

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN TIBBİ HATA TUTUM VE
EĞİLİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

ALİME KANDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL

KONYA 2019

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN TIBBİ HATA TUTUM VE
EĞİLİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

ALİME KANDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL


KONYA 2019

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Alime KANDEMİR**'in "**Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum Ve Eğilimlerinin Belirlenmesi**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya/ 13.06.2019


Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi


Jüri Üyesi
Doç. Dr. Şerife DİDEM KAYA
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmzası


Jüri Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Şerife KURŞUN
Selçuk Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

İmzası

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun **10.06/2019** tarih ve **12/02**. sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Enstitü Müdürü

APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “*Determination of Surgical Nurses’ Attitudes and Trends Towards Medical Errors*” by “*Alime KANDEMİR*”, ” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of *Master of Science* in the Department of “**Nursing**”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan.
Konya, Turkey/ 13.06.2019

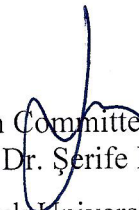


Principal Advisor
Assist Prof. Dr. Üyesi Serpil YÜKSEL
Necmettin Erbakan University
Faculty of Nursing



Examination Committee Member
Assoc. Prof. Dr. Şerife DIDEM KAYA
Necmettin Erbakan University
Faculty of Health Sciences

İmzası



Examination Committee Member
Assist Prof. Dr. Şerife KURŞUN
Selçuk University
Faculty of Nursing

İmzası

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.



Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

13.06.2019

Alime KANDEMİR



TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

23.05.2019

Turnitin

[Özet](#)
[Özetler](#)
[Not Defteri](#)
[Kütüphaneler](#)
[Takvim](#)
[Tartışma](#)
[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

Alime Kandemir Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata T...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

[Sil](#) [İndir](#) [Şuraya taşı...](#)

<input type="checkbox"/>	Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
<input type="checkbox"/>	Alime Kandemir	Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum	%10 %10	5%	3%	10%	--	--	ödev indir	1134829703	23-May-2019

Tez Danışmanı *[Signature]*
Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL
Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında desteğini esirgemeyen, özverili ve anlayışlı yaklaşımı ile beni motive eden, yönlendirici eleştirileriyle yol gösteren, bilgi ve deneyimlerinden daima yararlandığım değerli danışman hocam Dr.Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI'ya ve diğer tüm hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini hiç esirgemeyen arkadaşım şenay GÖKDEMİR'e,

Veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm meslektaşlarıma,

Hayatta her zaman sevgilerini ve desteklerini hissettiğim annem, babam ve kardeşlerime,

Yüksek lisans eğitimimde sevgisini ve desteğini esirgemeyen değerli eşim İsmail KANDEMİR'e, iyikilerim olan biricik kızım Zümra KANDEMİR ve biricik oğlum Musab KANDEMİR'e, tüm kalbimle sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i>	ii
<i>Tez Onay Sayfası</i>	iii
<i>Approval</i>	iv
<i>Tez Beyan Sayfası</i>	v
<i>Tez Çalışması Orjinallik Raporu</i>	vi
<i>Teşekkür</i>	vii
<i>İçindekiler</i>	viii
<i>Kısaltmalar ve Simgeler Listesi</i>	xi
<i>Tablolar Listesi</i>	xii
<i>Özet</i>	xiii
<i>Abstract</i>	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
<i>1.1. Problem Tanımı ve Önemi</i>	1
<i>1.2. Araştırmanın Amacı</i>	5
<i>1.3. Araştırma Soruları</i>	5
2. GENEL BİLGİLER	6
<i>2.1. Tıbbi Hatanın Tanımı</i>	6
<i>2.2. Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörler</i>	6
<i>2.3. Tıbbi Hatalar</i>	8
<i>2.3.1. İlaç Hataları</i>	9
<i>2.3.2. Transfüzyon Hataları</i>	11
<i>2.3.3. Düşmeler</i>	11
<i>2.3.4. Hastane Enfeksiyonları</i>	12
<i>2.3.5. Yetersiz İzlemden, Yanlış veya Uygun Olmayan Malzeme Kullanımından Kaynaklanan Hatalar</i>	14
<i>2.3.6. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar</i>	14
<i>2.3.7. Cerrahi Süreç ile İlişkili Hatalar</i>	15
<i>2.4. Tıbbi Hataların Önlenmesi</i>	16
<i>2.5. Tıbbi Hatalarda Tutum</i>	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
<i>3.1. Araştırmanın Tipi</i>	21
<i>3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri</i>	21

3.3.Araştırmanın Evreni.....	21
3.4.Araştırmanın Örneklemi.....	21
3.5.Veri Toplama Araçları.....	22
3.5.1.Kişisel Bilgi Formu.....	22
3.5.2.Hemşirelikte Tıbbi Hatalara Eğilim Ölçeği	22
3.5.3.Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği.....	23
3.6.Ön Uygulama.....	23
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	24
3.8.Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.10.Araştırmanın Etik Yönü.....	25
3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. BULGULAR	27
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Tıbbi Hataya İlişkin Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
4.2. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumlarına ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	31
4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerine ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	35
5. TARTIŞMA.....	44
5.1.Hemşireler Tarafından Yapılan Tıbbi Hatalara ve Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	45
5.2. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilim ve Tutumlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	48
5.2.1. Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumunu Etkileyen Faktörler.....	48
5.2.2. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimini Etkileyen Faktörler.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
6.1.Sonuçlar.....	58
6.2.Öneriler.....	60
7.KAYNAKLAR.....	61
8.EKLER.....	70
EK A: Kişisel Bilgi Formu.....	70
EK B: Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği.....	72

<i>EK C: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği</i>	74
<i>EK D: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı</i>	75
<i>EK E: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni</i>	76
<i>EK F: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni</i>	77
<i>EK G: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Kullanım İzni</i>	78
<i>EK H :Gönüllülerin Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması Olur Formu</i>	79
9. ÖZGEÇMİŞ	80



KISALTMALAR VE SİMGELER

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- ECDC** : Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (European Centre for Disease Prevention and Control)
- GCKL** : Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- HTHEÖ** : Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
- IOM** : Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)
- JCAHO** : Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)
- SHİE** : Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar
- SPSS** : Sosyal Bilimler için İstatistik Programı (Statistical Packet for Social Sciences)
- THTÖ** : Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği
- WHO** : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization- **DSÖ**)
- YBÜ** : Yoğun Bakım Ünitesi

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri.....	28
Tablo 4.2. Tıbbi Hataya İlişkin Özellikler.....	29
Tablo 4.3. Talimat ve Prosedürlere İlişkin Özellikler.....	30
Tablo 4.4. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları.....	31
Tablo 4.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarına Etkisi.....	32
Tablo 4.6. Tıbbi Hataya İlişkin Özellikler ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.7. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamaları.....	35
Tablo 4.8. Tanıtıcı Özellikler İle Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.9. Tıbbi Hataya İlişkin Özellikler İle Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.10. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Arasındaki İlişki.....	42

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum ve Eğilimlerinin Belirlenmesi

Alime KANDEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2019

Tıbbi hata, sağlık hizmetinin sunulduğu tüm ortamlarda görülen ve hasta güvenliğini tehdit eden ciddi bir sorundur. Yoğun çalışma temposu içinde, hızlı düşünme ve çabuk karar verme beklentilerinin yüksek olduğu cerrahi birimlerde tıbbi hata oranının yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, bu birimlerde hizmet veren sağlık profesyonellerinin tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesi önemlidir. Bu çalışmada, cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutum ve eğilimlerini belirlemek amaçlandı.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, 15 Temmuz – 10 Kasım 2018 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi klinik ve yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) gerçekleştirildi. Araştırma, bu birimlerde en az 1 yıldır çalışan 181 hemşire ile tamamlandı. Araştırma öncesi etik kuruldan ve kurumdan yazılı izin alındı. Veriler, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ) ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) ile toplandı. Hemşirelerin tıbbi hata tutum ve eğilimini etkileyen faktörlerin analizinde, bağımsız gruplarda t testi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Hemşirelerin yaş ortalaması 29.38 ± 5.61 yıl olup, çoğunluğu (%77.3) kadındı ve %65.7'si lisans mezunu idi. Son bir yıl içinde tıbbi hata yaptığını belirten hemşirelerin (%13.8), yanlış ilaç uygulama, yanlış dozda ilaç uygulama ve yanlış bilgilendirme hataları yaptığı belirlendi. Hemşireler tıbbi hatalara neden olan en önemli ilk üç faktörün sırasıyla bakım verilen hasta sayısının fazla olması, uzun çalışma saatleri ve yorgunluk olduğunu belirtti. THTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına göre hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu saptandı. Meslekte çalışma yılı 7 yıl ve daha az olan hemşirelerin, YBÜ'nde çalışanların ve ayda 7'den daha fazla nöbet tutanların THTÖ "tıbbi hata algısı" alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$). HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına göre hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu saptandı. 35 yaş üstü hemşirelerin, günlük 16 hastadan daha fazla hastaya bakım verenlerin ve mesleğinden memnun olanların, HTHEÖ puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$). HTHEÖ ile THTÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı ($p > 0.05$), ancak HTHEÖ toplam puanı arttıkça "tıbbi hata algısı" puanının anlamlı olarak azaldığı, "tıbbi hataya yaklaşım" puanının ise anlamlı olarak arttığı saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç olarak çalışmada, cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu ve tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu saptandı.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Tıbbi hata, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği, Tutum

ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCE INSTITUTE

Determination of Surgical Nurses' Attitudes and Trends Towards Medical Errors

Alime KANDEMİR

Nursing Department

MASTER THESIS/KONYA-2019

Medical errors are a serious issue that is seen in all environments where health care is offered and threaten patient safety. The rate of medical errors is known to be high in surgical units, characterized by high expectations of rapid thinking and quick decision-making with intensive work pace. Therefore, it is essential to identify the attitudes and trends of health professionals serving in these units towards medical errors. The aim of this study was to determine surgical nurses' attitudes and trends towards medical errors.

This descriptive study was conducted in the surgical clinics and intensive care units (ICU) of Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Hospital between 15 July and 10 November, 2018. The study was completed with 181 nurses who had been working in these units for at least one year. Written permission was obtained from the ethics committee and the institution prior to the study. Data were collected using the Scale of Attitudes towards Medical Errors (SAME) and the Malpractice Trend Scale in Nursing (MTSN). The factors affecting the nurses' attitudes and trends towards medical errors were analyzed with the independent-samples t-test, the one-way analysis of variance for independent samples and the Pearson correlation analysis.

The mean age of the nurses was 29.38 ± 5.61 years, the majority of them (77.3%) were women and 65.7% of them were high school graduates. It was determined that nurses who reported that they had made a medical error over the previous year (13.8%) made errors of wrong drug administration, wrong dose of medication and misinforming. The nurses stated that the first three factors that caused medical errors were the high number of patients given care, long working hours and fatigue, respectively. According to the SAME total score and sub-scale mean scores, the nurses' had positive attitudes towards medical errors. Those nurses who had been in the profession for seven years and less, those working in ICU and those who were on night duty more than seven times per month had significantly higher scores on the "medical error perception" subscale of the SAME ($p < 0.05$). According to the MTSN total score and sub-scale mean scores, the nurses' trend towards medical error was low. Those nurses over the age of 35, those caring for more than 16 patients per day and those satisfied with their profession had significantly higher MTSN mean scores ($p < 0.05$). There was no significant relation between MTSN and SAME total score means ($p > 0.05$), but "medical error perception" scores decreased significantly while "attitudes towards medical error" scores increased significantly as MTSN total score increased ($p < 0.05$).

As a result, it was found that the surgical nurses had positive attitudes towards medical errors and their trend to medical errors was low.

Keywords: Nurse, Malpractice Trend Scale in Nursing, Medical Error, Scale of Attitudes towards Medical Errors, Attitude

1.GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Sağlık hizmeti sunumunda, sıfır hata amaçlanmaktadır. Ancak, sağlık hizmetinin karmaşıklığı ve kalabalık bir ekip ile hizmet sunulması tıbbi hataların oluşmasına neden olmaktadır (IOM 2000; Karaca ve Arslan 2014; Bagian 2019). Hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında oluşan hatalı uygulamalar olarak tanımlanan tıbbi hata (malpraktis), sağlık çalışanın kasıt veya ihmali nedeniyle tedavi ve bakım girişimlerini yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği, hatalı tedavi uygulaması veya hastaya zarar meydana getiren fiil veya durumlar olarak kabul edilmektedir (Çelik ve Hisar 2012; Güleç ve Seren İntepeler 2013; Makary ve Daniel 2016).

Tıbbi hatalar farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Akalın (2005), tıbbi hataları kök nedenlerine göre, işe bağlı hatalar, ihmaliyle ilgili hatalar, uygulamaya bağlı hatalar; hata türü açısından ise ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koyma hataları, sistem yetersizliğine bağlı hatalar olarak sınıflandırmıştır. Kessels-Habraken ve ark. (2010), sağlık kuruluşunda oluşan hataları 3 grupta ele almıştır: (1) hastaya ulaşmayan hatalar (hemşirenin ilaç uygulamasından önce ilaç istemini incelemesi ve hekimi uyarması vb.), (2) hastaya ulaşan ancak zarar vermeyen hatalar (yanlış hastaya kan verilmesi ancak hastanın kan grubunun verilen kan ile uyumlu olması vb.), (3) hastaya ulaşan ve zarar veren hatalar (yanlış ilaç uygulanması sonucu hastada komplikasyon oluşması vb.). Savaş (2013), ise tıbbi hataları; insan kaynaklı, teçhizat kaynaklı ve sistem kaynaklı hatalar olmak üzere üç ayrı sınıfa ayırmıştır.

Bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan tıbbi hatalar, hastanede yatış süresini uzatmakta, hastanın zarar görmesine, hatta yaşamını kaybetmesine neden olabilmektedir (Güleç ve Seren İntepeler 2013; Li ve ark. 2017; Zhou ve ark. 2019). 1990'lara kadar tıbbi hataların sıklığı yeterince bilinmezken, günümüzde (Cebeci ve ark. 2012; Makary ve Daniel 2016) önlenemez tıbbi hatalar nedeniyle 44.000-98.000 hastanın yaşamını kaybettiği, yaklaşık 1.3 milyon hastanın yaralandığı bildirilmiştir (Işık ve ark. 2012; Dikmen ve ark. 2014). Tıbbi hatalar, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde önde gelen ölüm

nedenleri arasında kabul edilmektedir. Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) tarafından 2000 yılında yayınlanan raporda ABD'deki hastanelerde yılda 98.000 kişinin doğrudan tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybettiği bildirilmiştir. Bu rapora göre tıbbi hatalar, ABD'de ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sırada yer almaktadır (IOM 2000; IOM 2001). Türkiye'de tıbbi hatalar ile ilgilenen kurumlar, Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu'dur. 1990-2000 yılları arasında tıbbi hata iddiasıyla adli tıp kurumuna gönderilen dosya sayısının 653 olduğu bildirilmiştir (Gündoğmuş ve ark. 2004). Engelhard ve ark. (2018), onaltı oküler onkoloji tıbbi hata olgusunu inceledikleri çalışmada, görme kaybı veya yaşam kaybı oluşan hastaların %87.5'ine yetersiz/uygun olmayan girişim uygulandığının belirlendiğini ve davaların yarısından fazlasının (%56.3) sanık lehine sonuçlandığını bildirmiştir.

Sağlık hizmet sunumu sırasında oluşan tıbbi hatalardan tüm sağlık profesyonelleri sorumludur. Özellikle hekim ve hemşireler görevlerini yerine getirirken sıklıkla tıbbi hatalar ile karşılaşmakta veya bu hatalara neden olmaktadır (Güzel ve ark. 2002; Güleç ve Seren İntepeler 2013). Güzel ve ark. (2002), tıbbi hata olgularının %62.1'inin hekime, %10.3'ünün yardımcı sağlık personeline (%41.7 hemşire, %16.7 sağlık memuru, %8.3 ebe) ait olduğunu belirlemiştir. Gündoğmuş ve ark. (2004), adli tıp kurumuna bildirilen tıbbi hata vakalarının %22'sinde hemşirelerin suçlandığını belirlemiştir. Benzer bir çalışmada, tıbbi hata şikâyetlerinin %21'inin hemşire, %34'ünün hekim ve hemşire, %13'ünün ebe ve hemşireye ait olduğu saptanmıştır (Safran 2005). Ertem ve ark. (2009), tıbbi hataların %65.2'sinden hekimlerin, %12.2'sinden hemşirelerin, %9.9'undan ise hekim ve hemşirelerin birlikte sorumlu olduğunu belirlemiştir. Erbay ve Esatoğlu (2018), tıbbi hatalardan sorumlu tutulan sağlık personellerinin (%85.6) çoğunluğunu (%62.1) hekimlerin, %10'nunu ise hemşirelerin oluşturduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada tıbbi hatalardan sorumlu tutulan hekimlerin yarısını cerrahların oluşturduğu, tıbbi hatalara maruz kalan hastaların %45.6'sının yaşamını kaybettiğini, bu hatalar nedeniyle hekim (%38.7), hemşire (%10) ve hastanenin (%3.8) kusurlu bulunduğu da belirlenmiştir. Hemşireler ile ilgili tıbbi hata davalarının değerlendirildiği çalışmalarda, tıbbi hata şikâyetlerinin %9.8'inin hemşirelere yönelik olduğu (Ayoubian ve ark. 2016), şikâyetlerin standart bakım uygulanmaması, yetersiz

iletişim, kayıtların eksik tutulması, değerlendirme ve izlemin eksik yapılması ve hasta savunuculuk rolünü yerine getirmeme ile ilgili olduğu (Frank ve Danks 2018) ve yasal süreçte ortaya çıkan en önemli nedenin ihmal olduğu (Ayoubian ve ark. 2016) belirlenmiştir.

Hasta güvenliğini tehdit eden; kaynak, işgücü ve can kaybına yol açan tıbbi hataların önlenmesi önemlidir (Karataş ve Yakıncı 2010; Güleç ve Seren İntepeler 2013). Bireysel faktörlere bağlı tıbbi hataların %61'inin önlenilebileceği bildirilmiştir (Smits ve ark. 2010). Bu hataların önlenmesinde etkili olduğu bildirilen önlemlerden başlıcaları: (1) sağlık hizmetlerinin kontrol kartları, protokoller ve bilgisayara dayalı karar verme mekanizmalarıyla birleştirilmesi (2) bilgiye erişimin artırılması (3) kritik kararların alınması ile ilgili düzenlemelerin yapılması (4) işlerin/işlemlerin standardize edilmesi (5) hataların çoğunluğu bilgi, malzeme ve istem aktarımı sırasında olduğundan işlerin el değiştirmesinin azaltılması (6) raporlamanın artırılması (7) hataların zamanında bildirimini sağlanmasıdır (İşlek 2009; Karataş ve Yakıncı 2010; Güleç ve Seren İntepeler 2013; Rodziewicz ve Hipskind 2018). Tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi de önlemede önemlidir. Tıbbi hataların temel nedeni kişiye bağlı olmakla birlikte sistemdeki yetersizlik ve eksiklikler nedeniyle de oluşabilmektedir (Karataş ve Yakıncı 2010; Güleç ve Seren İntepeler 2013). Rodziewicz ve Hipskind (2018), tıbbi hataların çoğunlukla ihmalden kaynaklandığını belirlemiştir. Hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların oluşumunda etkili insan kaynaklı faktörler, bilgisizlik, deneyimsizlik, zaman eksikliği, iletişim sorunları, yorgunluk, motivasyon eksikliği ve yanlış karar alınmasıdır (Özdilek 2006; Karataş ve Yakıncı 2010). İşyeri yapısı, takip edilen politikalar, idari yapı, personelin yanlış dağılımı, sorunlara çözüm konusunda yetersizlik gibi nedenler ise tıbbi hataların kurumsal nedenleridir. Yetersiz otomasyon, yetersiz cihaz ve eksik cihaz gibi teknik faktörler, sistemdeki yetersizlik ve eksiklikler de tıbbi hata nedeni olabilmektedir (Karataş ve Yakıncı 2010). Björkstén ve ark. (2016), tıbbi hataların çoğunluğunda (%95) 1.4 oranında bireysel faktörlerin, %78'inde ise 1.7 oranında sistem kaynaklı faktörlerin etkili olduğunu belirlemiştir. Aynı çalışmada, tıbbi hataların %68'inde ihmal, unutkanlık veya dikkat eksikliği gibi bireysel faktörlerin, %25'inde uygun olmayan protokollerin izlenmesinin, %13'ünde de bilgi eksikliğinin etkili olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin tıbbi hata yapma nedenleri, çalışma saatlerinin fazla olması, hemşire sayısının yetersizliği, yorgunluk, hasta sayısının fazla olması, dikkatsizlik, stres altında çalışma, iş yükünün fazla olması, tükenmişlik hissi, bilgi veya deneyim eksikliği, görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve eğitim düzeyinin düşük olması olarak belirlenmiştir (Hicks ve ark. 2008; Parshuram ve ark. 2008; Chang ve Mark 2009; Cebeci ve ark. 2012; Er ve Altuntaş 2016; Özzer 2016). Dikmen ve ark. (2014), mesleki çalışma deneyimi az olan ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Nöbet olarak adlandırılan sistemde, uzun çalışma saatlerinin getirdiği yorgunluk veya dikkat eksikliği nedeniyle hemşirenin bir izlemi yapmayı unutması veya hatalı işlem yapması, hastanın zarar görmesine ve gereksinim duyduğu bakımı alamamasına neden olmaktadır (Bilazer ve ark. 2008). Tıbbi hataların belirlenmesini ve önleyici girişimlerin planlanmasını engelleyen önemli faktörlerden biri de bu hataların hata olarak algılanmamasıdır. Biliş-duygu ve davranış eğilimi bütünleşmesinden oluşan tutum, hata algısını etkileyen önemli bir faktördür. Bu nedenle başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin tıbbi hata tutumlarını belirlemek, tıbbi hata farkındalığını ve bildirim oranlarını artıracığından önemlidir (Güleç ve Seren İntepeler 2013; Özzer 2016). Güleç ve Seren İntepeler (2013), hemşirelerin tıbbi hata bildiriminde olumlu tutum sergilediklerini saptamıştır. Benzer bir çalışmada, cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutum puan ortalamasının orta düzeyde olduğu, görev süresi 2-5 yıl olan hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının görev süresi 10-13 yıl olanlara göre anlamlı olarak daha olumsuz olduğu belirlenmiştir (Özzer 2016).

Cerrahi kliniklerde ve cerrahi hastasına bakım veren yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) çalışan hemşirelerden yoğun çalışma temposu içinde, hızlı düşünme, çabuk karar verme ve hasta merkezli çalışma beklenmektedir. Bu yoğun çalışma temposunun ve iş yükünün neden olduğu stres, gerginlik ve yorgunluk, tedavi ve bakım girişimleri sırasında cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata yapma riskini artırmaktadır (Penoyer 2010; Balanuye 2014; Özlü ve ark. 2015). Literatürde hemşirelerin tıbbi hata eğilimini belirlemeye yönelik fazla sayıda çalışma bulunmakla birlikte (Özata ve Altuncan 2010; Cebeci ve ark. 2012; Andsoy ve ark. 2014; Dikmen ve ark. 2014; Avşar ve ark. 2016; Küçüköğlü ve ark. 2016; Polat Külcü ve Yiğit 2017; Birgili ve Köse 2018; Ozer ve ark. 2019), tıbbi hata tutumlarını

belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlıdır (Güleç ve Seren İntepeler 2013; Bodur ve ark. 2012; Özyer 2016; Kiymaz ve Koç 2017; Akın Korhan ve ark. 2017; Ozer ve ark. 2019). Bu çalışmalarda bir tanesi kalp damar cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata ve eğilimlerini belirlemeye yönelik olup (Ozer ve ark. 2019), diğer cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata tutum ve eğilimlerini belirlemeye yönelik çalışmaya rastlanmadı. Cerrahi birimlerde tıbbi hata oranının %36.9-51.6 aralığında değiştiğini ortaya koyan çalışmalar (Ertem ve ark. 2009; Karabulut ve Çetinkaya 2011; Balanuye 2014; Özlü ve ark. 2015; Erbay ve Esatoğlu 2018), bu birimlerde hizmet veren sağlık profesyonellerinin, özellikle hastaya kesintisiz 24 saat sağlık hizmeti sunan hemşirelerin, tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesi, hasta güvenliğini tehdit eden, kaynak, işgücü ve can kaybına yol açan tıbbi hataların nedenlerinin belirlenmesine, bildirimini etkileyen faktörlerin saptanmasına ve önleme girişimlerine yönelik kurumsal düzenlemelerin ve prosedürlerin geliştirilmesine rehberlik edeceğinden önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmada, cerrahi kliniklerinde ve cerrahi YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata tutumlarını, eğilimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlandı.

1.3. Araştırma Soruları

1. Cerrahi hemşirelerinin yaptığı tıbbi hatalar nelerdir?
2. Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata yapma nedenleri nelerdir?
3. Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata eğilimleri nasıldır?
4. Cerrahi hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri tıbbi hata eğilimlerini etkiler mi?
5. Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutumları nasıldır?
6. Cerrahi hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri tıbbi hata tutumlarını etkiler mi?
7. Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutumu tıbbi hata eğilimini etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Hatanın Tanımı

Tıbbi hata (malpraktis); “male” ve “praxis” kelimelerinden türemiş olup, “kötü veya hatalı uygulama” anlamına gelmektedir (Özer ve ark. 2015; Yiğitbaş ve ark. 2016). İhmal nedeniyle hastada istenmeyen sonuçların oluşması, bakım girişimlerinin planlandığı gibi yapılmaması (uygulama hatası), planlamanın yanlış yapılması (planlama hatası) veya hasta zarar görmese bile bakım sürecinden uzaklaşılması gibi durumlar tıbbi hata olarak kabul edilmektedir (Makary ve Daniel 2016). Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO) tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamıştır (JCAHO 2015). Özdilek (2006) ise, hastaya uygulanması veya yapılması gereken bir işlemin yapılmaması veya yapılmaması gereken bir işlemin yapılması olarak tanımlamıştır. Başka bir tanımda ise tıbbi hata; sağlık hizmeti verilirken tıbbi müdahalenin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması olarak belirtilmiştir (Karataş ve Yakıncı 2010).

