



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMLERİNİN VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

HAYRİYE BAŞTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN  
PROF. DR. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

MANİSA - 2019





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

## HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMLERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

HAYRİYE BAŞTÜRK  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

PROF. DR. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

JÜRİ ÜYELERİ

PROF. DR. ÇINAR PAKYÜZ (DANIŞMAN)

PROF. DR. ASİYE DURMAZ AKYOL

DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZDEN DEDELİ ÇAYDAM

MANİSA – 2019

## BEYAN

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

Hayriye BAŞTÜRK



## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yapılmasında çok büyük emeği geçen, kıymetli bilgileri ve deneyimleriyle yol gösteren, eğitim hayatım boyunca tanıdığım hocalarımın içinde en çok örnek aldığım akademisyen ve aynı zamanda danışmanım olan Sayın **Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ**' e değerli katkılarından dolayı saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmanın izin aşamasında sorularımı yanıtlayan kıymetli vaktini ayıran ve yüksek lisansa başladığım günden itibaren mesleki konularda bilgilerinden yararlandığım Sayın **Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM**' a teşekkürü borç bilirim.

Büyük emek ve çabalarla beni büyütüp okutan bana bir meslek kazandıran her zaman destekleyen, en büyük teşekkürü hak eden sevgili ailem, babam **Bünyamin BAŞTÜRK**, annem **Aynur BAŞTÜRK**, kardeşim **Akın BAŞTÜRK**' e, gösterdikleri sevgi ve destek için anneannem ve dedeme, tezin her aşamasında desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım, meslektaşım **Emine KARAPINAR**' a şükranlarımı sunuyorum.

Son olarak, ilkokuldan başlayarak yüksek lisansa kadar olan eğitim hayatım boyunca bu günlere gelmemde emeği geçen ve bana bu mesleği sevdiren bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

## **KISALTMA VE SİMGELER**

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**HTHEÖ:** Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

**IOM:** The Institute of Medicine

**NCC MERP:** İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**SS:** Standart Sapma

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>1. ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>2. ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>5</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>8</b>
4.1. TIBBİ HATALAR VE HASTA GÜVENLİĞİ.....	10
4.2. TIBBİ HATALARIN SINIFLANDIRILMASI .....	14
4.2.1. İlaç Uygulama Hataları .....	15
4.2.2. Tanı Hataları.....	17
4.2.3. Hastane Enfeksiyonları .....	17
4.2.4. Hasta Düşmeleri .....	20
4.2.5. Hastanın Yetersiz İzlenmesi .....	22
4.2.6. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Tıbbi Hatalar.....	22
4.2.7. Cerrahi Hatalar.....	22
4.2.8. Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hatalar .....	23
4.2.9. Yanlış ya da Uygunsuz Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar.....	23
4.3. TIBBİ HATALARIN NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ .....	24
4.4. HEMŞİRLERİN NEDEN OLDUKLARI TIBBİ HATALARI BİLDİRİM DURUMLARI .....	27
<b>5. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>30</b>
5.1. Araştırmanın tipi .....	30
5.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve süresi .....	30
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	30
5.4. Araştırmanın Soruları.....	31
5.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	31
5.6. Veri Toplama Araçları .....	31
5.6.1. Hemşire Tanıtım Formu.....	31
5.6.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) .....	31
5.7. Veri Toplama Yöntemi .....	32
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	32
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	33

5.10. Araştırmanın Etik Yönü .....	33
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>34</b>
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>61</b>
<b>8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>77</b>
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>78</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>88</b>





## TABLO DİZİNİ

### Sayfa

<b>Tablo 6.1.</b> Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=217).....	<b>34</b>
<b>Tablo 6.2.</b> Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Servislere ve Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı (n=217).....	<b>35</b>
<b>Tablo 6.3.</b> Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları (n=217) .....	<b>36</b>
<b>Tablo 6.4.</b> Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Tıbbi Hata Yapma Durumları (n=217).....	<b>37</b>
<b>Tablo 6.5.</b> Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Tıbbi Hata Yapma Oranları (n=217).....	<b>38</b>
<b>Tablo 6.6.</b> Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Tıbbi Hata Yapma Durumları (n=217).....	<b>38</b>
<b>Tablo 6.7.</b> Hemşirelerin Çalışma Şekillerine Göre Tıbbi Hata Yapma Durumları (n=217).....	<b>39</b>
<b>Tablo 6.8.</b> Hemşirelerin Çalıştıkları Servislere Göre Tıbbi Hata Yapma Durumları (n=217) .....	<b>40</b>
<b>Tablo 6.9.</b> Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=217).....	<b>41</b>
<b>Tablo 6.10.</b> Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyutundaki Maddelerin Puan Dağılımları (n=217) .....	<b>42</b>
<b>Tablo 6.11.</b> Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları Alt Boyutundaki Maddelerin Puan Dağılımları (n=217) .....	<b>44</b>
<b>Tablo 6.12.</b> Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutundaki Maddelerin Puan Dağılımları (n=217) .....	<b>45</b>
<b>Tablo 6.13.</b> Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler Alt Boyutundaki Maddelerin Puan Dağılımı (n=217) .....	<b>46</b>

<b>Tablo 6.14.</b> Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim Alt Boyutundaki Maddelerin Puan Dağılımları (n=217).....	<b>47</b>
<b>Tablo 6.15.</b> Hemşirelerin Yaş, Çalışma Yılı, Çalışma Saati, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar (n= 217) .....	<b>48</b>
<b>Tablo 6.16.</b> Hemşirelerin Cinsiyetlere Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Farkları (n=217) .....	<b>50</b>
<b>Tablo 6.17.</b> Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Farkları (n=217).....	<b>51</b>
<b>Tablo 6.18.</b> Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Farkları (n=217) .....	<b>52</b>
<b>Tablo 6.19.</b> Hemşirelerin Çalıştıkları Servislere Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Farkları (n=217) .....	<b>54</b>
<b>Tablo 6.21.</b> İlaç Uygulama Hatası Yapan ve Yapmayan Hemşirelerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar (n=217) .....	<b>58</b>
<b>Tablo 6.22.</b> İlaç Uygulama Hata Sayıları Arasında Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Açısından Farklar (n=217) .....	<b>59</b>

# **Başlık: Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**

**Öğrencinin Adı:** Hayriye BAŞTÜRK

**Danışman:** Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

## **1. ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışma, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini bir devlet hastanesi' nde görev yapan 217 hemşire oluşturdu. Araştırma verileri "Hemşire Tanıtım Formu" ve "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ)" kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde One Way Anova, t testi, Kruskal Wallis varyans analizi, ki-kare ve Pearson korelasyon testleri kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşirelerin %18,9 (n=41)' unun tıbbi hata yaptığı, bu hatalardan %18 (n=39)' inin ilaç uygulama ve %4,6 (n=10)' sının "yanlış kayıt" (%4,6) olduğu belirlendi. Tıbbi hata kayıt bildirim oranı %4,9 olarak bulundu. Kadın hemşirelere göre erkek hemşirelerin daha fazla tıbbi hata yaptığı, eğitim durumlarına göre üniversite mezunlarının daha az tıbbi hata yaptıkları belirlendi. HTHEÖ toplam puanı  $223,6 \pm 12,8$  olup, tıbbi hata yapanlara göre yapmayanların HTHEÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan servis ve çalışma şekillerine göre HTHEÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, kadın hemşirelere göre erkek hemşirelerin HTHEÖ puanları daha düşük bulundu. Ölçeğin "Hastane Enfeksiyonları" alt boyut puan ortalamalarının acil servisinde çalışan hemşirelerde daha düşük, "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyut puan ortalamalarının ameliyathanede çalışan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Araştırma sonuçları, hemşirelerde tıbbi hata yapma oranının yüksek ancak tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğunu, hatalarını bildirme konusunda isteksiz davrandıklarını gösterdi. Bulgular doğrultusunda, hemşirelere tıbbi hatalar ve hataların bildirimleri konusunda eğitim verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşire, tıbbi hatalar, etkileyen faktörler.



**Title: Determination of Medical Errors Tendency and the Factors Affecting of Nurses**

**Student's name:** Hayriye BAŞTÜRK

**Consultant:** Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

**Division:** Department of Nursing, Master's Degree Program in Internal Medicine Nursing.

## **2. ABSTRACT**

**Objective:** The aim of this study was to determine of medical errors tendency and the factors affecting of nurses.

**Material and Method:** The sample of the study consisted of 217 nurses working in a state hospital. The data were collected using face-to-face interview technique with “Nurse Information Form” and “Tendency to Medical Errors in Nursing Scale (TMENS)”. One-way Anova, t test, Kruskal Wallis variance analysis, chi-square and Pearson correlation tests were used for statistical analysis.

**Results:** Of the nurses who participated in the study, 18.9% (n = 41) performed a medical error, 18% (n = 39) of these errors were drug administration and 4.6% (n= 10) of the wrong record (4.6%). The rate of medical error reporting was found to be 4,9%. According to female nurses, male nurses made more medical errors and university graduates made less medical errors than other education levels. TMENS total score was  $223.6 \pm 12.8$ , and those who did not do medical errors had higher total scores of TMENS. It found that female nurses had lower HTHEÖ scores than male nurses while there was no significant difference between the TMENS scores according to age, marital status, educational status, service and working shift. The mean score of “Hospital Infection” sub-scale was lower in the nurses working in the emergency department, and the mean scores of “Drug and Transfusion Applications” were higher in the nurses working in the operating room.

**Conclusion:** The results of the study showed that the rate of making medical errors in nurses was high, but the tendency to make medical errors was low and they were reluctant to report mistakes. In line with the findings, it is recommended that nurses should be trained in the reporting of medical errors and errors.

**Keywords:** Nurse, medical errors, affecting factors.



### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık kurumlarında, poliklinik ya da yataklı servislerde hastaya uygulanan tıbbi bir işlem sırasında sağlık personelinin bilmeden neden olduğu ya da ihmali sonucu ortaya çıkan duruma tıbbi hata veya malpraktis denilmektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Er ve Altuntaş 2016). Aynı şekilde, sağlık alanında çalışan personelin bilerek veya bilmeyerek hastaya yanlış bir işlem yapması, hasta bakımında veya tıbbi uygulamasında titiz ve dikkatli davranmaması ya da mesleki bilgisinin yetersizliği sonucunda hastanın zarar görmesine neden olan uygulamaları tıbbi hata olarak tanımlanmaktadır (Örnek Büken ve Büken 2003; Kuşuoğlu ve ark. 2009; Canatan ve ark. 2015).

Tıbbi hatalar nedeni ile Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde hayatını kaybeden insan sayısı 1999 yılında yayınlanan Uluslararası Tıp Enstitüsü' nün The Institute of Medicine (IOM) raporuna göre her yıl ortalama 44000 ile 98000 arasındadır (Weingart et. al. 2000; Hayward and Hofer 2001; Stefl 2001). Ancak bu rapordaki sayının olduğundan daha fazla gösterildiği kanısında olan bireyler de mevcuttur (Blendon et al. 2002). Sağlık çalışanlarının neden olduğu tıbbi hataların ABD'de %9,5 oranıyla kanser ve kalp hastalıklarından sonra ölüm nedenleri sıralamasında üçüncü sırada olduğu, yine tıbbi hatalardan dolayı her yıl 1 000 000 fazla yaralanmaların meydana geldiği bildirilmiştir (Weingart et al. 2000).

Almanya'da tıbbi hata sayısının yılda 100.000 ve bu tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybeden insan sayısının her yıl yaklaşık 25.000 olduğu belirtilmiştir (Madegowda et al. 2007). İngiltere' de ise tıbbi hataların durumuna bakıldığında ortalama her hastaya herhangi bir ilaç uygulama hatası yapıldığı, 2001 yılında bu hatalar nedeni ile yaklaşık olarak 1200 hastanın hayatını kaybettiği ve bu sayının son yıllarda da giderek arttığı (%50) belirtilmektedir (Preston 2004). Tıbbi hataların ülkemizdeki rakamsal durumu net veya ortalama bir rakam olarak bilinmemekte ancak diğer ülkeler ile benzer oranda olduğu belirtilmektedir (Er ve Altuntaş 2016). Ülkemizde 'Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)' adıyla 2016 da bir sistem kurulmuş

ve ilaç uygulama hataları, tıbbi hatalar içinde en sık görülen üçüncü hata olarak gösterilmiştir (Bişkin ve Cebeci 2017).

Tıbbi hatalar nedeni ile sağlık çalışanlarının hukuki sorumlulukları bulunmaktadır. Ülkemizde sağlık çalışanlarının yaptığı tıbbi hatalara karşılık olarak açılan davalarda belirgin bir artma söz konusudur. Bir çok ülkenin tıbbi hatalar hakkında yasal düzenlemeleri 1992'de Dünya Tıp Birliği' nin "Tıpta Yanlış Uygulamalar" konulu duyurusu ile başlamıştır. Ülkemizde bu konuyla ilgili olarak atılan ilk adım ise 2002 yılında hazırlanan "Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı" dır (Kuğuoğlu ve ark. 2009). Ülkemizde tıbbi hata şüphesiyle başvuru yapılan kurumlardan biri olan Adli Tıp Kurumu' na 1990-2000 yılları arasında 653 dosya sunulmuştur. Bu dosyaların 122 tanesi kadın hastalıkları ve doğum bölümündedir. Çoğunluğu hekimlerle (%70) ilgili olsa da hemşire kaynaklı olarak düşünülerek gönderilen dosyalar da mevcuttur (%22) ve bu davaların sayıları giderek artmaktadır (Solak Kabataş ve ark. 2014).

Hemşirelerin hukuki açıdan sorumlu tutulduğu durumların başında uygulamakta sorumlu olduğu doktor istemine ve hastane kurallarına uygun davranmamak, ameliyathane hemşirelerinin hatalarından biri olan yabancı maddelerin hastada unutulması, kontrol ve takip eksikliği, buna bağlı olarak hasta düşmeleri, malzeme seçimi ve kullanımının hatalı olmasıdır. Hemşire yasal olarak sorun yaşamamak için bu konularda dikkatli olmalıdır. Özellikle ilaçlarla ilgili bir hata yapmamak için doktor istemlerini uygulamadan önce, istemde hata varsa netleştirmeli, acil durumlarda sözlü olarak aldığı istemleri 24 saat içinde yazılı hale getirmeli ve doktora onaylatmalıdır. Sözel istemlerin kayıt altına alınması olası bir durumda hemşireyi hukuki açıdan ve cezalandırılmaktan korumaktadır (Aştı ve Acaroğlu 2000; Mehel ve ark. 2010).

Tıbbi hatalar, sağlık alanında görev yapan tüm personelin dikkat etmesi gereken bir durumdur. Hastalarla daha yakından ilgilenen, onlarla daha çok vakit geçiren ve gözlemlene imkanı olan hemşireler açısından çok daha fazla önem arz etmektedir (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2015). Bu neden ile tıbbi hataların engellenmesinde, hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin, eğilimlerini etkileyen faktörlerin ve yapılan hata türlerinin belirlenmesinin gerekli olduğu belirtilmektedir (Avşar ve ark. 2016).



Ülkemizde hemşireler tarafından yapılan tıbbi hataların ve hata yapma eğilimin belirlenmesine yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte (Cebeci, Gürsoy ve Tekingündüz 2012; Demir Dikmen, Yorgun ve Yeşilçam 2014; Işık Andsoy, Kar ve Öztürk 2014; Solak Kabataş, Sevinç ve Sav 2014; Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir 2015; Avşar, Atabek Armutçu ve Karaman Özlü 2016), tıbbi hata yapmayı etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu çalışma, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.



#### 4. GENEL BİLGİLER

Uluslararası Tıp Enstitüsü tıbbi hatayı “planlanan bir aksiyonu istenilen şekilde tamamlayamamak veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapmak”, Dünya Tabipler Birliği ise “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak açıklamıştır (Kohn ve ark. 2000; Canatan ve ark. 2015). İnsanlar hayatları boyunca birçok konuda hata yapabilmektedir ve hata yapmak insanların doğasında vardır. Doğasında bulunan bu hata yapma eğilimleri değiştirilemese de görev yaptığı yerler, koşullar iyileştirilerek hata yapma durumlarının en az düzeye indirilebildiği düşünülmektedir (Karaca ve Arslan 2014). Avustralya da yapılan bir araştırmada (1995) bir yıl içinde sağlık kurumlarında tedavi gören hastaların %16,6’sında tıbbi hata yapıldığı belirtilmiştir (Kaushal et al. 2001).

Sağlık kurumlarına başvuran insanların hastalıklarına tanı koyma, var olan akut veya kronik hastalıklarını, herhangi bir bedensel engellini ilaçlı veya cerrahi bir yöntemle tedavi etmek, ağrısını, acısını, psikolojik sorunlarını gidermek amacıyla yapılan faaliyetlere tıbbi müdahale denilmektedir. Tıbbi müdahaleler, tıp eğitimi almış başta hekim, hekim kontrolünde hemşire, ebe, sağlık teknisyeni, sağlık memuru gibi kişilerce yapılmaktadır. Bu kişiler tıp bilimine ve tedavi ilkelerine ters düşen uygulamalarda bulunmamalıdır. Tıbbi müdahale herhangi bir neden ile (bilgi eksikliği, tecrübesizlik, kurum kaynaklı) yanlış yapıldığında ya da tedavisi ihmal edildiğinde hastaya karşı bir tıbbi hata yapılmış olarak kabul edilmektedir (Caymaz 2015).

İnsan hayatı için ciddi bir tehdit oluşturan sağlık personeli kaynaklı tıbbi hatalar konusu dünyada olduğu kadar ülkemizde de araştırılan konular arasında yer almaktadır (Öztürk ve Özata 2013). Bu konu ile ilgili olarak Mersin’de yapılan bir araştırmada (n=70) hemşirelerin %42,9’ u tıbbi hataya neden olduğunu, %62,9’u ise

meslektaşlarının uyguladığı bir hatayı gördüklerini iletmişlerdir (Polat Külcü ve Yiğit 2017).

Hastanelerde hastaların durumlarına ve tedavilerine ilişkin karar vermede doktorları, uygulama aşamasında ise hemşireleri ilgilendiren bazı ilkeler bulunmaktadır. Bunlar arasında en önemlileri hastaya zarar vermeme ve yararlı olma ilkeleridir. Hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Floranca Nightingale' de "bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor" diyerek zarar vermeme ilkesinin önemini vurgulamıştır (Demir Zencirci 2010; Ovalı 2010; Yeniterzi 2013).

Tüm sağlık personeli birbiriyle iletişim halinde hasta açısından en yararlı olan tedavi ve işlemleri yapmalı, uygulama esnasında uygun ve zarar vermeyen olan aletleri kullanmalıdır. Hemşirenin hastaya yapılacak bir işlem öncesinde oluşabilecek komplikasyonları iyi bilmesi ve gerekli önlemleri alması, uygulamayı ve sonrasında takibini özenle yapması gerekmektedir. Belirtilen ilkelere uyulmadığında etik açısından istenmeyen durumlar ve tıbbi hatalar ortaya çıkmaktadır. Hemşire eğer tedbirsiz ve ihmalkar davranırsa bu durum bir tıbbi hata olarak değerlendirilip hukuki açıdan sorumlu tutulurken, tüm ilkelere uyduğu halde beklenen bir komplikasyon gelişirse hemşirenin hatası olmadığı için sorumluluğu bulunmamaktadır (Demir Zencirci 2010).

Hasta, hastaneye geldiği andan, hastalık durumunun araştırılması, ilaçla tedavi ya da invaziv bir girişimle tedavi uygulanmasına ve tedavi sonrası bakımına kadar olan süreçte sağlık personeli tarafından bir tıbbi hataya maruz kalabilmektedir (Solak Kabataş ve ark. 2014). Uluslararası Tıp Enstitüsü'nün raporundan sonra bu konuda araştırmalar başlamış, tıbbi hata sebebiyle kliniğe yatırılan olgu sayıları %5-%10, bazı araştırmalarda ise yaklaşık %50 olarak belirlenmiştir (West et al. 2016).

Sağlık kurumlarında yapılan tıbbi hatalar, hem hastalar hem de sağlık personeli açısından ciddi sonuçlara neden olmaktadır. Hastanelerde meydana gelen tıbbi hataların sonuçlarını Bodur ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) fiziksel sorunlar (%22,2), psikolojik sorunlar (%45,6), iş gücü kaybı (%12,3), sakatlık (%3,5) ve ölüm (11,4) başlıkları altında incelenmiştir. Psikolojik sorunların hem sağlık çalışanları

hem de toplumdaki bireyler tarafından (%35,9) yüksek oranda tıbbi hata sonucu olarak bildirilmiştir.

Tedavi amacıyla yattığı hastanede herhangi bir tıbbi hataya maruz kalan hastalar çoğunlukla pasif bir mağdur olarak görülmüştür. Ancak hastaların hastanede yattığı süre içinde kendi tedavilerine aktif olarak katıldığı, tıbbi hataların belirlenmesinde ve engellenmesinde önemli rolü olduğu da kabul edilmektedir. Sağlık personeli gibi hastalar da yapılan hatalı bir uygulamayı kendi açılarından değerlendirdiği için tıbbi hataların tüm yönleriyle değerlendirilmesine olanak sağlamasına rağmen, günümüzde tıbbi hatalar araştırılırken genellikle hastaların görüşlerine yeterli önem verilmemektedir. Bu nedenle alınan önlemler, hatalı uygulamaları engellemede ve hasta güvenliğinin tam olarak sağlanmasında yetersiz kalmaktadır (Bodur ve ark. 2011).

#### **4.1. TIBBİ HATALAR VE HASTA GÜVENLİĞİ**

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği, sağlık kurumlarında hastaların zarar görmemesi için dikkat edilmesi ve özen gösterilmesi gereken en önemli konular arasında yer almaktadır. Hasta güvenliği kavramı, sağlık çalışanları tarafından yapılan bir tıbbi hata sonucu hasta bireydeki herhangi bir sakatlık ya da zararı engellemek veya azaltmak şeklinde açıklanmaktadır. Bilgisizlik, ihmalkarlık, dikkatsiz çalışma gibi nedenler sonucunda hastaya yapılan hatalı bir işlem, hastanın sağlığının olumsuz yönde etkilemesine, kuruma olan güvenin sarsılmasına, sağlık kurumunda kalma sürelerinin ve maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla hasta güvenliği kavramı son zamanlarda üzerinde çalışılan konulardan biridir. Bununla birlikte bir hastanedeki tıbbi hataların oranı, o kurumda verilen hizmet kalitesinin yüksek olmasında ve hasta güvenliğinin sağlanmasında oldukça önemli bir ölçüt olarak kabul edilmektedir (Çınar ve ark. 2010; Özata ve Aslan 2010; Karaca ve Arslan 2014; Avcı ve Aktan 2015).

