Ort±ss		
Gece nöbet sayısı					
6 nöbet altı	17	233,17±13,35	242,70±5,30	-2,937	0,003*
6 nöbet ve üzeri	36	229,94±15,31	239,69±7,99	-4,619	0,000*
		z: -0,893, p: 0,372	z: -2,031, p: 0,042*		

* $p<0,05$, z*: Wilcoxon Signed Ranks testi, z: Mann Whitney U testi.

Hemşirelerin gece nöbet sayısı ile eğitim sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), altı nöbet ve üzerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının altı nöbet altında çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha düşük olduğu belirlendi. Hemşirelerin gece nöbet sayısı ile eğitim öncesi tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 17). Nöbet sayısı altı altında ve altı ve üzerinde olan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), her iki grupta da hemşirelerin eğitim sonrası ortalama puanlarının eğitim öncesi ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 17).

7. TARTIŞMA

Çocuk kliniklerinde çalışmakta olan çocuk hemşirelerinin tıbbi hatalar üzerine aldıkları eğitimin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığımız bu araştırmada literatür bilgisi ile araştırmamızın bulguları 2 başlık altında tartışılmıştır.

7.1. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt boyut Ortalama Puanlarının Tartışılması

7.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ortalama Puanlarının Tartışılması

7.1. HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ TOPLAM ve ALT BOYUT ORTALAMA PUANLARININ TARTIŞILMASI

Yaptığımız çalışmada THEÖ toplam puan ortalaması eğitim öncesi için $230,98 \pm 14,66$ bulunmuştur. Eğitim sonrası THEÖ toplam puan ortalaması ise $240,66 \pm 7,32$ olarak bulunmuştur. Eğitim sonrası THEÖ toplam ortalama puanı eğitim öncesine göre daha yüksektir. Dikmen ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarında (2014) THEÖ toplam puan ortalamasını $230,68 \pm 10,78$ (Dikmen ve ark. 2014) , Canpolat'ın (2017) yaptığı çalışmasında ise THEÖ ortalama puanı $235,97 \pm 14,06$ olarak bulunmuştur (Canpolat 2017). Çalışmamızda ölçeğin toplam puan ortalaması literatür bilgileri ile uygun bulunmuştur.

İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi için; $85,98 \pm 5,36$, eğitim sonrası için; $89,20 \pm 1,67$ olarak bulunmuştur. Dikmen ve arkadaşları (2014) yapmış oldukları çalışmada bu alt boyut toplam puan ortalaması $86,56 \pm 3,54$, Alan ve Khorshid (2016) $86,14 \pm 4,77$ olarak bulunmuştur (Alan ve

Khorshid 2016, Dikmen ve Yorgun 2014). Canpolat (2017) yaptığı çalışmasında ise bu alt boyutun ortalama puanını $87,22\pm 4,23$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlarla kıyaslandığında araştırmamıza katılan hemşirelerin eğitim sonrası tıbbi hata eğilimlerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Yaptığımız çalışmada THEÖ ‘hastane enfeksiyonları’ alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi; $56,84\pm 3,81$, eğitim sonrası; $58,83\pm 2,10$ olarak bulunmuştur. Canpolat (2017) yapmış olduğu çalışmasında bu alt boyutun puan ortalaması $57,69\pm 3,43$ olarak bulunmuştur (Canpolat 2017). Alan ve Khorshid (2016) yaptıkları çalışmada “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutunun puan ortalaması $57,29\pm 4,33$ olarak bulmuşlardır. Dikmen ve Yorgun (2014) çalışmasında ise puan ortalamalarını $57,67\pm 2,79$ olarak bulunmuştur (Alan ve Khorshid 2016, Dikmen ve Yorgun 2014). Yaptığımız araştırmanın bulguları diğer çalışmalarla benzerlik göstermekle beraber yapılan eğitimden fayda görüldüğünü söylemek mümkündür.

Araştırmamızda THEÖ ‘hasta izlemi ve malzeme güvenliği’ alt boyutu puan ortalaması eğitim öncesi; $41,15\pm 3,78$, eğitim sonrası; $43,64\pm 2,31$ olarak bulunmuştur. Canpolat (2017) yaptığı çalışmasında bu alt boyuta ilişkin puan ortalaması $42,71\pm 3,24$ olarak bulunmuştur (Canpolat 2017). Alan ve Khorshid (2016) yapmış oldukları çalışmada “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutu puan ortalaması $40,70\pm 4,24$ olarak bulmuşlardır (Alan ve Khorshid 2016). Dikmen Demir ve Yorgun (2014) ise yaptıkları çalışmada “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutu puan ortalaması $39,98\pm 3,91$ olarak bulmuşlardır (Dikmen ve Yorgun 2014). Yapılan diğer çalışmalarla kıyaslandığında araştırma kapsamındaki hemşirelerin tıbbi hata eğiliminin az olduğunu ve yapılan eğitimden fayda gördüğünü söyleyebiliriz.

Yaptığımız çalışmada THEÖ ‘düşmeler’ alt boyutu puan ortalaması eğitim öncesi; $22,96\pm 2,55$, eğitim sonrası; $24,20\pm 1,62$ olarak bulunmuştur. Canpolat (2017) çalışmasında bu alt boyuta ilişkin puan ortalaması $23,99\pm 1,78$ olarak hesaplanmıştır (Canpolat 2017). Dikmen ve Yorgun (2014) yapmış oldukları çalışmasında “Düşmelerin Önlenmesi” ölçeğin en düşük genel puan ortalaması ($23,22\pm 2,04$) olarak bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada bu alt boyut ortalama puanı Cebeci ve arkadaşları (2012) ile Dikmen ve Yorgun (2014) yapmış oldukları çalışma sonucu ile benzerlik göstermiştir (Dikmen ve Yorgun 2014, Cebeci ve ark. 2012). Yaptığımız

çalışmada bu alt boyutta çocuk hemşirelerinin eğitim sonrası ortalama puanı maksimuma yakın bulunmuştur. Bu sonuca dayanarak çalıştığımız hemşire grubunun tıbbi hataya eğiliminin düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmamızda THEÖ 'iletişim' alt boyutu puan ortalaması eğitim öncesi; $24,03 \pm 1,76$, eğitim sonrası; $24,77 \pm 0,82$ olarak bulunmuştur. Dikmen ve Yorgun (2014)un çalışmasında "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 elde etmişlerdir (Dikmen ve Yorgun 2014, Alan ve Khorshid 2016, Cebeci ve ark 2012, Telli 2013). Yaptığımız çalışmanın iletişim alt boyutu ortalaması diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte ve bu alt boyuta ilişkin çalıştığımız hemşire grubunun tıbbi hataya eğilimi düşüktür diyebiliriz.

7.2. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ ile EĞİTİM ÖNCESİ ve SONRASI TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ TOPLAM ORTALAMA PUANLARININ TARTIŞILMASI

Hemşirelik uygulamalarında tıbbi uygulama hataları hem hasta ve ailesine zarar vermekte hem de hem de hemşire için de maddi ve manevi zararlara sebep olabilmektedir. Hemşirelerin, hasta ve yakınlarının zarar görmesini önlemek ve kanunlar karşısında korunaklı olabilmeleri için yapılan hataları fark etmeleri, hatalı uygulamaları artıran sebepleri bilmeleri ve gerekli önlemleri almaları gerekmektedir (Odabaşoğlu 2013). Yapılan araştırmaların sonucunda tıbbi hataların nedeni; uzun çalışma saatleri, ekip içi iletişim eksikliği, tecrübesizlik ve iş yükünün fazlalığı olarak bulunmuştur (Bayındır Çevik ve ark. 2015, Bari ve ark. 2016).

Araştırmamızda pediatri hemşirelerinin yaşı arttıkça THEÖ ortalama puanı da artmıştır. Yapılan eğitim sonucunda planlı eğitimle tıbbi hataya eğilimlerinin değişip değişmediğine bakılmıştır. Pediatri servisinde çalışmakta olan 29 yaş üstü ve altı

hemşirelerin, eğitim öncesi ve sonrası ölçek ortalama puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6). Bu durum çalışmaya katılan hemşire grubunda yaş gözetmeksizin planlı eğitimin tıbbi hataya olan eğilimi azalttığını göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada çocuk hemşireleri en çok karşılaştıkları tıbbi hataların malzeme ve izlemden kaynaklanan hatalar ve ilaç hataları olarak bulunmuştur. Altuncan ve Özata'nın 2009 yılında yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin uygulamalar sırasında araç-gereç ve malzemelerden kaynaklanan hata oranının az olduğu bulunmuştur (Altuncan ve Özata 2010). Bu durumun çocuk servislerinde tıbbi cihaz kullanımının (pump, perfüzör, mama cihazı) daha fazla olmasından ve doz hesabının farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği söylenebilir. İlaç hatalarında ise araştırma bulgularını destekler nitelikte ilaç ve transfüzyon uygulamaları hata oranının %27,7-%57,8 arasında değiştiği bildirilmiştir (Mayo ve ark 2004, Durmaz ve Mete 2007, Ersun ve ark. 2013).