2.2. Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörler

Sağlık hizmeti sunumu sırasında tıbbi hata oluşumunu etkileyen çok sayıda faktör vardır. Tıbbi hatalar sıklıkla insan kaynaklı faktörler, kurumsal yetersizlik ve sistem eksiklikleri nedeniyle oluşmaktadır (Karataş ve Yakıncı 2010; Yıldırım 2012; Işık ve ark. 2012; Güleç ve Seren İntepeler 2013; Andsoy ve ark. 2014; Kahriman ve Öztürk 2016; Gao ve ark. 2019).

Tıbbi hata oluşumunda etkili insan kaynaklı faktörlerin, bilgi ve deneyim eksikliği, dikkatsizlik, ihmal, uzun süreli çalışma saatleri, hasta sayısının fazla olması, iş yükü fazlalığı, görev dışı işlerin yüklenmesi, iletişim sorunları, yorgunluk, stres altında çalışma, motivasyon eksikliği ve tükenmişlik hissi olduğu belirlenmiştir (Hicks ve ark. 2008; Parshuram ve ark. 2008; Chang ve Mark 2009; Karataş ve Yakıncı 2010; Cebeci ve ark. 2012; Işık ve ark. 2012; Er ve Altuntaş, 2016; Rodziewicz ve Hipskind 2018). Yapılan çalışmalarda, bakım standartlarını uygulama ve değerlendirme yetersizliğinin, iletişim eksikliğinin, eksik kayıt tutmanın, hasta

güvenliğini sağlamaya yönelik girişimlerin uygulanması ile ilgili eksikliklerin, hemşirelerin tıbbi hata yapmasına neden olduğu saptanmıştır (Ertem ve ark. 2009, Özata ve Altunkan 2010; Işık ve ark. 2012; Kahrıman ve Öztürk 2016; Gao ve ark. 2019). Tıbbi hata yaşadığını ifade eden hastalar ile yapılan bir çalışmada, hastaların %56.4'ünün tıbbi hatalarda sağlık profesyonellerinin tutumunun etkili olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir (Saygın ve Keklik 2014). Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir (2015), hemşireler tarafından bildirilen başlıca tıbbi hata nedenlerinin, iş yükünün fazla olması (%64.7), hemşire sayısının yetersiz olması (%60), hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi (%51.4) ve yorgunluk (%51.4) olduğunu saptamıştır. Benzer bir çalışmada, iş yükünün fazla olmasının ve fazla mesai saatlerinin hemşirelerin tıbbi hata oranlarını artırdığı belirlenmiştir (Liu ve ark. 2012).

Tıbbi hataların oluşumunda etkili olduğu bildirilen başlıca kurumsal faktörler; kurumun fiziksel ve idari yapısı, kurumsal politika ve prosedürlerin yetersizliği, personelin yanlış veya yetersiz dağılımı, sorunların çözümünde yetersizlik veya duyarsızlık, yetersiz bilişim ve iletişim sistemi, araç-gereçlerin yetersiz veya eksik olması olarak belirtilmiştir (Akalin 2005; Gökdoğan ve Yorgun 2010; Işık ve ark. 2012; Yıldırım 2012). Işık ve ark. (2012), tıbbi hataların çoğunluğunun iş ortamından ve iletişim eksikliğinden kaynaklandığını; sağlık personelinin yetersiz olması, stresli çalışma ortamı, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, yöneticilerin tutum ve davranışlarından kaynaklanan bıkkınlık ve kısa zamanda çok sayıda hastayı tedavi etme baskısı gibi faktörlerin tıbbi hatalara neden olduğunu belirlemiştir. Hastanelerde oluşan tıbbi hataların %82.2'sinin hemşire sayısının yetersizliğinden kaynaklandığı (Kahrıman ve Öztürk (2016), hemşire sayısının ve bakım için ayrılan sürenin yeterli olmasının mortalite riskini azalttığı belirlenmiştir (Griffiths ve ark. 2018). Hasta ve hemşire sayısı arasındaki oranın %0.1 artmasının tıbbi hata oranını %28 artırdığı (Weissman ve ark. 2007), yedi hastaya bir hemşirenin düşmesi ve fazla mesai çalışılması durumunda ise hastalarda düşme, basınç yarası, ilaç uygulama hataları, planlanmamış ekstübasyon, sağlık bakımı ile ilişkili pnömoni ve idrar yolu enfeksiyonları gibi sorunların daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Liu ve ark. 2012).

Hizmet alanlar ve verenler için belirli standartları ve koşulları sağlamakla yükümlü olan hastane yönetimi ve ülkenin sağlık politikaları, tıbbi hataların oluşumunda etkili başlıca sistem kaynaklı faktörlerdir. İşleyişi düzenlemek amacıyla

oluşturulan politikaların ve yönergelerin sık sık değişmesi, nitelikli ve uygulanabilir olmaması hasta güvenliğini ve çalışan güvenliğini etkilemektedir. Sağlık bakım kurumlarındaki karmaşık yapıya işleyiş ile ilgili sistemsel sorunların eklenmesi, tıbbi hataların oluşmasına neden olmaktadır (Yıldırım 2012; Hines ve ark. 2018). Hemşirelerin yaptığı tıbbi hataların çoğunluğunun (%61.4) olumsuz sistem ve hastane koşullardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Kahrıman ve Öztürk 2016).

2.3. Tıbbi Hatalar

Tıbbi hata, sağlık hizmetinin verildiği tüm ortamlarda görülen, sakatlıklara ve yaşam kaybına neden olan, maliyeti yüksek ciddi bir sorundur (Gao ve ark. 2019). Tıbbi hatalara yaklaşımda hataların sınıflandırılması ve önleme girişimlerinde bu sınıflandırmanın dikkate alınması önemlidir (Ovalı 2010; Polat 2015). Tıbbi hataların; kasıt ve ihmal ile ilişkili yargı hataları, tıbbi araç-gereç ile ilişkili mekanik hatalar, teknik hatalar, gerçekleri saptırarak veya saklayarak hastada farklı beklentiler oluşturma ile ilişkili beklenti hataları, kurumsal işleyişten ve ülkenin sağlık politikalarından kaynaklanan sistem hataları, başlıkları altında ele alınabileceği belirtilmiştir (Polat 2015). Ovalı (2010), tıbbi hataları; yanlış tanı koyma, gerekli tetkikleri yapmama ve tetkikleri yanlış yorumlama gibi hata ve eksikliklerden kaynaklanan tanı hataları, gerekli tedaviyi yapmama veya geciktirme, yanlış tedavi uygulama, yetersiz takip ve izlem gibi hatalardan kaynaklanan tedavi hataları olmak üzere iki başlık altında ele almıştır.

Tıbbi hata oranlarının irdelendiği araştırmalarda, hemşireler tarafından yapılan tıbbi hata oranlarının %13.7-58.2 aralığında değiştiği (Andsoy ve ark. 2014; İşçi ve Altuntaş 2015; Karadağ ve ark. 2015; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2015; Er ve Altuntaş 2016; Küçükkoğlu ve ark. 2016; Polat Külcü ve Yiğit 2017; Birgili ve Köse 2018; Lee ve Hwang 2019) belirlenmiştir. Yataklı tedavi kurumlarında en fazla görülen tıbbi hataların ilaç uygulama hataları (Redley ve Botti 2012; Yücesan ve Alkaya 2017; Hines ve ark. 2018; Gao ve ark. 2019), bakım ve izlem standartlarının yetersizliğinden kaynaklanan hatalar (düşmeler, basınç yaraları ve enfeksiyonlar vb.) (Ovalı 2010; Yorgun ve ark. 2017; Gao ve ark. 2019) ve cerrahi süreçle ilişkili hatalar (Kullar ve ark. 2014; Rodziewicz ve Hipskind 2018; Gao ve ark. 2019) olduğu bildirilmiştir. Özata ve Altuncan (2010), geliştirdikleri ölçekte hemşirelerin tıbbi hata eğilimini, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, düşmeler, hastane

enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve iletişim başlıkları altında ele almıştır.

2.3.1. İlaç Hataları

İlaç hatası; ilaç uygulama sürecinin herhangi bir aşamasında oluşan, hastanın zarar görmesine ve/veya yaşamını kaybetmesine neden olan herhangi bir hatadır (Wittich ve ark. 2014). İlaç Hatalarını Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCC MERP) ilaç uygulama hatalarını; ‘‘ilaç, sağlık profesyoneli, hasta veya üreticinin kontrolü altındayken, ilacın uygunsuz kullanımına veya hastanın zarar görmesine neden olabilecek önlenemez olay’’ olarak tanımlamıştır. Konsey bu hataların, profesyonel uygulama, sağlık bakım ürünleri ve reçeteleme, sipariş iletişimi, etiketleme, paketleme ve isimlendirme, dağıtım, eğitim, izleme ve kullanımını içeren prosedürler ile ilgili olabileceğini bildirmiş ve dokuz kategoride sınıflandırmıştır (NCC MERP 2015) :

1. Kategori A: Hataya neden olabilecek faktör yoktur.
2. Kategori B: Hata yapılmış, ancak hasta hataya maruz kalmamıştır.
3. Kategori C: Hasta hataya maruz kalmış, ancak zarar görmemiştir.
4. Kategori D: Hastanın izlenmesini gerektiren hatadır.
5. Kategori E: Tedavi veya girişim gerektiren, hastada kalıcı etki/zarar oluşturmayan hatadır.
6. Kategori F: Hastanın hastanede kalmasını gerektiren, ancak kalıcı etki/zarar oluşturmayan hatadır.
7. Kategori G: Hastada kalıcı etki/zarar oluşturan hatadır.
8. Kategori H: Hastada yaşam kaybı riskini artıran ve müdahale gerektiren hatadır.
9. Kategori I: Hastanın yaşam kaybı ile sonuçlanan hatadır.

İlaç uygulama hatalarının hemşirelerin en çok karşılaştığı tıbbi hata türü (%20-%63.3) olduğu (Çırpı ve ark. 2009; Oyebodye 2013; Saygın ve Keklik 2014; Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir 2015; Karadağ ve ark. 2015; Yücesan ve Alkaya 2017; Hines ve ark. 2018), bu hataların reçete edilme (%16.4) ve uygulama sırasında (%71.5) olduğu (Redley ve Botti 2012; Gao ve ark. 2019), YBÜ’lerinde ve acil

birimlerde görülme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Oyebode 2013). Hemşirelik son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %37'sinin klinik uygulama sırasında tıbbi hata yaptığı, bu hataların çoğunluğunun (%59) ilaç hataları olduğu saptanmıştır (Bodur ve ark. 2012). İlaç hatalarının sıklıkla hasta kimlik kartlarındaki yanlışlıklardan (Çırpı ve ark. 2009), hekim istemlerindeki kısaltmalardan (Wittich ve ark. 2014), ilaç uygulamalarında 10 doğru ilkeye dikkat edilmemesinden (Kırşan ve ark. 2019), özellikle dozun yanlış hesaplanmasından (%22.9-48.4) (Özlu ve ark. 2015; Nanji ve ark. 2017; Kırşan ve ark. 2019), etiketleme hatasından (%24.2) kaynaklandığı belirlenmiştir (Nanji ve ark. 2017).

İlaç hatalarının, insülin, opioid analjezik, antikoagülan, amoksisilin içeren antibiyotik ve antihistaminik grubu ilaçlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Wittich ve ark. 2014). Björkstén ve ark. (2016), hemşireler tarafından yapılan ilaç uygulama hatalarının %95'inde bireysel faktörlerin katkısının 1.4 oranında olduğunu, bu hatalarda ihmal, unutkanlık ve dikkat eksikliğinin (%68), protokollerin izlenmemesinin (%25), bilgi eksikliğinin (%13) ve kapsam dışı uygulamanın (%12) etkili olduğunu belirlemiştir. Zarea ve ark. (2018), en yaygın görülen ilaç hatalarının, ilaçları zamanından önce veya sonra uygulamak (%50.2), etkileşime girebilecek ilaçları aynı anda uygulamak (%36) olduğunu saptamıştır. Aslan ve Ünal (2005), ilaç uygulaması sırasında en fazla yapılan hataların, uygulama öncesi (%99.5) ve sonrası (%83.5) ellerin yıkanmaması, sözel hekim isteminin yazılı hale getirilmemesi (%78.8), enjeksiyon bölgesinin antiseptik solüsyonla silinmemesi (%49.3), yazılı hekim isteminin doğru alınmaması (%45), ilacın doğru teknikle hazırlanmaması (%33.5), ilacın doğru teknikle uygulanmaması (%33.4), ilaç uygulandıktan sonra atıkların uzaklaştırılmaması (%18.69), hekim isteminde olmayan ilacın uygulanması (%4.3) ve hekim istemindeki ilacın atlanması (%1.8) olduğunu belirlemiştir. Saygın ve Keklik (2014), en sık görülen ilaç uygulama hatasının yanlış ilaç uygulaması (%17.3) olduğunu saptamıştır. Benzer bir çalışmada, en yüksek oranda yapılan ilaç uygulama hatasının ilacın yanlış doz yapılması (%41) olduğu, bunu sırasıyla ilacın yanlış hastaya yapılması (%13) ve ilacın ihmal edilmesi (%12) hatalarının izlediği belirlenmiştir (Björkstén ve ark. 2016). 29 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede, ilaç dozunun yanlış uygulanması, dozun atlanması, ilacın zamanında uygulanmaması, yanlış ilacın uygulanması, ilacın yanlış yoldan uygulanması, ilacın yanlış hastaya uygulanması, hekim istemi dışında ilaç

uygulanması, ilacın diğer ilaçlarla etkileşimine dikkat edilmemesi, infüzyon şeklinde uygulanan ilaçlarda dozun ve infüzyon hızının yanlış hesaplanması gibi hataların hemşireler tarafından en sık yapılan ilaç uygulama hataları olduğu belirlenmiştir (Kırşan ve ark. 2019).