Sağlık kurumlarında, kurum ve kurum çalışanları tarafından, hastaların hayatı açısından önemli sonuçlara neden olan tıbbi hataların önlenmesi konusunda yapılan çalışmaların tümüne hasta güvenliği denilmektedir. Hastanede tedavi gören hastalar,

bu hastaların refakatçileri ve görev yapan sağlık çalışanları için tehlikesiz ve olumlu bir ortam oluşturmak hasta güvenliğinin temel amacıdır. Sağlık kurumlarında tedavi gören hastaların bakımlarında önemli bir rolü olan hemşireler, tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması konusunda da önemli bir sorumluluk üstlenmektedir. Bu nedenle hastanelerde hasta güvenliğinin tam olarak sağlanabilmesi için hemşireler tarafından benimsenmesi ve davranışa dönüştürülmesi gerektiği düşünülmektedir (Yeniterzi 2013; Karaca ve Arslan 2014). Hasta güvenliği kavramına dikkat çekmek için birçok çalışma yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' de 2009' da "Temiz ve Güvenli Bakım" sloganından yola çıkarak tüm dünyada çalışmalarını sürdürmektedir (Caymaz 2015).

Hasta güvenliği ile ilgili önemli kavramlardan biri de tıbbi hatalar ve yapılan bir hatanın raporlanması konusunda doğru, dürüst, gerçekçi davranmayı, çekimser kalmamayı gerektiren hasta güvenliği kültürüdür. Bir sağlık kurumunun hizmet politikaları, hastaların güvenliği için kullandığı sistemler, yöneticilerin hatalara yaklaşımı, çalışanların birbirlerine veya hastalara karşı tutum ve davranışları, hataları algılama ve değerlendirme şekilleri, iletişim kurma yöntemleri hasta güvenliği kültürünü oluşturan etmenlerdir. Hastanelerde hasta güvenliğini tam olarak sağlayabilmek için hasta güvenlik kültürünün oluşturulması gerekmektedir. İnsan hayatından "hata yapma" kavramı tamamen çıkarılamasa da, hata yapmasında neden olabilecek kurumsal etmenler iyileştirilerek ve hasta güvenliği kültürü geliştirilerek en aza indirilebilmektedir (Bal ve ark. 2010; Çınar ve ark. 2010; Koraşlı ve ark. 2010; Yeniterzi 2013).

Her ne kadar önemli bir kavram olsa da, sağlık kurumlarında hasta güvenliği konusu son 10 yıla kadar önemli bir kavram olarak üzerinde durulmamış, 1960'lı yıllarda sağlık sistemine girmeye başlamış ve son yıllarda araştırmacıların çalışmalarıyla önemle ele alınan konulardan biri haline gelmiştir. Aynı zamanda sağlık bakım hizmetleri açısından da kaliteli, güvenli hizmet verilir verilmemesinin bir kanıtı olarak düşünülmektedir (Çiçek Korkmaz 2018). Tıbbi hataya maruz kalan hastaların yaklaşık olarak %70'i bu konudaki haklarını tam anlamıyla bilmemektedirler (Ovalı 2010).

Hasta güvenliği konusunda yapılan çalışmaların başlangıcı olarak, doktorlar tarafından hastane enfeksiyonlarının fark edilmesi ve Semmelweis' in doğum sonrası

ortaya çıkan ateşlerin (puerperal ateş) en aza indirilmesi veya engellenmesi için hastayla temas etmeden önce ellerin yıkanması önerisi kabul edilmektedir (Best et al. 2004). Semmelweis' in bu raporundan sonra sağlık kurumlarına başvuran hastaların %2-4'ünün istenmeyen hatalarla karşılaştığını kanıtlayan çok sayıda rapor bulunmaktadır. Sonraki zamanlarda hatalı uygulamaların giderek artması hasta güvenliği kavramını önemli bir konu haline getirmiş ve tıbbi hatalarla olan ilişkisi de araştırılmaya başlanmıştır (Avcı ve Aktan 2015).

Hasta güvenliği kavramı hakkında yazılmış raporların en önemlisi Amerika Birleşik Devletleri'nde 1999 da yayınlanan Uluslararası Tıp Enstitüsü' nün "To Err is Human" adlı raporudur. Raporda hastaların güvenliği ve raporlamalar için bir sistem ve merkez oluşturulması, kullanılabilir uygulamaların sağlık sisteminde yerini alması gibi konular mevcuttur. Yine bu raporla benzer konuları ele alan sistemin en iyi şekilde yapılandırılmasını içeren ikinci rapor 2001 yılında The Institute of Medicine tarafından yayınlanmıştır (Karaca ve Arslan 2014; Çiçek Korkmaz 2018).

Hasta güvenliği sağlık kurumlarında görev yapan tüm personel tarafından benimsenmesi gereken önemli bir konudur. Hastanelerde meydana gelen tıbbi hataları tamamen bitirmek imkansız olarak görülse de en az düzeye indirerek hastaların ciddi zarar görmemeleri hedeflenmektedir. Bu amaçla hemşirelerin ve tüm sağlık personelinin kurumda göreve başladığı ilk günden itibaren düzenli olarak hasta güvenliği konusunda eğitimlerini almaları kurumun sorumlulukları arasında gösterilmektedir. Tıbbi hatalar konusu her ne kadar maddi kayıplara neden olsa da sağlık personeline verilen eğitimin temelini hastaya zarar vermeme ve güvenli bir hizmet sunma düşüncesi oluşturmalıdır. Bu düşünceyle verilen eğitimlerle tıbbi hatalar en az sayıya indirilebileceği, tıbbi hatalar sonucu oluşan ciddi komplikasyonların ve hasta ölümlerinin önlenilebileceği düşünülmektedir (Karaca ve Arslan 2014). Öztürk ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı bir araştırmada hemşirelere (n=184) tıbbi hatalar konusunda eğitim verilmiştir. Hemşirelere eğitim öncesinde ön test, sonrasında ve son test adıyla iki adet soru sorulmuştur. Araştırma sonucunda son test sorularına %85 oranında doğru yanıt verildiği ve son test puanının daha yüksek olduğu, eğitimlerle tıbbi hata konusunda bilgilerin artırıldığı saptanmıştır (Öztürk ve ark. 2018).

Hemşirelerin de sorumlu olduğu hasta güvenliğinin sağlanması konusunda, hastanın yaşamını olumsuz yönde etkileyecek etmenlerden biri olan tıbbi hataların engellenmesinin önemi büyüktür ve çalışanların bu konuda eğitimlerle bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Sağlık alanında sıklıkla karşılaşılan hemşire kaynaklı tıbbi hatalar insan sağlığı açısından kötü sonuçlanabilmektedir. Hastanede kalma süresinin uzaması, sakat kalma, ruhsal yıpranma, maddi kayıplar ve ölümler tıbbi hataların kötü sonuçları arasındadır. Tıbbi hataların hastalar açısından olduğu kadar sağlık personeli ve kurum açısından da bazı kötü sonuçları vardır. Bunların arasında çalışanın motivasyonun azalması, kuruma olan güven ve memnuniyetin yok olması önemli sonuçlarındandır (Seren İntepeler ve Dursun 2012; Avşar ve ark. 2016; Yiğitbaş ve ark. 2016 ).

Her ülkede olduğu gibi ülkemizde de tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması önemli bir konu olarak ele alınmaktadır. Bodur ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada, hastaların ve personelin görüşlerine başvurulmuş ve her iki tarafta tıbbi hataların hem kişisel hem de kurumsal olarak düşünülmesi ve sorumluluğu almaları gerektiğini belirtmiştir. Aynı zamanda sorumlu tutulan meslek grubu da araştırılmış; toplumun %75,5'i, sağlık personelinin %67,5 'i doktorları sorumlu tutarken, hemşire kaynaklı olduğunu düşünenlerin oranı sırasıyla %18,9 ve 18,4 olarak belirlenmiştir.

Çırpı ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada, (n=130) hemşirelere hasta güvenliği uygulamalarının gerekli olup olmadığı sorulmuş ve hemşirelerin büyük çoğunluğu (%96,9) gerekli olduğu cevabını vermiştir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin %66,9'u tedavi ve bakımın planlama, uygulama ve sonuçları değerlendirme gibi önemli aşamalarında görev aldıklarını, hasta güvenliği konusunda her bakımdan sorumlu olduklarını bildirmişlerdir. Karaca ve Arslan (2014) tarafından yapılan bir çalışmada (n=151), çalışmaya katılan hemşirelerin yaklaşık %40'ı (%39,1) hasta güvenliği ile ilgili eğitimlere ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir.

## 4.2. TIBBİ HATALARIN SINIFLANDIRILMASI

Tıbbi hataların açıklanmasında gruplama yöntemine gidilmiş ve ilk defa 1990 yılında aktif ve gizli hatalar şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Yapılan hatanın etkisi o anda görülüyorsa aktif tıbbi hata, sağlık kurumunda çalışan doktor, hemşire, ebe, teknisyen vb. personelin dışında meydana gelen, kurumla ve idari yapıyla, cihazların yanlış ayarlanması ile ilgili hatalar ise gizli hatalar olarak adlandırılmaktadır (Canatan ve ark. 2015).

Bir başka şekilde tıbbi hatalar kök nedenine ve türüne göre gruplanmıştır. Kök nedene bağlı olanlar işleme, ihmal etmeye ve yanlış uygulamaya bağlı hatalardır. İlaçlarla ilgili hatalar, tanı aşamasında, invaziv işlemler sırasında yapılanlar, sistem sorunlarına bağlı olanlar ve enfeksiyonlar ise hata türü açısından yapılan tıbbi hatalar grubunda yer almaktadır (Akalin 2005; Ovalı 2010; Özata ve Altuncan 2010; Canatan ve ark. 2015). Genel olarak tıbbi hataların kişisel ve sistemsal sorunların birleşimi sonucu ortaya çıkmaktadır (Garrouste-Orgeas 2012).

Bodur ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hata türleri, tıbbi uygulama hatası, ameliyat hatası, tanı hatası ve diğer hatalar başlıkları altında toplum ve sağlık personeline sorularak araştırılmıştır. Sağlık personeli tarafından bildirilen hataların %6,9 oranında tıbbi uygulama, % 4,9 oranında ameliyat hatası ve %3,9 oranında da tanı hatası olarak, araştırmaya katılan toplumun bildirdiği hata türlerinin oranları ise sırasıyla %13,7, %1,7, %3,3 olarak belirlenmiştir. Özata ve Altuncan (2010)'ın çalışmasında ise tıbbi hatalar, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, hasta düşmeleri, iletişim gibi alt boyutlara ayrılarak araştırılmıştır. Bu çalışmada hastanelerde meydana gelen tıbbi hatalar, bu konuda yapılan diğer araştırmalar da taranarak aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir.

- İlaç Uygulama Hataları
- Tanı Hataları
- Hastane Enfeksiyonları
- Hasta Düşmeleri
- Hastanın Yetersiz İzlenmesi



- İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Tıbbi Hatalar
- Cerrahi Hatalar
- Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hatalar
- Yanlış ya da Uygunsuz Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar

#### 4.2.1. İlaç Uygulama Hataları

Hastanelerde tedavi gören hastaları iyileştirmek amacıyla verilen ilaçların eczaneden istenmesinden, uygulanması ve takibine kadar geçen süre içinde sağlık personelleri tarafından yapılan yanlış işlemler “ilaç uygulama hataları” olarak tanımlanmaktadır. Bazı sağlık personelleri uyması gereken kuralları çeşitli nedenler ile ihlal etmektedir. Bu ihlaller hastaların sakat kalması ya da hayatlarını kaybetmesi ile sonuçlanmaktadır. İnsan hayatı açısından son derece önemli olan bu ilaç uygulama hatalarının hastanelerde en çok görülen tıbbi hata türü olduğu kabul edilmektedir (Garrouste-Orgeas et al. 2012; Yeniterzi 2013; Küçükakça ve Özer 2016).

Uluslararası Tıp Enstitüsü’ nün “ To Err Human (İnsan Hatası)” adıyla 1999 yılında yayınladığı raporda dünyadaki ölüm nedenlerini sıralamış, hastaların yaşam güvenliğini tehlikeye sokarak hastalık ve ölüm oranlarını yükselttiğini, kanser, trafik kazaları, bulaşıcı hastalıklar gibi ölüm nedenlerinden daha fazla ölümlerle sonuçlandığını ve tıbbi hatalardan olan ilaç uygulama hatalarının beşinci sırada olduğunu belirlemiştir (IOM 2000). Amerika’ da kurulan “İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP)” nde ilaç hatası; ilacın kontrolü, istem yapan veya uygulayan hekim, ilacı uygulayan hemşire ve ilacı üreten firmada olmasına karşılık, hastanın uygun olmayan ilaç almasına veya ilaç nedeni ile zarar görmesi ile sonuçlanan önlenemez bir durum olarak tanımlanmaktadır (NCC MERP 1995, <https://www.nccmerp.org>. Erişim tarihi: 06.04.2019).

Tıbbi hataların ve bu grupta yer alan ilaç uygulama hatalarının ABD’ de her sene 7000 kişinin hayatını kaybetmesine, birçok hastanın bedensel yetilerinin azalmasına, buna bağlı olarak sağlık kurumlarında kalış sürelerinin artmasına, ayrıca IOM raporuna göre de yılda yaklaşık 17- 29 milyar dolar maddi kayba neden olduğu düşünülmekte; hatalı ilaç uygulamaları sonucunda hayatını kaybeden insan sayısının

AIDS, trafik kazaları ve meme kanseri gibi nedenlerden dolayı ölen insan sayısından daha yüksek olduğu belirtilmektedir (IOM 1999; Oyebodye 2013 ).

Her ilaç çok ciddi zararlara veya hastanın ölümüne neden olmasa da dikkatli uygulanmalıdır. Hastanın tedavisinde primer bir rolü olan hemşirenin bütün ilaçlar ve özellikle yüksek riskli olarak tanımlanan ilaçlar hakkında farmakolojik bilgisinin yeterli olması, alerji yapabilecek ve birbiriyle etkileşen, geçimsizliği olan ilaçları, ilaç uygulama ilkelerini iyi bilmesi oluşabilecek hataları ve dolayısıyla hastaya vereceği zararı önlemek açısından oldukça önemlidir. Hemşirelere verilen eğitimlerle özellikle yüksek riskli ilaçlar hakkında bilgilerinin artırılabilirdiğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Hemşire tarafından yapılan hatalı ilaç uygulamalarının bazıları, hastaya yanlış ilacın veya alerjisi olan bir ilacın verilmesi, ilacın dozunun, verilmiş yolunun, şeklinin yanlış olmasıdır. Hatalı ilaç uygulamalarının %34-56'sının engellenebilir hatalar olduğu bilinmektedir. Bu ilaç uygulama hataları tüm tıbbi hatalarda olduğu gibi, hastanede kalış süresi içinde hastayla tüm aşamalarda yakından ilgilenen hemşirelerin mesleki ve yasal sorumluluklarındandır (Küçükakça ve Özer 2016; Demirkan 2017; Çelik Durmuş 2018).

Küçükakça ve arkadaşlarının (2016) , cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin yüksek riskli ilaç uygulamalarına yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, cerrahi birimlerde yüksek riskli ilaçların yaygın kullanıldığını ve komplikasyon oluşma riskinin de buna bağlı olarak arttığını, bu birimlerde görev yapan hemşirelerin streslerinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmanın bulgularında hemşirelerin ilaçlar konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve araştırma sorularının yarısından daha azını (%43,6) doğru cevapladıkları, doğru tutumlarının ise %71,9 oranında olduğu belirlenmiştir. Bilgi düzeylerinde ki bu düşük puanların nedeni olarak hastanede verilen yüksek riskli ilaçlarla ilgili hizmet içi eğitimlerin ve yapılan çalışmaların yetersizliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Küçükakça ve ark. 2016).

İlaç uygulama hatalarının pediatrik boyutuna bakıldığında hatanın genellikle ilaç dozu ayarlanmasındaki yanlışlıklardan kaynaklandığı görülmektedir. Bu hatalar çocuklarda yaralanma ve ölümlere sebep olmaktadır. Yeni doğan, bebek ve çocuklarda tıbbi hata görülme olasılığı yetişkinlerden daha fazladır ve bunun nedeni olarak vücuttaki dengeleyici mekanizmaların, konuşma ve dil becerilerinin yetersiz

olması, kilolarının hızlı değişimi ve buna bağlı olarak ilaç doz ayarlarında hata yapılması gösterilmektedir (Pediatriye kullanılan ilaçların dozunun ayarlanması ve uygulanması kadar eczacıların da depolarındaki parenteral ilaçları, infüzyonları sık sık kontrol etmesi konsantre olanları seyreltmesi gerekmektedir (Kaushal et al. 2001; Kılıçarslan Törüner ve Erdemir 2010; Yeniterzi 2013; avuşoğlu 2015).

Hemşirelerin ilaç uygulama konusunda yetki sınırları “Hemşirelik ve Türk Hemşireler Birliği Kanun Tasarısında” (1998) genişletilmiş, hemşirenin yaptığı uygulamalarda daha aktif bir rol alması sağlanmıştır. Hangi ilacı, ne zaman, ne için uygulaması gerektiğini bilmesi sağlanmıştır. Böylece doktor istemlerinde eksiklik ve dalgınlıktan kaynaklanabilecek hatalardan hastayı sağlığı açısından, hekimi ve kendini de yasal açıdan koruyabilmektedir. Verilen bu yetki hemşirelere aynı zamanda büyük bir sorumlulukta yüklemekte, herhangi bir hatasında yasal işlemlerin başlatılmasına neden olmaktadır (Aştı ve Acaroğlu 2000).

#### **4.2.2. Tanı Hataları**

Hastaneye başvuran hastalara yapılan testlerin yanlış veya eksik yapılması eksik veya hatalı yorumlanması, tanının zamanında konulmaması gibi nedenler tanı koymadaki hatalar grubunda yer almaktadır. Yanlış tanı beraberinde yanlış, yetersiz, gereksiz tedaviyi getirmekte ve sonuç olarak hastaların hayatı tehlikeye girmektedir (zer ve ark. 2015; elik Durmuş 2018). Hemşirelerin şahit oldukları tıbbi hata türleri arasında %15,2 oranında tanı hataları olduğu bildirilmiştir (Akgün şahin ve Kardaş zdemir 2015).

#### **4.2.3. Hastane Enfeksiyonları**

Hastane enfeksiyonları hasta bireylerin hastaneye girişini takip eden 2-3 gün (48-72 saat) sonra ortaya çıkan ya da hastanede bulunduğu süre içinde belirti vermeyip çıkış yaptıktan sonra 10 günlük sürede gelişen ve etkisini gösteren enfeksiyonlar olarak tanımlanmaktadır. Hastalar tedavi olmak için hastanede kaldığı süre içinde, hastanede bulunan enfeksiyonlara da maruz kalabilmektedirler. Bu enfeksiyonlar hastaların tedavi ve hastanede kalma süresinin uzamasına ve hayatını kaybetmelerine neden olabilmektedir (zata ve Altuncan 2010; Caymaz 2015; elik Durmuş 2018). Hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Floranca Nightingale

hastane enfeksiyonları hakkında “Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır” demiştir (Ovalı 2010).

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar ile ilgili DSÖ tarafından yapılan bir açıklamada dünyada her yıl ortalama 190 milyon bireyin sağlık kurumuna tedavi görmek amacıyla yattığını ancak bunların %5’inin hastane enfeksiyonuna maruz kaldığı belirtilmiştir. Hastane enfeksiyonlarının tüm ülkelerdeki insidans ve prevalansının yaklaşık olarak sırasıyla %5-10, % 3-20,7 civarında olduğu düşünülmektedir (Samuel et al. 2010). Ülkemizde hastane kaynaklı enfeksiyonların yaklaşık olarak %5-15 olduğu bildirilmiştir (Caymaz 2015).

Hastanelerde tedavi gören hasta bireylere verilen sağlık hizmetinin ve bakımdaki kalite düzeyinin göstergelerinden biri de hastane enfeksiyonlarının oranıdır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastane enfeksiyonların görülme oranları farklıdır. Hastanelerde yatan hastalarda enfeksiyon görülme oranı gelişmiş ülkelerde %5-10 arasındayken, gelişmekte olan ülkelerde %25’in üstüne çıkmakla birlikte antibiyotiklere karşı çok dirençli mikroorganizmalarda artmaktadır (Pittet et. al. 2008). Gelişmekte olan ülkelerin hastane enfeksiyonlarına ilişkin araştırmaları ve çalışmaları gelişmiş olan ülkelere göre daha geç başlamıştır (Çetinkaya Şardan 2010). Hastaya uygulanan bir işlem sırasında asepsi ve hijyen kuralları ihmal edilmediğinde insan yaşamına ciddi zararlar verebilen hastane enfeksiyonları önlenmektedir. Yapılan araştırmalar hastane kaynaklı enfeksiyonların %40’ının önlenildiğini göstermektedir (Özata ve Altuncan 2010; Karahocagil ve ark. 2011; Avcı ve Aktan 2015; Caymaz 2015).

Herhangi bir tıbbi hata hastanede kalış süresini uzattığı, kalış süresinin uzamasının ve hastaya invaziv girişimler yapılmasının da hastane enfeksiyonlarına maruz kalma riskini arttırdığı bilinmektedir. Özçetin ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, hastaların hastanede yedi günden fazla yattığında (%86,4) ve hemşire başına düşen hasta sayısı arttığında (beş ya da daha fazla hasta da %52) hastane enfeksiyonu görülme olasılığı oranında arttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada tedavi gören hastaların yarıdan fazlasında (%59,3) hastane enfeksiyonuna neden olabilen invaziv girişimlere rastlanmıştır (Özçetin ve ark. 2009).