Araştırmamızda çocuk hemşireleri tıbbi hata nedeni olarak çalışma saatlerinin uzunluğunu, yorgunluk ve hemşire sayısının yetersiz oluşu bulunmuştur. Araştırmamızın bulguları ile uyumlu olarak Özdemir ark. (2015), Alemdar ve Aktaş ark. (2013), Kahrıman ve Öztürk (2016) yapmış olduğu çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin hata yapma nedenleri arasında fazla iş yükü, yorgunluk ve çalışan hemşire sayısının yetersiz olması gibi faktörlerin olduğu belirtilmiştir (Alemdar ve Aktaş 2013, Kahrıman ve Öztürk 2016).

Yaptığımız çalışmaya çocuk klinikleri, çocuk acil, çocuk yoğun bakım ve yeni doğan yoğun bakımda çalışmakta olan hemşireler dahil edilmiştir. Çocuk hemşirelerine ön test uygulanıp eğitim verilip son test uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda çocuk hemşirelerin çalıştıkları klinik ile eğitim sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 15). Odabaşoğlu'nun yapmış olduğu çalışmada da çalışılan kliniğin tıbbi hatalar üzerine bir etkisinin olmadığı sonucu bulunmuştur (Odabaşoğlu 2013).

Çalışmamızda çocuk hemşirelerinin eğitim durumunun eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hata eğilimi üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Odabaşoğlu'nun (2013) yapmış olduğu çalışmasında da benzer şekilde eğitim durumunun THEÖ ortanca puanını etkilemediği saptanmıştır (Odabaşoğlu 2013). Bunun nedeni çalışmamızda

tıbbi hataların faktörlerini değil eğitimin hataya etkisinin incelenmesi olduğundan sonucun böyle çıktığı düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada sürekli gündüz çalışan hemşirelerin THEÖ toplam ortalama puanı sürekli gece çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası THEÖ ortalama puanı karşılaştırıldığında da sürekli gündüz, sürekli gece ve vardiyalı çalışma olan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçüğü ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve her üç grupta da hemşirelerin eğitim sonrası ortalama puanlarının eğitim öncesi ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. THD'nin 2008'de yayınladığı raporda Türkiye'de hemşirelerin uzun çalışma saatlerinin hasta güvenliği açısından büyük risk oluşturduğu belirtilmektedir (Altuncan 2009). Yaptığımız çalışmada da en büyük tıbbi hata nedeni uzun çalışma saatleri olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Araştırmamızda servis ve yoğun bakım hemşirelerinin eğitim önce ve sonrası THEÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak yönetici hemşire statüsünde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası THEÖ ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bunun sebebi yönetici hemşirelerin primer olarak hasta bakım ve tedavisinde rol almaması olarak düşünülmektedir.

Araştırmamızda meslekte çalışma yılı yüksek olanların THEÖ ortalama puanı daha yüksek bulunmuştur. Çalışma yılı 8 yıl ve altı olanlar ve 8 yıl ve üstü olanlar her iki grupta da eğitim öncesi ve sonrası ortalama puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Pekuslu ve ark. 2011 yılında yayınlanan çalışmasında da hemşirelerin meslekteki çalışma süresinin THEÖ ortalama puanını etkilediği buna bağlı olarak meslekteki çalışma yılı yükseldikçe tıbbi hataya eğilim oranının düştüğü belirlenmiştir (Pekuslu ve ark. 2011). Yaptığımız çalışmada da çocuk hemşirelerinin ön test ve son test ortalama puanları karşılaştırıldığında yapılan eğitimden fayda gördüğü düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocuk kliniklerinde çalışma yılı yüksek olanların THEÖ ortalama puanı çalışma yılı düşük olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası THEÖ ortalama puanları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Özkan'ın 2010 yılındaki çalışmasında pediatri hemşiresinin

deneyiminin yetersiz olması ilaç hatalarına sebep olduğu bulunmuştur. Kliniğin çalışma düzenine hakim olma, kullanılan cihaz ve malzemeleri kullanmayı bilme hemşireye güven kazandırdığı için hata oranının daha az olması beklenmektedir (Özkan 2010). Çalışmanın bulguları ile yapılan diğer çalışmaların bulguları uyumlu olarak bulunmuştur. Çalışma yılına bakılmaksızın verilen eğitim tıbbi hataya eğilimi azalttığı düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada çocuk hemşireliğini isteğiyle seçenler ve seçmeyenlerin tıbbi hataya eğilimi arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak eğitim öncesi ve sonrası THEÖ ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bunun sebebinin çalışılan hemşire grubunun çocuk hemşiresi olması ve daha özen ve dikkat isteyen hasta grubu olması sebebiyle tıbbi hata oranı düşük olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra tıbbi hatalar üzerine alınan eğitimin hata eğilimini azalttığı bulunmuştur.

Araştırmamızda günlük bakım verilen hasta sayısı arttıkça THEÖ ortalama puanı azalmıştır. Odabaşoğlu'nun 2013 yılındaki çalışmasında da günlük bakım verilen hasta sayısı azaldıkça tıbbi hata oranı azalmaktadır sonucu çıkmıştır. Yine çalışmanın bulguları ile uyumlu olarak Kıymaz'ın 2015 yılındaki çalışmasında da tıbbi hata nedeni olarak ilk sırada çalışan başına düşen hasta sayısının fazla olması sonucu bulunmuştur (Kıymaz 2015). Yaptığımız çalışmada bakım verilen hasta sayısı gözetmeksizin eğitim öncesi ve sonrası THEÖ ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Planlı eğitimin tıbbi hataya eğilimi azalttığı düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada çocuk hemşirelerinin nöbet sayısı arttıkça THEÖ ortalama puanının azaldığı bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da belirtildiği gibi insan organizmasının gündüz çalışmaya ve gece uyumaya eğilimli olmasından, vardiya sisteminde çalışmak bireylerin biyolojik rutinini bozmaktadır. Fizyolojik, mental ve sosyal sağlıklarını olumsuz etkilemekte ve dikkat düzeyini azaltmaktadır. Nöbet sayısının artmasının tıbbi hataya eğilimi bu sebeple arttırdığı düşünülmektedir (Peker ve Karagöz 2009). Yapılan çalışmada nöbet sayısı gözetmeksizin yapılan eğitimden fayda görülmüş ve THEÖ eğitim öncesi ve sonrası ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmamızda hasta güvenliği ile ilgili daha önce eğitim almış ve almamış hemşire grubunun eğitim öncesi ve sonrası THEÖ ortalama puanları arasında anlamlı

fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda gerekli literatür taranarak hazırlanan eğitimin faydalı olduğu düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada 1 yıl önce ve 2 yıl önce hasta güvenliği ile ilgili eğitim alan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası THEÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan eğitimin tıbbi hataya eğilimi azalttığı düşünülmektedir.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde planlı eğitimin çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisinin incelendiği çalışmamızın sonuçları ve önerileri yer almaktadır.

8.1 SONUÇLAR

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin %58,5'inin pediatri birimini kendi isteği ile seçtiği, günlük baktıkları hasta sayısı ortalamasının $12,02 \pm 16,38$ olduğu bulunmuştur.
- Bu araştırmada hemşirelerin %71,7'sinin günlük 12 ve altında hasta baktığı, gece nöbet sayısının ortalamasının ise $6,60 \pm 3,57$ olduğu ve %67,9'unun 6 ve üzerinde nöbet tuttuğu bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %88,7'sinin hasta güvenliği eğitimi aldığı bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %17'sinin uzun çalışma saatlerini tıbbi hata nedeni olarak belirtmiştir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %96,2'sinin tıbbi hatalara ilişkin gelişmeleri takip ettiği kaynak olmadığı bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %98,1'inin tıbbi hata ile karşılaşma durumunda hemen rapor ettiği ve %25,2'sinin ise en çok karşılaşılan tıbbi hata olarak malzemedeki kaynaklı hataları bildirdiği bulunmuştur.
- Hemşirelerin yaşları ile eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortanca puanları karşılaştırıldığında, hem 29 yaş ve altındaki hem de 29 yaş üzerindeki hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p < 0,05$) bulunmuştur.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu sağlık meslek lisesi ve lisans olan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma şekli sürekli gündüz, sürekli gece ve vardiyalı çalışma olan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Servis hemşiresi ve yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin pediatride çalışma yılı beş yıl ve altında ve beş yıl üzerinde olan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin pediatri birimini kendi isteği ile seçen ve seçmeyen hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hemşirelerin günlük baktıkları hasta sayısı değişkeninde hem 12 ve altında hem de 12 üzerinde hasta bakan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hemşirelerin çalıştıkları klinik ile eğitim öncesi tıbbi hataya eğilim ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur fakat hemşirelerin çalıştıkları klinik ile eğitim sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).
- Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile eğitim sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hemşirelerin tuttıkları nöbet sayısı altı altında ve altı ve üzerinde olan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hataya eğilim ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

8.2. ÖNERİLER

Bu bölümde planlı eğitimin çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisinin incelendiği çalışmamızın önerileri yer almaktadır.