2.3.2. Transfüzyon Hataları

Akut kan kaybı durumunda, şiddetli anemi, lösemi ve talasemi gibi hematolojik sorunlarda tedavi amacıyla hastaya kan ve kan ürünlerinin verilmesi yaşam kurtarıcı bir girişimdir (Çavuşoğlu ve ark. 2015; Harvey ve ark. 2015; Frazier ve ark. 2017). Kan transfüzyonu ile ilişkili en yaygın görülen hatanın, hastaya yanlış kan verilmesi olduğu bildirilmiştir (Smith ve ark. 2010). Karim ve ark. (2014), ABO uyumsuzluğu nakillerinin %56'sının hasta başında yapılan son kontrol sırasındaki hatalardan kaynaklandığını belirlemiştir. Aynı çalışmada, kan bankasının testleri yanlış yapmasının ve yanlış kan göndermesinin de bu hataların oluşumuna katkı sağladığı belirtilmiştir. Orozco ve ark. (2016), kan ve kan ürünleri nakli sırasında hemşirelerin yönetmelikte belirtilen usullere yeterince uymadıklarını, transfüzyon işlemi ile ilgili kayıtları, özellikle hastanın durumu ile ilgili verileri, eksik doldurduklarını (%68), bazı kayıtlarda kan grubu ve Rh grubunun belirtilmediğini, transfüzyonu yapan kişinin imzasının olmadığını saptamıştır. Sağlık çalışanlarının kan nakline ilişkin bilgi düzeyinin değerlendirildiği bir çalışmada, hemşire, ebe ve sağlık memurlarının %46'sının nakil öncesi kanın hastanın koltuk altına konularak ısıtılması gerektiğini belirttikleri bildirilmiştir (Topal ve ark. 2019). Hemşirelerin kan tansfüzyonuna ilişkin tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, “*Kan bankası personeli kayıt defterine kan grubunu yanlış girmişse, ne yaparsınız?*” sorusunu hemşirelerin %44'ünün “*Hiç kimsenin haberi olmadan kaydı değiştirir ve doğrusunu girerim*” seçeneğini işaretleyerek yanlış yanıtladığı belirlenmiş, olumlu tutum geliştirmek amacıyla standartlaştırılmış eğitimlerin düzenli uygulanması gerektiği belirtilmiştir (Rudrappan 2019).

2.3.3. Düşmeler

Düşmeler, hastanede yatış sürecini uzatan, maliyeti artıran ve yaşam kaybına neden olan (Woolcott 2012; Barbour ve ark. 2014; Health Research & Educational Trust 2016; Barış ve ark. 2018; Lelaurin ve Shorr 2019), bakım ve izlem

standartlarının yetersizliğinden kaynaklanan tıbbi hatalardır (Ovalı 2010; Gao ve ark. 2019). Her yıl hastanelerde oluşan düşmeler nedeniyle hastaların %30-35'inde hastanede yatış süresini ortalama 6.3 gün uzatan ve maliyeti artıran yaralanmaların olduğu bildirilmiştir (Health Research & Educational Trust 2016). ABD, Kore ve Norveç'te yapılan çalışmalarda düşme oranının 0.92-7.3/1000 hasta günü aralığında değiştiği (Bouldin ve ark. 2013; Kim ve ark. 2019; Royset ve ark. 2019) ve cerrahi birimlerde düşme kaynaklı yaralanma oranının 0.67 olduğu saptanmıştır (Bouldin ve ark. 2013). Yorgun ve ark. (2017), hastaların %3-20'sinin yatış sürecinde en az bir kez düştüğünü ve bunların %6-44'ünde kırık ve subdural hematom gibi yaralanmaların oluştuğunu belirlemiştir.

Sağlık bakım ortamlarında düşme riskini artıran başlıca faktörlerin ileri yaş, düşme öyküsü, yürüme ve görme sorunları, bilinç bozukluğu, kas zayıflığı, inme gibi hastalıklar, psikoaktif ilaç kullanımı ve sağlık profesyonellerinin sayısının yetersiz olması olduğu belirtilmiştir. (Bergland 2012; Ungar ve ark. 2013; Barbour ve ark. 2014; Tsai ve ark. 2017). Tsai ve ark. (2017), denge bozukluğu ve kas zayıflığı gibi fiziksel faktörlerin, antihipertansif ve hipoglisemik ilaç gibi riskli ilaç kullanımının, kaygan zemin gibi çevresel faktörlerin düşme riskini artırdığını belirlemiştir. Berke ve Aslan (2010), cerrahi hastasında, cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası süreçte kullanılan ilaçların, duyuşsal ve algısal sorunların, hipotansiyon ve hipoglisemi gibi nedenlerin, hastanın ameliyatheneye, kliniğe ve yatağına alınması sırasında yapılan hataların, tespit edilmesi gereken hastalarda tespitlerin uygun yapılmamasının düşme riskini artırdığı belirlenmiştir. De Jong ve ark. (2019), dahili ve cerrahi kliniklerinde günlük ortalama 3.4-4.8 oranında düşme oluştuğunu ve bunların %23-42'sinin yaralanma ile sonuçlandığını saptamıştır. Barış ve ark. (2018), cerrahi klinik ve yoğun bakım ünitelerinde hastaların %15.4'ünün düşme deneyimlediğini ve düşme ile ilişkili yaralanmaların hastanede yatış süresini ve maliyeti artırdığını belirlemiştir.

2.3.4. Hastane Enfeksiyonları

Sağlık kuruluşlarında, özellikle hastanelerde, yaygın görülen sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar (SHİE), hastanede yatış süresini uzatan, maliyeti, morbidite ve mortalite oranlarını artıran (WHO 2016), bakım ve izlem standartlarının yetersizliğinden kaynaklanan tıbbi hatalardan biri olarak kabul edilmektedir (Ovalı

2010; Gao ve ark. 2019). Bu enfeksiyonların çoğunluğunun (%47) YBÜ'nde tedavi ve bakım uygulanan kritik hastalarda olduğu belirlenmiştir (Gupta ve ark. 2018).

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar, sağlık kurumuna başvuru sırasında bulunmayan, kuluçka döneminde de olmayan, tedavi ve bakım sürecinde her 10 hastadan birinde oluşan enfeksiyonlardır (WHO 2011; WHO 2016). Bu enfeksiyonlar, cerrahi alan enfeksiyonu, nazokomiyal pnömoni, ventilatör ilişkili pnömoni, katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu ve üriner sistem enfeksiyonudur (Shafer ve ark. 2019). SHİE'lerin %29'unu cerrahi alan, %24'ünü üriner sistem, %19'unu kan dolaşımı, %15'ini pnömoni ve % 13'ünü diğer enfeksiyonlar oluşturmaktadır. Cerrahi alan enfeksiyonunun en yaygın (5.6/100 cerrahi işlem) görülen SHİE'lardan biri olduğu (Allegranzi ve ark. 2011; ECDC 2016), hastanede yatış süresinde uzamaya, tekrarlı hastane yatışlarına ve yeni cerrahi girişimlerin uygulanmasına neden olduğu, mortalite oranını artırdığı belirlenmiştir (ECDC 2016).

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların oluşumunda etkili risk faktörleri, ileri yaş (> 65 yıl ve < 1 yıl), acil birime ve YBÜ'ne giriş, hastanede yedi günden daha uzun süreli yatış, santral venöz kateter, internal üretral kateter, entübasyon, cerrahi girişim, immünoşüpresyon, nötropeni, akut hastalık ve işlev kaybı, hijyen eksikliği, malnütrisyon, parenteral beslenme, iki veya daha fazla kronik hastalık, düşük sosyo-ekonomik düzey, enfeksiyon kontrol önlemlerinin yetersizliği, sağlık çalışanlarının nitelik ve nicelik olarak yetersizliği, ekipman/malzeme yetersizliği olarak belirtilmiştir (WHO 2011). SHİE'lerin yarısından fazlasında etken ilaç dirençli mikroorganizmalar olmasına rağmen, süreyans çalışmaları, sağlık çalışanlarında ve kurum yöneticilerinde farkındalık oluşturulması, etkili enfeksiyon kontrol ve önleme stratejileri ile bu enfeksiyonların %30'dan fazlasının önlenilebileceği bildirilmiştir (ECDC 2016; WHO 2019). Gupta ve ark. (2018), el hijyeninin sağlanması, kişisel koruyucu ekipmanların kullanılması ve akılcı antibiyotik kullanımı sonrası SHİE'lerin %28 oranında azaldığını belirlemiştir. Benzer bir çalışmada, etkin el hijyeninin sağlanması ile SHİE oranlarının anlamlı oranda azaldığı (3.3-4.8/1000 yatış günü) saptanmıştır (Kirkland ve ark. 2019). Le ve ark. (2019), el hijyenine uyum oranının hekimlere göre hemşirelerde daha yüksek olduğunu (sırasıyla %15; %39), el hijyenine uyumu etkileyen faktörlerin hasta sayısının fazla olması, personel eksikliği, el dezenfektanlarının alerjik reaksiyonlara

neden olması ve farkındalık eksikliği olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, kliniklere göre YBÜ’nde el hijyenine uyumun daha yüksek olduğu da (sırasıyla; %16; %40) ortaya konmuştur (Le ve ark. 2019).

2.3.5. Yetersiz İzlemden, Yanlış veya Uygun Olmayan Malzeme Kullanımından Kaynaklanan Hatalar

Tıbbi hatalara ilişkin davaların en sık rastlanılan nedenlerinden biri hastanın yetersiz izlemidir. Yetersiz izlemden kaynaklanan hataları önlemek için, izlem sıklığı açık ve net olarak belirtilmeli; hasta, genel durumunun gerektirdiği şekilde ve istenilenlere dikkat edilerek izlenmeli, izlem bulguları kaydedilmelidir (Mete ve Ulusoy 2006; De Meester ve ark. 2013; Gao ve ark. 2019.) Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların %93’ünün bakımlarında bir şeylerin yanlış olduğuna inandıkları, bunların %28’inin tanı veya tedavilerinde gecikme olduğunu düşündükleri, %47’sinin bilgi alış-verişini olumsuz etkileyen iletişim sorunları yaşadıkları ve %24’ünün ise hem tıbbi bakım hem de iletişim ile ilgili sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (Mazor ve ark. 2012).

Sağlık hizmet sunumunda kullanılan malzemelerin alanında uzman kişiler tarafından kullanılmaması veya amacı dışında kullanılması, malzemelerin yanlış kullanılmasına neden olarak tıbbi hata riskini artırmaktadır (Aştı ve Acaroğlu 2000; Kahrıman ve Öztürk 2016). Hemşirelerin yaptığı malzeme hatalarının, aleti/cihazı kontrol etmeden kullanma (%19.6) ve koruyucu malzeme kullanmama (%13.7) olduğu belirlenmiştir (Kahrıman ve Öztürk 2016). Zhu ve ark. (2019), cerrahi alet paketlenme hatalarının %1.18 olduğunu, bu hataların paketteki aletlerin eksik olması, pakete arızalı aletin veya yanlış aletin konması, etiketlemenin yanlış yapılması, içindekiler ile kapakta yazılanların uyuşmaması, indikatörün yanlış veya eksik olması olduğunu saptamıştır.

2.3.6. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Etkin ekip içi iletişimin sağlanması hasta güvenliğinde ve tıbbi hataların önlenmesinde önemlidir. Ekip içi iletişimin yetersiz olması, sağlık hizmet kalitesini, hasta güvenliğini ve tıbbi hata oranlarını etkilemektedir. Bu nedenle, hasta bireye 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sunan hemşirelerin hasta ve ekip ile etkili iletişim kurması önemlidir. (Mitchell 2008; Wang ve ark. 2017). Hemşirelerin hem genel

hem de davranışsal iletişim becerisi düzeylerinin hekimlerden daha yüksek olduğu (Karadağ ve ark. 2015), hemşirelerin hekimlere göre iletişimde daha ayrıntılı cümleler kurduğu (De Meester ve ark. 2013) belirlenmiştir. Kahrıman ve Öztürk (2016), hemşireler; hekimler ve diğer sağlık personelinin neden olduğu tıbbi hataların %75.2'sinin iletişim eksikliğinden kaynaklandığını; De Meester ve ark. (2013), ciddi sonuçlara neden olan hataların %65'inin iletişim hataları olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde, kritik hastalara multidisipliner bir yaklaşımla tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulduğu (Despins 2017) YBÜ'lerinde oluşan tıbbi hataların %37'sinin hemşireler ve hekimler arasındaki zayıf iletişimden, acil durumlar sırasında yapılan telefon görüşmelerinden kaynaklandığı belirlenmiştir (Donchin ve ark. 2003). Barsbay ve ark. (2018), klinik sorumluları ile iletişimde sorun yaşamayan hekim ve hemşirelerin çoğunluğunun hasta bakımı ile ilgili karşılaştığı sorunları ve hataları bildirmekten kaçınmayacağını ifade ettiklerini belirlemiş ve olumlu iletişim algısının hata bildirimlerinin yapılmasına olanak sağlayarak hasta güvenliğini artıracaklarını belirtmiştir.