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar her birimde olduğu kadar yoğun bakımlarda da sık görülmektedir. Hastaların durumunun ağırlığı, kullanılan malzemelerin çeşitliliği, immün sistemlerinin yetersiz olması gibi etkenlerin varlığı hastaları enfeksiyona açık hale getirmektedir. Bu etkenler sonucunda yoğun bakımlarda tedavi gören hastalarda hastane enfeksiyonları sepsis tabloları ve hasta ölümleri sık görülmektedir. Yeni doğan yoğun bakımlarında da tablo aynıdır. Doğumu takip eden ilk 30 gün içinde yeni doğanların yaklaşık olarak %15'inin, dünya çapında ise 4 milyon yeni doğan ölümünden yaklaşık yarısının ölüm nedeni olarak hastane kaynaklı enfeksiyonlar gösterilmektedir (Yeniterzi 2013).

Özellikle uzun süre yoğun bakımda kalan hastalarda üriner kataterizasyon, invaziv işlemlerin fazla olması, dirençli mikroorganizmaların bulunması gibi nedenler enfeksiyon görülme olasılığını arttırmaktadır (Orucu ve Geyik 2018; Parlak ve ark 2014; Çınar ve Karadakovan 2016). Üriner kateterler hastada uzun süreli kullanılmamalı, enfeksiyon belirtileri yönünden takibi yapılmalıdır (Avcı ve Aktan 2015). Yine yoğun bakımlarda sık görülen başka bir enfeksiyon kaynağı da hareketsiz kalma, vücut gereksiniminden az beslenme, idrar ve gaita inkontinansı gibi nedenlerle oluşan basınç ülserleridir. Basınç ülseri görülme oranı normal yataklı servislerde %10-23, yoğun bakım ünitelerinde ise %56 olarak belirtilmektedir (Aydın ve ark. 2010; Avcı ve ark.2015).

Tıbbi hatalar içerisinde yer alan, hastaların hayatı için tehlikeli durumlara, kurum için ise ek mali yüklerle neden olabilen hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde sağlık çalışanlarının, özellikle hemşirelerin rolünün önemli olduğu bilinmektedir. Çünkü hemşireler tedavi ve bakımın her aşamasında hastaya en yakın pozisyonda görev yapan ve iletişim halinde olan sağlık personelleridir. Bu nedenle hemşireler enfeksiyon ajanlarının, el, eldiven ya da kullandıkları bir gereç aracılığıyla taşınmasında ve aynı şekilde hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en önemli meslek grubu olarak kabul edilmektedir. Hemşireler ile birlikte diğer personellerinin de enfeksiyonların önlenmesiyle ilgili olarak eğitim almaları ve aldıkları eğitimi davranışa dönüştürmeleri gerekmektedir. İzolasyon gereken hastaların özel olarak hazırlanmış tek kişilik izolasyon odalarına alınması, enfeksiyon kontrol programına doğru bir şekilde uyulması ve sağlık personeli tarafından hastaya yapılan işlemler

öncesinde gerekli koruyucu ekipmanların kullanılması gerekmektedir (Özçetin 2009; Caymaz 2015).

Hastane enfeksiyonlarının azaltılması ve hastalar için daha güvenli bir ortam yaratılması için kan glikozunun normal sınırlarda tutulması, cerrahi bir işlem yapıldıysa sonrasında pansumanlarının ve kullanılan malzemelerin dezenfeksiyonunun yapılması gerekmektedir. Hasta entübe ise ventilatör ilişkili pnömoniyi engellemek için hasta başı 30 derece yukarda takip edilmeli, ağız bakımı yapılmalı ve gerekli antibiyotikleri verilmelidir (Avcı ve Aktan 2015).

#### **4.2.4. Hasta Düşmeleri**

Hasta düşmeleri sağlık kurumlarında belirli nedenlerden dolayı sık görülen durumlardır ve önlenebilen tıbbi hatalar olarak kabul edilmektedir. Bilinç bozukluğu, demans kas kuvvetinin azalması gibi nedenler ile yaşlı hastalarda, yabancı bir ortamda olduğu için ajitasyon yaşayan ve bedensel ve zihinsel bir engeli bulunan hastalarda düşme riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Caymaz 2015; Çelik Durmuş 2018).

Hastanelerde hastanın yaralanmasına neden olan birçok faktör bulunmakla birlikte bu yaralanmaların %30'u hasta düşmelerinden kaynaklanmaktadır. Çocuklarda özellikle 10 yaşından daha küçüklerde düşmelerin nedeni olarak bireysel nedenlerden ziyade çocuğun bulunduğu ortamın fizikler şartlarının etkili olduğu bilinmektedir. Yatak kenarlıklarının indirilmiş olması, çocuğun yanında sürekli kalan birinin olmaması düşmelerin nedenleri arasında gösterilmektedir (Hendrich 2006; Caymaz 2015). Tıbbi hatalar konusunda yapılan çalışmada hata türleri arasında hasta düşmelerinin %20,9 oranında olduğu saptanmıştır (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir 2015). Hasta düşmelerinin büyük bir çoğunluğunun önlenebilir tıbbi hatalar arasında olduğu kabul edilmektedir. Kardiyak sorunlar ve epilepsi gibi nöbetlerle seyreden hastalıklar nedeni ile görülen düşmelerin ise önlenemeyen düşmeler olduğu belirtilmektedir (Hendrich 2006; Yeniterzi 2013).

Hasta düşmeleri 65 yaş üstündeki bireylerde daha fazla görülmekte ve bu düşmeler sonucunda kalça kırığı ve beyinin ciddi şekilde yaralanması (subdural hematom veya hemoraji) gibi önemli sorunların ortaya çıktığı bilinmektedir (Caymaz

2015; Çelik Durmuş 2018 ). Özellikle yoğun bakım ünitelerinde tıbbi hatalar içinde enfeksiyonlar ve hasta düşmeleri de önemli bir yere sahiptir. Hastalarda bilinç bozukluğu olma durumu ve hastaya verilen riskli ilaçlar hasta düşmelerine neden olabilmektedir. Bu nedenle hastaların düzenli takibi yapılmalı, hastaların düşme riskleri ölçekler kullanılarak belirlenmelidir (Avcı ve Aktan 2015; Çınar ve Karadakovan 2016).

Sağlık kurumlarında meydana gelen hasta düşmeleri, hemşireler için yasal sorunlara neden olan durumlar arasında yer almaktadır. Hemşire, gerekli ve istenen sıklıkta hasta takip ve gözlemine, yatakla ilgili kontrollerini mutlaka yapmalıdır. Düşme riski, bilinç bozukluğu, bedensel engeli, ileri yaşta hastalarda fazladır. Bu hastaların, sandalyeye oturması, yürümeye çalışması gibi durumlarda hemşire dikkatli olmalıdır (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Hasta güvenliği açısından önemli olan hasta düşmelerinin önlenmesi konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından 2009’ da Resmi Gazetede yayımlanan “ Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliği” nde “Hasta Düşmelerinin Önlenmesi” konusuna yönelik işlemler 12. Maddede şu şekilde sıralanmıştır (Resmi Gazete 2009, erişim tarihi 04.02.2019):

a) “Hastane içerisinde düşme riski bulunan hastalar, Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme Formunun doldurulması esnasında belirlenir ve riskli alanlar tespit edilir. Bu hastalar, kısıtlama prosedürü dâhilinde gerekli önlemler alınmak suretiyle hemşire bankolarına yakın alanlarda ve sürekli gözetim altında tutulur” (Resmi Gazete 2009, erişim tarihi 04.02.2019).

b) “Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resim ile uyarı levhaları konularak hastaların bu bölgelerde daha dikkatli olmaları sağlanır” (Resmi Gazete 2009, erişim tarihi 04.02.2019).

c) “Personel hasta transferlerinde alınacak önlemler konusunda eğitilir” (Resmi Gazete 2009, erişim tarihi 04.02.2019).

ç) “Doldurulan formlar aracılığı ile düşmelerin takibi ve belirli aralıklarla analizi yapılır, düzeltici faaliyetler planlanır” (Resmi Gazete 2009, erişim tarihi 04.02.2019).

#### **4.2.5. Hastanın Yetersiz İzlenmesi**

Hemşirenin önemli görevlerinden biri olan hasta izleminin gerekli yeterli sürelerde yapılmaması tıbbi hatalar içinde gösterilmektedir. Yetersiz izlem nedeni ile oluşabilecek tıbbi hataları engellemek amacıyla doktor tarafından belirtilen izlem sıklığına uyulmalı ve hasta değerlendirilerek gereken şekil ve sıklıkta izlem yapılmalı aynı zamanda hasta izlemi yapıldıktan sonra elde edilen veriler saat belirtilerek yazılması gerektiği vurgulanmaktadır (Aştı ve Acaroğlu 2000; Çelik Durmuş 2018). Yapılan bir çalışmada, hastanede yatan hastaların yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hataların %13,3 olduğu belirtilmiştir (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir 2015).

#### **4.2.6. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Tıbbi Hatalar**

Günlük yaşantıda insanların birbirleriyle anlaşmasının temelini oluşturan “iletişim”, hastanelerde sağlık çalışanlarının kendi arasında veya sağlık çalışanı ile hastalar arasında da önemli bir kavramdır. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların tanı, tedavi ve bakım gibi aşamaların bütün basamaklarında hekim, hemşire veya başka bir sağlık çalışanı ile iletişime girmeleri gerekmektedir. Hastane çalışanları arasında ise en fazla iletişime geçme gereği duydukları meslek grupları hekim ve hemşirelerdir. Aynı şekilde sağlık çalışanları da hastalarla ve hastalıklarıyla ilgili bilgileri iletişime geçerek alabilmektedir. Laboratuvar sonuçlarındaki önemli değerlerin hekime iletilmesi konusunda yaşanan bir iletişim sorunu hastaya tanı konulmasında ve tedavisinin düzenlenmesinde gecikmelere neden olmaktadır. Hastaların sağlık hizmetinden memnuniyetini etkileyen etmenler arasında doğru iletişim önemli bir yere sahiptir. İş yoğunluğu ve buna bağlı olarak ortaya çıkan yorgunluk gibi nedenlerle sağlık personelinin kendi arasındaki iletişimleri yetersiz kalmaktadır. Bu durum hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve tıbbi hatalara neden olabilmektedir (Yenice ve ark. 2010; Caymaz 2015).

#### **4.2.7. Cerrahi Hatalar**

Tıbbi hatalar içerisinde yer alan ve hastaya ciddi zarar verebilen cerrahi hataların en çok görülenin yanlış taraf cerrahisi olduğu bilinmekte ve yanlış hastaya işlem uygulama ya da cerrahi bölgenin yanlış işaretlenmesi gibi hatalar bu grupta yer



almaktadır. Hasta hayatı için çok ciddi bir sorun oluşturan bu hatalar her 50 kişiden bir tanesinde görülmektedir (Çelik Durmuş 2018). Önemli bir konu olan yanlış cerrahiden kaynaklanan tıbbi hatalarla ilgili olarak 2010 yılında DSÖ “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” sözüyle çalışmalar başlamıştır (Caymaz 2015).

#### **4.2.8. Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hatalar**

Sağlık kurumlarında karşılaşılan sistem hataları tespiti zor ve ciddi sonuçlara neden olan hatalar arasında kabul edilmektedir. Hastanede kullanılan cihaz (monitör, defibrilatör, infüzyon ve besleme pompaları) ve malzemelerdeki hatalar sistemin yetersizliğine bağlı hatalar grubunda yer almaktadır. Sağlık kurumlarında karşılaşılan tıbbi hataların kökü araştırıldığında sistem faktörünün, insan faktöründen daha çok etkili olduğu görülmektedir. Dolayısıyla sistemde ki sorunların giderilmesinin, çalışanlara uygulanacak olan yaptırımlardan daha iyi bir sonuç vereceği düşünülmektedir (Akalin 2005; Duman ve Kitiş 2013; Karaca ve Arslan 2014; Çelik Durmuş 2018; Çakmak ve ark. 2018).

#### **4.2.9. Yanlış ya da Uygunsuz Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar**

Hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyen, hastaların zarar görmesine neden olan faktörlerden biri de tanı, tedavi ve takip aşamalarında uygunsuz malzeme kullanımınıdır. Kullanılan malzemelerde ki herhangi bir bozukluk olduğunda ya da hastaya uygun olmayan malzeme kullanılmadığında yanlış sonuçlar elde edilmekte ve sonuçta hasta zarar görebilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin hastanelerinde yanlış bir cihazın kullanımı ya da doğru cihazın bilgi, beceri ve eğitim eksikliği nedeni ile yanlış kullanımı gibi durumların oranının yaklaşık %50 olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle malzemenin uygunluğu, sterilizasyonunun sağlanması, ilaçların bulunduğu dolapların ısı derecelerinin normal değerlerde tutulması ve monitör, tansiyon cihazı, defibrilatör gibi tanı ve tedavide kullanılan aletlerin hasta yaşam bulgularının doğru ölçmesi için kalibrasyonlarının düzenli aralıklarla yapılması tıbbi hataların önlenmesi için önemli etkenlerdendir. Tüm bu işlemlerin yapılması veya yaptırılması hemşirenin sorumluluğu altındadır (Aştı ve Acaroğlu 2000; Yeniterzi 2013; Caymaz 2015;).

### 4.3. TIBBİ HATALARIN NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Sağlık kurumlarında meydana gelen tıbbi hataların birçok nedeni bulunmaktadır. Türkiye’de ki hastanelerde meydana gelen hatalı uygulamaların sebepleri dünyadaki diğer hastanelerde ki hata nedenleri ile benzer olduğu görülmektedir. Bu nedenlerden bazılarının; çalışma ortamında yaşanan stres, 24 saatlik nöbet usulü çalışılması, çalışma saatlerinin fazlalığı ve buna bağlı olarak çalışanların yorgun düşmesi, memnuniyetsizlik, çalışanlar arası veya çalışan ve hastalar arasında yaşanan iletişim sorunları ile kurum ile ilgili diğer fiziki sorunlar olduğu belirtilmektedir. Literatürde sağlık kurumlarında yapılan tıbbi hataların nedenleri, sağlık çalışanlarının neden olduğu ve sistemdeki yetersizliklerin neden olduğu kurumsal hatalar olarak iki ana başlık altında toplandığı belirtilmektedir (Karataş ve Akıncı 2010; Özata ve Altuncan 2010; Karaca ve Arslan 2014; Caymaz 2015; Çelik Durmuş 2018). Yiğitbaş ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, tıbbi hataların nedenleri insana bağlı olan faktörler, iş yerinden kaynaklanan nedenler ve cihazlardaki yetersizlikleri içeren teknik nedenler olarak gruplandırılmıştır (Yiğitbaş ve ark. 2016).

Tıbbi hatalar içinde yer alan hastane enfeksiyonlarının risk faktörlerinin bilinmesi ve önlenmesi de sağlık kurumlarında önem verilen konular arasındadır. Hastanelerdeki odalarda tedavi gören hasta sayısının normalin üstünde oluşu, çok fazla hasta giriş çıkışı, cerrahi girişimlerin, invaziv işlemlerin sık yapılması ve görev yapan sağlık personelinin davranış ve tutumlarındaki hatalar hastane enfeksiyonlarının görülmesinde etkili olan risk faktörleri arasındadır (Caymaz 2015).

Hemşirelerin çalıştığı ortam, sorumlu olduğu hastaların durumunun ağırlığı son dönem kanser vakaları vb), çalışma şekilleri gibi faktörler ve her geçen gün artan iş yükü göz önüne alındığında hata yapma olasılıklarının da arttığı düşünülmektedir. Özellikle 24 saat nöbet usulü çalışan hemşirelerde yorgunluk, uykusuzluk, dikkatin dağılması gibi nedenlerle tıbbi hataya eğilimin arttığı ve tıbbi hataların en sık gece saatlerinde 04-06 arasında yapıldığı belirtilmektedir. Bu durum hemşirenin, tıbbi hataların önlenmesinde, hastaların zarar görmemesinde önemli bir yeri ve sorumluluğu olduğunu göstermektedir (Demir Dikmen ve ark. 2014; Işık Andsoy ve ark. 2014; Solak Kabataş ve ark. 2014; Çelik Durmuş 2018 ).

Tıbbi hatalara neden olan etkenleri, farklı araştırmacılar makalelerinde çeşitli başlıklar altında ele almışlardır. Kuğuoğlu ve arkadaşlarının (2009) alışmasında, tıbbi hataya neden olan etmenler olarak bilgisizlik ve deneyimsizlik, fiziki yorgunluk, iletişim ve motivasyon eksikliği, tıbbi cihazlar, eğitim, ihmal olarak tanımlanmıştır. Vural ve arkadaşlarının (2014) alışmasında ise (n=150) hemşirelerin kişisel ve mesleki profesyonellik, ilaç uygulama öncesi, ilaç uygulama sırasında ve sonrasında hemşirenin tutumu, uygulama hataları ve ilaç bilgisi gibi faktörlerin tıbbi hataya neden olduğu belirtilmiştir. Bilimde ve teknolojideki ilerlemeler ve değişimlerle bazı bilgiler de değişime uğramakta, geçerliliğini yitirmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının da bilgisini yenilemesini gerekli kılmaktadır. Çünkü tıbbi hataların çoğunluğu bilgi eksikliğinden ya da bilgilerin yanlışlığından kaynaklanmaktadır (Caymaz 2015).

Hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hataların ve ilaç uygulama hatalarının nedenleri araştırıldığında bunlardan bazıları hemşirelerdeki fazla iş yükü, yetersiz sayıda hemşire çalıştırılması, görevi olmayan işlerin hemşireye yaptırılması, uygulama sırasında araya başka iş girmesi gibi nedenlerle işlemin yarıda kalması, personel arasında yetersiz iletişim, doktorun istemindeki olumsuzluklar (anlaşılamama, yazılı olmama vb.), özel meseleler nedeni ile konsantrasyon eksikliğidir (Uzun ve Arslan, 2008; Aygin ve Cengiz, 2011; Uzuntarla ve Cihangiroğlu 2016). İlaç uygulama hatalarını etkileyen etmenlerin araştırıldığı bir çalışmada hemşirelerin, sosyo-demografik özellikleri, çalışma özellikleri, sağlık ve gündüz uykululuk durumları incelenmiş sonuç olarak hemşirelerin neredeyse yarısının (%46,4) uygulama hatası yaptığı sonucuna varılmıştır (stner Top ve am 2016) .

Solak Kabataş ve arkadaşlarının (2014) alışmasında, hemşirelere tıbbi hata nedenleri sorulmuş, birimlerde görev yapan hemşirelerin sayısındaki yetersizlik (%43), sekreterlik ve kırtasiye işlerinin hemşireye yaptırılması (%40), çalışma saatlerinin ve nöbetlerin fazla olması (%40), hemşire üstünde fazla iş yükü (%32), çalışma ortamında yoğun stres (%32) gibi etmenlerin etkili olduğu belirtilmiştir. Tıbbi hatalar ve edenleri ile ilgili 210 hemşireyle yapılan başka bir çalışma da, tıbbi hata ile karşılaşan hemşire sayısının 141 (%67), bunlardan 122'sinin (%58,2) hemşire kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Bu hataların nedenleri olarak ilk sırada (%64,7)

hemşire üzerinde ki iş yükünün çok fazla, ikinci sırada ise (%60) hemşire sayısının yetersiz olması gösterilmiştir (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir 2015).

Avcı ve arkadaşları (2015) tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusunda yaptıkları araştırmalarında risk faktörleri üzerinde durmuşlardır. Bu riskleri, sağlık personelinin çalışma şekline ve yoğun temposuna bağlı olarak yorgunluk, hastaya uygulanan yanlış cerrahi işlemler, hastane birimlerinde el ve kontamine eşyalarla bulaşan ve üreyen enfeksiyonlar, hastaya zarar verebilen düşmeler, çoğunlukla uzun süreli hasta kalışları olan yoğun bakımlarda hareketsizliğe bağlı oluşan basınç yaraları olarak başlıklar altında incelemiştir (Avcı ve ark. 2015).

Hemşirelerde tıbbi hataya eğilim konusunun araştırıldığı bir çalışmada, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, enfeksiyonların önlenmesi, hasta izlemi ve malzeme ve cihaz güvenliği, düşmelerin önlenmesi ve iletişim alt boyutlarındaki verilere bakılarak en düşük puanların, ilaç yapıldıktan sonra hastayı izleme, yatak yaralarının önlenmesine dikkat etme, cihaz kontrolü yapma, hasta ve yakınlarına düşme nedenlerinin açıklanması ve önlemlerin anlatılması maddelerinde olduğu belirtilmektedir (Cebeci ve ark. 2012). Aynı şekilde başka bir çalışmada da hastane kaynaklı enfeksiyonlar, hasta düşmeleri ve yaralanmaları, ameliyathanelerde görülen hatalar, tanı aşamasında meydana gelen hatalar olarak gruplandırılarak incelenmiştir (Pham et al. 2012).

Karabük'te bir hastanede çalışan hemşirelere uygulanan çalışmada elde edilen sonuçlarda, hemşirelerin %78,4 ünün hiç tıbbi hata yapmadığı, %39,2 sinin dikkatli çalışmadığı, %28' inin eğitiminde eksiklik olduğu, %9,6 inin işini yaparken motive olamadığı, %4,8' sinin ise yoğun iş temposundan dolayı tıbbi hata yaptığı gösterilmiştir (Işık Andsoy ve ark. 2014). Benzer şekilde başka bir araştırmada hemşirelerin %65,3'ü yorgunluk, %63,7'si hemşire üzerindeki iş yükünün fazla olmasını, %58,9'u hastanede yaşanan stresi tıbbi hata sebebi olarak bildirilmiştir (Yiğitbaş ve ark. 2016). Konya'da yapılan bir çalışmada, sağlık personeli tıbbi hatalara neden olan faktörler %77,3 oranında uzun çalışma saatlerini, yorgunluk ve iş ortamında ki stresi, %54,8 oranında iletişim bozukluklarını, %50,3 oranında hemşirelerin sayı olarak yetersiz, %40,9 oranında ekip çalışmasının olmaması, %33,3 oranında ise mesleki eğitimdeki eksikliği olarak tanımlanmıştır (Bodur ve ark. 2011).