- Hemşirelerin çocuk kliniklerinde karşılaştıkları hataların farkına varması için buna yönelik klinik içi ve hizmet içi eğitimler periyodik olarak yapılmalıdır.
- Hemşirelerin günlük bakım verdikleri hasta sayısında düzenlemeye gidilmelidir.
- Hemşirelerin tuttukları nöbet sayısı ve günlük bakım verdikleri hasta sayısında düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hastane bünyesinde eğitim hemşireliği kadrosu oluşturulup kliniklerde çalışan hemşirelerinde eğitim planı hazırlaması sağlanmalı, bu konuda pediatri hemşireleri desteklenmelidir.
- Tıbbi hata rapor bildirim sistemleriyle ilgili eğitimler periyodik olarak verilmelidir.
- Tıbbi hatalara ilişkin kaynaklara erişim kolaylığı sağlanmalıdır.

9. KAYNAKLAR

Abaan S. Hekim istemleri ve hemşirenin yasal sorumluluğu, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(1):1-7.2012;9:195-200.

Adams JL, Garber S. Reducing medical malpractice by targeting physician smaking medical malpractice payments. Journal of Empirical Legal Studies, 2007, 4: 185-222.

Akalın E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 2005, 5: 141-146.

Akalın HE. Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. Acıbadem Grubu. 2007. Sayı 17. s.32-35.

Akbulut T, Coşkun N, Abbasoğlu A (1998). İşyeri Hekimliği Ders Notları. Türk Tabipler Birliği Yayını. Ankara: 45-52.

Akça Ay F. Mesleki temel kavramlar. İçinde: Akça Ay F, editör. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2010. s. 47.

Alan N, Khorsthd L. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;32(1):1-18.

Alemdar DK, Aktaş YY. Türkiye'de hemşirelik hizmetlerinde tıbbi hata türleri ve nedenleri [Medical error types and causes made by nurses in Turkey] TAF Preventive Medicine Bulletin 2013; 12(3) :307-314.

Alparslan Ö, Erdemir F. Pediatri servislerinde kullanılan antibiyotiklerin sulandırılması, saklanması ve hastaya verilmesi konusunda hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1997, 1: 41-52.

Altuncan H. Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009.

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. p.9-18.

Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları. Gülhane Tıp Dergisi, 2005, 47: 175-178.

Astı T, Karadağ A. Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, Nobel Kitabevi, Adana, 2011: ss 693-762.

Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4: 22-27.

Aştı T, Kıvanç M. Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003, 6: 14-19.

Atılar A. Cerrahi Hastaların Düşme Riskine Karşı Hemşirelerin Aldıkları Önlemler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.

Ay AF. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2012: ss 429-461.

Aydın D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni, 2011, 45: 110-114.

Balas M, Scott LD, Rogers AE. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. Applied Nursing Research 2004;17(4):224-30.

Bari A, Khan RA, Rathore AW. Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. Pakistan Journal of Medical Sciences, 2016, 32(3), 523–528.

Başbakkal Z, Taş F, Yılmaz HB. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Ege Pediatri Bülteni, 2009, 16: 87-93.

Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Laffel G, Sweitzer BJ, Shea BF, Hallisey R. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implications for prevention. The Journal of the American Medical Association, 1995, 274.

Bayındır Çevik A, Demirci A, Güven Z. Hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitim sırasında yaptıkları ilaç uygulama hataları ve tıbbi hata farkındalıkları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015, 6(3), 152-159.

Beyea S. Wake-up-call-standardization is crucial to eliminating medication errors. AORN Journal, 2002, 75: 1010-1013.

Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, Altman DE, Zapert K, Herrman MJ, Steffenson AE. Patients safety: Views of practicing physicians and the public on medical errors. The New England Journal of Medicine, 2002, 347: 1933-1940.

Bodur S, Filiz E, Durduran Y. Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi 2011; 21(4): 123-30.

Bowden V, Greenberg C. Pediatric Nursing Procedures. 1st. Ed.,Newyork: Williams & Wilkins, 5-14, 2003.

Bulut S, Türk G, Şahbaz M. Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16(3): 163-9.

Canpolat S. Hasta Bakım Uygulamalarında Malpraktis Eğilimi: Adana Örneği. Yüksek Lisans Tezi, 2017,Adana.

Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012, 15: 188-196.

Cimete G, Aksayan S. Nursing education and practice in Turkey. Journal of Nursing Scholarship, 2000, 32(2):211-216.

Çavuşoğlu H., Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 8. baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara; Cilt 1-2, 2004.

Çavuşoğlu, H. Çocuklarda ilaç uygulama hataları. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 2015, 7 (2); 121-127.

De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care 2008;17(3):216-23.

Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 44–56.

Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T, Editör: Seçim H “Hemşirelik Esasları: Ünite 1 – Hemşirelik Tanımları, Temel Kavram ve Kuramlar”, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 496, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 225, ISBN 975 – 492 – 233 – 0, 1996.

Durmaz A, Mete S. Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçlara İlişkin Hemşire Notlarındaki İlaç Kayıt Hatalarının İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2007;11(1): 1-6.

Elbüken, B. Sağlık Profesyonellerine Yönelik Tıbbi Uygulama Hata İddiası ile Yüksek Sağlık Şurasına Gönderilen Olguların İrdelenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2010.

Ersoy S. Hastane Temizlik Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonları ve Korunma İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2012.

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.

Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Gazetesi, 2009, 84: 1-10.

Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. Hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına yol açabilecek etkenlerin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007, 23: 81-91.

Farquhar M, Collins Sharp BA, Clancy CM. Patient safety in nursing practice. AORN Journal 2007;86(3):455-7.

Ferranti, J., Horvath, M., Cozart, H., Whitehurst, J., Eckstrand, J. Reevaluating the safety profile of pediatrics: A comparison of computerized adverse drug event surveillance and voluntary reporting in the pediatric environment. Pediatrics; 2008, 121: 1201-1206.

Fracica PJ, Wilson S, Chelluri LP. Patient safety. In: Varkey P, editor. Medical quality management theory and practice. London: Jones and Bartlett Publishers; 2010. p. 43-73.

Gerçeker, Ö.G., Didişen, A.N., Bolışık, B., Başbakkal, Z. Pediatri hemşirelerinin ilaç hataları ve eşdeğer ilaç kullanımına ilişkin deneyimlerinin ve görüşlerinin incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015, 6; 4.

Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010, 13: 53-59.

Günay F. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Görülen Hastane Enfeksiyonlarının Etiyoloji, Epidemiyoloji, Klinik Özellikleri ve Etkenlerin Duyarlılığı Bakımından İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2008.

Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S. Nursing and Midwifery Malpractice in Turkey Based on the Higher Health Council Records. Nursing Ethics 2004;11(5): 89-98.

Güngör P, Doğan MY, Yaşar KM. Farklı Ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2012; 43(4):128-38.

Güven R. dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 2007.

Hancı H. Malpraktis- Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu (Malpraktis), 3. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2006: 30-43.

Hancı İH. Malpraktis-Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza Ve Tazminat Sorumluluğu, 2. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2002: 41-53.

Heinze C, Halfens RJG, Roll S and Dassen T. Psychometric evaluation of the Hendrich Fall Risk Model. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 53: 327-332.

Hitcho EB, Krauss M, Brige S, Dunagan W, Fisher I, Johnson S, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: A prospective analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2004; 19(7): 732-9.

Hughes RG, Clancy CM. Nurse's Role in Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality* 2009; 24(1):1-4.

Hughes RG, Edgerton EA. Reducing pediatric medication errors: children are especially at risk for medication errors. *American Journal of Nursing*, 2005, 105: 79-84.

Institute of Medicine Report (1999), *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, URL: <http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of-Medicine-Report.html>, June 11, 2012.

Institute of Medicine Report, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, 1999.

Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (Ed.) Washington D.C:National Academy Press; 2000, 1-48.

İntepeler ŞS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15: 129-135.

John, P.S., Rodney, H. Medication errors involving pediatric patients. *Joint Commision Journal on Quality and Patient Safety*, 2005, 31; 6.

Johnstone MJ, Kanitsaki O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: acritique. *Nurse Education Today*, 2007, 27: 185-191.

Kahraman BB, Bostanoğlu H. İç hastalıkları yoğun bakım unitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişiminde yaşadıkları glklerin saptanması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012, 15: 236-243.

Kahriman, İ, Öztürk H. "Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. Journal of Clinical Nursing, 2016; 25(19-20) : 2884-2894.

Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, Mckenna KJ, Clapp M, Federico F, Goldmann D. Medication errors and adverse drug events in pediatrics inpatients. Journal of American Medical Association, 2001, 285: 2114-2120.

Kıymaz D. Acil Serviste alışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, 2015, Samsun.

Kim EA, Mordiffi SZ, Bee WH, Devi K, Evans D. Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. Journal of Advanced Nursing. 2007; 60(4): 427-35.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors in healthcare: A leading cause of death and injury. In: Kohn LT,Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human:building a safer health system. Washington, DC:Institute of Medicine National Academy Press; 2000. p.26-48.

Kumar S, Chaudhary S. Medical errors and consequent adverse events in critically ill sugical patients in a tertiary care teaching hospital in Delhi, Journal of Emergencies Trauma, and Shock 2009; 2(2):80-84.

Maraş H. İstanbul Tıp Fakültesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Servislerinde 2010 Yılı İlk Yarısı Hastane Enfeksiyonu Srveyansı.Sağlık Bilimleri Fakültesi, ocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.

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.

Meginniss A, Damian F, Falvo F. "Time out" for patient safety. *Journal of Emergency Nursing*, 2012, 38: 51-53.