2.3.7. Cerrahi Süreç ile İlişkili Hatalar

Cerrahi süreç ile ilişkili hatalar, cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası dönemde oluşmaktadır. Hatanın nerede ve ne zaman oluştuğunu bilmek bu hataları önlemede önemlidir (AHRQ 2017). Croke (2003), cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hatalardan yargılanma oranının diğer birimlere göre yüksek olduğunu (%32), Frank ve Danks (2018), ameliyathane hemşirelerinin tıbbi hatalar ile karşılaşma ve ekip içinde bu hatalara dahil olma riskinin yüksek olduğunu belirlemiştir. Sistemik bir derlemede, cerrahi hastasında olumsuz olayların çoğunluğunun (%39.6) cerrahi girişim sırasında, %15.1'inin ise ilaç uygulamaları sırasında oluştuğu bildirilmiştir (De Vries ve ark. 2008). Cerrahi girişim sırasında yapılan hataların incelendiği bir çalışmada, tekrarlı hastane yatışına, yeni cerrahi girişim uygulanmasına ve enfeksiyon gelişimine neden olan en önemli tıbbi hatanın cerrahi girişim alanında yabancı cisim unutulması olduğu belirlenmiştir (Modrzejewski ve ark. 2018). Ahmadi ve ark. (2019), tıbbi hataların %40.7'sini oluşturan cerrahi hataların; %59.3'ünün cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde oluştuğunu, hastaların %91'inde tedaviyle ilişkili fiziksel hasar, %49.4'ünde ihmal edilebilir geçici hasar, %39.5'inde orta derecede ihmal edilebilir kalıcı hasar,

%11.1'inde ise ağır kalıcı hasar veya yaşam kaybı oluştuğunu belirlemiştir. Aynı çalışmada hastaların %65.4'ünün cerrahi tedavilerinin uygunsuz veya hatalı yapıldığını düşündükleri, bu hataları yanlış taraf cerrahisi yapılması, enfeksiyon bulaştırılması, tedavi zamanlamasının uygun olmaması, bilgilendirilmiş rızanın eksik alınması ve yetersiz bakım olarak belirttikleri saptanmıştır (Ahmadi ve ark. 2019).

Cerrahi bakımın güvenliğini artırmada ve hataları önlemede cerrahi alet hazırlama süreci önemlidir. Bu süreçte yapılan hatalar, cerrahi girişim süresini, cerrahi alan enfeksiyon riskini ve maliyeti artırmaktadır. Cerrahi alet paketleme sürecindeki hata oranının %1.18-1.5 olduğu (Blackmore ve ark. 2013; Zhu ve ark. 2019), yapılan hataların, eksik ve hatalı paketleme, içerikle paket üzerindeki bilgilerin uyuşmaması, malzemeyi yanlış paketleme ve indikatör eksikliği olduğu belirlenmiştir (Zhu ve ark. 2019).

2.4. Tıbbi Hataların Önlenmesi

Sağlık hizmetinde sıfır hata hedeflenmesine rağmen, sistemden, bireylerden ve kurumlardan kaynaklanan eksiklikler hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların oluşmasına neden olmaktadır (İşlek 2009; Karaca ve Arslan 2014; Bagian 2019). Hasta güvenliğinin sağlanmasında tıbbi hataların ve nedenlerinin belirlenmesi, bu hataların oluşumunu önleyici girişimlerin planlanması önemlidir (Filiz ve Bodur 2009; Mitchell 2008; Türk ve ark. 2018).

Tıbbi hataları önlemek için öncelikle bu hatalar ve nedenleri belirlenmeli, etkin ve güvene dayalı bir bildirim sistemi oluşturulmalı, sağlık profesyonellerinin ve yöneticilerin farkındalığı artırılmalıdır (Filiz ve Bodur 2009; Sezgin ve Yıldırım 2007; Dirik ve ark. 2018; İncesu ve ark. 2018; Baggley ve ark. 2019; Gao ve ark. 2019). Cezalandırılma ve işini kaybetme gibi korkular sağlık profesyonellerinin tıbbi hataları bildirmekten kaçınmasına neden olmakta, etkin önleme girişimlerinin planlanmasını engellemektedir (Dirik ve ark. 2018; Robertson ve Long 2018). Retrospektif bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin güvenlik raporlama sistemine bildirim yapmalarını engelleyen korkuların (1) kimliğinin gizli tutulmaması, (2) çalıştığı birimin belli olması, (3) bildirim yaptığı bilgisayarın IP numarasının belirlenmesi, (4) mahkemeye verilme, (5) güven duyulmayan bir çalışan olarak damgalanma, (6) bildirim yaptığı için mobbing yaşama olduğu, belirlenmiştir (İncesu

ve ark. 2018). Karadağ ve ark. (2015), “hata yapan biri cezalandırılmalı mı?” sorusuna hemşirelerin %61.9’unun hayır yanıtını verdiğini belirlemiştir. Evans ve ark. (2006), hemşirelerin tıbbi hata bildirimleri etkileyen faktörlerin, tıbbi hata bildiriminden sonra geri bildirim yapılmaması, tıbbi hata bildirim formunun doldurulmasının zaman alması ve yapılan hatanın önemsiz olduğunun düşünülmesi olduğunu belirlemiştir.

İlaç hatalarının bildirilmesini önleyen nedenlerin, bildirimde kullanılan formların uzun ve zaman alıcı olması, bildirim ek zaman gerektirmesi, sorumlu tutulma, suçlanma ve disiplin cezası alma, iş arkadaşlarının saygısını ve güvenini kaybetme korkusu olduğu belirlenmiştir (Rutledge ve ark. 2018). Dirik ve ark. (2018), hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını belirlediklerini, ancak cezalandırılma korkusu nedeniyle bildirimden kaçındıklarını saptamıştır. Zarea ve ark. (2018), tıbbi hata bildirim sonrası, yasal sürecin başlatılması (%40), hata yaptığının diğer çalışanlar tarafından duyulması (%38.2) ve yöneticiler tarafından suçlanma (%36.9) gibi korkuların hemşirelerin ilaç hatalarını bildirmelerini engellediğini belirlemiştir. Benzer şekilde Dyab ve ark. (2018), ağır iş yükü, zaman eksikliği, yorgunluk, akranların ve ailenin tepkilerinden kaynaklanan utanç ve disiplin cezası korkusunun ilaç hatalarının bildirimini olumsuz etkilediğini saptamıştır. İlaç hatalarını azaltmada bilgisayarlı destekli istem girişinin, barkod destekli yönetimin ve geliştirilmiş ilaç etiketleme prosedürlerinin etkili olacağı belirtilmiştir (Wittich ve ark. 2014). Sistematik bir derlemede, ilaç uygulama hatalarını önlemede eğitim (web tabanlı, simülasyon vb.) ve teknolojik (bilgisayar destekli istem girişi ve kayıt vb.) yöntem ve uygulamaların birlikte kullanılmasının, doğru ilke, politika ve prosedürlerin belirlenmesinin etkili olduğu bildirilmiştir (Bişkin ve Cebeci 2018). Elektronik reçetelemenin kullanılması ile, reçetelemedeki hata oranının %92 azaldığı, uygulama hatalarında ise %17.5’lik önemli bir düşüşün sağlandığı belirlenmiştir (Hernandez ve ark. 2015).

Hasta ve çalışan güvenliği kültürünü sağlamayı amaçlayan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğin 6. maddesinde sağlık kurumlarının yapması gereken düzenlemeler; (a) hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, (b) girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması, (c) iletişim güvenliğinin sağlanması, (ç) ilaç güvenliğinin sağlanması, (d) kan ve kan ürünlerinin

transfüzyon güvenliğinin sağlanması, (e) cerrahi güvenliğin sağlanması, (f) hasta düşmelerinin önlenmesi, (g) radyasyon güvenliğinin sağlanması ve (ğ) engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması, olarak belirlenmiştir (T.C. Resmi Gazete, 6 Nisan 2011, Sayı: 27897). Göktaş ve ark. (2015), hemşirelerin, kan transfüzyonu öncesi kan ürünü ve kimlik doğrulamayı (%92), crossmatch yapıp yapılmadığını kontrol ettikleri (%98), serolojik test sonuçlarını (%97) ve transfüzyon formundaki ürün bilgileri ile ürün etiketindeki bilgilerinin uyumunun kontrolünü (%97) yaptıklarını belirlemiştir. Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO 2019) sağlık kurumlarında güvenli bir ortamı oluşturmak için alınması gereken hasta güvenliği önlemlerini;

- Hasta güvenliği tehlikelerinin ve risklerinin belirlenmesi,
- Hastaların doğru tanımlanması için kimliği en az iki kez doğrulanması,
- İletişimin geliştirilmesi,
- Enfeksiyonların önlenmesi,
- Yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi,
- Tıbbi cihazdaki alarmlarının kullanılması,
- İlaçların doğru ve güvenli bir şekilde uygulanması,
- Tüm ilaçların etiketlenmesi,
- Antikoagülan ve kemoterapötik tedavi uygulanan hastaların daha yakından izlenmesi,
- Tüm tedavi ve bakım girişimlerinden önce ve sonra hijyenik el yıkamanın yapılması, olarak sıralamıştır.

Sağlık hizmet sunumu sırasında oluşan hasta düşmelerini önlemek amacıyla oluşturulan önleme programlarında, düşmelerin nedenlerinin, bireysel ve çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi, bu risk faktörlerini ortadan kaldırmaya/azaltmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi önerilmektedir (Hendrich 2006; Berke ve Aslan 2010; Lelaurin ve Shorr 2019). Düşmeleri önlemede, hastaların görme ve işitme sorunlarının giderilmesi, aydınlatmanın yeterli olması, sık düşen hastalar için kalça kırıklarının önleyici kalça koruyucuların kullanılması, yardımcı araçların (baston, walker vb.) hastanın yakınında olması, zeminlerin kaygan olmaması ve sağlık profesyonellerinin düşmeleri önleme konusunda eğitilmesi gibi önlemlerin etkili olduğu belirlenmiştir. (Berke ve Aslan 2010; Lelaurin ve Shorr 2019).

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonları önlemek amacıyla DSÖ, (1) organizasyonel ve yapısal düzenlemelerin yapılması, kontrol programlarının uygulanması (2) sürveyans çalışmalarının yapılması, sürveyans hedef ve yöntemlerinin belirlenmesi (3) sağlık profesyonellerinin eğitimi (4) bakımın kalitesinin artırılması ve davranış değişikliğinin sağlanması (5) yerel politika ve standartların etkinliğinin artırılması, başlıklarından oluşan multimodel bir strateji önermiştir (WHO 2016).

Cerrahi hastalarının maruz kaldığı cerrahi süreç ile ilişkili hataları önlemek amacıyla güvenli cerrahi kapsamında dört bölümden oluşan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” TR” (GCKL-TR) kullanımı önerilmektedir (Haynes ve ark 2009; Baggley ve ark. 2019). Ameliyathane çalışanların %81.3’ünün GKCL’ni bilmediği, ancak %76’sının kullanmak istediği, hekim, hemşire ve anestezi teknikerlerinden sadece %22.9’nun bir veya iki tıbbi hata bildiriminde bulunduğu saptanmıştır (Karayurt ve ark. 2017). Benzer bir çalışmada, ameliyathane ekibi üyelerinin yaklaşık dörtte üçünün GKCL'nin hasta güvenliğine katkıda bulunduğu inandığı; yarısının kurumlarında doğru bir şekilde uygulandığını düşündükleri belirlenmiştir (Candas ve Gürsoy 2016). Haynes ve ark. (2009), GKCL uygulanmasından sonra mortalite oranının %1.5’den %0.8’e; komplikasyon oranlarının %11’den %7’ye düştüğünü saptamıştır.

2.4. Tıbbi Hatalarda Tutum

Tutum, “bireyin sahip olduğu değerler dizgesine bağlı olarak bir simgeyi, bir nesneyi, bir kişiyi veya dünyayı iyi ya da kötü, yararlı ya da zararlı yönleriyle algıladığı bir ön düşünce biçimi” (İnceoğlu 2010) veya “bir duruma, bir nesneye, bir eyleme karşı olumlu veya olumsuz bir pozisyon alma” (Genç 2015) olarak tanımlanmaktadır. Bireyin bir nesne, durum ya da kişi hakkında zihinsel, duygusal ve davranışsal anlamda ortaya koyduğu duruş onun tutumunu yansıtmaktadır (İnceoğlu 2010; Genç 2015). Tutum, gözlemlenebilir bir davranış değildir; davranışı hazırlayan bir eğilimdir (Genç 2015).