Erzincan’ da bir hastanede yapılan bir çalışmada riskli ilaçlarla ilgili tutum ve davranışlar değerlendirilmiş, hemşirelerin tutum sorularına verdikleri doğru yanıt oranının davranış puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin ilaçlar hakkında bilgilerinin ve tutumlarının doğru olduğu ancak iş yükünün fazlalığı, yoğun iş temposu, fazladan işlerinde hemşirelerin sorumluluğuna verilmesi ve yoğun stres altında olmaları gibi nedenler ile bu tutumlarını davranış olarak gösteremedikleri belirtilmiştir (Küçükakça ve Özer 2016).

#### **4.4. HEMŞİRLERİN NEDEN OLDUKLARI TIBBİ HATALARI BİLDİRİM DURUMLARI**

Sağlık kurumlarında, sağlık çalışanlarının veya sistemdeki yetersizliklerin neden olduğu tıbbi hataların tekrarını önlemek, önceki hatalarından ders almalarını ve daha dikkatli davranmalarını sağlamak amacıyla yapılan bildirimlere tıbbi hata bildirimini ya da diğer adıyla güvenlik raporlama sistemi denilmektedir. Bu raporlama sisteminde amaç, tıbbi hataların sisteme geçirilerek kişisel olarak değil sistemsel olarak değerlendirilmesini sağlamak ve bilgi kaynağı olarak da kullanarak, tıbbi hataların oranını sistemsel olarak belirleyebilmektir (Karaca ve Arslan 2014). Tıbbi hataların bildirim önemli olduğu kadar, sorumluluğu büyük, stresli, ciddi bir durum olması ve idare ya da meslektaşları tarafından eleştirilmekten korkmaları nedeniyle çekimsiz ve isteksiz davranılan bir konudur (Seren İntepeler ve Dursun 2012; Özer ve ark. 2015).

Tıbbi hataların açıklanmasıyla ilgili hasta ve hekimlerin tutumlarını araştırmak amacıyla yapılmış bir çalışmada hastaların bu hataların kendilerine anlatılmasını istedikleri bildirilmiştir. Hekimler ise bu konuda açıklama yapmaları, ancak bunu yaparken sözlerini dikkatli seçmeleri gerektiğini kabul etmişlerdir (Gallagher et al. 2003). Hastalar için bu hataların anlatılması çok önemli olmasına ve etik olarak kurumlarca önerilmesine karşılık, hemşireler dahil diğer sağlık personelinin çoğunluğu olay bildirimini yapmamakta, neden oldukları bir tıbbi hatayı rapor etmemektedirler. Bu konuyla ilgili olarak Küçükakça ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da klinikteki hemşirelerin birçoğunun olay bildirimini eğiliminde olmadığı sonucuna varılmıştır.

Hata bildiriminde gelişmiş olan ülkelerde iki tip raporlama sisteminden söz edilmektedir. Bunlar zorunlu raporlama ve gönüllü raporlamadır. Zorunlu raporlamalarda herhangi bir hata yapıldığı zaman sağlık çalışanı bireysel olarak ya da hastaneler kurumsal olarak raporlanmaktadır. Bu raporlama sisteminde bireyi ya da kurumu yanlış bir uygulamadan dolayı cezalandırmak ön plandadır. Bildirimler direkt sisteme girilmesi ve yaptırımlarının olması nedeni ile tıbbi hatanın tekrarının yapılmasında caydırıcı bir etki göstermektedir. Aynı zamanda bir tıbbi hata yapan hataya şahit olan bireyler de bildirimde bulunmadığı zaman ceza alabilmektedirler. Cezalar sağlık çalışanlarına korkutucu geldiği ve çalışma arkadaşını raporlamak istemedikleri için hata bildirim sayıları yetersiz olmaktadır. Diğer bir raporlama şekli olan gönüllü raporlama sisteminde sağlık çalışanı bir tıbbi hatayı yaptırım korkusu yaşamadan özgür bir şekilde bildirebilmektedir. Gönüllü raporlamada amaç cezalandırmak yerine hatayı anlayarak ve diğer çalışanlara da anlatarak tekrarının önlenmesidir. Kurumlarda tıbbi hata raporlamaları, tıbbi hata oranını ve yapılan hataların türlerini belirleyebilmek, bu konuda gerekli koruyucu önlemleri alabilmek açısından önemlidir. Sağlık çalışanlarının tıbbi hata bildiriminde bulunduğu dışlanmak, eleştirilmek cezalandırılmak gibi korkuları giderilmeli, gönüllü bildirim sistemi kurumların hedeflediği sistem olmalıdır (Bal ve ark. 2010; Seren İntepeler ve Dursun 2012).

Hastanelerde meydana gelen ve raporlanması gereken bir diğer konu “ramak kala” denilen olaylardır. Meydana gelmemiş, herhangi bir zarara neden olmamış, hatadan kıl payı dönmüş durumları ifade eder ve en az gerçekleşmiş tıbbi hatanın bildirimine kadar önemli olduğu bilinmektedir. Çünkü bu ramak kala olaylar, insan hayatı tehlikeye sokacak bir tıbbi hataya dönüşebilmektedir. Herhangi bir ramak kala olayın yaklaşık olarak 300 kez yapıldıktan sonra hastalar için kötü sonuçlanacak bir tıbbi hatanın öncüsü olabileceği bildirilmektedir (Seren İntepeler ve Dursun 2012; Küçükakça ve Özer 2016).

Sağlık çalışanı tarafından hastaya yapılan bir tıbbi hatanın raporlanması ve gerekli birimlere bildirilmesi çok önemli bir konu olmasına rağmen sağlık çalışanları hatanın bildiriminde istekli davranmamaktadır. Tıbbi hata bildirimlerinin, hatayı yapan sağlık çalışanını korkutmak veya suçlamaktan çok kurumdaki hata oranını görmede önemli bir ölçüt olarak kullanılacağı bilgisi sağlık personeline

anlatılması gerekmektedir. Kurumda çalışan sağlık personelinin hata raporlamalarını çekinmeden dürüstçe yapabilmesi, kurum idarecilerinin, sağlık personeline karşı yapıcı ve destekleyici bir davranış içinde olmasıyla sağlanabilmektedir. Gerçekleşen bir tıbbi hatayı bildirmek amacıyla raporlama sisteminin kullanım oranının çoğu ülkede ve kurumda %10 dan daha az olduğu bilinmektedir. Sağlık çalışanları tarafından bir tıbbi hatanın bildirimini yapılırsa da, sağlık kurumlarının bu hatanın bir kez daha yapılmasını engelleyebilmek konusunda çokta başarılı olmadıkları belirtilmektedir (Karaca ve Arslan 2014; Çelik Durmuş 2018).

Hasta güvenliğinin ve sağlık sistemindeki kalitenin tam olarak sağlanabilmesi için tıbbi hataların önlenmesi gerekmektedir. Türkiye’ de ve dünyada ki diğer hastanelerde tıbbi hatayı önleyebilmek için yapılan hataların idare ve diğer kişilerden korkmadan raporlanabildiği bir sistemin oluşturulması gerektiği belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarına hasta güvenliği için tıbbi hata bildiriminin ne kadar önemli olduğu eğitimler verilerek bilgilendirilmesi gerektiği de vurgulanmaktadır (Çınar Durmuş 2018).

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ**

Araştırma verileri, Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi' nde Kasım 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini 300 yataklı Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi' nde dahili (dahiliye, göğüs ve kardiyoloji, nöroloji, kan alma birimi, kemoterapi birimi, diyaliz ünitesi, fizik tedavi) servisler, cerrahi servisler (genel cerrahi, beyin cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum servisi, doğumhane birimi, kulak, burun, boğaz, üroloji ve göz servisi), çocuk servisi, yoğun bakım birimi (erişkin ve yeni doğan yoğun bakım, palyatif bakım servisi), ameliyathane ve acil serviste çalışan 270 hemşire oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini ise Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi' nde dahili (dahiliye, göğüs ve kardiyoloji, nöroloji, kan alma birimi, kemoterapi birimi, diyaliz ünitesi, fizik tedavi) servisler, cerrahi servisler (genel cerrahi, beyin cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum servisi, doğumhane birimi, kulak-burun-boğaz, üroloji ve göz servisi), çocuk servisi, yoğun bakım birimi (erişkin ve yeni doğan yoğun bakım, palyatif bakım servisi), ameliyathane ve acil serviste çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 217 hemşire oluşturdu.

Araştırmanın yapıldığı hastanede Sağlık Bakanlığı direktifleri doğrultusunda kalite çalışmaları "kalite birimi" tarafından yürütülmektedir. Hasta güvenliği ve tıbbi



hatalar konusu ise Güvenlik Raporlama Sistemi hakkındaki hizmet içi eğitimlerin içerisinde tüm sağlık personeline verilmektedir.

#### **5.4. ARAŞTIRMANIN SORULARI**

1. Hemşirelerin tıbbi hata yapma ve bu hataları raporlama durumları nedir?
2. Hemşirelerin tıbbi hata yapma etkileyen faktörler nelerdir?
3. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyleri nelerdir?
4. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

#### **5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER**

Bağımlı değişkenler: “Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” puanı

Bağımsız değişkenler: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumları, öğrenim düzeyleri, çalışma yılı ve şekli, çalıştığı servis, haftalık çalışma saatleri ve tıbbi hata yapmaları.

#### **5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmanın verileri, “Hemşire Tanıtım Formu” (Ek 7) ve “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” (Ek 6) kullanılarak toplandı.

##### **5.6.1. Hemşire Tanıtım Formu**

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form 13 sorudan oluşmakta ve servislerde çalışan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini, hastanede çalışma şeklini, süresini ve tıbbi hata sayılarını içermektedir.

##### **5.6.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ)**

Ölçek, hemşirelerde tıbbi hataya eğilimi ölçmek amacıyla Özata ve Altuncan (2010) tarafından geliştirilmiş, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Ölçek, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları (18 madde), Hastane Enfeksiyonları (12 madde), Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği (9 madde), Düşmeler (5 madde), İletişim (5madde) olmak üzere 5 alt boyut, 49 madde ve her madde 5’li likertten oluşmaktadır. Katılımcıların kendine uygun olan şıkları işaretlemesi istenen ölçekte puanlar, 1-hiç,

2-çok nadir, 3-zaman zaman, 4-genellikle ve 5-her zaman şeklinde değerlendirilmektedir. Değerlendirme yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Geliştirilen ölçeğin *Cronbach Alpha* iç tutarlılık katsayısı 0.954 olarak bulunmuştur (Özata ve Altuncan 2010). Bu çalışmada Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği *Cronbach Alpha* iç tutarlılık katsayısı 0,932 olarak bulundu.

### **5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplandı. Araştırmacı tarafından katılımcılara “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” okutuldu. Formu okuyup katılmayı kabul eden hemşirelere “Hemşire Tanıtım Formu”, “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” dağıtıldı. Mesai saatleri içinde ortalama 10 dakikada hemşireler kendilerine uygun olan maddeleri işaretledi ve maddeler hakkındaki anlamadıkları noktalar araştırmacı tarafından açıklandı.

### **5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırmanın verileri; Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15 programı kullanılarak analiz edildi. Veriler %95 güven aralığında  $p<0,05$  düzeyinde anlamlı kabul edildi. Veriler yüzdeler ve ortalama  $\pm$  standart sapma (SS) ile gösterildi. Parametrik verilerde; iki grup karşılaştırmalarında Pearson/ Student t-testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ANOVA varyans analizi, normal dağılıma uymayan bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney-U testi kullanıldı. Nonparametrik verilerin karşılaştırmalarında; ki-kare kullanıldı. Korelasyon analizi için normal dağılım gösteren parametrik verilerde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Üç ve daha fazla gruplarda anlamlı farkların hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Testi kullanıldı.

## 5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın bir kurumda yapılması, tüm hemşirelere ulaşılamaması, sonuçların yalnızca örneklem grubu için geçerli olması, hemşirelerin tıbbi hata yapma durumlarını etrafındaki bireylerin yorumlarından ve idari birimin uyarılarından çekindiği için dürüst olarak belirtmeyebileceği ihtimali bu çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

## 5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyuldu. Bu doğrultuda, araştırmada aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Araştırmaya başlamadan önce kullanılacak olan “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ni geliştiren, Özata’ dan yazılı izin alındı (Ek 4). Tez çalışması için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu’ ndan etik kurul onayı alındı (NO:E.71635 ve tarih:19.09.2017) (Ek 2). Etik Kurul Onayı sonrasında Manisa Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi Yöneticiliğine dilekçe yazıldı ve “Bilimsel Girişimsel Olmayan Çalışmalar Ön İzin Formu” verildi. Hastane tarafından belirlenen “Değerlendirme Komisyonu Üyeleri” tarafından kabul edildi (Ek 3). Manisa Sağlık Müdürlüğüne istenen tüm evraklar teslim edildi. Manisa Sağlık Müdürlüğü’nce kabul edilen araştırmanın verilerini toplama aşamasına Aralık 2017 tarihinde başlandı.

## 6. BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 6.1' de gösterildi.

**Tablo 6.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=217)**

Özellik	Ort. ± SS n	(Min-Maks) %
Yaş (yıl)	36,68 ± 7,79	(24-62)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	184	84,8
Erkek	33	15,2
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	44	20,3
Evli	173	79,7
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	17	7,8
Önlisans	12	5,5
Üniversite	182	83,9
Yüksek Lisans	6	2,8

Not: Ort ± SS: ortalama ± standart sapma; min: minimum; maks: maksimum

Araştırmaya katılan toplamda 217 hemşirenin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 36,68 yıl, %84,8 (n=184)' inin kadın, %79,7 (n=173)' sinin evli ve %83,9 (n=182)' unun üniversite mezunu olduğu belirlendi (Tablo 6.1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları servislere ve çalışma özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.2' de verildi.

**Tablo 6.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Servislere ve Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı (n=217)**

Özellikler	Ort. ± SS n	(Min-Maks) %
<b>Çalışma Yılı (yıl)</b>	15,23 ± 7,29	(2-40)
<b>Çalışma Saati</b>	43,71 ± 5,40	(10-56)
<b>Çalışılan Servis</b>		
Dahili	55	25,3
Cerrahi	51	23,5
Çocuk	14	6,5
Yoğun Bakım	51	23,5
Acil Servis	30	13,5
Ameliyathane	16	7,4
<b>Çalışma Şekli</b>		
Vardiya <sup>+</sup>	76	35
Gündüz <sup>++</sup>	65	30
Gündüz + nöbet <sup>+++</sup>	76	35

1.<sup>+</sup>24 saatlik nöbet şeklinde çalışan hemşireler.

2.<sup>++</sup>08.00-16.00 saatleri arasında çalışan hemşireler.

3.<sup>+++</sup>08.00-16.00 + 16.00-08.00 + 08.00-08.00 nöbeti şeklinde çalışan hemşireler.

Araştırmaya katılan hemşireler çalıştıkları servislere göre gruplandı. Dahiliye, göğüs, kardiyoloji, nöroloji, fizik tedavi servisleri dahili servisler içine alındı ve 55 hemşireden (%25,3) oluştuğu görüldü. Genel cerrahi, beyin cerrahi, kadın doğum servisi, kulak, burun, boğaz ve üroloji servisleri cerrahi servisler olarak alındı ve 51 hemşireden (%23,5) oluştuğu görüldü. Yoğun bakım ünitesi gurubuna palyatif bakım servisi ve yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler de alınarak toplamda 51 hemşire (%23,5) bu grupta incelendi. Acil servis 30 hemşire (%13,5), ameliyathane 16 hemşire (7,4), çocuk servisi 14 hemşire (%6,5) sayılarıyla araştırmaya katıldı. Çalışma yılı yaklaşık 16 yıl (15,23 ± 7,29), haftalık çalışma saati yaklaşık 44 saat (43,71 ± 5,40) olarak belirlenen hemşirelerin çalışma şekline bakıldığında vardiya sistemiyle gündüz+nöbet sistemi yüzdelerinin aynı olduğu (%35) görüldü (Tablo 6.2).

Araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları Tablo 6.3' de gösterildi.

**Tablo 6.3. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları (n= 217)**

<b>Tıbbi Hata</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tıbbi Hata</b>		
Hayır	176	81,1
Evet	41	18,9
<b>Tıbbi Hata Sayısı</b>		
Bir Hata	21	9,7
İki Hata	17	7,8
Üç ve üstü Hata	3	1,4
<b>İlaç Uygulama Hatası</b>		
Hayır	178	82
Evet	39	18
<b>İlaç Uygulama Hata Sayısı</b>		
Bir Hata	20	9,2
İki Hata	17	7,8
Üç ve üstü Hata	2	0,9
<b>İlaç Uygulama Hata Türü</b>		
Yanlış Hasta	4	1,8
Yanlış İlaç	4	1,8
Yanlış Doz	8	3,7
Yanlış Zaman	8	3,7
Yanlış Yol	4	1,8
Yanlış Kayıt	10	4,6
Yanlış İlaç Şekli	1	0,5
<b>Tıbbi Hata Kayıt Bildirimi</b>		
Hayır	39	95,1
Evet	2	4,9

Hemşirelerin tıbbi hata durumlarına bakıldığında; 176 hemşirenin (%81,1) hiç tıbbi hata yapmadığı, 41 (% 18,9) hemşirenin ise meslek hayatında en az bir kez tıbbi hata yaptığı belirlendi. Hemşirelerden 21'inin bir kez, 17'sinin iki kez, 3'ünün ise üç ve daha fazla tıbbi hata yaptığı görüldü. Tıbbi hata yapan 41 hemşireden 39 (%18)'unun yaptığı hatanın ilaç uygulama hatası olduğu, 20'sinin bir tane (%9,7) ilaç uygulama hatası yaptığı belirlendi. Yapılan ilaç uygulama hatalarından en çok yapılan hatanın 10 hemşire tarafından yapılan 'yanlış kayıt' olduğu görüldü. Bu kadar hata olmasına karşın 'tıbbi hata kayıt bildirimini yaptınız mı?' sorusuna yalnızca iki hemşire 'evet' ve "birer defa yaptık" yanıtını verdi. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%99,1) tıbbi hata kayıt bildirimini yapmadığı belirlendi (Tablo 6.3).

Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumlarının cinsiyete göre farkı Tablo 6.4' de, medeni duruma göre farkı Tablo 6.5' de ve eğitim durumlarına göre farkı Tablo 6.6' da gösterildi.

**Tablo 6.4. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Tıbbi Hata Yapma Durumları (n=217)**

Cinsiyet	Tıbbi Hata Yapmayan		Tıbbi Hata Yapan		Anlamlılık ki-kare ve p
	n	%	n	%	
Kadın (n= 184)	154	83,7	30	16,3	<b>5,295</b>
Erkek (n=33)	22	66,7	11	33,3	<b>0,021*</b>
Toplam (n=217)	176	81,1	41	18,9	

Not: \*p<0,05.

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyetlerine göre tıbbi hata durumları incelemek amacıyla ki-kare Testi yapıldı. Örneklemi oluşturan toplam 184 kadın hemşireden 154 kişi (%83,7) "Tıbbi Hata Yaptınız mı ?" sorusuna "Hayır", 30 kişinin ise (%16,3) "Evet" yanıtını verdiği görüldü. Erkek hemşirelerden 22 kişinin (%66,7) çalışma hayatında hiç tıbbi hata yapmadığı, 11 kişinin ise (%33,3) hayatında en az bir tıbbi hata yaptığı belirlendi. Kadın ve erkek hemşireler arasında tıbbi hata yapma durumları açısından anlamlı bir fark bulundu (p<0,05), (Tablo 6.4).

**Tablo 6.5. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Tıbbi Hata Yapma Oranları (n=217)**

Medeni Durum	Tıbbi Hata Yapmayan		Tıbbi Hata Yapan		Anlamlılık ki-kare ve p
	n	%	n	%	
Bekar (n =44)	33	75	11	25	<b>1,343</b>
Evli (n=173)	143	82,7	30	17,3	<b>0,247</b>
Toplam (n=217)	176	81,1	41	18,9	

Bekar hemşirelerden 33 kişinin (%75) meslek hayatında hiç tıbbi hata yapmadığı, 11 kişinin ise (%25) tıbbi hata yaptığı, evli hemşirelerden 143 kişinin (%82,7) tıbbi hataya sebep olmadığı, 30 kişinin ise (17,3) en az bir kez tıbbi hata yaptığı görüldü. Tıbbi hata yapma durumu açısından evli ve bekar hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.5).

**Tablo 6.6. Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Tıbbi Hata Yapma Durumları (n=217)**

Eğitim Düzeyi	Tıbbi Hata Yapmayan		Tıbbi Hata Yapan		Anlamlılık ki-kare ve p
	n	%	n	%	
Lise (n=17)	10	58,8	7	41,2	<b>12,886</b>
Ön Lisans (n=12)	8	66,7	4	33,3	<b>0,005**</b>
Üniversite (n=182)	155	85,2	27	14,8	
Yüksek Lisans (n =6)	3	50	3	50	
Toplam (n=217)	176	81,1	41	18,9	

Not: \*\* $p<0,01$ .

Lise mezunu olan 17 hemşireden 7'sinin (%41,2), ön lisans mezunu 12 hemşireden ise 4'ünün (%33,3), üniversite mezunu 182 hemşireden 27'sinin (%14,8), yüksek lisans mezunu olan 12 hemşireden ise 3'ünün (%50) meslek



hayatında tıbbi hata yaptığı belirlendi. Hemşirelerin eğitim düzeyleri arasında tıbbi hata yapma durumu açısından anlamlı bir fark bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 6.6.).

Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumlarının çalışma şekillerine göre farkı tablo 6.7’de, çalışılan servislere göre farkı tablo 6.8’ de verildi.