Mitchell PH. Defining Patient Safety and quality care. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Hughes RG (ed.). (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2008; 28-57.

Musa Özata, Handan Altuncan, "Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Türlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği", *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8 (2), 2010.

Naharcı H. Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Etkili Olan Önlemlere İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2006.

Nath SB, Marcus SC. Medical errors in psychiatry. *Harverd Review Psychiatry*, 2006, 14: 204-211.

Odabaşoğlu E. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, 2013, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. 2. Basım. Ankara: Mattek Matbaacılık Basım ve Yayıncılık; 2010. s. 38.

Özata, M., Altunkan, H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi, 2010, 8:2, 100-111.

Özçetin M, Saz EU, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Dergisi, 2009, 3: 49-53.

Özgirgin K (1996). Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimine Geçiş. 5.Ulusal Kalite Kongresi (Kongre Kitabı). İstanbul 13-14 Kasım, 16-20.

Özkan S. Pediatrik İlaç Hazırlama ve Uygulamada Yapılan Hataların Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Stratejinin Geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.

Özkan, S., Kocaman, G., Öztürk, C. Çocuklarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesine yönelik yöntemlerin etkinliği. Türk Pediatri Arşivi Dergisi. Galenos; 2013, 299-302.

Öztürk R. Hastane Enfeksiyonları: Sorunlar, Yeni Hedefler ve Hukuki Sorumluluk. İçinde: Öztürk R, Saltoğlu N, Aygün G (Editörler). Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol, 1. Baskı. İstanbul, Ohan Matbaacılık, 2008: 23-29.

Payne, C., Smith, C., Newkirk, L., Hicks, R. Pediatric medication errors in the postanesthesia care unit: Analysis of MEDMARX data. AORN Journal; 2007, 85:731-740.

Peker A, Karaöz S. Vardiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Dikkat Düzeyleri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, Yüksek Lisans Tezi, 2009;7- 21.

Pekuslu S, Demirci H, Taşcıoğlu S, Tuna E. Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı, 1. Baskı, Ankara, Azim Matbaacılık, 2011: 319-330.

Rich VL. Creation of a Patient Safety Culture: A Nurse Executive Leadership Imperative: Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, 2008;2:2-45. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2642/.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2642/))

Rothschild JM, Federico FA, Gandhi TK, Kaushal R, Williams DH, Bates DW. Analysis of medication-related malpractice claims. Archives of Internal Medicine, 2002, 162: 2414-2420.

Safran N. Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis. Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2005.

Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, Davis K. Taking the pulse of health care systems: experiences of patient swith health problems in six countries. Health Affairs (Project Hope), 2005, 5: 509-525.

Sezgin B. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2007.

Smits M, Zegers M, Groenewegen PP, Timmermans DR, Zwaan L, van der Wal G, Wagner C. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies [Electronic version]. Qual Saf Health Care 2010;19(5):1-7.

Sönmezer M Ç, Gülhan B, Otuzoğlu M, Yakut Hİ, Tezer H. Pediatri yoğun bakım ünitesindeki sağlık personelinin el hijyenine uyumunun değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2014; 2(1): 75-8.

Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. Journal of Pediatric Nursing, 2004, 19: 385-392.

Şardan ÇY. Hastane enfeksiyonları: Dünya’da ve Türkiye’de mevcut durum ve yeni hedefler. ANKEM Dergisi 2010; 24(Ek 2): 120-2.

T.C. Hemşirelik Yönetmeliği 08.03.2010 tarih ve 27515 sayılı yönetmelik.

www.saglik.gov.tr/ Erişim tarihi:07.01.20

T.C. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetimi Raporu (2007):“Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele”.

Tansüyer T. Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.

Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2012; 14:66-74.

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.

The Institute of Medicine (IOM). Crossing The Quality Chasm: A New Health System For the 21st Century. National Academies Pres, Washington, 2001.

Torüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Göktuğ Yayıncılık, Ankara, 2012: ss 339-358.

Törüner E, Erdemir F. Pediatrik hastalarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemsirelik Dergisi, 2010; 63-71.

Tuba Saygın, Belma Keklik, “Tıbbi Hata Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: Isparta İli Örneği”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:17 Sayı:2, 2014.

Türk Tabipler Birliği. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (1999). http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65&Itemid=31, Erişim Tarihi: 05.10.2019.

Ulusoy MF, Görgülü RS. Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler (Cilt I), Çağın Ofset, Ankara,1995; 74-80.

Uzun Ş, Arslan F. İlaç uygulama hataları. Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Science, 2008, 28: 217-222.

Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(2): 152-7.

Williams, I. J., “Biomed’s Increased Involvement Improves Processes, Patient Safety”, çevrimiçi; www.aami.org/tmconnect/BestPractices/2009MarApr.pdf., erişim tarihi: 08.07.2014.

World Health Organization (WHO). World alliance for patient safety. Forward programme 2006- 2007. Geneva, Switzerland, WHO Press, 2006.

World Health Organization (WHO). World alliance for patient safety. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care(Advanced Draft):A Summary, Clean Hands are Safer Hands, Geneva, Switzerland, 2005.

Yalçın, Ş. ve Acar, A. (2010) “Avrupa Birliği ülkelerinde hasta güvenliği ve güvenli hastane ilişkisi” II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-1 Mayıs, Ankara.

Zencirci AD. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2010, 1: 67-74.

10. EKLER

EK-1 : MCBÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARAR FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/06/2018-E.54177



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 74547675-302.14.01-
Konu : Meliha KARASOY ANDIÇ'in Tez
Konusu Hk.

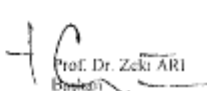
SBE ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 25.05.2018 tarih ve 20/6 sayılı yönetim kurulu toplantısında, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 141365003 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Meliha KARASOY ANDIÇ'in tez konusunun etik kuru onayı alınması kaydı ile "**Planlı Eğitimin Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi**" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.
Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

EK-2 : ETİK KURUL ONAYI

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİHİ / NO	15 / 08 / 2018 / 20.478.486 -					
ARAŞTIRMANIN ADI	Planlı eğitimin çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisinin incelenmesi					
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Dilek ERGİN - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi					
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Meliha Karasoy Andıç					
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS-DOKTORA-TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLMİŞ BELGELER	01 / 08 / 2018 / Tarih ve 35997 sayılı, araştırma dosyası					
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
Ünvan/Mc/Şeydi	Araştırma Etik Kurulu Üyesi	İşlevsiz Üyesi	Ünvan / Adı / Soyadı	Araştırma Etik Kurulu Üyesi	Tanımlama Kuruluşları Üyesi	
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Sendar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Murat DEMET Pekiyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Beril ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Margül Güngör TAŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT İtlik Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mutahhar YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stüdyo Hibeğin TUNÇAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Herhangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzlenebilir Denetim" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formumuzun Tanıtımına - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.						
 Prof. Dr. Zeki ARI Başkanı						

EK-3 : KURUM İZNİ



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 24162305-300-
Konu : Meliha KARASOY ANDIÇ'in Tez
Çalışma İzni hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SEKRETERLİĞİNE


İlgi : 22/11/2019 tarihli ve 28233352-300-E.99011 sayılı yazı.

İlgi dilekçeniz ile izni istenilen "Planlı Eğitimin Çocuk Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Üzerine Etkisinin İncelenmesi " konulu tez çalışmasının Aralık 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında Hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ,Çocuk Yoğun Bakım Servisi, Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi ile Çocuk Cerrahisi Servislerinde yapılması, Etik Kurul onayı sonrası geçerli olma kaydı ile Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereği için bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Seyhun KÜRŞAT
Başhekim

EK-4 : ÖLÇEK İZİNİ

Tıbbi hataya eğilim ölçeği kullanımı 



Meliha Karasoy <melihakarasoy@gmail.com>

17 Eki 2017 22:57   

Alici: musaozata ▾



Merhabalar,

Celal Bayar Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalığı ABD. de tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Danışman hocam; Doc. Dr. Dilek ERGİN. Pediatri hemşirelerinin tıbbi hatalarına yönelik bir tez çalışması yapıyorum. Geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" ni çalışmamda kullanabilir miyim?

İyi çalışmalar.



Musa özata <musaozata@gmail.com>

 20 Eki 2017 15:46   

Alici: ben ▾

Ölçeği kullanabilirsiniz

17 Ekim 2017 22:57 tarihinde Meliha Karasoy <melihakarasoy@gmail.com> yazdı:



EK-5 : HEMŞİRE TANITIM FORMU

Rumuz:

Anket No:

Çalıştığınız klinik:.....

2.Yaşınız.....

3.Eğitim durumunuz:

Sağlık Meslek Lisesi Önlisans Lisans Yüksek lisans Doktora

4. Çalışma şekliniz:

Yalnız gündüz Nöbet Vardiyalı

5. Çalışma statünüz:

Yönetici hemşire Servis hemşiresi Yoğun bakım hemşiresi

6. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

7. Kaç yıldır pediatri hemşiresi olarak çalışıyorsunuz?

8. Pediatri hemşiresi olarak çalışmayı kendiniz mi istediniz?

Evet Hayır

9. Günlük baktığınız hasta sayısı:

10. Gece nöbet sayınız:

11.Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar ile ilgili eğitim aldınız mı?