Sağlık profesyonellerinin tıbbi hata tutumlarının hata bildirim oranlarını etkilediği, olumsuz tutumun bildirim oranını azalttığı, olumlu tutumun ise artırdığı belirlenmiştir (Sexton ve ark. 2000; Evans ve ark. 2006; Bodur ve ark. 2012;

Yiğitbaş ve ark. 2016). Yapılan bir çalışmada, tıbbi hata tutumu olumlu olan YBÜ çalışanlarının %94'ünden fazlasının “tedavi ve bakım sürecinde yapılan hatalar, hasta iyileştiği sürece önemli değildir” ifadesine katılmadığı, %90'ının tıbbi hataları belgeleyen gizli bir raporlama sisteminin hasta güvenliği için önemli olduğuna inandıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada, tıbbi hataları tartışmanın önündeki engellerin, kişisel itibarın zarar görmesinden korkma, yanlış uygulama yapılabileceğinin kabul edilmemesi, hasta, aile ve toplumun hata yapılmama beklentisinin yüksek olması olduğu ortaya konmuştur (Sexton ve ark. 2000). Evans ve ark. (2006), hekim ve hemşirelerin çoğunluğunun tıbbi hataları bildirmenin gerekli olduğuna inandıklarını, hekimler ile kıyaslandığında hemşirelerin bildirim yapma oranının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Benzer şekilde Yiğitbaş ve ark. (2016), hemşirelerin %79.8'inin tıbbi hata yaparsa bunu ilgililere bildireceğini, ancak yarısından fazlasının (%55.6) meslektaşlarının tıbbi hata yapması durumunda bildirimde bulunmayacaklarını ifade ettiklerini belirlemiştir. Hemşirelik son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin klinik uygulama sırasında hastaların zarar görmesine neden olan tıbbi hata yaptığı ve bu hataların %71'ini bildirmedikleri, bildirim yapmama nedeninin hatanın hastayı etkilemeden fark edilip düzeltilmesi olduğu saptanmıştır (Bodur ve ark. 2012). Mevcut literatürde yer alan bu sınırlı sayıdaki çalışmalar, sağlık profesyonellerinin tıbbi hata tutumunun sürekli gece mesaisinde çalışma, mesleki deneyim ve çalışılan birim gibi farklı faktörlerden etkilendiğini, tıbbi hataların bildirimini sağlamak ve bu hataları önlemek amacıyla olumlu tutum geliştirmeye yönelik düzenlemeler yapılmasının gerekli olduğunu ortaya koymaktadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte gerçekleştirildi.

3.2.Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri

Araştırma; Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi kliniklerinde [*genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, kalp damar cerrahi, üroloji, kulak burun boğaz (KBB), göz, göğüs cerrahi, beyin cerrahi, plastik cerrahi, kadın doğum*] ve cerrahi YBÜ'lerinde [*beyin cerrahi, genel cerrahi, kalp damar cerrahi, göğüs cerrahi, anestezi ve reanimasyon*] gerçekleştirildi.

1984 yılında kurulmuş olan hastane tek blok ve 400 yataklı olarak hizmete açılmıştır. Şu anda toplam alanı 84.000 m² olup, 12 blok ve 895 fiili yatağa sahip iken hastanenin yenilenen binası 76.000 m² açık, 100.000 m² kapalı alana sahip 6 blok ve 634 yatak kapasitesinden oluşuyor. Eski hastane binasında 4-6 kişilik odalar varken yeni hastanedeki odalar 2 kişiliktir. Cerrahi klinik ve YBÜ'lerinde çalışan hemşireler, 08-16; 16-08 şiftleri şeklinde gece ve gündüz karma olarak çalışmakta olup, haftalık çalışma saatleri 40-48 saat arasında değişmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi kliniklerinde [*genel cerrahi= 24 hemşire; ortopedi ve travmatoloji= 17 hemşire, kalp damar cerrahi=11 hemşire; üroloji=13 hemşire; KBB= 6 hemşire; göz= 6 hemşire; göğüs cerrahi= 5 hemşire; beyin cerrahi= 8 hemşire; plastik cerrahi= 7 hemşire, kadın doğum= 34 hemşire*] ve cerrahi YBÜ'lerinde (*beyin cerrahi= 10 hemşire, genel cerrahi= 10 hemşire, kalp damar cerrahi= 17 hemşire, göğüs cerrahi= 5 hemşire, anestezi ve reanimasyon= 36 hemşire*) çalışan ve meslekte çalışma yılı en az 1 yıl olan 209 hemşire oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma sürecinde evrenin tamamına (209 hemşire) ulaşılması hedeflendiğinden örnekleme yoluna gidilmedi. Araştırma verilerinin toplandığı 15

Temmuz – 10 Kasım 2018 tarihleri arasında doğum sonu izin (11 hemşire) ve askerlik görevi (2 hemşire) nedeniyle kurumda bulunmayan 13 hemşire dışında 196 hemşireye ulaşıldı. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 15 hemşire araştırma dışında bırakılarak araştırma 181 hemşireye ile tamamlandı. Evrenin %86.7'sine ulaşıldı (181/209).

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Hicks ve ark. 2008; Cebeci ve ark. 2012; Dikmen ve ark. 2014; Özyer 2016; Polat Külcü ve Yiğit 2017) oluşturulan; Kişisel Bilgi Formu (Bkz. EK A), Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) (Bkz. EK B) ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ) (Bkz. EK C) kullanıldı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu iki bölümden oluştu:

- Birinci bölümde, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, çalışmakta olduğu klinik ve çalışma süresi, çalışma şekli, aylık nöbet sayısı, fazla mesai durumu ve günlük bakım verilen hasta sayısı gibi hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren kapalı uçlu 14 soru,
- İkinci bölümde ise son bir yıl içinde tıbbi hata yapma durumu ve yapılan tıbbi hatalar, birlikte çalıştığı hekim ve hemşirelerin tıbbi hata yaptığını tanıklık etme durumu, tıbbi hata yapmada etkili faktörler, klinikte kullanılan talimat/prosedürler ve etkinlik durumu, tıbbi hataları önleme önerileri gibi hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin özelliklerini irdeleyen sekiz kapalı uçlu soru yer aldı.

3.5.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Özata ve Altuncan (2010) tarafından geliştirilmiş ve Cronbach Alpha katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte, hemşirelerin günlük hasta bakım faaliyetleri içeren 49 madde ve 5 alt boyut yer almaktadır. Alt boyutları; ilaç ve transfüzyon uygulamaları (18 madde), düşmeler (5 madde), hastane enfeksiyonları (12 madde), hasta izlemi ve malzeme

güvenliği (9 madde), iletişimdir (5 madde). Ölçek, likert tipi 5 kategorilidir (1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman). Değerlendirme, puan ortalamasına göre yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan “5”, en düşük puan ise “1” dir. Puan ortalamasının 5'e yaklaşması tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puan ortalamasının 1'e yaklaşması ise tıbbi hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir (Özata ve Altuncan 2010; Seren İntepeler ve ark. 2014). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alpha katsayısı 0.98 olarak hesaplandı.

3.5.3. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği, Güleç ve Seren İntepeler (2013) tarafından geliştirilmiş ve Cronbach Alfa değeri 0.52 olarak bulunmuştur. Ölçek, 16 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları, tıbbi hata algısı (1 ve 2. maddeler), tıbbi hataya yaklaşım (3, 8, 10, 11, 12, 13, 14. maddeler) ve tıbbi hata nedenleridir (4, 5, 6, 7, 9, 15, 16. maddeler). Ölçek 5'li likert tiptedir (1: hiç katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: kararsızım, 4: katılıyorum, 5: tamamen katılıyorum). Ölçeğin toplam puanı hesaplanırken 10. ve 13. maddeleri ters kodlanarak puanlanmaktadır. Ölçek puanı, madde toplamları ile elde edilen ham puanın ölçek madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmakta ve değerlendirme 1-5 puan aralığında yapılmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alınması tıbbi hata tutumunun olumsuz, 3 ve üzeri puan alınması tıbbi hata tutumunun olumlu olduğunu göstermektedir. Olumsuz tutum; çalışanların, tıbbi hataların ve hata bildirimlerinin önemini farkındalığının düşük olduğu anlamına gelirken, olumlu tutum; çalışanlarda, tıbbi hataların ve hata bildirimlerinin önemini farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tamamı için belirtilen puanlama ve değerlendirme, ölçeğin tüm alt boyutları için de aynı şekilde kabul edilmektedir (Güleç ve Seren İntepeler 2013). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alpha katsayısı 0.76 olarak hesaplandı.

3.6. Ön Uygulama

Kişisel Bilgi Formu'nun anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla, araştırmanın gerçekleştirileceği klinik ve YBÜ'lerinde çalışan 10 hemşireye ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonunda formda değişiklik

yapılmadı. Ön uygulama esnasında veri toplanan hemşireler araştırmanın örnekleme dahil edildi.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri, 15 Temmuz – 10 Kasım 2018 tarihleri arasında Kişisel Bilgi Formu, HTHEÖ ve THTÖ ile toplandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere veri toplama formu verildi. Formdaki ilgili kısımları doldurmaları, ölçeklerde yer alan her maddenin karşısına kendileri için uygun olan seçeneği işaretlemeleri ve forma isim yazmamaları istendi. Doldurulan veri toplama formları araştırmacı tarafından teslim alındı. Formun doldurulma süresi ortalama 20 dakika sürdü.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler

- Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve meslekte çalışma yılı gibi tanıtıcı özellikleri,
- Son bir yıl içinde tıbbi hata yapma durumu ve yapılan tıbbi hatalar, birlikte çalıştığı hekim ve hemşirelerin tıbbi hata yaptığına tanıklık etme durumu, tıbbi hata yapmada etkili faktörler ve önleme önerileri gibi hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin özellikleri,
- Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçek puanı

Bağımlı Değişkenler

- Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçek puanı
- Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçek puanı

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçek puanı, tanıtıcı özellikler ve tıbbi hata ile ilişkili özellikler ile karşılaştırma yapılırken bağımlı değişken; HTHEÖ ile arasındaki ilişki incelenirken bağımsız değişken olarak alındı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanıldı. Kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı

istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değer verildi.

Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Parametrik testlerin ön şartlarından olan varyansların homojenliği Levene testi ile kontrol edildi. Bağımsız değişkenlere göre THTÖ ve HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) ve ileri analizler (Tukey HSD test) kullanıldı. Önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Tıbbi hatalarda tutum ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelendi. Korelasyondaki r değeri < 0.20 ise çok zayıf ilişki, $0.20-0.39$ arasında zayıf ilişki, $0.40-0.59$ arasında orta düzey, $0.60-0.79$ arasında yüksek düzey ve $0.80-1.00$ arasında çok yüksek düzeyde ilişki olarak değerlendirildi (Evans 1996)

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 04/07/2018 tarihli ve 14567952-050/1576 sayılı etik kurul izni alındı (Bkz. EK D). Araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden 16.07.2018 tarihli 12866609-300-E.46663 sayılı anket çalışma izni alındı (Bkz. EK E). Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'nin araştırmada kullanımı için Prof. Dr. Musa Özata' dan ve Handan Altuncan'dan izin alındı (Bkz. EK F). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin araştırmada kullanımı için Dilek Güleç ve Prof. Dr. Şeyda Seren-İntepeler'den izin alındı (Bkz. EK G). Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler araştırma hakkında bilgilendirildi, "Gönüllülerin Bilgilendirilmesi ve Rızası'nın Alınması Olur Formu" (EK H) imzalatıldı.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın veri toplama sürecinde, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi yeni binasına taşındı. Taşınma sürecinin neden olduğu

yoğunluk ve karmaşa nedeniyle hemşirelerden bazılarının araştırmaya katılmak istememesi örneklem kaybına neden oldu. Tıbbi hata oranlarına, türlerine ve nedenlerine ilişkin hastane kayıtları olmadığından bu veriler hemşirelerin veri toplama formuna yazdığı bilgilerden elde edilmiştir.



4. BULGULAR

Cerrahi kliniklerinde ve cerrahi YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata tutum ve eğilimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular, üç bölümde sunuldu:

Birinci bölümde;

- Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ve tıbbi hataya ilişkin özelliklerine (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3),

İkinci bölümde;

- Hemşirelerin tıbbi hata tutumlarına ve etkileyen faktörlere (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6),

Üçüncü bölümde;

- Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine ve etkileyen faktörlere (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10) ilişkin bulgulara yer verildi.