**Tablo 6.7. Hemşirelerin Çalışma Şekillerine Göre Tıbbi Hata Yapma Durumları (n=217)**

Çalışma şekli	Tıbbi Hata Yapmayan		Tıbbi Hata Yapan		Anlamlılık ki-kare ve p
	n	%	n	%	
Vardiya (n= 76)	59	77,6	17	22,4	<b>1,715</b>
Gündüz (n=65)	56	86,2	9	13,8	<b>0,424</b>
Nöbet+ Gündüz (n=76)	61	80,3	15	19,7	
Toplam (n=217)	176	81,1	41	18,9	

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma şekillerine göre tıbbi hata yapma durumlarına bakıldı. Vardiya usulü (24 saat nöbet) çalışan 76 hemşireden 17 kişinin (%22,4), gündüz mesaisi olarak çalışan (08-16 arası sekiz saat) 56 hemşireden 9 kişinin (%13,8), gündüz + nöbet (gündüz mesaisi ve bazı günler 16 saat veya 24 saat nöbet) şeklinde çalışan 76 hemşireden ise 15 kişinin (%19,7) tıbbi hata yaptığı belirlendi. Tıbbi hata yapma durumları açısından hemşirelerin çalışma şekilleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.7).

**Tablo 6.8. Hemşirelerin Çalıştıkları Servislere Göre Tıbbi Hata Yapma Durumları (n=217)**

Çalışılan Servis	Tıbbi Hata Yapmayan		Tıbbi Hata Yapan		Anlamlılık ki-kare ve p
	n	%	n	%	
Dahili Servisler (n=55)	44	80	11	20	
Cerrahi Servisler (n=51)	45	88,2	6	11,8	<b>5,881</b>
Çocuk Servisi (n=14)	13	92,9	1	7,1	<b>0,342</b>
Yoğun Bakımlar (n=51)	40	78,4	11	21,6	
Acil Servis (n=30)	21	70	9	30	
Ameliyathane (n=16)	13	81,3	3	18,8	
Toplam	176	81,1	41	18,9	

Hemşirelerin çalıştıkları servislere göre tıbbi hata yapma durumları incelendi. Acil servisten 9 hemşirenin (%30), dahili servislerden 11 hemşirenin (%20), erişkin ve yeni doğan yoğun bakımlar ile palyatif bakım servisinden 11 hemşirenin (%21,6), cerrahi servislerden 6 hemşirenin (%11,8), ameliyathaneden 3 hemşirenin (%18,8), çocuk servisinden ise yalnızca 1 hemşirenin (%7,1) tıbbi hata yaptığı belirlendi. Hemşirelerin çalıştıkları servise göre tıbbi hata yapma durumları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.8).

Hemşirelerin HTHEÖ ve alt boyut puan ortalamaları ve puanların aritmetik ortalamaları Tablo 6.9' da gösterildi.

**Tablo 6.9. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=217)**

HTHEÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ort. ± SS	X ± SS
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18	85,97 ± 4,90	4,78 ± 0,27
Hastane Enfeksiyonları	12	56,28 ± 4,46	4,69 ± 0,37
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	9	40,14 ± 3,99	4,46 ± 0,4
Düşmeler	5	23,53 ± 2,04	4,71 ± 0,41
İletişim	5	23,71 ± 2,04	4,74 ± 0,41
Toplam	49	223,63 ± 12,83	4,67 ± 0,28

Not: Ort ± SS: ortalama ± standart sapma; X ± SS: ortanca ± standart sapma

Beş alt boyut ve toplam 49 maddeden oluşan Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği' nin "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyutunun ortalamasının en yüksek ( $4,78 \pm 0,27$ ), en düşük ortalamasının ( $4,46 \pm 0,4$ ) ise "Hasta izlemi ve Malzeme Güvenliği" alt boyutunda olduğu görüldü. Diğer alt boyut puanlarının ortalamaları "Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi" ( $4,69 \pm 0,37$ ) (12 madde), "Düşmeler" ( $4,71 \pm 0,41$ ) "İletişim" ( $4,74 \pm 0,41$ ) (5 madde) olarak belirlendi (Tablo 6.9).

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği' nin beş alt boyutunda yer alan tüm maddelerin puan dağılımları Tablo 10, Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13 ve Tablo 14' de verildi.

**Tablo 6.10. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyutundaki Maddelerin Puan Dağılımları (n=217)**

<b>Alt Boyut Maddeleri</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>X ± SS</b>
ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum	3	5	4,91 ± 0,29
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum	3	5	4,91± 0,29
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım	1	5	4,58 ± 0,71
Okunmuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim	3	5	4,80 ± 0,40
ilaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim	3	5	4,89 ± 0,33
ilaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim	1	5	4,64 ± 0,65
ilacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm	3	5	4,83 ± 0,40
ilacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim	3	5	4,89 ± 0,31
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim	3	5	4,93 ± 0,26
ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım	2	5	4,51 ± 0,62
ilaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim	3	5	4,57 ± 0,55
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim	3	5	4,65 ± 0,50
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim	3	5	4,87 ± 0,36
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim	3	5	4,84 ± 0,41
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim	3	5	4,79 ± 0,43
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim	3	5	4,91 ± 0,29
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim	3	5	4,80 ± 0,41
Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim	1	5	4,56 ± 061

Not: X ± SS: ortanca ± standart sapma; min: minimum; maks: maksimum

Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutunda bulunan 18 maddenin puanları incelendi. En yüksek puanının “IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim” ( $4,93 \pm 0,26$ ) maddesinde, en düşük puanın ise “ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım” maddesinde olduğu görüldü. Önemli maddelerden olan “İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum” ve “hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum” ( $4,91 \pm 0,29$ ) maddelerinin de eşit puanları aldıkları belirlendi. Ayrıca “Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim” maddesine üç hemşire “doktor istemine göre” notunu düştüğü gözlemlendi (Tablo 6.10).



**Tablo 6.11. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları Alt Boyutundaki Maddelerin Puan Dağılımları (n=217)**

Alt Boyut Maddeleri	Min.	Maks.	X ± SS
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim	3	5	4,76 ± 0,44
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim	2	5	4,61 ± 0,62
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim	2	5	4,58 ± 0,67
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim	3	5	4,79 ± 0,43
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim	3	5	4,76 ± 0,45
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm	2	5	4,68 ± 0,58
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim	2	5	4,60 ± 0,61
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim	2	5	4,77 ± 0,44
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım	3	5	4,73 ± 0,45
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim	1	5	4,49 ± 0,74
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım	3	5	4,69 ± 0,51
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim	3	5	4,73 ± 0,48

Not: X ± SS: ortanca ± standart sapma; min: minimum; maks: maksimum

Katılımcıları HTHEÖ' nin 12 maddeli Hastane Enfeksiyonları alt boyutundaki maddelere verdikleri yanıtlara göre madde puanları incelendi. Hastane Enfeksiyonlarında en yüksek puanın “İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasında ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim” maddesinde (4,79 ± 0,43), en düşük puanın ise “ yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim” maddesinde (4,49 ± 0,74) olduğu belirlendi (Tablo 6.11).

**Tablo 6.12. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutundaki Maddelerin Puan Dağılımları (n=217)**

<b>Alt Boyut Maddeleri</b>	<b>Min. – Maks.</b>		<b>X ± SS</b>
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım	2	5	4,76 ± 0,46
Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yaparım	2	5	4,46 ± 0,73
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım	3	5	4,48 ± 0,57
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim	2	5	4,67 ± 0,52
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim	3	5	4,69 ± 0,51
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım	2	5	4,17 ± 0,82
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim	1	5	4,08 ± 0,91
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım	2	5	4,48 ± 0,64
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim	2	5	4,30 ± 0,75

Not: X ± SS: ortanca ± standart sapma; min: minimum; maks: maksimum

Hemşirelerin Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyutunda bulunan 9 maddenin puanları hesaplandı. “Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım” maddesi en yüksek puanı (4,76 ± 0,46) alırken; en düşük puanın “Serviste tüm cihazların çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim” maddesinde (4,08 ± 0,91) olduğu saptandı (Tablo 6.12).

**Tablo 6.13. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler Alt Boyutundaki Maddelerin Puan Dağılımı (n=217)**

Alt Boyut Madde Puanları	Min. - Maks.	X ± SS
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm	2 5	4,53 ± 0,65
Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım	2 5	4,66 ± 0,60
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta Yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim	2 5	4,70 ± 0,53
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim	3 5	4,78 ± 0,43
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım	3 5	4,84 ± 0,38

Not: X ± SS: ortanca ± standart sapma; min: minimum; maks: maksimum

Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin verdikleri yanıtlara göre HTHEÖ' nin 5 maddeli Düşmeler alt boyutunda yer alan maddelerin puan dağılımları incelendi. Maddeler arasında “Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım” maddesinin (4,84 ± 0,38) en yüksek ; “Hasta ve hasta yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm maddesinin ise en düşük puanı (4,53 ± 0,65) aldığı belirlendi (Tablo 6.13).



**Tablo 6.14. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim Alt Boyutundaki Maddelerin Puan Dağılımları (n=217)**

Alt Boyut Maddeleri	Min.	Maks.	X ± SS
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim	1	5	4,65 ± 0,58
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim	3	5	4,75 ± 0,50
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim	2	5	4,72 ± 0,53
Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim	1	5	4,75 ± 0,52
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime Doğrulatırım	3	5	4,81 ± 0,40

Not: X ± SS: ortanca ± standart sapma; min: minimum; maks: maksimum

Katılımcıların HTHEÖ' nin 5 maddeli Düşmeler alt boyutunun madde puanları incelendi. Düşmeler alt boyutunda en yüksek puanı “Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulatırım” (4,81± 0,40) maddesi alırken; en düşük puanın ise “Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim” (4,65 ± 0,58) maddesinde olduğu belirlendi (Tablo 6.14).

Hemşirelerin yaş, çalışma yılı, çalışma saati, HTHEÖ toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar Tablo 6.15' de gösterildi.

**Tablo 6.15. Hemşirelerin Yaş, Çalışma Yılı, Çalışma Saati, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar (n=217)**

	Yaş (yıl)	Çalışma Yılı	Çalışma Saati	İlaç ve Transf. Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	Toplam Ölçek Puanı
Yaş	-----								
Çalışma Yılı	<b>0,867***</b>	-----							
Çalışma Saati	<b>-0,145*</b>	-0,107	-----						
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	0,044	0,049	0,018	-----					
Hastane Enfeksiyonları	0,119	0,122	-0,046	<b>0,438**</b>	-----				
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	0,094	0,079	-0,125	<b>0,343**</b>	<b>0,416**</b>	-----			
Düşmeler	0,116	0,072	-0,002	<b>0,435**</b>	<b>0,335**</b>	<b>0,466**</b>	-----		
İletişim	0,030	-0,041	-0,009	<b>0,403**</b>	<b>0,381**</b>	<b>0,388**</b>	<b>0,648***</b>	-----	
Toplam Ölçek Puanı	0,110	0,091	-0,050	<b>0,774***</b>	<b>0,758***</b>	<b>0,722***</b>	<b>0,689***</b>	<b>0,669***</b>	-----

Not: \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001. Pearson Correlation Analizi kullanıldı.

Hemşirelerin yaş ortalamaları ile çalışma yılı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunurken, çalışma saati ile arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,001$  ve  $p<0,05$ ).

Yaş ile HTHEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ( $p>0,5$ ). Ayrıca, çalışma yılı ve çalışma saati ile toplam ölçek puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puanı ile ölçek alt boyut puanları arasında ileri düzeyde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ), (Tablo 6.15).

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması ile ölçek alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre farkları Tablo 6.16, medeni duruma göre farkları Tablo 6.17, eğitim durumlarına göre farkları Tablo 6.18, çalıştıkları servise göre farkları Tablo 6.19 ve çalışma şekline göre farkları Tablo 6.20' de gösterildi.

**Tablo 6.16. Hemşirelerin Cinsiyetlere Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Farkları (n=217)**

Toplam ölçek ve Alt Boyutlar	Cinsiyet		Anlamlılık	
	Kadın (n=184) ort ± SS	Erkek (n=33) ort ± SS	t	p
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	86,21 ± 4,23	84,64 ± 7,60	1,107	0,089
Hastane Enfeksiyonları	56,70 ± 3,85	53,94 ± 6,53	3,347	<b>0,001**</b>
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	40,29 ± 3,93	39,30 ± 4,29	1,314	0,190
Düşmeler	23,63 ± 1,99	23,00 ± 2,25	1,628	0,105
İletişim	23,79 ± 1,96	23,27 ± 2,40	1,340	0,182
Toplam Ölçek Puanı	230,61 ± 11,83	224,15 ± 16,56	2,703	<b>0,007**</b>

Not1: \*p<0,05,\*\*p<0,01.

Not2: ort ± SS: ortalama ± standart sapma

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyetlere göre HTHEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları farkları incelendiğinde, tüm alt boyutlarda kadın hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü. Ancak, kadın ve erkek hemşireler arasında HTHEÖ toplam ve “Hastane Enfeksiyonları” alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulundu (p<0,01 ve p<0,01), (Tablo 6.16).

**Tablo 6.17. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Farkları (n=217)**

Toplam ölçek ve Alt Boyutlar	Medeni Durum		Anlamlılık	
	Bekar (n=44) ort ± SS	Evli (n=173) ort ± SS	t	p
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	87,23 ± 3,53	85,65 ± 5,15	1,913	0,057
Hastane Enfeksiyonları	56,30 ± 4,83	56,27 ± 4,37	0,032	0,975
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	40,32 ± 3,82	40,10 ± 4,04	0,325	0,745
Düşmeler	23,61 ± 1,83	23,51 ± 2,09	0,304	0,761
İletişim	23,82 ± 2,03	23,68 ± 2,04	0,395	0,693
Toplam Ölçek Puanı	231,27 ± 11,05	229,21 ± 13,24	0,950	0,343

Not: ort ± SS: ortalama ± standart sapma

Araştırmaya katılan evli (n=173) ve bekar (n= 44) hemşireler arasında HTHEÖ toplam ve ölçek alt boyut puan ortalamaları açısından farklar değerlendirildiğinde, bekar olan hemşirelerin puanlarının bütün alt boyutlarda evli olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak evli ve bekar hemşireler arasında HTHEÖ toplam ölçek ve alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05), (Tablo6.17).

**Tablo 6.18. Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Farkları (n=217)**

Toplam Ölçek ve Alt Boyutları	Lise Mezunu (n = 17) ort ± SS	Ön lisans Mezunu (n = 12) ort ± SS	Üniversite Mezunu (n = 182) ort ± SS	Yüksek Lisans Mezunu (n = 6) ort ± SS	Anlamlılık F	p
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	83,88 ± 8,76	87,33 ± 2,99	86,19 ± 4,37	82,67 ± 6,86	2,409	0,068
Hastane Enfeksiyonları	53,88 ± 6,44	57,50 ± 3,06	56,43 ± 4,27	55,83 ± 4,40	2,061	0,106
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	40,06 ± 4,22	38,67 ± 3,28	40,29 ± 4,02	38,83 ± 3,60	0,846	0,470
Düşmeler	22,88 ± 2,08	23,58 ± 1,97	23,60 ± 2,04	23,00 ± 2,09	0,788	0,502
İletişim	23,18 ± 2,27	24,08 ± 4,72	23,74 ± 2,04	23,67 ± 1,96	0,530	0,662
Toplam Ölçek Puanı	223,88 ± 17,06	231,17 ± 7,67	230,25 ± 12,40	224,00 ± 14,53	1,740	0,160

Not: ort ± SS: ortalama ± standart sapma

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeyleri açısından HTHE toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklılara bakıldığında, örneklemdeki lise, ön lisans, niversite ve yüksek lisans mezunu olan hemşireler arasında HTHE toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6.18).



**Tablo 6.19. Hemşirelerin Çalıştıkları Servislere Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Farkları (n=217)**

Toplam Ölçek ve Alt Boyutları	Dahili Servisler (n= 55) ort ± SS	Cerrahi Servisler (n= 51) ort ± SS	Çocuk Servisi (n= 14) ort ± SS	Yoğun Bakım (n= 51) ort ± SS	Acil Servis (n= 30) ort ± SS	Ameliyathane (n= 16) ort ± SS	Anlamlılık	
							F	p
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	84,47 ± 5,24	86,53 ± 5,66	87,07 ± 4,53	85,51 ± 4,66	86,30 ± 3,56	89,25 ± 1,57	2,979	<b>0,013*</b>
Hastane Enfeksiyonları	56,22 ± 3,59	57,43 ± 4,03	55,29 ± 4,54	57,71 ± 2,60	53,20 ± 6,17	54,88 ± 6,13	5,581	<b>0,000***</b>
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	39,75 ± 4,14	40,55 ± 4,10	39,37 ± 4,39	40,08 ± 3,64	40,00 ± 4,29	41,38 ± 3,40	0,632	0,676
Düşmeler	23,16 ± 2,37	24,16 ± 1,54	23,84 ± 2,38	23,47 ± 1,94	23,10 ± 1,97	23,50 ± 2,09	1,694	0,137
İletişim	23,60 ± 2,24	23,98 ± 1,83	23,57 ± 2,59	23,98 ± 1,52	22,93 ± 2,39	23,94 ± 1,98	1,326	0,254
Toplam Ölçek Puanı	227,20 ± 14,27	232,65 ± 11,61	229,14 ± 15,13	230,75 ± 11,32	225,53 ± 12,58	232,94 ± 12,37	1,903	0,095

Not1: \*p<0,05, \*\*\*p<0,001.,

Not2: ort ± SS: ortalama ± standart sapma



Örnekleme oluşturan hemşirelerin çalıştıkları servislere göre HTHEÖ toplam, “İletişim”, “Düşmeler” ve “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), “Hastane Enfeksiyonları” ve “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$  ve  $p<0,05$ ), (Tablo 6.19).

“İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” ve “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutlarındaki anlamlı farkın hangi servislerden kaynaklandığının belirlenmesi için Post Hoc testi yapıldı. Yapılan Post Hoc testte “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutundaki farkın ameliyathane biriminde çalışan hemşirelerden; “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutundaki farkın ise acil serviste çalışan hemşirelerden kaynaklandığı bulundu. Ameliyathane de çalışan hemşirelerin “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” puanlarının en yüksek, acilde çalışan hemşirelerin “Hastane Enfeksiyonları” puanlarının en düşük olduğu bulundu (Tablo 6.19).

**Tablo 6.20. Hemşirelerin Çalışma Şekillerine Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar (n=217)**

Toplam Ölçek ve Alt Boyutları	Vardiya Çalışanlar (n=76) ort ± SS	Gündüz Çalışanlar (n=65) ort ± SS	Gündüz + Nöbet çalışanlar (n=76) ort ± SS	F	Anlamlılık p
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	86,00 ± 4,30	86,26 ± 4,82	85,70 ± 5,53	0,232	0,793
Hastane Enfeksiyonları	56,46 ± 4,05	57,25 ± 3,75	55,26 ± 5,28	3,653	<b>0,028*</b>
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	39,50 ± 3,99	41,26 ± 3,85	39,83 ± 3,96	3,868	<b>0,022*</b>
Düşmeler	23,29 ± 1,98	23,60 ± 2,40	23,71 ± 1,72	0,864	0,423
İletişim	23,42 ± 2,08	23,82 ± 2,12	23,91 ± 1,89	2,212	0,300
Toplam Ölçek Puanı	228,67 ± 11,62	232,18 ± 14,38	228,41 ± 12,41	1,860	0,158

Noti: \*p<0,05.

Notz: ort ± SS: ortalama ± standart sapma

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma şekilleri açısından HTHEÖ toplam, “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”, “İletişim” ve “Düşmeler” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), “Hastane Enfeksiyonları” ve “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ), (Tablo 6.20).

“Hastane Enfeksiyonları” ve “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutlarında bulunan anlamlı farkın hangi şekilde çalışan hemşirelerden kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc testinde, farkın gündüz+nöbet şeklinde çalışan hemşirelerden kaynaklandığı bulundu.

İlaç uygulama hatası yapan ve yapmayan hemşireler arasında HTHEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklar Tablo 6.21’ de verildi.

**Tablo 6.21. İlaç Uygulama Hatası Yapan ve Yapmayan Hemşirelerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar (n=217)**

Toplam Ölçek ve Alt Boyutları	İlaç Uygulama Hatası		Anlamlılık	
	Yapmayanlar (n= 178) ort ± SS	Yapanlar (n= 39) ort ± SS	t	p
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	86,32 ± 4,94	84,38 ± 4,44	2,254	<b>0,025*</b>
Hastane Enfeksiyonları	56,21 ± 4,43	55,21 ± 4,46	1,664	3,098
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	40,52 ± 4,01	38,41 ± 3,42	3,048	<b>0,003**</b>
Düşmeler	23,62 ± 1,97	23,10 ± 2,26	1,449	0,149
İletişim	23,75 ± 2,06	23,54 ± 1,93	0,579	0,564
Toplam Ölçek Puanı	230,72 ± 12,99	224,64 ± 10,86	2,721	<b>0,007**</b>

Not1: \*p<0,05 ve \*\*p<0,01. Not2: Ort ± SS: Ortalama ± Standart sapma

Araştırmaya katılan 217 hemşirenin 178' i ilaç uygulama hatası yaptınız mı sorusuna 'hayır', 39' u ise 'evet' yanıtı verdi. İlaç uygulama hatası yapan ve yapmayan hemşireler arasında "Hastane Enfeksiyonları", "Düşmeler" ve "İletişim" puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), HTHEÖ toplam, "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" ve "Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği" alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulundu ( $p<0,01$ ,  $p<0,05$  ve  $p<0,01$ ), (Tablo 6.21).

İlaç uygulama hata sayıları arasında HTHEÖ toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları açısından farklar Tablo 6.21, kayıt bildirimini yapan ve yapmayan hemşireler arasındaki HTHEÖ toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları açısından farklar Tablo 6.22' de gösterildi.