12.Cevabınız evet ise:

a) Nereden aldınız?

Kurs Kongre Hizmet içi eğitim Diğer.....

b) Ne zaman aldınız?.....

c)Hangi konular ile ilgili eğitim aldınız?

İlaç uygulamaları Hastane enfeksiyonları Transfüzyon

Malzeme güvenliği Düşmeler İletişim Diğer

13.Sizce tıbbi hata nedenleri nelerdir?

Uzun çalışma saatleri Yorgunluk Stres

Hemşirelerin sayısının yetersiz olması İletişim bozuklukları

Ekip çalışmasının olmaması Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı

Mesleki eğitimin yetersiz olması Hekimlerin el yazısının okunmaması

14.Tıbbi hatalara ilişkin gelişmeleri takip ettiğiniz herhangi bir kaynak var mı?

Evet (Açıklayınız)

Hayır

15.Tıbbi hata ile karşılaştığımızda ne yaparsınız?

Hemen rapor ederim.

Hiç kimseye söylemem.

Soruşturma başlatılmasın diye olmamış gibi davranırım.

17.En çok karşılaştığımız tıbbi hatalar nelerdir?(Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

İlaç ve transfüzyon hataları Düşmeler İletişim sorunları

Malzemeden kaynaklı hatalar Hastane enfeksiyonları Diğer

EK-6 : TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>					
İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI	HİÇ (1)	ÇOK NADİR(2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE(4)	HER ZAMAN(5)
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 mayinin sterilitesini 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	1	2	3	4	5
HASTANE ENFEKSİYONLARI	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepti 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 değiştiririm Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					

<p>Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim</p> <p>Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım</p> <p>Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim</p> <p>Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım</p> <p>Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim</p>					
--	--	--	--	--	--

HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
<p>Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım</p> <p>Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım</p> <p>Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım</p> <p>Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim</p> <p>Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim</p> <p>Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım</p> <p>Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim</p> <p>Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım</p> <p>Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim</p>					
DÜŞMELER	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
<p>Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm</p> <p>Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım</p> <p>Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim</p>					

Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım					
İLETİŞİM	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım					

EK-7 : TIBBİ HATALARA YÖNELİK EĞİTİM FORMU

ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN KARŞILAŞTIĞI TIBBİ HATALAR

HACERELERİ:
MELİHA KARASOY ANDIÇ

- Tıbbi uygulama hataları, hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açıdan, başarısızlık veya yanlış uygulama olarak da tanımlanmaktadır.



Bu başarısızlık veya yanlışlıkların başlıca sonuçları:

*Yatış süresinde uzama,

*Mortalite ve morbiditede artış,

*Hasta ve hasta yakınlarının gördüğü zarar ve bunlara bağlı hukuksal sorunlar şeklinde sıralanabilir .



- Dolayısıyla, tıbbi hatalar, aynı zamanda sistemin kalitesinin ya da kalitesizliğinin doğrudan bir göstergesi olma niteliğini de taşımaktadır.



Sağlık çalışanları içinde çoğunluğu oluşturan hemşireler, bağımlı ve bağımsız fonksiyonlarının çokluğu, çeşitliliği ve hasta ile beraberliğinin sürekliliği gibi nedenlerle diğer meslek gruplarına kıyasla daha sık tıbbi hata riski ile karşılaşmaktadırlar.



(Anazz 2006; Topç, Şen, Yi, Mel and Öner 2007).

Hemşirelerle ilgili tıbbi hatalar, en çok:

Bakım standartlarını uygulama yetersizliği,
Kayıt tutmada yetersizlik,
Hasta güvenliği ile ilgili uygulamalarda yetersizlik,
Dikkatsizlik,
Tedbirsizlik,
Meslekte acemilik,
Emir ve yönetmeliklere uymamak,
Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması,
Hemşire sayısının yetersizliği,
İletişim yetersizliği gibi durumlardan kaynaklanmaktadır.

Erkan ve ark., 2009; Çiğ ve ark., 2012; Saran İntepeler ve Dursun, 2012; Andrey ve ark., 2004; Bayraktar ve Ekişli, 2014).

İNSANDAN KAYNAKLI TIBBİ HATALAR

Tıbbi hataların üç ana nedeni vardır:

- İnsan
- Kurumsal
- Teknik



- İlaç ve transfüzyon uygulamaları,
- Hastane enfeksiyonları,
- Hasta izlemi ve malzeme güvenliği,
- Düşmeler,
- İletişim



1. İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI

Kimyasal madde verme ve verilen bu maddelerin etkilerini, yan etkileri ve ilaç etkileşimlerini bilme HEMŞİRENİN SORUMLULUĞUDUR.



İlaçların Uygulama Yerleri ve Bu Yerlere Özgü Farmasötik Şekiller- 1 (Lokal)

Lokal Uygulama Yeri	Farmasötik Şekil (İlaç Şekli)
Epidermal (dış üzele)	Merhem, pomad, losyon, banyo, pasta, solüsyon, deriye)
Konjunktival (göze)	Göz damlaları ve merhemler
İntranasal (buruna)	Nazal (burun) damla ve spreyi
Enteral (ağızdan)	İnjestiyonel (ağızdan), tablet, emülsiyon, jel, kapak)
Dermal (cilt için)	Parfü, solüsyon,
Subkütanal	Merhem, alüminyum oksit,
Kutan	Lenora vjy,
Oral (ağız yolu)	Oral (ağız) emülsiyon (injeksiyon, alüminyum)

İlaçların Uygulama Yerleri ve Bu Yerlere Özgü Farmasötik Şekiller- 2 (Sistemik)

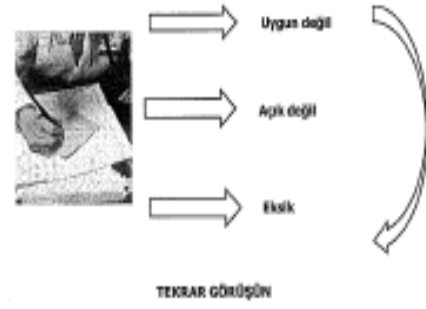
Sistemik Uygulama Yeri	Farmasötik Şekil
Oral (ağızdan)	Kırmızı Şekiller - tablet, drüje, kapak, film kapak tablet, koruyucu kapak (enterik) tablet, çözümlenebilir, emülsiyon, solüsyon, süspansiyon, şurup)
Parenteral (i.v., i.m., i.v.)	İnjektisyenlik solüsyon veya emülsiyon, emülsiyon (ampul, flakon, sakacık-kapaklı), enjektör, enjektör paketi
İnhalasyon (solunum yoluyla)	Spri, buhar, aerosol, inhale edilebilir, emülsiyon, damla,
Transdermal (cilt yoluyla)	Flasterler için özel bariyer,

İLAÇ İSTEMİ (ORDER)

■Hekimin istemi olmaksızın hiçbir hastaya ilaç uygulanmamalıdır.

■Hekim ilaç tedavisi planını "istem"e veya "reçete"ye yazarak hemşireye iletir.

■Hemşire güvenli bir uygulama yapabilmek için mutlaka yazılı istem almalıdır.



DİKKAT!!!!

■Acil servis gibi özel bölümlerde, yetkili hemşireye sözlü istem verilebilir.

■Bu alanlarda dışında, hemşire sözlü olarak istem almamalıdır.

■Herhangi bir yazılı istem olmadan, ilaç uygulama yasal olarak yasaktır.

■Ancaz özel birimler için belirlenmiş kurum politikası uygulanır.

■ACİL DURUMLARDA ZORUNLU OLARAK YERİNE GETİRİLEN İSTEMLER BİRAN ÖNCE YAZILI HALE GETİRİLİP HEKİME İMZALATILMALIDIR.

İlaç İstemi Tipleri

■"Düzenli İstem": standart olarak yeni bir ilaç istemi yazılana kadar ya da istenen gün/doz sayısı kadar uygulanan istemdir.

■"Lüzum Halinde": gerekirse ya da ihtiyaç duyulunca alınması önerilen ilaçlardır.

■"Tek Doz": Hekim tarafından istenen özel bir zamanda yalnızca bir kez uygulanan ilaçlar için geçerlidir.

■"Acil istem": daima tek doz istemdir, fakat hemen uygulanması gereken istemdir.

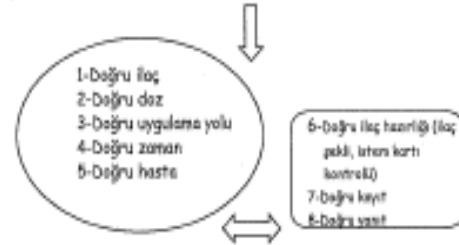
İLAÇ İSTEMİNİN BÖLÜMLERİ

■Bir ilaç istemi yedi bölümden oluşur.

1. Çocuk hastanın adı ve soyadı
2. İlaç isteminin yazıldığı tarih ve zaman
3. Uygulanacak ilacın ismi
4. İlacın dozu
5. İlacın uygulama yolu
6. İlacın uygulama sıklığı
7. İstem yazan kişinin imzası

İlaçların Hazırlanması ve Uygulanmasında Güvenlik

Çocuk hemşiresinin bilmesi gereken 8 doğru ilkesi :





«İlaç Uygulamalarında EN SON 10 doğru ilkesi

1. Doğru ilaç
2. Doğru doz
3. Doğru hasta
4. Doğru zaman
5. Doğru uygulama yolu
6. Doğru hasta eğitimi
7. Doğru kayıt
8. Reddi doğrulama
9. Doğru ilaç hazırlığı (şekli)
10. Doğru yanıt



İLAÇ HAZIRLAMA VE GÜVENLİK

Güvenlik hem ilaçları hazırlarken hem de uygularken çok önemlidir.