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Tıbbi Hataya İlişkin Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=181)

Özellikler	n	%
Yaş (\bar{X} : 29.38± 5.61 yıl; Min-Max: 19-50 yıl)		
19- 35 yıl	153	84.5
36-50 yıl	28	15.5
Cinsiyet		
Erkek	41	22.7
Kadın	140	77.3
Medeni durum		
Evlü	120	66.3
Bekâr	61	33.7
Eğitim durumu		
Lise	40	22.1
Lisans	119	65.7
Lisansüstü	22	12.2
Meslekte çalışma yılı (\bar{X} : 7.78± 5.76 yıl; Min-Max: 1-25 yıl)		
≤ 7 yıl	96	53.0
> 7 yıl	85	47.0
Şu an çalıştığı ünite		
Klinik	115	63.5
Yoğun bakım	66	36.5
Şu an çalıştığı birim		
Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım	31	17.1
Genel Cerrahi Kliniği	24	13.3
Kadın Doğum ve Hastalıkları Kliniği	24	13.3
Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım	16	8.8
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	16	8.8
Üroloji Kliniği	11	6.1
Kalp Damar Cerrahi Kliniği	10	5.5
Genel Cerrahi Yoğun Bakım	8	4.4
Beyin Cerrahi Kliniği	7	3.9
Beyin Cerrahi Yoğun Bakım	6	3.3
Kulak Burun Boğaz Kliniği	6	3.3
Göz Kliniği	6	3.3
Plastik Cerrahi Kliniği	6	3.3
Göğüs Cerrahi Yoğun Bakım	5	2.8
Göğüs Cerrahi Kliniği	5	2.8
Şu an çalışmakta olduğu birimde çalışma yılı (\bar{X} : 4.13± 3.76 yıl; Min-Max: 1-22 yıl)		
≤ 4 yıl	113	62.4
> 4 yıl	68	37.6
Şu an çalışmakta olduğu birimde isteyerek çalışma		
Evet	158	87.3
Hayır	23	12.7
Çalışma şekli		
Sürekli gündüz	50	27.6
Gündüz ve gece	131	72.4
Aylık nöbet sayısı		
Nöbet tutmuyor	40	22.1
≤ 7 nöbet	57	31.5
> 7 nöbet	84	46.4
Aylık fazla mesai durumu		
Fazla mesai yok	68	37.6
Fazla mesai var	113	62.4
Günlük bakım verilen hasta sayısı (\bar{X} : 11.81± 9.39 hasta; Min-Max: 1-43 hasta)		
≤ 16	135	74.6
> 16	46	25.4
Mesleğinden memnun olma durumu		
Memnun	135	74.6
Memnun değil	46	25.4

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 29.38 yıl (SS: 5.61 yıl) olup, %84.5’inin yaşı 19-35 yıl aralığındadır, %77.3’ü kadındır ve %66.3’ü evlidir. %65.7’si lisans mezunudur ve yarısından fazlasının (%53) meslekte çalışma yılı yedi yıl ve daha azdır. Çoğunluğu (%63.5) kliniklerde çalışmaktadır ve %62.4’ünün şu an çalışmakta olduğu birimde çalışma yılı dört yıl ve daha azdır. Hemşirelerin %87.3’ü bulunduğu klinikte isteyerek çalıştığını ifade etti. Hemşirelerin çoğunluğu (%72.4) gece ve gündüz shiftlerinde karma olarak çalışmakta, %46.4’ü ayda yediden fazla nöbet tutmakta ve %62.4’ü fazla mesai çalışmaktadır. Hemşirelerin %74.6’sı günde 16 ve daha az sayıda hastaya bakım vermekte olup, %74.6’sı mesleğinden memnun olduğunu belirtti.

Tablo 4.2. Tıbbi hataya ilişkin özellikler

Özellikler	n	%
Son bir yıl içinde tıbbi hata yapma durumu (n=181)		
Evet	25	13.8
Hayır	156	86.2
Son bir yıl içinde yapılan tıbbi hatalar (n=25)		
Yanlış ilacı uygulama	9	36.0
Yanlış dozda ilaç uygulama	9	36.0
Yanlış bilgilendirme	7	28.0
Hekimlerin tıbbi hata yaptığına tanıklık etme (n=181)		
Evet	47	26.0
Hayır	134	74.0
Hemşirelerin tıbbi hata yaptığına tanıklık etme (n=181)		
Evet	84	46.4
Hayır	97	53.6
Tıbbi hata yapmada etkili faktörler* (n=181)		
Bakım verilen hasta sayısının fazla olması	122	67.4
Uzun çalışma saatleri	120	66.3
Yorgunluk	119	65.7
Dikkat eksikliği	89	49.2
Tükenmişlik	79	43.6
Gece nöbetleri	75	41.4
Tecrübesizlik	72	39.7
Mesleki bilgi eksikliği	62	34.2
Hekim istemlerinin anlaşılması	59	32.5
İletişim eksikliği	56	30.9
Görev, yetki ve sorumluluk dışı işler yapılması	55	30.3
Hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması	29	16.0
Oryantasyon eğitimlerinin yetersiz olması	23	12.7
Tıbbi hataları önlemeye ilişkin öneriler* (n=57)		
Hasta sayısının azaltılması	22	38.6
Mesai saatlerinin azaltılması	22	38.6
Hemşire sayısının artırılması	18	31.6
Hizmet içi eğitim verilmesi	16	28.1

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin özellikleri Tablo 4.2’de yer almaktadır. Hemşirelerin %13.8’inin son bir yıl içinde tıbbi hata yaptığı, yapılan tıbbi hataların yanlış ilacı uygulama, yanlış dozda ilaç uygulama ve yanlış bilgilendirme (sırasıyla %36; %36; %28) olduğu belirlendi. Hemşirelerin %46.4’ü birlikte çalıştıkları hemşirelerin, %26’sı ise birlikte çalıştıkları hekimlerin tıbbi hata yaptığına tanıklık ettiklerini ifade etti. Hemşireler tıbbi hata yapmada etkili en önemli ilk üç faktörün sırasıyla “bakım verilen hasta sayısının fazla olması (%67.4)”, “uzun çalışma saatleri (%66.3)” ve “yorgunluk (%65.7)” olduğunu; en az etkili ilk üç faktörün ise sırasıyla “oryantasyon eğitimlerinin yetersiz olması (%12.7)”, “hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması (%16.0)”, “görev, yetki ve sorumluluk dışı işler yapılması (%30.3)” olduğunu belirtti. Hemşirelerin %38.6’sı hasta sayısının ve mesai saatlerinin azaltılmasının, %31.6’sı hemşire sayısının artırılmasının ve %28.1’i hizmet içi eğitim verilmesinin tıbbi hataları önlemede etkili olacağını ifade etti.

Tablo 4.3. Talimat ve prosedürlere ilişkin özellikler (n=181)

Klinikte kullanılan talimatlar*	n	%
Damar yolu açma talimatı	142	78.4
Ağrı değerlendirme ve takip talimatı	117	64.7
Kan yolu ile bulaşan enfeksiyonlardan korunma talimatı	116	64.2
Glukometre kullanım talimatı	115	63.5
İntramüsküler enjeksiyon uygulama talimatı	108	59.6
Vücut hijyen bakım talimatı	107	59.1
Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik prosedür	104	57.6
Nütrisyon desteği talimatı	91	50.3
Transfüzyon hizmetlerine yönelik süreçler ve süreçlere yönelik kurallar	90	50.0
Talimat ve prosedürlerin tıbbi hataları önlemedeki etkinlik durumu		
Etkindir	138	76.2
Etkin değildir	43	23.8

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.3’de talimat ve prosedürlere ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hemşirelerin %78.4’ü çalıştığı birimde “damar yolu açma”, %64.7’si “ağrı değerlendirme ve takip”, %64.2’si “kan yolu ile bulaşan enfeksiyonlardan korunma” ve %63.5’i “glukometre kullanım” talimatının olduğunu belirtti. Çoğunluğu (%76.2) talimatlar ve prosedürlerin tıbbi hataları önlemede etkili olduğunu düşündüklerini ifade etti.

4.2. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumlarına ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puan ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Min-Maks.	$\bar{x} \pm SS$
Tıbbi Hata Algısı*		
Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	1-5	2.31±0.90
Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	1-5	3.88±0.90
Tıbbi Hata Algısı alt boyut toplam puanı		
Tıbbi Hataya Yaklaşım*		
Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	1-5	4.10±0.93
Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	1-5	4.04±0.90
Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	1-5	3.66±1.08
Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	1-5	4.04±0.97
Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	1-5	4.14±0.80
Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	1-5	2.97±1.16
Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	1-5	2.94±0.91
Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyut toplam puanı		
Tıbbi Hata Nedenleri*		
Tıbbi hatalar hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	1-5	3.46±0.93
Tıbbi hatalar sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	1-5	3.50±0.89
Tıbbi hatalar hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	1-5	3.54±0.89
Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	1-5	4.29±0.87
Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	1-5	4.24±0.95
Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	1-5	3.83±0.94
Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	1-5	4.19±0.78
Tıbbi Hata Nedenleri alt boyut toplam puanı		
TÜM ÖLÇEK TOPLAM PUANI		
3.70±0.09		

* Puan aralığı: 1-5

Hemşirelerin THTÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.4'de sunuldu. THTÖ toplam puan ortalamasına (\bar{x} :3.70±0.09) göre hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu saptandı. THTÖ alt boyutlarından alınan en düşük puanın “Tıbbi Hata Algısı (\bar{x} :3.10±0.00)” boyutunda, en yüksek puanın ise “tıbbi hata nedenleri (\bar{x} :3.86±0.06)” boyutunda olduğu ve tüm boyutlarda hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu belirlendi.

Hemşirelerin puan ortalamalarının en yüksek olduğu ilk üç ölçek maddesinin “tıbbi hata nedenleri” alt boyutunda yer alan;

- “bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır (\bar{x} : 4.29±0.87)”,
- “günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır (\bar{x} : 4.24±0.95)”
- “tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır (\bar{x} : 4.14±0.80)”, maddeleri olduğu saptandı.

Hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumsuz olduğu ilk üç ölçek maddesinin ise sırasıyla “tıbbi hata algısı” ve “tıbbi hataya yaklaşım” alt boyutlarında yer alan,

- “tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur (\bar{x} : 2.31±0.90)”,
- “eğer tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur (\bar{x} : 2.97±1.16)”,
- “yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır (\bar{x} : 2.94±0.91)”, maddeleri olduğu belirlendi.

Tablo 4.5. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puan ortalamalarına etkisi

Tanıtıcı Özellikler	n	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları			
		Tıbbi Hata Algısı	Tıbbi Hataya Yaklaşım	Tıbbi Hata Nedenleri	Toplam
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş					
≤ 35 yıl	153	3.09±0.68	3.68±0.48	3.86±0.57	3.68±0.43
> 35 yıl	28	3.11±0.79	3.83±0.47	3.90±0.54	3.77±0.41
t / p		-0.086 / 0.931	-1.585 / 0.115	-0.352 / 0.725	-0.991 / 0.323
Cinsiyet					
Erkek	41	3.23±0.70	3.62±0.55	3.98±0.60	3.73±0.46
Kadın	140	3.06±0.69	3.72±0.46	3.83±0.55	3.69±0.42
t / p		1.417 / 0.158	-1.214 / 0.226	1.546 / 0.124	0.576 / 0.565
Medeni durum					
Evlü	120	3.05±0.72	3.68±0.48	3.85±0.51	3.67±0.41
Bekâr	61	3.20±0.63	3.74±0.49	3.89±0.66	3.74±0.47
t / p		-1.383 / 0.168	-0.798 / 0.426	-0.490 / 0.625	-0.951 / 0.343
Eğitim durumu					
Lise	40	3.28±0.76	3.62±0.43	3.81±0.46	3.66±0.34
Lisans ve üstü	141	3.05±0.67	3.72±0.49	3.88±0.59	3.71±0.45
t / p		1.850 / 0.066	-1.122 / 0.263	-0.625 / 0.533	-0.534 / 0.594
Meslekte çalışma yılı					
≤ 7 yıl	96	3.19±0.60	3.68±0.47	3.88±0.55	3.70±0.40
> 7 yıl	85	2.99±0.78	3.72±0.49	3.86±0.59	3.69±0.46
t / p		1.990 / 0.048	-0.507 / 0.613	0.104 / 0.917	0.211 / 0.833
Şu an çalışmakta olduğu birim					
Yoğun bakım	66	3.26±0.62	3.69±0.53	3.89±0.59	3.72±0.44
Klinik	115	3.00±0.72	3.71±0.45	3.85±0.55	3.68±0.42
t / p		2.389 / 0.018	-0.249 / 0.803	0.472 / 0.637	0.625 / 0.532
Şu an çalışmakta olduğu birimde çalışma yılı					
≤ 4 yıl	113	3.06±0.64	3.72±0.51	3.85±0.57	3.70±0.43
> 4 yıl	68	3.15±0.78	3.66±0.43	3.88±0.56	3.69±0.43
t / p		-0.866 / 0.388	0.879 / 0.381	-0.388 / 0.698	0.031 / 0.975
Şu an çalışmakta olduğu birimde isteyerek çalışma					
Evet	158	3.08±0.67	3.72±0.47	3.85±0.56	3.70±0.42
Hayır	23	3.20±0.84	3.57±0.51	3.93±0.62	3.68±0.50
t / p		-0.730 / 0.467	1.447 / 0.150	-0.564 / 0.573	0.232 / 0.816

t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.5. Devam. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puan ortalamalarına etkisi