**Tablo 6.22. İlaç Uygulama Hata Sayıları Arasında Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan**

**Ortalamaları Açısından Farklar (n=217)**

Toplam Ölçek ve Alt Boyutları	Sıfır Hata (n = 178) ort ± SS	Bir Hata (n = 20) ort ± SS	İki Hata (n = 17) ort ± SS	Üç ve Üzeri Hata (n = 2) ort ± SS	F	Anlamlılık p
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	86,32 ± 4,94	86,15 ± 2,96	82,53 ± 5,10	82,50 ± 6,36	3,557	<b>0,015*</b>
Hastane Enfeksiyonları	56,51 ± 4,43	55,05 ± 4,83	55,06 ± 4,23	58,00 ± 2,82	1,195	0,313
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	40,52 ± 4,01	38,00 ± 2,73	38,47 ± 4,00	42,00 ± 4,24	3,728	<b>0,012*</b>
Düşmeler	23,62 ± 1,97	23,60 ± 1,69	22,53 ± 2,76	23,00 ± 2,82	1,554	0,202
İletişim	23,75 ± 2,06	24,20 ± 1,43	22,71 ± 2,22	24,00 ± 1,41	1,815	0,145
Toplam Ölçek Puanı	230,72 ± 12,99	227,00 ± 7,73	221,29 ± 12,96	229,50 ± 17,67	3,198	<b>0,024*</b>

Not1: \*p<0,05.

Not2: Ort ± SS: Ortalama ± Standart sapma

İlaç uygulama hatası yapan hemşirelerin ilaç uygulama hata sayıları açısından HTHEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklar incelendi. Sıfır hata, bir hata, iki hata, üç ve üzeri hata olarak gruplanan ilaç uygulama hata sayıları açısından “Hastane Enfeksiyonları”, “Düşmeler” ve “İletişim” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p > 0,05$ ), HTHEÖ toplam, “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”, “Malzeme Güvenliği ve Hasta İzlemi” puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulundu ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$  ve  $p < 0,05$ ), (Tablo 6.22).

Yapılan Post Hoc testi sonucunda, “ilaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutundaki farkın “iki hata”, “Malzeme Güvenliği ve Hasta İzlemi” alt boyutundaki farkın “bir hata”, toplam ölçek puanındaki farkın ise “sıfır hata” yapan hemşirelerden kaynaklandığı görüldü.

## 7. TARTIŞMA

Araştırmaya katılmayı kabul eden 217 hemşirenin %84 (n=184)' ünün kadın, %79,7 (n= 173)' sini evli olduğu, eğitim durumlarında ise çoğunluğun lisans mezunu (%83,9) olduğu bulundu. Aynı konuda farklı bir kurumda Solak Kabataş ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmanın tamamının kadın hemşirelerden ve %87,7'sinin lisans mezunu olduğu bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında (Cebeci ve ark. 2012; Işık Andsoy ve ark. 2012; Demir Dikmen ve ark. 2014; Seren İntepeler ve ark. 2014; Vural ve ark. 2014; Er ve Altuntaş 2016) sosyodemografik özelliklerinin benzer olduğu araştırmalara rastlanmıştır. Paralellik gösteren bu sonuçlar, hemşirelik mesleğinin daha çok kadınlar tarafından tercih edildiğini ve eğitim durumunda çoğunlukla lisans mezunu olmayı hedefledikleri düşüncesini akla getirmektedir.

Hemşire grubunun yaş ortalaması 37 (36,68±7,79) yıl olup çalışma yılı ortalaması ise yaklaşık 16 (15,23)'dir. Cebeci ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin yaş ortalaması yaklaşık 35 (34±6,8), çalışma yılı ortalaması yaklaşık 14 (13,6±7,7) yıl olduğu belirtilmiştir. Benzer sonuçlara Solak Kabataş ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında rastlanmıştır. Bu durum ileri yaşlarda hemşirelik mesleğini devam ettirebilen hemşire sayısının oldukça az olduğunu, yeni atanan hemşirelerin ve meslekten erken yaşta emekli olan hemşire sayısının hatırı sayılır bir rakam olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma şekli, çalışılan birim ve haftalık çalışma saati açısından örneklem gurubu değerlendirildiğinde, çoğunluğun (55 hemşire) dahili servislerde görev yaptığı, çoğunluğun 24 saatlik vardiya (76 hemşire, %35) ve gündüz + nöbet (76 hemşire %35) şeklinde çalıştıkları görüldü. Haftalık çalışma saati ortalaması yaklaşık 44 saat (43,71) olarak hesaplandı. Çalışma saati ortalamasının 40 saatten fazla olmasının nedeninin nöbet usulü çalışan hemşirelerin haftada en az iki nöbet tutmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kabataş ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da hemşirelerin %51,3'ünün bir haftada 41 saatten fazla, %63'ünün ise

vardiyalı olarak nöbet tuttuğu belirlenmiştir. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmada haftada 40-49 saat çalışan hemşirelerin oranı %41,8 iken, hemşirelerin %47,3'ünün ise 50 saat ve üzeri çalıştığı saptanmıştır (Soydan ve Arslanoğlu 2010). Benzer şekilde Cebeci ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hemşirelerin %44,8 inin haftada 41 saatten fazla çalıştığı bildirilmiştir. Hemşirelerin %88,2' si ise bu fazla çalışma saatlerinin tıbbi hata yapma eğilimini arttırabileceği düşüncesinde olduklarını iletmişlerdir (Cebeci ve ark. 2012).

Hemşirelerin %18,9'unun (n=41) meslek hayatında en az bir kez tıbbi hata yaptıkları belirlendi. Tıbbi hata ile ilaç uygulama hatalarının yüzdelerinin birbirine çok yakın olmasının nedeni olarak, hemşirelerin genellikle tıbbi hata denilince ilaç uygulama hatasını algıladıkları ve hatırladıkları düşünüldü. Tıbbi hata yapmayan hemşire sayısının %81,1 (n=176) olması, bu kurumda çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük olduğunu düşündürmekle birlikte ilaç uygulama hatalarının yaşamı tehdit eden bir durum olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, ilaç uygulama hatalarının kabul edilemez bir durum olduğu düşünülmektedir.

Bir hastanenin genel cerrahi servisine yatış yapan hastalardaki tıbbi hataları incelemek amacıyla ileriye dönük yapılan bir çalışmada altı yıl boyunca veri toplanmıştır. Araştırmada 13 950 hastada toplam 11 254 olumsuz olay görülmüş, 5142 hasta etkilenmiş ve hayatını kaybeden 180 hastada tıbbi hata olduğu belirlenmiştir. Hayatını kaybedenler arasında 49 hastada önlenabilir tıbbi hatalar olduğu saptanmıştır (Rebasa et al. 2011).

Bodur ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, sağlık personelinin %23'ü ve toplumdaki bireylerin %22'si sağlık kurumunda tıbbi hatayla karşılaştığı belirlenmiştir. Yiğitbaş ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise hemşirelerin (n=6) %4,8'inin tıbbi hata deneyimi olduğu, %36,3'ünün de meslek arkadaşının tıbbi hatasına şahit olduğu belirlenmiştir.

Özata ve Altuncan (2010) yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin %6,2' sinin (n=15) tıbbi hataya neden olduğu, %10,4'ünün (n=25) ise çalışma arkadaşlarının bir hatasını gördüğü belirtilmiştir. Başka bir çalışmada meslek hayatında tıbbi hata yapan hemşirelerin %6,3 (n=19), başka bir hemşire arkadaşının hatasını gören hemşirelerin %14 (n=42), ilaç uygulama hatası yapanların ise %0,3 oranında olduğu



saptanmıştır (Solak Kabataş ve ark. 2014). Literatürdeki ve bu çalışmada elde edilen bu sonuçlarda hemşirelerin yaptıkları bir tıbbi hatayı bildirmede çeşitli nedenlerle dürüst davranmamalarının etkili olduğu düşünüldü. Canatan ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin %42'si meslek hayatından en az bir kez tıbbi hata yaptığını iletmişlerdir. Travma nedeniyle yaralanan veya ölen hastalarda tıbbi hata durumunu araştıran bir çalışmada 130 adet tıbbi hata olduğu saptanmıştır (Montmany et al. 2016).

Araştırmaya katılan hemşirelerden 20 tanesinin sadece bir kez ilaç uygulama hatası yaptığı belirlendi. Bu ilaç uygulama hatalarından en çok yapılan hata türünün 10 hata ile “yanlış kayıt” olduğu, “yanlış doz” ve “yanlış zaman” şeklinde yapılan hataların ise 8 defa yapıldığı belirlendi. Özellikle acil servis hemşireleri yanlış kayıt hata türünü hasta yoğunluğuna bağlı olarak sık yaptıklarını bildirdiler.

Çırpı ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada ilaç uygulama hataları %47 olarak belirlenmiştir. Kuzey Etiyopya’da pediatri servisinde yapılan bir araştırmada %62,7 oranında ilaç uygulama hatası tespit edilmiştir. Bu hataların türlerine bakıldığında ise en fazla yapılan hatanın %53,7 oranı ile yanlış doz olduğu belirlenmiştir (Baraki et al. 2018). Hsiao ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir araştırmada, hemşireler tarafından 184 uygulama hatası yapıldığını, bu hata türleri incelendiğinde en çok %33,7 oranında yanlış ilaç, %32,6 oranında ise yanlış doz hatası yaptıkları saptanmıştır. Kaushal ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada ise en çok yapılan hata türü %28 yanlış doz, %18 yanlış yol, %14 oranında da yanlış kayıt olduğu belirlenmiştir.

Dünyada çeşitli hastanelerde ilaç uygulama hataları ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Hatalı ilaç uygulamaları doktor isteminden başlayarak, hemşire tarafından hastaya uygulanmasına, uygulama sonrasında hastanın izlemine kadar olan süre içinde ortaya çıkabilmektedir. Bu hataların çoğunluğunun önlenabilir hatalar olduğu belirtilmektedir. Rothschild ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada, olguların 79’nda 120 adet istenmeyen olay bulunmuştur. Önlenemeyen hataların sayısı 66 (%55) önlenabilir yan etkilerin sayısı 54 (%45) olarak belirlenirken toplamda 223 ciddi hata saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise tıbbi hatalardan dolayı hasta ölümlerinin yaklaşık dörtte biri (%22,7) iyi bir bakımla muhtemelen önenebileceği belirtilmiştir (Hayward and Hofer 2001). Pediatri yoğun

bakımlarda ise tıbbi hataların yaklaşık %1,2-1,4 oranında ve bunların %29'u önemli tıbbi hata iken %34'ünün önlenemez olduğu belirtilmektedir (Ovalı 2010).

Tıbbi hatalar içinde en çok karşılaşılan ve Uluslararası Tıp Enstitüsü' nün de ölüm nedenleri içinde beşinci sırada gösterdiği ilaç uygulama hatalarını araştırmak amacıyla, Uzuntarla ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, en fazla yapılan hatanın “ilacın yanlış zamanda uygulanması” (yaklaşık %48); en az yapılan hatanın da “yanlış ilaç kullanılması” (yaklaşık %17) olduğu belirtilmiştir.

Tıbbi hataların en önemlileri arasında gösterilen ilaç uygulama hatalarının %94'ü zararsızdır fakat %6' sı hastaları ciddi problemlere ve sonrasında ölüme neden olabilir (Vural ve ark. 2014 ). Tayvan' da 2010 yılında 305 hemşire ile yapılan bir araştırma da yüksek riskli ilaçlar hakkında ki sorulara doğru yanıt verme oranı %56,5 olarak hesaplanırken, yeterli bilgiye sahip olan hemşirelerin oranı %3,6 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin %75,4'ü ilaçlar hakkında doğru bilgilerin ve raporlama yapmak konusunda engel olarak yetersiz bilgiye sahip olmaları olarak belirtmiştir. Riskli ilaç kullanımı konusunda daha fazla eğitim almayı bekleyen hemşirelerin oranının ise %86,6 olduğu belirlenmiştir (Hsaio et al. 2010).

İlaç uygulamalarındaki hatalarla ilgili yapılan bir çalışmanın bulgularına bakıldığında, ilaç uygulamasından önceki ilaç tedarik, uygun saklama koşullarına uyulması ve ilaçların son kullanma tarihi etmenlerine dikkat eden hemşire sayısının çoğunlukta olduğu belirlenmiştir. Hastanın özellikle alerjisinin sorgulanıp sorgulanmadığı maddesine 115 hemşirenin (%76,6) konunun önemini bildiğini ve her zaman sorguladığı beyanını verirken beş hemşire (%3,4) hekim in sorduğu için sormadığını, beş hemşire (%3,4) ise hastanın alerji durumunu sormadan söyleyeceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. İlaçların uygulanması sırasında yapılan hatalara bakıldığında en sık yapılan hataların yanlış zamanda (%25), yanlış dozda (%21,4) yapılması veya ilacın unutulması hiç yapılmamasıdır (%21,9). İlaçların etki sürelerini, kontrendikasyonlarını ve yan etkileri hakkında hemşirelerin ortalama olarak yarısı orta düzeyde bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir. Hemşirenin sorumluluklarından biri istenmeyen olayların raporlanarak bildirimi hakkında hemşirelerin %80' i bilgi sahibi olduğu bildirilmiştir (Vural ve ark. 2014).

Kadın hemşirelerin %16,3'ü, erkek hemşirelerin ise %33,3'ünün tıbbi hata yaptığı ve aralarında anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Erkek hemşirelere göre, kadın hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin daha az olduğu görüldü ve kadın hemşirelerin tıbbi hatalar konusunda daha dikkatli ve özenli davrandığı düşünüldü. Öztürk ve Özata'nın (2013) çalışmasında da benzer şekilde tıbbi hata yapmada cinsiyetleri açısından anlamlı bir fark bulunduğu, erkek hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre tıbbi hata yapma olayı incelendiğinde, evli hemşirelerin %17,3'ünün, bekar hemşirelerin %25'inin meslek hayatında en az bir kez tıbbi hata yaptığı belirlendi. Ancak gruplar arasında tıbbi hata yapma durumları açısından anlamlı bir fark bulunmadı. Buna göre, medeni durumun tıbbi hata yapmada etkili bir faktör olmadığı söylenebilir. Öztürk ve Özata (2013)'nin çalışmasında da benzer sonuçlara rastlanmıştır.

Hemşirelerin eğitim düzeyleri arasında ile tıbbi hata yapma eğilimleri açısından anlamlı bir fark bulundu. Lise mezunlarının %41,22'si, ön lisans mezunlarının %33,3'ü, yüksek lisans mezunlarının %50'si tıbbi hata yaptığını bildirirken, %14,8 ile en düşük hata yapma oranının üniversite mezunu olan hemşirelerde olduğu görüldü. Eğitim durumu arttıkça tıbbi hataya eğilimin azaldığı, üniversite mezunlarının hata yapmamaya daha çok dikkat ettiği görülmekle birlikte, lisans mezunu hemşire sayısının fazla, yüksek lisans mezunu hemşirelerin sayısının daha az olmasının sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünüldü.

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre tıbbi hata yapma durumlarına bakıldığında, en fazla hata yapma oranı vardiya usulü çalışanlarda (%22,4), en az hata yapma oranı ise gündüz mesai saatleri arasında çalışan (%13,8) hemşirelerde görülmekle birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu sonuç bizim için sürpriz oldu. Vardiya usulü çalışan hemşirelerde gece uykusunun olmaması, yorgunluk ve bunlara bağlı olarak dikkatin dağılması gibi nedenlerle daha fazla tıbbi hata yapabilecekleri düşünülmüşse de hemşirelerin çalışma şekillerinin tıbbi hata yapma durumunu etkilemediği söylenebilir.

Literatürde ise 24 saat nöbet tutmanın ve çalışma saatinin fazla olmasının tıbbi hataya eğilimi arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu konuda yapılan Er ve

Altuntaş'ın (2016) çalışmasında hemşirelerin %74,8'i çalışma sürelerinin fazlalığının tıbbi hata yapma nedenleri arasında olduğunu ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada haftada 41 saat ve üzeri çalışan hemşirelerin yarısından fazlasının (%50,9) ilaç uygulama hatası yaptığı belirlenmiştir (Üstüner Top ve Çam 2016). Riskli ilaç uygulama hatalarında hemşirelerin bilgi durumunu inceleyen bir çalışmada da çalışma saati arttıkça ilaçlar hakkında bilgi puanlarının da düştüğü ve tıbbi hataya eğilimin arttığı saptanmıştır (Küçükakça ve Özer 2016). Uzun çalışma sürelerinin tıbbi hatalara neden olarak hasta güvenliğini olumsuz etkileyebileceği Türk Hemşireler Derneği tarafından da bildirilmiştir (Cebeci ve ark. 2012).

Hemşirelerin çalıştıkları servislere göre tıbbi hata yapma durumları incelendi. En fazla hata oranının %30 ile acil serviste, en düşük hata oranının ise %7,1 ile çocuk servisinde olduğu görüldü. Pediatri hemşirelerin tıbbi hata konusunda diğer servislerde görev yapan hemşirelere oranla daha dikkatli davrandığı, ancak sayılarının az olmasının da sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünüldü. Ersun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2013) çocuk servisinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları araştırılmış, katılan sağlık personelinin %61'inin herhangi bir tıbbi hata yaptığı belirlenmiştir. Araştırmada ayrıca tıbbi hataların türleri de sorgulanmış ve ilaç uygulama hatalarının (%57,8) en çok yapılan hata türü olduğu görülmüştür.

Günlük hasta sirkülasyonunun fazla olması, hastaya müdahalenin ve tedavilerin daha hızlı yapılması nedeniyle acil serviste, tıbbi hataya eğilimlerin daha fazla olduğu düşünüldü. Literatürdeki başka çalışmalarda da acil servislerde hasta yoğunluğu, acil ve akut olarak gelişen durumlar, en kısa sürede karar verme ve hastaya ilacı uygulamanın verdiği psikolojik baskı, iletişimde yaşanan sıkıntılar ilaç uygulama hatalarının oranını yükselttiğini belirtmiştir. Acil servislerde ki bu oran %51 olarak bilinmektedir (Bişkin ve Cebeci 2017). Özata ve Altuncan (2010)' ın çalışmasında cerrahi ve dahili kliniklerde tıbbi hata ve türleri açısından fark olup olmadığına bakılmış, cerrahi servisler de dahili servislere göre yanlış ilaç ve yanlış yoldan ilaç uygulama hata türlerinin daha fazla yapıldığı saptanmıştır.

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin toplam puanı 223,63 ( $4,67 \pm 0,28$ ) olarak hesaplandı. Ölçek alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının ( $4,78 \pm 2,27$ ) "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" nda, en düşük puan ortalamasının ( $4,46 \pm 0,4$ )

ise “Hasta izlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutunda olduğu görüldü. Ölçek alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puan ortalaması 5.00, en yüksek ölçek toplam puanı 245 olduğu için çalışmaya katılan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin oldukça az olduğu belirlendi. Buna göre, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu, tıbbi hata eğiliminin de “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alanında olduğu söylenebilir.

Yiğitbaş ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin toplam puan ortalamasının 4,65 ve en yüksek puan ortalamasına sahip olan alt boyutun “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” ( $4,76 \pm 0,40$ ), en düşük puan ortalamasının “Düşmeler” ( $4,50 \pm 0,65$ ) alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Işık Andsoy ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında en yüksek puan ortalamasının “Enfeksiyonların Önlenmesi” ( $4,83 \pm 0,003$ ), en düşük puan ortalamasının da “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” ( $4,72 \pm 0,012$ ) alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Demir Dikmen ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutunun en yüksek ( $86,56 \pm 3,54$ ), “İletişim” alt boyutunun ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu sonucuna ulaşılırken; Cebeci ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise en yüksek puan ortalaması ( $4,31 \pm 0,46$ ) “Enfeksiyonların Önlenmesi” alt boyutunda, en düşük puan ortalaması ( $4,63 \pm 0,57$ ) “Düşmelerin Önlenmesi” alt boyutunda olduğu belirtilmiştir. Bu puan dağılımlarında kurumların özelliklerinin (özel ya da devlet hastanesi olması, yatak ve hemşire sayılarının verilen eğitimlerin) farklı olmasının etkili olabileceği düşünöldü. Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanları ile ilgili sonuçlarımız literatür bulgularına benzer bulunmaktadır.

Tıbbi hatalar içinde en çok karşılaşılan ilaç uygulama hataları dikkat ve özen gerektiren bir durumdur. Çünkü yapılan bir ilaç hatası hasta hayatı için bedensel ve zihinsel bir sakatlık ya da ölüm gibi tehlikeli sonuçlara neden olabilmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanları açısından da hukuki bir sorumluluk yaratmaktadır. Bu çalışmada ve benzer diğer çalışmalarda ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyut puanının yüksek olması hemşirelerin güvenli ilaç uygulamaları ilkelerine dikkat ederek ilaç uyguladığını düşündürmektedir.

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği’ nin “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutundaki 18 maddenin puan ortalamalarına bakıldığında “IV,

İM ve SC enjeksiyonlarda ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim” maddesinin en yüksek puan ortalamasına ( $4,93 \pm 0,26$ ), “İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım” maddesinin ise en düşük puan ortalamasına ( $4,51 \pm 0,62$ ) sahip olduğu görüldü. Hemşirelerin ilaç uygulaması yaparken çok yüksek oranda “doğru ilaç yolu” ilkesine dikkat ettiği ancak ilaçların beklenmeyen etkileri hakkında tam bir bilgiye sahip olmadığı düşünöldü. Bu çalışmada hemşirelerin “yanlış ilaç yolu” hata türünü 4 kez yapıldığı görüldü. Literatürdeki diğer araştırmalar incelendiğinde, Cebeci ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutundaki en yüksek ( $4,98 \pm 0,15$ ) ve en düşük ( $4,44 \pm 0,64$ ) puan ortalamalarına sahip olan maddeler bu çalışmayla benzerlik gösterirken; Avşar ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise “İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum” en yüksek ( $4,92 \pm 0,27$ ), “Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim” en düşük puan ortalamasına sahip olan madde olarak belirtilmiştir.

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğı’ nin “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutunun puan ortalamasının  $4,69 \pm 0,37$  olması hemşirelerin enfeksiyonlar konusunda tıbbi hataya eğiliminin az olduğunu düşündürdü. Alt boyuttaki 12 madde içinden en yüksek puan ortalamasının ( $4,79 \pm 0,43$ ) “İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasında ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim”, en düşük puan ortalamasının ( $4,49 \pm 0,74$ ) ise “Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim” maddesinde olması, hemşirelerin mayi hazırlarken kontaminasyonlara yüksek oranda dikkat ettiğini gösterdi. “Yatak yaraları” hakkındaki maddenin puan ortalamasının düşük olmasının nedeni olarak da acil servis, kan alma, kulak-burun-boğaz servisi gibi günlük yatışları olan birimlerde görev yapan hemşirelerin basınç yarası ile ilgili bir işlem yapmamaları, daha çok yoğun bakım, palyatif bakım gibi birimlerde uzun süreli yatışlarda dikkat edilen bir durum olduğu düşünöldü.