İlaçlar hazırlanırken "3 kontrol ilkesi" ve "10 doğru ilkesi" uygulanmalıdır.

*İlaçların bulunduğu ve hazırlandığı bölümde ilaçlar hazırlanırken 3 kez kontrol edilmelidir:

*İlaç, kontrollü bir madde çekmece, buzdolabı ya da dolaptan çıkarılırken ilaç bilgi sistemi ile kontrol edilmeli.

*İlaç: hazırlama, dökme, kap dışına alınan doz, IV set hazırlama esnasında hastaya uygulamadan önce kontrol edilmeli.

*İlaç tekrar yerine yerleştirilirken kontrol edilmeli.



■DİKKAT!!!

■Etiketi okunmayan ya da etiketsiz ilaçlar asla uygulanmamalıdır.

İLAÇ HATALARI

Bu hatalar hekim kaynaklı, hemşire kaynaklı veya hasta kaynaklı olabilir.

Hekim kaynaklı hataların hemen hemen tamamı istem ya da reçeteleme aşamasında olmaktadır.

Önlenmesi için hekimin istem ya da reçeteyi daha dikkatli hazırlaması gerekir.

Hasta kaynaklı hatalar, hasta ilaca ulaştıktan sonra gerçekleşir.

Hemşireden kaynaklanan en çok görülen ilaç hataları:



- Yasal olmayan isteme göre ilacın verilmesi,
- Hekim istemi olmadan ilacın verilmesi,
- İlacın okunuş ve görünüş benzerliği sonucunda yanlış ilacın verilmesi, ilaç dozunun yanlış hesaplanması
- Yanlış dozda ilaç verilmesi,
- İlaç kutusu veya paketi üzerindeki bilgilere dikkat etmeme ve ilaç uygulamasının unutulmasıdır

1 ml. = 1 cc= 1 cm³ = 10 diziyem = 20 damla

■ İlaç Uygulamalarında kullanılan Ölçütler

- 1ml = 20 damla (Kan transfüzyonunda 15 damla)
- 4-5 ml= 1 tatlı kaşığı
- 15 ml = 1 yemek kaşığı
- 250 ml = 1 su bardağı
- 100 ml = 1 çay bardağı

İlaç Uygulamalarında Dikkat Edilecekler-1

- *İlaç hazırlarken dikkat dağıtacak işlere uğraşmamalıdır.
- *İlaç hazırlama ortamı aydınlık olmalıdır.
- *İlaç tepsi düzenli olmalı, ilaç kartları korunmalıdır.
- *İlaç hazırladıktan sonra ilaçlar dağıtıncaya kadar güvenli bir yerde saklanmalıdır.

İLAÇ DOZUNUN HESAPLANMASI

- 1 miligram (mg)= 1000 mikrogram
- 1 gram (gr)= 1000 miligram
- 1 kilogram (kg)= 1000 gram (gr)

- *Volüm birimi olarak:*
- 1 litre= 1000 mililitre

İlaçların Alındıkları Yollar ve Emilim Hızları

Alındıkları Yolların Ortalama Çıkışı Zamanı Kadar

- *Alındıkları Yollar*
- Deriden → Değişken-ilaca göre
- Ağızdan → 30-90 dak.
- Rektal → 5-30 dak.
- Cilt Altı → 15-30 dak.
- Kas içi → 10-20 dak.
- Dil altı- Tablet → 3-5 dak.
- İnhalasyon-Solunum → 3 dak.
- Endotrakeal → 3 dak.
- Bamar yolu → 1 dak. (30-60 saniye)

İlaç Uygulamalarında Dikkat Edilecekler-2

- *İlaçlar hastalara bizzat hazırlayan kişi tarafından verilmelidir.
- *İlaçların görünümleri hazırlama sırasında kontrol edilmelidir.
- *İlaçların verileceği zaman ve uygulama özellikleri bilinmelidir.
- *İlaç uygulaması yapıldıktan sonra imza atılmalıdır.

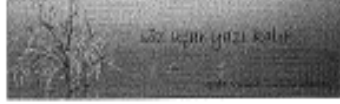
İlaç Uygulamalarında Dikkat Edilecekler-3



*İlaç uygularken hasta kimliği kontrol edilmelidir.

*Oral ilaçlarda hasta ilacı yutana kadar beklenmelidir.

*Hasta ilacı belirtilen saatte bir nedenden dolayı alınmadysa mümkün olan en kısa zamanda tekrar verilmelidir.



•Narkotik ilaçlar mutlaka çift kilimli dozajlarda saklanmalıdır.



•Bunlar;kullanıldığında, kesinlikle rapor tutmak gerekir.

•Bu rapora hastanın adı, narkotik ilacın miktarı, istemi veren hekimin adı, uygulayan hemşirenin adı, tarih ve saat kaydedilir.



•••••Narkotik'in ampul içinde artan bir dozu varsa, bunun da yok edildiğini belirtir bir not düzelir.

•••••Bu işlemi gözleyen bir hemşirenin de tanık olarak imza atması uygun olur.

•••••Hemşireler nöbet değişimleri sırasında narkotik ilaçları kesinlikle sayarak teslim alıp teslim vermedirler.



ÇOCUKLARDA İLAÇ KULLANIMI

Hemşire ilaçların hazırlanması, uygulanması ve bu girişimler sırasında karşılaşılabileceği yasal sorumluluklar ile ilaçlara ilişkin güvenlik önlemleri ve ilaçların farmakolojik özellikleri konusunda bilgi sahibi olmalıdır.

(Çerinkaya 2006)

•Yapılan çalışmalarda,

- 100 ilaç uygulamasından beşinde hata olduğu.
- Advers ilaç etkisinin 100 yatan hastada 6.5 olarak saptandığı.
- Hataların %28'inin önlenemez olduğu ve
- İlaç hatalarının %56'sının reçetelendirme aşamasında olduğu bildirilmektedir.



■Çocuklarda ilaç hataları konusunda yapılan çalışmalarda hata sıklıkları 100 ilaç istemi için 4,5-5,7 arasında bulunmuştur (Alyssa, 2005)

■Çocuklarda ilaç hataları üç kat daha fazladır (Furman et al, 2005)

Çocuklarda ilaç hataları yetişkinlerden daha fazladır .
Çünkü:
■Dozlar standart değildir. Kiloya uygun ilaç yazılması gerekir.

■Doz hesaplarırken matematik hatalar oluşabilir.

■Süspansiyonlar sıklıkla bileşik olmak zorundadır.

■Uygun dozu ayarlayabilmek için tabletleri kesmek gerekebilir.

■İlaç çözeltilerini hazırlarken seyreltme yanlış yapılabilir.

■Çocuklar hataları yetişkinler kadar tolere edemezler.

84

EN SIK RASTLANAN HATA ÇEŞİTLERİ

■Schneider ve arkadaşlarının çocuk yaştan bakım biriminde ilaç hazırlama ve uygulamaları konusunda yaptıkları çalışmada:

- en sık rastlanan hataların zaman (%32,4),
- yanlış uygulama tekniği (%32,4) ve
- hazırlama hataları (%23,0) olduğu gösterilmiştir.

İLAÇ HAZIRLAMA HATALARI

■Uygunuz ayrıldıklar

■Doz ünitelerinin birbirine yakın olmas (ünite- mg gibi)

■İlaçların setlerin içinde kalması

■Uygunuz ilaç formülasyonlarının kullanılması

■İlaçlar içinde. İstenmeyen ve belirtilmeyen maddelerin bulunması

■Uygunuz ilaç konsantrasyonları veya emülsiyonları

■İlaç talimatlarının yanlış yorumlanması ve ya dozların yanlış hesaplanması

İNTRAVENÖZ İLAÇ KULLANIM HATALARI

■İntravenöz setlerin sık değiştirilmesi sonucu set içinde ilaç kaybı

■İlaçların uygunuz bir şekilde karıştırılması

■Enjektör içinde ilaç kalması

■İnfüzyon pompası alarm vermediği halde damar dışına çıkışların olması

■Değişik hızlarda gitmesi gereken ilaç / sıvıların aynı ortak yoldan aynı hızda verilmesi

DİĞER YOLLARLA VERİLEN İLAÇLARDAKİ KULLANIM HATALARI

■Uygulama sırasındaki kayıplar: nazogastrik sondadaki ölü bağluk veya ağızdan dökülmesi

- İlaç vermeden önce ve sonra

- prematüre yenidoğanlarda 0,5-1 ml,

- süt çocuklarında 1-2 ml

- büyük çocuklarda 2-5 ml

- yetişkin hastada 20-30 ml ilik su verilmesi

tüpün temizlenmesini sağlar.

■Intramüsküler veya subkutan verilen ilaçların enjeksiyon bölgesinden kaçışı

■Süspansiyon halinde ilaçların tam çalkalanmadan verilmesi

■Haricen yanlış ilaç kullanımı

1. Doğru İlaç

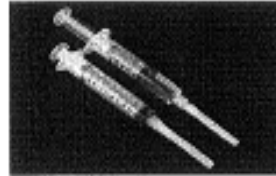
■İlaç kullanılmadan önce adı ve dozu üç kez kontrol edilmelidir.

■Ayrıca yüksek riskli ilaçların iki kişi tarafından hesaplanarak kontrol edilmesi (double-check) sağlanmalıdır.



Yanlış	Doğru	Ölçülebilir Hatalar
U veya UJ	Düzeltilmiş enjeksiyon	U veya UJ ile karıştırılır
3x1	Günde 3 kez	Verili enjeksiyonun sayısı
50	5 mg	50 ile karıştırılır
3 g	0.3 g	3 ile karıştırılır
mcg veya µg	mikrogram	µg ile karıştırılır
MgSO ₄	Magnesyum sülfat	Morfün sülfat ile karıştırılır
MS	Morfün sülfat	Magnesyum sülfat ile karıştırılır
HCT	Hidrokortizon	Hemolitik ile karıştırılır
D5	% 5 dekstroz	Kontrast madde ile karıştırılır
cc	ml	Sıfır rakam ile karıştırılır
CC	Çalkıtma	CC (calkıtma) ile karıştırılır

■Flakon içindeki ilacın bir defada tümünün kullanılmadığı, küçük dozda ilaçların reçete edildiği çocuk yaş grubunda bu durum dikkate alınmazsa uygulanacak ilaç dozu reçete edilen dozdan daha az olacaktır



2. Doğru Doz

■İlaç dozu, vücut ağırlığı (kg) ya da vücut yüzeyine (m²) göre verilecek ilaç miktarı temel alınarak hesaplanır.

■İlaç hataları önlemenin bir yolu hastaya verilmesi gereken miktar ile birlikte günlük dozun da (mg/kg olarak) yanına yazılmasıdır. Böylece verilen miktarın doğru olup olmadığının kontrolü kolaylaşır.

■Tüm ilaçların doğru olarak ölçülmesi önemlidir.

■Kaynaklarda doz hesaplama hataları içinde yer almayan "kuru toz hacminin dikkate alınmaması" doz hesaplama hatası nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir.

Örnek Uygulama

■Vankomisin flakon 2 x 50 mg 50 ml serum fizyolojik içinde 30 dakikada I.V. İnfüzyon (ayrı setten verilecek)

■Elimizde vankomisin flakon 500 mg ve 10 ml'lik sulandırıcısı bulunmaktadır. İlaç ayrı bir set içerisinde gönderilecektir. Set payını hesaba katarak 50 ml serum fizyolojik içine ne kadar ilaç koyarsınız?



■Vankomisin ayrı setten verileceğinden sette kalacak ilaç miktarının göz önüne alınması gerekir.

■Setin aldığı sıvı miktarı 10 ml'dir.

■Bu durumda içine vankomisin koyarak hazırladığımız 50 ml sıvının 10 ml'si set içinde (1/5'i) kalacaktır.

Açılmış Flakon ve Şişelerin Saklanması

■Cam ve plastik ampüller açılıp bir kez kullandıktan sonra hemen atılmalıdır.

■Flakonlar ise aksi belirtilmedikçe, açıldıktan ve sulandırıldıktan sonra buzdolabında birkaç saat daha bekletilebilir.

■Ancak prezervatif ve antiseptik içemedikleri için, bu flakonlara 2-3 kereden fazla enjektör sokulması ve buzdolabında bile olsa 6-8 saatten fazla bekletilmesi doğru değildir.

■Pahalı ve ulaşılması zor ilaçların enjektöre çekilip kapatılarak ve üzerine gerekli bilgiler yazılarak aseptik kapularda saklanması düşünülebilir.

Kan ürünlerini hangi hızda verelim:

- Eritrosit süspansiyonları kan dolaşımından çıktıkları andan itibaren 1-2 saatte verilebilir.
- Ancak daha uzun sürelerde verilecekse 4'er saatlik dilimlere bölünerek dolaptan alınarak takilmalıdır.
- Özel durumlar dışında ısıtmaya gerek yoktur.
- Taze Donmuş Plazma tünüyle eritildikten sonra 1-2 saatte verilir.
- Trombasit ve Granülositler kısa sürede verilmelidir.

HER TÜRLÜ KAN ÜRÜNÜ
170 µm PORLUK FİLTRELERLE
VERİLMELİDİR.
(KAN VERME SETİ FİLTRESİ)

Seru:

- Kan şekeri düşük(20mg/dl) ve ağır anemisi olan 1 yaşındaki hastanın Eritrosit süspansiyonu setten çıkışında sıkıntı oluşturd. Kanda pıhtı ve benzeri problem yok. Viskoziteyi azaltmak için sulandırılması gerekti, hangi solüsyonu kullanırsanız?
- A- % 10 Dextroz
- B- % 0,2 NaCl sol
- C- % 0,9 NaCl sol
- D- Human Albumin solüsyonu

- Kan ve komponentleri transfüze edilen venden %0,9'luk serum fizyolojik ve %5'lik albumin hariç başka sıvı ve ilaç verilmemelidir. % 5 dekstroz ve hipotonik solüsyonlar hemoliz yapabilir. Ca içeren solüsyonlar (RingerLaktat) pıhtı oluşturabilir.

KAN TRANSFÜZYONU İŞLEMİ

IV infüzyon malzemelerine ilaveten kan seti ve % 0,9 NaCl

Uygulamadan önce yapılması gereken kontroller;

Kan verilecek hastanın adı ve soyadı,

Hekim istemi,

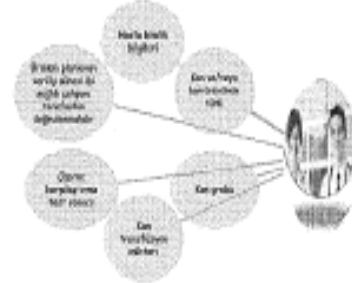
Kan grubu uygunluğu,

Cross-match yapıp yapılmadığı,

Kanın alındığı tarih ve son kullanma tarihi,

Hepatit ve AIDS gibi hastalık testlerinin sonuçları

Kanın görünümü (içinde pıhtı olmamalıdır.) kontrol edilmelidir.



- İlk 5-10 dak.dan sonra bir problem yokse transfüzyon, hastanın tolerans edebileceği hızda, hastanın klineğine göre ortalama 1-3 saatte tamamlanmalıdır. Ancak bakteriyel üreme riski nedeniyle 4_saat geçmemelidir.
- Kalp yetmezliği bulguları olan çocuklarda 1-3 ml/dk hızda uygulanır.
- İlk 5- 10 dakika(25-30 ml) yavaş (2-5ml/dk) yapılmalıdır
- Geçikmiş hemolitik reaksiyonlar 1-10 gün sonra ortaya çıkar

TAM KAN VEYA ERİTROSİT SÜSPANSİYONU ÜNİTESİ AÇILDIKTAN SONRA

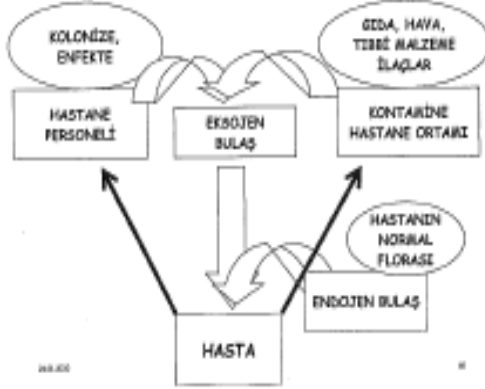
1-6°C DE 24 SAAT
ODA ISISINDA 20-24 °C DE 4
SAAT SAKLANABİLİR

KAN TRANSFÜZYONU REAKSİYONLARI GELİŞİRSE:

- Kan transfüzyonu hemen durdurulmalı ve verilen kandan örnek alınarak laboratuvara gönderilmeli
- 0,9%lik NaCl ile damar yolu açık tutulmalı,
- Dr. ye haber verilmeli,
- Dr. İsteminde göre acil tıbbi tedaviye başlanmalı
- Semptomlar ve hayati bulgular takip edilmeli,
- Kan bankasına reaksiyon geliştiği bildirilmeli
- Gerekli tüm açıklamalar kayıt edilmelidir.

2.HASTANE ENFEKSİYONLARI

Hastaneye yattıktan 48 saat sonra veya taburcu olduktan sonra ilk 10 gün içinde gelişen enfeksiyonlar Hastane Enfeksiyonu olarak kabul edilir.



HASTANE ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ

*Standart önlemler

*Bulaşma yoluna yönelik önlemler

- Temas önlemleri
- Damlacık önlemleri
- Hava yolu önlemleri

STANDART ÖNLEMLER

Hastanedeki tüm hastalara tanısına ve enfeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın uygulanması gereken önlemlerdir.



STANDART ÖNLEMLER

- El hijyeni
- Eldiven giyme
- Maske-gözlük (gerektiğinde)
- Koruyucu önlük (gerektiğinde)
- Tıbbi atık yönetimi
- Sağlık personelinin korunması
- Çevresel kontrol
- Sterilizasyon ve dezenfeksiyon

El hijyeni hastane enfeksiyonlarını önlemede tek başına en etkili ve önemli yöntemdir.