Bası yaralarını araştırmak için bir hastanenin anestezi yoğun bakımında yapılan çalışma iki aşamada yürütölmüştür. İlk aşamasında 187 hastada %8,02 oranında bası yarası olduğu tespit edilirken, verilen eğitimler ve bası yarası engelleyici yöntemlerin kullanılmasıyla ikinci aşamasında incelenen 120 hastada hiç bası yarasına rastlanmamıştır. Toplamda 307 hastada bası yarası oranının %4,88 olduğu görölmüştür (Aydın ve ark. 2010).

Yapılan bir çalışmada, bir yıl içinde tedavi gören 1811 hasta hastane enfeksiyonları açısından incelenmiş ve hastane enfeksiyonları %5,3 olarak bulunmuştur. Bu enfeksiyonların %50 oranında bakterilerin üremesinde, %40 oranında ise üriner sistem kataterizasyonundan kaynaklanan enfeksiyonlardan oluştuğu, bakteriyeminin en sık yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda dirençli enterobacteriaceae (%35,5) üremesinden, üriner sistem enfeksiyonlarının da diğer birimlerde sık rastlandığı sonucuna varılmıştır (Özçetin ve ark 2009).

Karahocagil ve arkadaşlarının (2011) yılında yaptıkları bir çalışmada, 3254 hasta incelenmiş ve 97 hastada 112 adet hastane enfeksiyonu belirlenmiştir. Toplamda hastane enfeksiyonları oranı %3,5, üriner sistem enfeksiyonlarının ise %19,6 olduğu saptanmıştır. Servislere göre dağılımına bakıldığında ise en çok anestezi yoğun bakım ünitesinde (%45,5), en az ortopedi servisinde (%5,4) olduğu belirlenmiştir.

Benzer araştırmalarda en yüksek puan ortalamasının “Hastaya uygulanan invaziv girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim”, en düşük puan ortalamasının ise “Katater takılı hastaları her gün kontrol ederim” maddesinde olduğu belirlenmiştir (Demir Dikmen ve ark. 2014; Avşar ve ark. 2016). Yapılan bir araştırmada tıbbi hata türleri arasında hastane enfeksiyonlarından sonra ikinci sırada yatak yaralarının olduğu belirlenmiştir (Özata ve Altunkan 2010).

Solak Kabataş ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, hemşirelerin görev yaptıkları servislerde en fazla karşılaştıkları tıbbi hata türlerinin ilk sırada hastane enfeksiyonları (%11), üçüncü sırada ise yatak yaraları (%8) olduğu belirtilmiştir. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde 109 hastaya toplam 444 parenteral ilaç uygulandığı ve en çok yapılan hataların ilaç uygulaması öncesinde el yıkanmaması (%99,5) ve ilaç uygulaması sonrasında el yıkanmaması (%83,5) maddeleri olduğu belirlenmiştir (Aslan ve Ünal 2005).

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği’ nin “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyut puan ortalaması  $4,46 \pm 0,44$  olup, bu alt boyutun madde puanlarına bakıldığında, “Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım” maddesinin en yüksek ( $4,76 \pm 0,46$ ), “Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim” maddesinin ise en düşük ( $4,08 \pm 0,91$ ) puan ortalamasına sahip olduğu belirlendi. Alt

boyut maddelerinden cihazların rapor edilmesi ve sarf malzeme kontrolü ilgili olan maddelerin hastanede daha çok sorumlu hemşirelerin görevi olarak algılanması, hemşirelerin maddelere verdikleri puanların ve dolayısıyla puan ortalamasının da buna bağlı olarak düşük hesaplandığı düşünüldü. Benzer şekilde araştırmalarda da “Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim” maddesinin ise en düşük puan alan madde olduğu görülmüştür (Cebeci ve ark. 2012; Demir Dikmen ve ark. 2014). Malzeme güvenliğinin yeterince sağlanamaması, yanlış veya son kullanma tarihi geçmiş bir malzemenin kullanılması, tanı ve tedavi aşamalarında hatalı sonuçlar verebilmekte ve hastaya hatalı bir işlem uygulanmasına neden olabilmektedir.

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği’ ndeki “Düşmeler” alt boyutu puan ortalaması  $4,71 \pm 0,41$  olarak bulundu. Düşmeler alt boyutunda en yüksek puan ortalamasını “Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım”, en düşük puan ortalamasını ise “Hasta ve yakınlarına düşme nedenlerini ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm” maddesinin aldığı görüldü. Hemşirelerin hastane içinde ve transferlerde düşmeler konusuna dikkat ettiği anca hasta yakınlarıyla bu bilgileri yeterli şekilde paylaşmadığı düşünüldü. Düşmeler ile ilgili sonuçlarımız, Avşar ve arkadaşlarının (2016) çalışma sonuçlarına benzer bulundu.

Hasta düşmeleri konusunda yapılan diğer araştırmada da bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerin %37’sinin hastane içinde bir hasta düşmesine şahit olduğu belirlenmiştir. Aynı araştırmada yoğun bakım hemşireleri hastaların bilinç durumlarının yerinde olmamasını (%33) en önemli düşme nedeni olarak belirtirken, hastaların yataktan düşmelerine karşı önlem olarak %40 oranında hastaları “yatağa tespit etme” yöntemini uyguladıklarını ifade etmişlerdir (Duman ve Kitiş 2013).

Hastaların düşme durumları ile ilgili yapılan başka bir çalışmada, en çok erkek hastalarda (%60) düşme görüldüğü, servisler arasında da kardiyoloji servisinde (%21) daha fazla gerçekleştiği belirlenmiştir. Düşme nedeni olarak %42 oranında baş dönmesi, %8 oranında da çevresel faktörler gösterilmiştir. Hastanede gerçekleşen bu düşme olaylarında hastaların %17,4’si her hangi bir yerinde kesi oluşumuyla sonuçlandığı görülmüştür (Bozdemir ve ark. 2016). Yapılan başka bir araştırmada ise düşme olaylarının %32,8’inin kuruma yatış yaptığında sonraki üç günde meydana



geldiği, %54,4'ünün hastaların kaldığı oda içinde olduğu belirlenmiştir. Servislere göre dağılımına bakıldığında en çok nöroloji servisinde (%1,54) meydana geldiği tespit edilmiştir (Mülayim ve Seren İntepeler 2011).

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği “İletişim” alt boyut puan ortalaması  $4,74 \pm 0,41$  olarak bulundu. İletişim alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının ( $4,81 \pm 0,40$ ) “Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım”, en düşük puan ortalamasının ( $4,65 \pm 0,58$ ) ise “Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim” maddesinde olması hemşirelerin yanlış bir işlem yapmama ve tıbbi hataya sebep olamamak için istemlere yüksek oranda önem verdiğini ancak servislerde hasta teslimlerinin hasta başında değil de kağıt üzerinden de yapıldığını gösterdi. Hemşireler arasında hasta teslimleri sırasında yapılan bir hata ciddi sonuçlar doğurabilmektedir ve hemşirelerin iletişim eksikliği nedeniyle bir tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin olduğu düşünülmektedir. Avustralya’da bildirilen 805 adet olay incelenerek yapılan bir araştırmada, %19’u hastane personellerinin kendi arasındaki iletişim sorunlarından, %23’ünün ise hastane personeli ile tedavi gören hastalar arasındaki iletişim sorunlarından kaynaklandığı belirlenmiştir ( Bhasele et al. 1998).

Demir Dikmen ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, en düşük ve en yüksek puan ortalamalarına sahip olan maddelerin bu çalışmayla benzerlik gösterirken; Cebeci ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) ise farklı olarak en düşük puan ortalamasının “Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim” maddesinde olduğu saptanmıştır. Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir’in (2015) araştırmasında iletişim eksikliğinin tıbbi hata nedenleri arasında %23,8 oranında olduğu saptanmıştır.

Yapılan bu çalışmada, Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puanı ile yaş, çalışma yılı ve saati arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Yaş ile birlikte çalışma yılının doğal olarak arttığı, aynı zamanda haftalık çalışma saatinin azaldığı yani ileri yaştaki hemşirelerin fazla mesai yapmadığı ya da nöbet usulü çalışmadıkları belirlendi. Solak Kabataş ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise yaş arttıkça ilaç ve transfüzyon uygulamaları ve iletişim alt boyutlarında tıbbi hata yapma eğiliminin düştüğu sonucuna varılmıştır.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutları arasındaki farklar değerlendirildi ve kadın hemşirelerin tüm alt boyutlarda puan ortalamalarının fazla olduğu, toplam ölçek puanı ve hastane enfeksiyonları açısından anlamlı farkın bulunduğu görüldü. Buna göre, kadın hemşirelerin hata yapma eğilimlerinin daha düşük olduğu ve hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamalarda daha dikkatli davrandıkları söylenebilir.

Küçükakça ve Özer (2010)' in hemşirelerin ilaçlara yönelik tutum ve davranışlarının incelendiği araştırmalarında da kadın hemşirelerin tutum puanlarının daha yüksek, ilaç uygulama hatalarının nedenleri belirlemede, bu hataların rapor şeklinde gerekli birimlere bildirim yapılmasının gerekliliğini anlamada erkek hemşirelere göre daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Ancak Yiğitbaş ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre hata yapma eğiliminin daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Işık Andsoy ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise cinsiyete göre ölçek alt boyutları ve tıbbi hataya eğilimler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Örnekleme oluşturan bekar hemşirelerin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam ve ölçek alt boyut puan ortalamalarının fazla olmasına rağmen evli hemşireler ile arasında anlamlı bir fark görülmedi. Yapılan başka bir araştırmada, evli olan hemşirelerin %47,3 ü, bekar olan hemşirelerin %42,9 u son 12 ayda ilaç uygulama hatası yaptığı ancak, evli ve bekarlar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Üstüner Top ve Çam 2016). Bu paralel sonuçlar, medeni durumların hemşirelerde tıbbi hataya eğilimi etkilemediğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunu hemşireler arasında Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam ve alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark bulunmadı. Buna göre, ortalama ölçek puanların birbirine yakın olduğu görülen çalışmada, eğitim durumunun tıbbi hata eğilimini etkilemediği söylenebilir.

Yiğitbaş ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da, eğitim düzeyleri arasında Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin eğitim durumları açısından Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyut puanları arasındaki

farka bakılmış, “Hasta izlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuçta, Malzeme Güvenliği ile ilgili kontrollerin eğitimi yüksek olan sorumlu hemşireler tarafından yapılmasının etkili olabileceği belirtilmiştir (Solak Kabataş 2014). Işık Andsoy ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise öğrenim durumlarına göre ölçek alt boyutları ve tıbbi hataya eğilimler arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Çalışma bulgularımız Yiğitbaş ve arkadaşları (2016) ile Işık Andsoy ve arkadaşlarının (2014) bulgularına benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin çalıştığı servislere göre Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arasında fark olup olmadığına bakıldığında, toplam ölçek puanı, “İletişim”, “Düşmeler”, “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” açısından anlamlı bir fark olmadığı, “Hastane Enfeksiyonları” ve “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” açısından anlamlı bir fark olduğu bulundu. Hastane enfeksiyonlarında farkın acil serviste çalışan hemşirelerden kaynaklanmasının sebebi olarak hastaların kalış sürelerinin az olması ve temizliğin sık yapılmasına, ilaç ve transfüzyon uygulamalarından farkın ameliyathane hemşirelerinden kaynaklanmasının sebebi olarak da sürekli gözlem ve kullanılan riskli ilaçların ve dozlarının öneminin büyük olmasına dayandığı düşünüldü. Özçetin ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise hastane enfeksiyonlarının en çok yoğun bakım ünitesinde görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Yoğun bakım hastalarına entübasyon, santral venöz kateterizasyonu gibi invaziv işlemlerin daha fazla uygulanması yoğun bakımlarda enfeksiyon oranını arttıran sebepler arasında yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma şekillerine göre Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki farka bakıldığında “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutu ile “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyut puanlarında anlamlı fark bulundu. Gündüz çalışan hemşirelerin puanları daha yüksek ve tıbbi hataya eğilimin daha düşük olduğu düşünüldü. Ancak gruplar arası farkı gündüz+nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin yarattığı görüldü. Aynı ölçeğin kullanıldığı Yiğitbaş ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir araştırmada da gündüz çalışan hemşirelerin ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada ilaç uygulama hatası yapan ve yapmayan hemşireler arasında Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam ölçek puanı, “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”, “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutları açısından anlamlı fark bulundu. İlaç uygulama hatası yapmayan hemşirelerin “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” ve sonrasında “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” konusunda gerekli ilkelere daha fazla uydukları belirlendi.

Hemşirelerin ilaç uygulama hata sayıları ile Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki fark olup olmadığına bakıldı. Toplam Ölçek puanı, “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”, “Malzeme Güvenliği ve Hasta İzlemi” puan ortalamaları açısından ise anlamlı bir fark bulundu.

Tıbbi hata yaptığını bildiren 41 hemşireden yalnızca ikisinin tıbbi hatayı rapor ettiği, çok sayıda hemşirenin neden olduğu bir tıbbi hatayı bildirmediği, bu konunun önemini farkında olmadıkları görüldü. Kurumda görev yapan hemşirelerin tıbbi hatalarını bildirme konusunda isteksiz davranmalarında hasta hayatını ciddi şekilde etkilemeyeceği düşüncesinin, idari birimlerle, hastanın primer doktoruyla sorun yaşayacakları düşüncesi ve raporlama işlerinin uzun sürmesinin etkili olduğu düşünüldü.

Dünyada ve ülkemizde yapılan araştırmaların çoğunluğunda hemşirelerin tıbbi hata bildirim oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Seren İntepeler ve Dursun (2012) ’un yaptığı çalışmada, hemşirelerin %14’ü tıbbi hata bildirimlerini güvenilir bulmadıklarını, yine %14’ü hata bildirim yaparken zaman harcadıklarını ve raporlamanın, tıbbi hataların tekrarını önleyemeyeceğini düşündüklerini ifade etmiştir. Çiftlik ve arkadaşlarının (2010) hastanelerdeki güvenlik kültürü ile ilgili çalışmasında, tıbbi hata raporlama sıklıkları bakımından devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri karşılaştırılmış, sırasıyla %30, %27 oranında olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada son bir yıl içinde devlet hastanelerinde %75, eğitim ve araştırma hastanelerinde %55 oranında tıbbi hata raporlama yapılmadığı sonucuna varılmıştır (Çiftlik ve ark. 2010).

Ülkemizde Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) adıyla kurulan sisteme girilen veriler incelenerek yapılan bir çalışmada bildirim yapılan hatalar araştırılmış, ilk sırayı laboratuvar hataları (hemoliz olmuş kan) alırken, cerrahime bir girişime bağlı

hatalar (ameliyat edilecek bölgenin doğru işaretlenmemesi) ve medikasyon hataları (uygulanacak ilacın dozunun yanlış ayarlanması) bunu izlemiştir. Bildirimlerin yapıldığı saatlere bakıldığında ise en fazla bildirim mesai saatleri içinde yapıldığı belirlenmiştir (Çakmak ve ark 2018).

Güney Ethiopia’ da 130 hemşire ile yapılan bir çalışmada, hemşirelerin dörtte üçünün tıbbi hata kayıt bildirimini yapmadığı sonucuna varılmıştır (Alemu et al. 2017). Küçükakça ve Özer’in (2016) yaptığı çalışmada da hemşirelerin büyük oranda tıbbi hata bildirimini yapmadığı (%95), raporlanan hata sayısının yalnızca beş tane olduğu belirlenmiştir. Çırpı ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada ise tıbbi hata yapan 130 hemşireden 52 (%40)’ sinin hatayı servislerindeki sorumlu hemşireye bildirdikleri ve 78 (%60) hemşirenin bildirim formu doldurduklarını belirlenmiştir.

Er ve Altuntaş (2016) tarafından yapılan çalışmada, tıbbi hata bildirmeme nedenleri sorgulanmış, tıbbi hata yapanların %50 si, bir başkasının yaptığı tıbbi hataya şahit olanların ise %53 ü “hastaya zarar vermeyeceğini düşündüğü için” bildirim yapmadığını ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada ise araştırmaya katılan hemşirelerin %91,4’ ü olumsuz olay raporlama yapmadıklarını belirtmişlerdir (Karaca ve Arslan 2014 ).

Tıbbi hata bildirimleri üzerine yapılan bir çalışmada, pediatri ve yetişkin hasta servislerinde görev yapan hemşirelerin oranına bakılmış ve pediatri hemşirelerinin %67 oranında tıbbi hata bildirimini yaptığı, yetişkin servislerinde çalışan hemşirelerde ise bu oranın %56 olduğu sonucuna varılmıştır (Stratton at al. 2004). Soydan ve Arslanoğlu (2010)’un çalışmasında, hemşirelere hata raporlama sayıları sorulmuş ve %52,7’ si “hiç yapmadım” yanıtını vermiştir. Bir devlet hastanesinde, 124 hemşire ile yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin %79,8’i “tıbbi hata yapmış olursa bunu anlatacağını”, %44,4’ü ise “çalışma arkadaşının hatasını görse bunu bildireceğini” ifade ettikleri saptanmıştır (Yiğitbaş ve ark. 2016).

Retrospektif olarak yapılan bir araştırmada 2004-2009 yılları arasında bildirilen uygun olmayan olayların, %32,77’sinin hasta güvenliğini etkileyen olaylar olduğu belirlenmiştir. bu olayların konularına göre dağılımları da incelenmiş en çok tesis güvenliği (%18), en az ise iletişimlerin eksikliğinden kaynaklanan durumlar (%2) olduğu, %15 güvenli cerrahi, %13 ilaç uygulamaları ile malzeme ve tetkiklerle, %11

oranında ise hastane enfeksiyonları ile ilgili bildirimler olduğu bulgusu elde edilmiştir (Bal ve ark. 2010).

Uzuntarla ve arkadaşlarının (2016) 251 hemşire ile yaptığı bir çalışmada, 93 hemşirenin (%31,1) tıbbi hata bildirimini yaptığı bulunmuştur. Bu bildirimleri yapan hemşirelerden 46' sının 1-2 kez, 25' inin ise 10 hatadan daha fazla hata yaptıkları belirlenmiştir. Yapılan benzer bir çalışmada da araştırmaya katılanların yaklaşık %64,4'ünün hiç tıbbi hata raporlama yapmadığı, "1 ya da 2 olay raporu" yapanların %23,3 oranında olduğu bildirilmiştir (Çınar ve ark. 2010). Koraşlı ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%73,5) hiç tıbbi hata bildiriminde bulunmadığı, %22,4'ünün ise "1 veya 2" hata bildirimini yaptığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, araştırmaya katılanların %22'si yaptıkları tıbbi hatalardan dolayı cezalandırılacaklarını düşündüklerini belirtmiştir.

Semiz Aydın ve arkadaşlarının (2017) bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin ilaç hataları hakkında bilgileri ve bu hataları raporlama durumları araştırılmıştır. Araştırmaya katılan 114 hemşirenin yaklaşık %30'u yapılan herhangi bir ilaç uygulama hatasını bildirmeye gerek duymadığını, hemşireler arasında halledebilecek bir durum olarak gördüklerini, yaklaşık %10'u raporlama işlemini tam olarak bilmediğini, yaklaşık %5'ise yaptıkları bildirimlerin bir işe yaramadığını bildirmişlerdir. Raporlama yaparak idari birimlere bildirdikleri takdirde kişisel bir beceriksiz olarak değerlendirileceğini düşünen yaklaşık %9 oranında hemşire olduğu saptanmıştır (Semiz Aydın ve ark. 2017).

Yapılan başka bir çalışmada, sağlık personelinin %84,9'unun tıbbi hata bildiriminde bulunmadığı %11,5'inin de 1 veya 2 adet bildirim yaptığı belirlenmiştir (Bal ve ark 2010). Benzer şekilde 107 kişiyle yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılanların %66'sının hiç tıbbi hata bildirim raporu yazmadığı, %23'ünün ise 1 veya 2 kez bildirimde bulunduğu görülürken, %59' u yaptıkları bir tıbbi hatadan dolayı idare tarafından suçlanacaklarını düşündüklerini bildirmiştir (Bakır Doğru ve ark. 2010).

## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hemşirelerin tıbbi hata yapma oranı %18,9 (n=41) olup ilaç uygulama hatası oranı %18 (n=39)' dir.
- Tıbbi hata yapan hemşirelerden %99,1' i kayıt bildirimini yapmamıştır.
- Kadın hemşirelere göre erkek hemşireler daha fazla tıbbi hata yapmıştır.
- Diğer eğitim durumlarına göre üniversite mezunu olan hemşireler daha az tıbbi hata yapmıştır.
- Hemşirelerde Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Ölçeği toplam puanı  $223,6 \pm 12,8$  olup hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri düşüktür.
- Hemşirelerde Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Ölçeği' ne göre hemşirelerin en az hata yapma eğilimleri ilaç ve transfüzyon uygulamaları konusunda, en fazla hata yapma eğilimleri ise hasta izlemi ve malzeme güvenliği konusundadır.
- Tıbbi hata yapanlara göre yapmayanların Hemşirelerde Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Ölçeği puanlarının daha iyidir.
- Hemşirelerde Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Ölçeği' ne göre, kadın hemşirelere göre erkek hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi daha fazladır.
- Ölçeğin "Hastane Enfeksiyonları" alt boyut puan ortalamalarına göre acil serviste çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonları oluşturma eğilimi daha fazladır.
- Ölçeğin "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyut puan ortalamalarına göre ameliyathanede çalışan hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamalarında hata yapma eğilimleri çok azdır.

Bu sonuçlara göre; hemşirelere tıbbi hatalardan kaçınma, hata yapma durumunda raporlama sisteminin önemi, raporlama yapmaları konusunda cesaretlendirilmeleri ve acil serviste çalışan hemşirelere hastane enfeksiyonları konusunda eğitim verilmesi önerilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi. 2005; 5(3):141-146.

Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015; 12(3): 210-214.