EL HİJYENİ (YIKAMA/ EL ANTİSEPTİĞİ) NE ZAMAN GEREKLİ?



ELDİVEN GİYME

■Kan, vücut sıvıları, sekresyon ve vücut sekresyonları ve bunlarla kontamine eşyalara dokunurken,
■Müköz membranlara ve bütünlüğü bozulmuş cilde dokunmadan hemen önce:

ELDİVEN GİYİLİR!!



341.00

31

MASKE, YÜZ-GÖZ KORUYUCU VE ÖNLÜK KULLANIMI

İşlemler sırasında kan ve vücut sıvıları, salgılar, çıkartılar ile kirlenme olasılığında kullanılmalıdır.

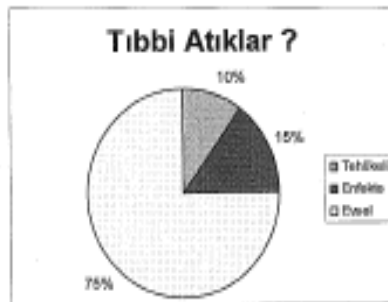


ATIK TORBALARININ KULLANIMI

■Kırmızı Torba :Tibbi Atıklar

■Mavi Torba : Geri kazanılacak atıklar

■Siyah Torba : Eysel nitelikte atıklar



İZOLASYON ÖNLEMLERİ

- Enfekte ve kolonize hastalardan
 - .diğer hastalara,
 - .hastane ziyaretçilerine
 - .sağlık personeline
- mikroorganizmaların bulaşının engellenmesidir

14.10.20

7

- Standart önlemler
- Genişletilmiş önlemler

>Solunum izolasyonu (Airborne precautions)



>Damlacık izolasyonu (Droplet precautions)



>Temas izolasyonu (Contact precautions)



14.10.20

8

Sonuç olarak;

Enfeksiyon kontrolü, hasta bakımını iyileştirme ve sağlık çalışanlarının sağlığını korumaya odaklanmış bir kalite iyileştirme aktivitesidir.

3.HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ

- Hastanın izlem sıklığı istemdeki gibi yapılmalıdır.
- Yapılan izlemler zaman belirtilerek kaydedilmelidir.
- Hasta takibi sonuçları teslimlerde mutlaka devredilmelidir.
- Özellikle yenidoğan hastalarda idrar çıkış takibi mutlaka yapılmalıdır.

4.DÜŞMELER

Düşme:

Bireyin durduğu, bulunduğu tutunduğu yerden ayrılarak veya dayanağını, dengesini yitirerek yukardan aşağıya inmesi

İç Kaynaklı Nedenler
(Hastanın Durumuna Bağlı)

Dış Kaynaklı Nedenler
(Ortama Bağlı)



- Serviste bulunan tıbbi ekipmanların düzenli bakımı yapılmalıdır.
- Tıbbi ekipmanların çalışıp çalışmadığı mutlaka her gün kontrol edilmelidir ve bozuk olanlar raporlanmalıdır.
- Cihazların nasıl kullanılacağı mutlaka bilinmelidir.
- Tüm sarf malzemelerin ve ilaçların son kullanma tarihi kontrol edilmelidir.

HASTA DÜŞMELERİ

Hasta ilk defa kliniğe kabul edildiğinde:
0-16 yaş grubundaki hastalar için Çocuk Düşme Riski Değerlendirme Formu(HARİZMİ)
Yetişkin hastalar için Düşme Riski Değerlendirme Formu (İTAKİ) düzenlenerek düşme riski yönünden değerlendirilir.
Düşme riski değerlendirme zamanları:
1. İlk Değerlendirme,
2. Post-Operatif Dönem,
3. Hasta Düşmesi,
4. Bölüm Değişikliği,
5. Durum Değişikliği.

HASTA DÜŞMELERİ

>Düşme riski değerlendirme sonucunda yetişkin hastalarda 5 ve 5 'in üstü,
>0-16 yaş grubu hastalar için değerlendirme puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilir,
>Dört yapraklı yonca figürüyle tanımlanır ve bu tanımlayıcı hasta odasının giriş kapısına veya yatak başına konulur.



HASTA DÜŞMELERİ

>Düzen hasta olduğunda Düşme bildirim formu doldurulur ve Kalite yönetim birimine verilir.
>Hasta Güvenliği Komitesi gereken değerlendirmeyi yaparak gerekirse DÖF(Düzeltilici Önleyici Faaliyet) başlatılır.
>Hasta düşmeleri indikatör ile de takip edilir ve gerekli iyileştirmeler yapılır.

HASTA DÜŞMELERİNİ ÖNLEMEK İÇİN:

- #Hasta ve/veya ailesine düşme riski ile ilgili eğitim
- *Çağrı zili
- *Yatağın en alt seviyede tutulması
- *Yatak kenarlıkları yukarıda tutulur.
- *Gedye, tekerlekli sandalye ve yatağın tekerlekleri kiliflenir.
- *Oda düzeni sağlanır, yatak - banyo arasındaki yollar boş tutulur, hastanın takılabileceği, geçişini engelleyecek kablo ve malzemeler ortamdaki uzaklaştırılır.

*Tuvalet ve banyoda hastanın tutunacağı tutacaklar ve hastanın ulaşabileceği herhangi çağrı sistemi yatak başlarında ve tuvalet banyolarda bulunmalıdır.

*Hasta odalarında ve koridorlarda temizlik sırasında ve sıvı dökülmesi durumunda Islak Zemin İşareti konulur.

*Gündüz ve gece yeterli ışıklandırma sağlanır.

5. İLETİŞİM GÜVENLİĞİ

İletişim, sağlık hizmetlerinin sunumunda sıklıkla ortaya çıkan tıbbi hatalara doğrudan neden olması bakımından önemlidir.

Hastanelerde iletişim süreci, hastalar, sağlık çalışanları, idari ve diğer çalışanlar arasında gerçekleştirilmektedir.

Bilgi işlem kayıtları, sözlü-telefonla alınan istemler, tetkik sonuçları vb. hastanelerde iletişim sürecinde mesajın iletilmesini sağlayan kanallar olarak karşımıza çıkmaktadır.

İLETİŞİM HASTA GÜVENLİĞİNİ NASIL TEHDİT EDİYOR?

- *Sağlık hizmetlerinin karmaşık hale gelmesi
- *Hiyerarşi (hökim-hemşire, hemşire-personel arasında)
- *Dil farklılıkları
- *Okunaksız bir yazıyla yazılmış order
- *Hastalarla ilgili eksik veriler
- *Yoğun ve stresli çalışma ortamları
- *Hastanın durumu ve tedavi planlarındaki günlük-anlık değişiklikler
- *GÖRÜLÜ

Hastanelerde iletişim, özellikle doktor-doktor arası konsültasyon süreçlerinde, hemşire-doktor arası sözel istem alın sürecinde ve hemşire-hemşire arası nöbet teslim süreçlerinde hasta güvenliği açısından risk oluşturmaktadır.

Bu süreçlerde hasta güvenliğini tehdit etmesi bakımından önemli olan ve sıklıkla karşımıza çıkan hata kaynakları;

- a) Sözel/Telefonla İstem Uygulamaları
- b) Kısaltma ve Sembollerin Kullanılması
- c) Kritik Test Sonuçlarının İletilmesi

GÜVENLİ İLETİŞİM İÇİN UNUTMA!!!!

Hasta ile ilgili her türlü bilginin, bir sağlık çalışanından diğer sağlık çalışanına iletilmesi esnasında iletilen tüm bilgiler doğrulanmalıdır.

Doğrulama işlemi özellikle sözel istem alımı ve kritik test sonuçlarının iletilmesi esnasında mutlaka uygulanmalıdır.

EK-8 : ORJİNALLİK RAPORU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tez Adı

Planlı Eğitimin Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Tezime ilişkin 09/01/2020 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallık raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 30' dur.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza
09.01.2020



Adı Soyadı :Meliha KARASOY ANDIÇ
Öğrenci No : 141365003
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR
(Doç. Dr. Dilek Ergin)



Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallık Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeliler, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.[400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanması için detaylı formu, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarını atından erişilebilir.]
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmın tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyaların sürece alınmasında, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az büyüme içeren metin kullanımı hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar arasında; "Ödevleri parçaya böler mi?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şekilde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 olacaktır ve raporun tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yazı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallık Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınav tarihi sonrasında teede yapılmış multimediyel değerlendirmeleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallık Raporu"nu Enstitüye teslim etmeyle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.ti.html>

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Meliha	Soyadı	KARASOY ANDIÇ
Doğum yeri	MUĞLA/Yatağan	Doğum Tarihi	20.09.1990
Uyruğu	T.C	Tel	05345110277
E-mail	melihakarasoy@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Abant İzzet Baysal Üniversitesi	2013
Lise	Yatağan Lisesi (YDA)	2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)						
Hemşire	MCBÜ Hastanesi Pediatri Kliniği	2013-devam ediyor						
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*					
İngilizce	Orta	Orta	Orta					
Yabancı Dil Sınav Notu#								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
YÖK DİL:								
	Sayısal		Eşit Ağırlık		Sözel			
ALES Puanı			71,15464					