Alemu W, Belachew T, Yimam I. Medication administration errors and contributing factors: A cross sectional study in two public hospitals in Southern Ethiopia. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2017; 7:68-74.

Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları. Gülhane Tıp Dergisi. 2005; 3(47): 175-178.

Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte karşılaşılan hatalı uygulamalar. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000; 4(2): 22-27.

Avcı K, Aktan T. Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 5(2): 48-54.

Avşar G, Atabek Armutçu E, Karaman Özlü Z. Hemşirelerde tıbbi hataya eğilim düzeyleri ve hata türleri: bir hastane örneği. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2016; 3(2): 115-122.

Aydın G, Doğan H, Küçükkaya D, Genç F, Atik F, Ayaz A, Gülcan Z, Erdem İ, Bican S. Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Yarası Oranının Düşürülmesi. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti.: Ankara; 2010, s: 577-585

Aygin D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011; 45(3): 110-114.



Bakır Doğru F, Sahin AS, Turgut S. Kamu hastanelerinde kalite yönetim çalışmalarının hasta güvenliğine etkileri. Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti.: Ankara; 2010, s: 525-540.

Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A, Menevşe SF. Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesinde çalışanların hasta güvenliği algısı. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti.: Ankara; 2010, s:551-563.

Bal A, Yılmaz H, Çalış A, Memiş R, Yıldız A, Menevşe SF. Uygunsuzluk Bildirimlerinin Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti.: Ankara; 2010, s: 467-475.

Baraki Z, Abay M, Tsegay L. Medication administration error and contributing factors among pediatric inpatient in public hospitals of Tigray, northern Ethiopia. BMC Pediatri. 2018; 18 (1): 321-329.

Best M, Neuhauser D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. Qual Saf Health Care 2004; 13(3):233–234.

Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident monitoring study. Medical Journal of Australia. 1998; 169 (2) :73-76.

Bişkin S, Cebeci F. Acil servislerde ilaç uygulama hataları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(4): 180-185.

Blendon RJ, Desroches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E. Views of practicing physicians and the public on medical errors. The New England Journal of Medicine. 2002; 347(24):1933-1940.

Bodur A, Filiz E, Durduran Y. Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi. 2011; 21(4): 123-130.

Bozdemir H, Küçükberber N, Özmen S. Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yatan hastalarda düşme sonuçlarının değerlendirilmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 1 (2): 6-16.

Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2015; 2(2): 82-89.

Caymaz M. Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015; 2(4): 1-14.

Çakmak C, Konca M, Teleş M. Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi(GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2018; 21(3): 423-448.

Çavuşoğlu H. Çocuklarda ilaç uygulama hataları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2015; 7(2): 127-127.

Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi yapma hataya eğilimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(3): 188-196.

Çelik Durmuş S. Tıbbi Hatalar: Nedenleri ve çözüm önerileri. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018; 23(4): 4388-4396.

Çetinkaya Şardan Y. Hastane enfeksiyonları: Dünyada ve Türkiye’de yeni durum ve hedefler. ANKEM Dergisi. 2010; 24: 120-122

Çınar D, Karadakovan A. Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve çalışan güvenliği. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2016; 20(2): 116-122.

Çınar F, Yılmaz Yalçınkaya E , Soy D, Öneş K. Rehabilitasyon Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti.: Ankara; 2010, s:432-441

Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(3): 26-34.

Çiftlik EE, Kesmezacar Ö, Kurt M, Kesgin V, Özkan S, Çoban D, Abalı Y. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılanması. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti.: Ankara; 2010, s:3-11.

Çiçek Korkmaz A. Geçmişten günümüze hasta güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2018; 1(6): 10-19.

Demir Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014: 44-56.

Demir Zencirci A. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2010; 1: 67-74.

Duman S, Kitiş S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta düşmeleri ile ilgili farkındalıklarının belirlenmesi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2013; 11: 72-99.

Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016; 3(3): 132-139.

Ersun A, Başbakkaş Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D. Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2013;29(2):33-45.

Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients and physicians attitudes the disclosure of medical errors. American Medical Association. 2003; 289(8): 1001-1007.

Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Bruel C, Max A, Lau N, Misset B. Overview of medical errors and adverse events. *Ann Intensive Care*. 2012; 16; 2(1): 1-9

Hakverdiođlu Yönt G. Hasta güvenliği kùltürü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2011; 27 (1) : 77-82.

Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors. *American Medical Association*. 2001; 286(4): 415-420. doi:10.1001/jama.286.4.415

Hendrich A. Inpatient falls: lesson from the field. *Patient Safety and Quality Healthcare Journal*. 2006; 26-30. <https://www.psqh.com/mayjun06/falls.html>

Hsaio G-Y, Chen I-J, Yu S, Wei I-L, Fang Y-Y, Tang F-I. Nurses' knowledge of high-alert medications: instrument development and validation. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(1): 177-190.

Işık Andsoy I, Kar G, Öztürk Ö. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2014; 1(1): 17-27.

Institute of Medicine (IOM). *To Err Is Human: Building A Safer Health System*. Washington DC, National Academies Press, 1999.

Institute of Medicine (IOM). *To Err Is Human: Building A Safer Health System*. Washington DC, National Academies Press, 2000.

Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kùltürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2014; 1(1): 9-18.

Karahocagil MK, Yaman G, Göktaş U, Sünnetçioğlu M, Çıkman A, Bilici A, Yapıcı K, Baran Aİ, Binici İ, Akdeniz H. Hastane enfeksiyon etkenlerinin ve direnç profillerinin belirlenmesi. *Van Tıp Dergisi*. 2011; 18 (1): 27-32.

Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakùltesi Dergisi*. 2010; 17(3): 233-236.

Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, Mckenna KJ, Clapp MD, Federico F, Goldmann DA. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *Journal of the American Medical Association*. 2001; 285(16) : 2114-2120.

Kılıçarslan Törüner E, Erdemir F. Pediatrik hastalarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010; 63-71.

Kohn, LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

Koraşlı D, Torun E, Yüzden GE. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının Değerlendirilmesi : Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti. : Ankara; 2010, s: 442-454.

Kuğuoğlu S, Çövener Ç, Kürtüncü Tanır M, Aktaş E. İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009; 2(2): 86-93.

Küçükakça G, Özer N. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin yüksek riskli ilaç uygulamaları konusundaki bilgi durumlarının ve ilaç hatalarıyla ilgili tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006; 19(1): 34-41.

Madegowda B, Hill P.D, Anderson. M.A. Medication Errors in a Rural Hospital. *MEDSURG Nursing*. 2007; 16( 3):175- 180.

Mehel DM, Şen M, Dinç S, Sel Ö. Sözlü/ Telefon Talimatlarında Hasta ve Çalışanın Hukuki Güvenliğinin Sağlanması. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti. : Ankara; 2010, s: 455-466.

Montmany S, Pallisera A, Rebase P, Campos A, Colilles C, Luna A, Navarro S. Preventable deaths and potentially preventable deaths. What are our errors ?. *International Journal of the Care of the Injured*. 2016; 3(47): 669-673.

Mülayim Y, Seren İntepeler Ş. Bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığı ve kök neden analizi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2011; 27(3): 21-34.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) <https://www.nccmerp.org/> erişim tarihi: 06.04.2019

Orucu M, Geyik MF. Yoğun bakım ünitesinde sık görülen enfeksiyonlar. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 1: 40-43.

Ovalı F. Hasta güvenliği yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010; 1(1): 33-43.

Örnek Büken N, Büken E. Tıbbi malpraktis konusunda tartışmalar. T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi. 2003; 11: 140-147.

Özarda Y. Tıp Laboratuvarlarında Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğinin Toplam Kalite Yönetimindeki Rolü. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti. : Ankara; 2010, s:27-38

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

Özata M, Altuncan H, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti. : Ankara; 2010, s: 415-431.

Özata M, Aslan Ş. “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin” Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması . İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti. : Ankara; 2010, s:377-388.

Özçetin M, Ulaş Saz E, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. Çocuk Enfeksiyonları Dergisi. 2009; 3: 49-53.

Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener MT. Tıbbi hatalı uygulamalar. Dicle Tıp Dergisi. 2015; 3(42): 394-397.

Öztürk H, Kahriman İ, Babacan E. Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği: Hemşirelere yönelik eğitimlerin değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2018; 2(14): 57-72.

Öztürk YE, Özata M. Hemşirelerde örgütsel vatandaşlık davranışı ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişkinin araştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2013; 18(3): 365-381.

Parlak E, Kahveci H, Köksal Alay H. Yenidoğan yoğun bakımdaki hastane enfeksiyonları. Güncel Pediatri. 2014; 1:1-8.

Pham J, Aswani M, Rosen M, Lee H, Huddle M, Weeks K, Pronovost P. Reducing medical errors and adverse events. Annual Review of Medicine. 2012; 63: 447-463. doi: 10.1146/annurev-med-061410-121352

Pittet D, Allegranzi B, Stor J et al: Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries, J Hosp Infect 2008;68(4):285- 292.

Preston RM. Drug errors and patient safety the need for a change in practice. Br J Nurs, 2004; 13(2): 72-78 <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.2.12037>

Polat Külcü D, Yiğit R. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;20(1): 34-40

Rebasa P, Romaguera A, Vallverdú H, Montmany S, Mora L, Navarro S, Luna A. Adverse events in general surgery. a prospective analysis of 13950 consecutive patients. Cirugía Española (English Edition). 2011; 89 (9): 599-605.

Rebasa P, Mora L, Luna A, Montmany S, Vallverdú H, Navarro S. Continuous monitoring of adverse events: Influence on the quality of care and the incidence of errors in general surgery. *World Journal of Surger*. 2009; 33(2): 191-198.

Rothschild J, Rothschild L, Rothschild CP, Rothschild C, Rothschild JW, Rothschild K et al. The critical care safety study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Critical Care Medicine*. 2005; 33(8): 1694-1700.

Samuel SO, Kayode OO, Musa OI, Nwigwe GC, Aboderin AO, Salam TAT , Taiwo SS. Nosocomial infections and the challenges of control in developing countries. *African Journal of Clinical and Experimental Microbiology*. 2010; 11(2): 102-110.

Semiz Aydın S, Akın S, Işıl Ö. Bir hastanede çalışan hemşirelerin ilaç hatası bilgi düzeyi ve ilaç hatalarının raporlanması ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017; 14(1): 14-24.

Seren İntepeler Ş, Dursun M. Tıbbi hatalar ve hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 15(2): 129-135.

Solak Kabataş M, Sevinç F, Sav D. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2014; 2(1): 59-74.

Soydan H, Araslanoğlu A. Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Birimlerindeki Hasta Güvenliği Konusundaki Uygulamaları ve Değerlendirmeleri. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti. : Ankara; 2010, S:329-341

T.C Resmi Gazete. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29 Nisan 2009. Sayı: 27214.



Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 Yılları arasında Yüksek Sağlık Şurasında değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2004; 46(3): 226-231.

Uzun Ş, Arslan F. İlaç uygulama hataları. *Türkiye Klinikleri J Med. Sci*. 2008; 28: 217-222.

Uzuntarla Y, Cihangiroğlu N. Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin analizi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016; 15(1): 1-8.

Üstüner Top F, Çam HH. Hastanelerde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016; 3(15): 213-219.

Vural F, Çiftçi S, Vural B. Sık karşılaşılan ilaç uygulama hataları ve ilaç güvenliği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 5(4): 271-275.

Yenice S, Maden C, Esin T. Hasta Türleri ve Etkileri Analizi (HTEA) Kullanılarak Kritik Laboratuvar Değerlerinin Bildirilme Süreci İle İlgili İyileştirme Çalışmaları. İçinde: Kırılmaz H (ed.). II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 1. Basım. Baydan Ofset San. İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti. : Ankara; 2010, s: 217 -239

Yeniterzi E. Yenidoğan Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin uygulamaları. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN). Konya, 2013.

Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A, Bulut A. Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları. *Anadolu Kliniği*. 2016; 3(21): 207-214.

Weingart S, Wilson R, Gibberd R, Harrison B, Epidemiology of medical error. *Western Journal of Medicine*. 2000; 172(6): 390-393.

West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, Shanafelt TD. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. *American Medical Association*. 2006; 296(9): 1071-1078

## **10.EKLER**

**EK.1:** Tez Konusu Hakkında Yönetim Kurulu Kararı

**EK.2:** Etik Kurul Kararı

**EK.3:** Bilimsel Araştırma Çalışmaları Ön İzin Formu (Kurum İzni)

**EK.4:** T.C. Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni

**EK.5:** Ölçek İzni

**EK.6:** Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

**EK.7:** Hemşire Tanıtım Formu

**EK.8:** Özgeçmiş

## EK.1

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/05/2017-E.37681



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

Sayı : 28233352-730.03.02-  
Konu : Yönetim Kurulu

### SBE-İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 26.04.2017 tarihli Yönetim Kurulu Toplantısında, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, 26.04.2017 tarihli Anabilim Dalı Kurul Kararları görüşülerek;

a) İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 161380006 numaralı öğrencisi Emre ERKAL'ın Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Diyabetli Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" olarak kabul edilmesine,

b) İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 161380005 numaralı öğrencisi Türkan ÇALIŞKAN'ın Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Olmayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi?" olarak kabul edilmesine,

c) İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 161380019 numaralı öğrencisi Fatma DEMİREL'in Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "KOAH Tanısı Alan Bireylerde Dispne, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" olarak kabul edilmesine,

d) İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 161380010 numaralı öğrencisi Hayriye BAŞTÜRK'ün Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" olarak kabul edilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ  
Enstitü Müdürü

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı, Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa  
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158  
E-Posta: saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Ayşe Ertik  
Unvanı: Memur



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

## EK.2

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/09/2017-E.71635



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-  
Konu : Etik Kurul Kararı - Sezgi Çınar Pakyüz -  
Hemşirelerin tıbbi hata

Sayın Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

"Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı dosyanız görüşülmüş olup, Etik Kurul Karar Formu ektedir. Bilgilerinizi rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN  
Kurul Başkanı V.

Ek: Sezgi Çınar Pakyüz - 13.09.2017 - karar tutanağı (1 sayfa)

Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Üncubozköy Kampüsü Manisa  
Telefon:(0 236) 2338586 Faks:(0 236) 2331466  
E-Posta:tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: İsa Köse  
Unvanı: Veri Hazırlama ve Kontrol  
İşletmeni




Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

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

KARAR TARİH / NO	13 / 09 / 2017 / 20.478.486 -				
ARAŞTIRMANIN ADI	Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ - MCBÜ Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü / İç Hastalıkları AD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Hayriye BAŞTÜRK				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	23 / 08 / 2017 / Tarih ve 37428 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Ünvan/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvan /Adı /Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">+C- Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI MANİSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ MUSTAFA KIRAZOĞLU DEVLET HASTANESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI ÖN İZİN FORMU				
DÖK.KODU: EY.FR.11	YAYIN TARİHİ: 13.10.2017	REV.NO:	REV.TARİHİ:	SAYFA NO :1

Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi Yöneticiliğine,

Aşağıda bilgileri bulunan araştırma çalışmasını Kurumunuzda yürütmem için gerekli olan ön iznin verilmesi için gereğini arz ederim.

Tarih 01.11.2017  
Ad-Soyad Hayriye  
İmza Rastıuek  
Baş

Araştırmannın Türü:	<input type="checkbox"/> Tezsiz Yüksek Lisans Projesi <input type="checkbox"/> Lisans Bitirme Projesi <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans Tezi <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Doktora Tezi <input type="checkbox"/> Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Bireysel Araştırma Projesi
Adı:	Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Etkilerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	
Amacı:	Kurumda görev yapan hemşirelerin tıbbi hata yapma etkilerini ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.	
Yöntemi (Varsa kullanılacak anket ve ölçek belirtilmelidir):	Araştırma verileri; hemşirelikte tıbbi hata yapma eğilimi ve Hemşire Beating formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanacaktır.	
Uygulanacağı yerler:	Acil Servis, Dahiliye ve Cerrahi Servisler, Ameliyathaneler	
Başlangıç ve bitiş tarihi:	Başlangıç: Kasım 2017 Bitiş: Ocak 2018	
Etik Kurul kararı:	<input checked="" type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK	
Tez çalışması ise Danışman Öğr. Üyesi Adı-Soyadı:	Prof. Dr. Şeygi Sınır Akayüz (Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü İş Hastalıkları ABD başkanı)	
Varsa hibe/fon sağlayan Kurum/Kuruluş adı:	—	

(HASTANE YÖNETİCİLİĞİ TARAFINDAN BELİRLENEN DEĞERLENDİRME KOMİSYONU ÜYELERİ KAŞE-İMZA)

KAŞE-İMZA

AKHISAR MUSTAFA KIRAZOĞLU  
DEVLET HASTANESİ  
UZ. DR. ANILCAN YÖRÜK  
Biyokimya Uzmanı  
Dip. Tes. No: 106288

Dr. Ekrem Hastı  
KAŞE-İMZA

KAŞE-İMZA

HASTANE YÖNETİCİSİ

İMZA

...../20

Dr. Mustafa Kirazoğlu  
Dr. Gökhan Harova  
AKHISAR MUSTAFA KIRAZOĞLU  
DEVLET HASTANESİ  
UZM. DR. GÖKHAN HAROVA  
Fizyoloji Uzmanı  
Dip. Tes. No: 44635

AKHISAR MUSTAFA KIRAZOĞLU  
DEVLET HASTANESİ  
UZ. DR. ŞİHİR ALBAYRAK  
Biyofizik Yöneticisi  
Dip. Tes. No: 113392

## EK.4



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
MANİSA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 76379986-774.99  
Konu : Hayriye BAŞTÜRK/Araştırma İzni  
Hk.

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 06/11/2017 tarihli ve 61353218-902.99-1462 sayılı yazı

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programına devam eden Hemşire Hayriye BAŞTÜRK'ün aynı fakültede Öğretim Görevlisi olan Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ danışmanlığında "Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı araştırmayı Müdürlüğümüze bağlı Manisa Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

Kasım 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı 2018 yılı Şubat ayında tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde,
- Kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen göstererek yürütülmesi,
- Beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Müdürlüğümüz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,
- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa

Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta:gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 331235eb-4d53-46c2-a94c-0ff03e5e4b19 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:GÜL SAKARYA OFLU

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

## EK.5



Musa Özata <musaozata@gmail.com>

31 Ara 2016 (Çarş) 20:37

Siz ve

 Yanıtla | v

Gelen Kutusu

Tabiki kullanabilirsiniz. Sakincası yok.

31 Ara 2016 18:17 tarihinde "Hayriye Baştürk" <[hemsire.93@hotmail.com](mailto:hemsire.93@hotmail.com)> yazdı:

Merhaba sayın Özata.

Ben Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Ana Bilim Dalında yüksek lisans yapıyorum. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinizi izniniz ile tezimde kullanmak istiyorum.



**EK.6****TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ**

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>					
<b>İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI</b>	<b>HİÇ</b>	<b>ÇOK NADİR</b>	<b>ZAMAN ZAMAN</b>	<b>GENELLİKLE</b>	<b>HER ZAMAN</b>
ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim ilaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim ilaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim ilacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm ilacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım ilaç 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					
<b>HASTANE ENFEKSİYONLARI</b>	<b>HİÇ</b>	<b>ÇOK NADİR</b>	<b>ZAMAN ZAMAN</b>	<b>GENELLİKLE</b>	<b>HER ZAMAN</b>
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim infüzyon 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 Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					

Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					

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

**EK.7**

***Hemşire Tanıtım Formu***

- 1) Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )
- 2) Yaşınız:.....
- 3) Medeni Durumunuz: Bekar ( ) Evli ( )
- 4) Çocuk sayısı:.... Yok ( )
- 5) Öğrenim Durumunuz: Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ( )  
Doktora ( ) Diğer ( )
- 6) Çalışma yılı:.....
- 7) Şu an çalıştığı servisin adı .....
- 8) Haftalık Çalışma Saati:....
- 9) Çalışma Şekli: Vardiya ( ) Gündüz ( ) 8-16-24 ( )
- 10) Tıbbi Hata Yaptınız mı ? Hayır ( ) Evet ( ) ( sayısı:.....)
- 11) İlaç Uygulama Hatası Yaptınız mı ? Hayır ( ) Evet ( ) (sayısı:.....)
- 12) Yaptığınız İlaç Uygulama Hatasının Türü nedir?  
Yanlış Hasta ( ) Yanlış İlaç ( ) Yanlış Doz ( ) Yanlış Zaman ( )  
Yanlış Yol ( ) Yanlış Kayıt ( ) Yanlış İlaç Şekli ( )
- 13) Tıbbi Hata Kayıt Bildirimi Yaptınız mı ? Hayır ( ) Evet ( (sayısı:.....)

**EK.8****ÖZGEÇMİŞ**

<b>Adı</b>	Hayriye	<b>Soyadı</b>	BAŞTÜRK
<b>Doğum Yeri</b>	Selendi/Manisa	<b>Doğum Tarihi</b>	08/10/1993
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>Tel</b>	05415867913
<b>e-mail</b>	Hemşire.93@hotmail.com		

**Eğitim Düzeyi**

	<b>Mezun Olduğu Kurum Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
Lisans	Uşak Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2015
Lise	İzmir Eşrefpaşa Lisesi	2011

**İş Deneyimi**

<b>Görevi</b>	<b>Kurum Adı</b>	<b>Süre</b>
Hemşire	Manisa Akhisar Kirazoğlu Devlet Hastanesi	2015- Halen

**Yabancı Diller**

<b>Yabancı Dil</b>	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	orta	orta	Orta

**Sınav**

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
Ales Puanı	72,08	73,09	67,96

## Bilgisayar Programı

Program Adı	Kullanma Becerisi
Word	İyi
Exel	İyi
Power Point	İyi



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yüksek Lisans Tez Çalışması Orijinallik Raporu

**Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na**

Tez Adı: Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Tezime ilişkin 19/04/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 9'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.

**Adı Soyadı** : Hayriye BAŞTÜRK  
**Öğrenci No** : 161380010  
**Anabilim Dalı** : Hemşirelik Anabilim Dalı  
**Programı** : İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tarih ve İmza

08/05/2019  


**DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR.

Prof.Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ



**Açıklamalar**

1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, 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 hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının 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 dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-**İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.

7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>