Tanıtıcı Özellikler	n	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları			
		Tıbbi Hata Algısı	Tıbbi Hataya Yaklaşım	Tıbbi Hata Nedenleri	Toplam
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Çalışma şekli					
Sürekli gündüz	50	2.97±0.79	3.72±0.50	3.80±0.61	3.66±0.46
Gündüz ve gece	131	3.15±0.65	3.69±0.47	3.89±0.55	3.71±0.42
t / p		-1.520 / 0.130	0.394 / 0.694	-0.894 / 0.373	-0.626 / 0.532
Aylık nöbet sayısı					
Nöbet tutmuyor ^a	40	2.95±0.81	3.69±0.52	3.79±0.62	3.64±0.48
≤ 7 nöbet ^b	57	2.98±0.63	3.74±0.46	3.84±0.55	3.69±0.43
> 7 nöbet ^c	84	3.24±0.66	3.68±0.48	3.91±0.55	3.73±0.40
F/p		3.649 / 0.028	0.316 / 0.729	0.747 / 0.475	0.583 / 0.559
a,b<c					
Aylık fazla mesai durumu					
Fazla mesai yok	68	3.06±0.78	3.72±0.51	3.87±0.49	3.70±0.41
Fazla mesai var	113	3.12±0.64	3.69±0.46	3.86±0.60	3.69±0.44
t / p		-0.567 / 0.571	0.400 / 0.690	0.194 / 0.846	0.192 / 0.848
Günlük bakım verilen hasta sayısı					
≤ 16	135	3.12±0.69	3.71±0.49	3.89±0.54	3.71±0.42
> 16	46	3.03±0.71	3.68±0.44	3.80±0.64	3.65±0.46
t / p		0.723 / 0.471	0.377 / 0.707	0.954 / 0.341	0.878 / 0.381
Mesleğinden memnun olma durumu					
Memnun	135	3.05±0.72	3.72±0.49	3.83±0.61	3.69±0.46
Memnun değil	46	3.23±0.61	3.63±0.45	3.96±0.39	3.72±0.33
t / p		-1.491 / 0.138	1.141 / 0.255	-1.344 / 0.181	-0.512 / 0.609
Talimat ve prosedürlerin tıbbi hataları önlemedeki etkinlik durumu					
Etkindir	138	3.05±0.69	3.68±0.48	3.81±0.60	3.66±0.44
Etkin değildir	43	3.23±0.70	3.75±0.49	4.02±0.40	3.80±0.36
t / p		-1.472 / 0.143	-0.794 / 0.428	-2.152 / 0.033	-1.922 / 0.056

t: Bağımsız gruplarda t testi

F: Tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA)

Tablo 4.5’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin THTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, şu an bulunduğu birimde çalışma yılı ve isteyerek çalışma durumu, çalışma şekli, aylık fazla mesai durumu, günlük bakım verilen hasta sayısı ve mesleğinden memnun olma durumunun THTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilemediği saptandı.

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 35 yaş üzeri hemşirelerin, bekâr olanların, günlük 16 ve daha az sayıda hastaya bakım verenlerin THTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Ek olarak, kadınların, lisans ve üstü eğitimi olanların, bulunduğu birimde dört yıl ve daha az süre çalışanların ve bu birimde çalışmaya istekli olmayanların, fazla mesaisi olmayanların, “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu, ancak bu düşüklüğün anlamlı olmadığı saptandı (p>0.05). Ayrıca, sürekli gündüz

çalışanların (\bar{x} : 2.97±0.79), “tıbbi hata algısı” tutumunun olumsuz olduğu belirlendi.

Meslekte çalışma yılı yedi yıl ve daha az olan hemşirelerin “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalamasının (\bar{x} : 3.19±0.60), çalışma yılı yedi yıldan fazla olanlara (\bar{x} : 2.99±0.78) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve çalışma yılındaki artışın “tıbbi hata algısı” tutumunu olumsuz etkilediği belirlendi ($p<0.05$). Yoğun bakım hemşireleri ile kıyaslandığında, klinikte çalışan hemşirelerin “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu (sırasıyla \bar{x} : 3.26±0.62; \bar{x} : 3.00±0.72) saptandı ($p<0.05$).

Nöbet tutmayan (\bar{x} : 2.95±0.81) ve ayda yedi ve daha az nöbet tutan hemşirelere (\bar{x} : 2.98±0.63) göre ayda yediden daha fazla nöbet tutan hemşirelerin “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalamasının (\bar{x} : 3.24±0.66) anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve fazla nöbet tutmanın “tıbbi hata algısı” tutumunu olumlu etkilediği saptandı ($p<0.05$). Talimat ve prosedürlerin tıbbi hataları önlemede etkin olmadığını belirten hemşirelerin “tıbbi hata nedenleri” alt boyut puan ortalamasının (\bar{x} : 4.02±0.40), etkin olduğunu belirtenlere göre (\bar{x} : 3.81±0.60) anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Tıbbi hataya ilişkin özellikler ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tıbbi Hataya İlişkin Özellikler	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları				Toplam
	Tıbbi Hata Algısı	Tıbbi Hataya Yaklaşım	Tıbbi Hata Nedenleri		
	n	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Son bir yıl içinde tıbbi hata yapma durumu (n=181)					
Evet	25	3.08±0.67	3.62±0.46	3.86±0.60	3.66±0.39
Hayır	156	3.10±0.70	3.71±0.48	3.86±0.56	3.70±0.44
t / p		-0.129 / 0.898	-0.931 / 0.353	-0.006 / 0.995	-0.483 / 0.629
Son bir yıl içinde yapılan tıbbi hatalar (n=25)					
Yanlış ilacı uygulama	9	3.06±0.95	3.83±0.47	4.11±0.37	3.85±0.29
Yanlış dozda ilaç uygulama	9	3.00±0.50	3.52±0.33	3.70±0.88	3.53±0.51
Yanlış bilgilendirme	7	3.21±0.49	3.47±0.55	3.76±0.27	3.56±0.26
F / p		0.195 / 0.824	1.544 / 0.236	1.241 / 0.309	1.887 / 0.175
Hekimlerin tıbbi hata yaptığna tanıklık etme (n=181)					
Evet	47	3.17±0.72	3.62±0.46	3.87±0.42	3.67±0.35
Hayır	134	3.07±0.69	3.73±0.49	3.86±0.61	3.70±0.45
t / p		0.842 / 0.401	-1.281 / 0.202	0.040 / 0.968	-0.430 / 0.667
Hemşirelerin tıbbi hata yaptığna tanıklık etme (n=181)					
Evet	84	3.13±0.66	3.68±0.45	3.88±0.42	3.70±0.34
Hayır	97	3.07±0.73	3.72±0.50	3.85±0.66	3.69±0.49
t / p		0.509 / 0.612	-0.560 / 0.576	0.426 / 0.671	0.073 / 0.942

t: Bağımsız gruplarda t testi

F: Tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA)

Tablo 4.6’da tıbbi hataya ilişkin özelliklerin THTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin özellikleri ile THTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, son bir yıl içinde yanlış ilacı uyguladığını belirten hemşirelerin THTÖ toplam puan ortalaması ile “tıbbi hataya yaklaşım” ve “tıbbi hata nedenleri” alt boyut puan ortalamalarının, yanlış bilgilendirme yaptığını ve yanlış dozda ilaç uyguladığını bildirenlerden daha yüksek olduğu belirlendi. Ek olarak, son bir yıl içinde tıbbi hata yapmadığını, hekimlerin ve hemşirelerin tıbbi hata yaptığını tanıklık etmediğini belirten hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” alt boyut puan ortalamalarında anlamlı olmayan bir yüksekliğin olduğu saptandı.

4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerine ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puan ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Min-Maks.	$\bar{X} \pm SS$
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları*		
IV. IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.	1-5	4.80±0.61
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.	1-5	4.81±0.57
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.	1-5	4.84±0.50
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.	1-5	4.82±0.52
İlaç doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.	2-5	4.84±0.47
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.	2-5	4.76±0.60
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.	2-5	4.77±0.54
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.	2-5	4.75±0.59
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.	1-5	4.80±0.55
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.	1-5	4.68±0.65
İlacın hazırlanması ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.	1-5	4.70±0.58
Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.	2-5	4.77±0.49
Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim.	2-5	4.62±0.63
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.	2-5	4.55±0.66
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.	3-5	4.52±0.58
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.	2-5	4.46±0.78
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.	1-5	4.39±0.78
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.	2-5	4.41±0.81
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut toplam puanı		4.68±0.10
Düşmeler*		
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.	1-5	4.39±0.81
Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım.	1-5	4.42±0.83
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.	2-5	4.37±0.78
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.	2-5	4.60±0.64
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.	2-5	4.60±0.67
Düşmeler alt boyut toplam puanı		4.48±0.08

* Puan aralığı: 1-5

Tablo 4.7. Devam. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastane Enfeksiyonları*	Min-Maks.	$\bar{x} \pm SS$
İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim.	2-5	4.66±0.58
Hastaya uygulanan invaziv girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.	2-5	4.69±0.60
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.	3-5	4.70±0.56
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.	2-5	4.55±0.68
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.	2-5	4.59±0.61
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim.	2-5	4.63±0.61
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.	2-5	4.71±0.56
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.	2-5	4.50±0.70
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.	1-5	4.61±0.66
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.	1-5	4.52±0.77
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.	1-5	4.61±0.70
Serum şişeleri ve setlerini 24 saat' de bir değiştiririm.	2-5	4.57±0.73
Hastane Enfeksiyonları alt boyut toplam puanı		4.61±0.07
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği*		
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim.	1-5	4.56±0.77
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.	1-5	4.65±0.66
Hasta izleme sıklığımı doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.	1-5	4.64±0.67
Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.	1-5	4.58±0.72
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım.	1-5	4.50±0.74
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.	1-5	4.55±0.74
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	2-5	4.28±0.90
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.	1-5	4.15±0.99
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.	1-5	4.07±1.12
Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyut toplam puanı		4.44±0.16
İletişim*		
Açık olmayan sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım.	2-5	4.60±0.69
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim.	2-5	4.66±0.61
Serviste çift order <i>doktor istemi+hemşire gözlem formu</i> kontrolü uygulamasına dikkat ederim.	2-5	4.51±0.67
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim.	1-5	4.45±0.83
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri hastayla beraber yatak başında teslim ederim.	1-5	4.72±0.62
İletişim alt boyut toplam puanı		4.59±0.09
TÜM ÖLÇEK TOPLAM PUANI		4.59±0.13

* Puan aralığı: 1-5

Tablo 4.7'de HTHEÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Toplam puan ortalamasına (\bar{x} : 4.59±0.13) ve alt boyut puan ortalamalarına göre hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu saptandı. Ölçek alt boyutlarından en yüksek puanın “ilaç ve transfüzyon uygulamaları (\bar{x} : 4.68±0.10)” alt boyutundan, en düşük

puanın ise “hasta izlemi ve malzeme güvenliği (\bar{x} : 4.44±0.16)” alt boyutundan alındığı belirlendi.

Hemşirelerin puan ortalamalarının en yüksek olduğu ilk üç ölçek maddesinin “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” alt boyutunda yer alan;

- “mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim (\bar{x} : 4.84±0.50)”,
- “ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum (\bar{x} : 4.84±0.47)”,
- “hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim (\bar{x} : 4.82±0.52)”, maddeleri olduğu saptandı.

Hemşirelerin puan ortalamalarının en düşük olduğu ilk üç ölçek maddesinin ise “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” alt boyutunda yer alan;

- “serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim (\bar{x} : 4.07±1.12)”,
- “serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım (\bar{x} : 4.15±0.99)”
- “tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim (\bar{x} : 4.28±0.90)”, maddeleri olduğu belirlendi.

Tablo 4.8. Tanıtıcı özellikler ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları						
	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	Toplam	
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş							
≤ 35 yıl	153	4.66±0.48	4.58±0.51	4.41±0.62	4.43±0.62	4.56±0.59	4.56±0.48
> 35 yıl	28	4.81±0.32	4.76±0.36	4.63±0.39	4.71±0.37	4.78±0.32	4.75±0.32
t / p		-1.556 / 0.122	-1.751 / 0.082	-1.846 / 0.067	-3.280 / 0.002	-2.865 / 0.006	-2.003 / 0.047
Cinsiyet							
Erkek	41	4.70±0.58	4.63±0.59	4.44±0.69	4.53±0.66	4.60±0.60	4.61±0.57
Kadın	140	4.68±0.42	4.61±0.47	4.44±0.57	4.46±0.58	4.59±0.55	4.59±0.43
t / p		0.336 / 0.737	0.237 / 0.813	-0.036 / 0.971	0.688 / 0.492	0.051 / 0.959	0.272 / 0.786
Medeni durum							
Evli	120	4.70±0.45	4.63±0.49	4.47±0.57	4.43±0.64	4.60±0.54	4.61±0.46
Bekâr	61	4.64±0.48	4.57±0.51	4.38±0.64	4.56±0.51	4.57±0.60	4.56±0.47
t / p		0.891 / 0.374	0.736 / 0.463	0.932 / 0.353	-1.322 / 0.188	0.410 / 0.682	0.611 / 0.542
Eğitim durumu							
Lise	40	4.67±0.61	4.58±0.66	4.47±0.78	4.55±0.58	4.57±0.75	4.59±0.63
Lisans ve üstü	141	4.69±0.41	4.62±0.44	4.43±0.53	4.46±0.60	4.60±0.49	4.59±0.41
t / p		-0.174 / 0.862	-0.356 / 0.723	0.269 / 0.789	0.837 / 0.404	-0.215 / 0.830	-0.032 / 0.975
Meslekte çalışma yılı							
≤ 7 yıl	96	4.64±0.49	4.58±0.53	4.40±0.61	4.45±0.59	4.57±0.60	4.55±0.49
> 7 yıl	85	4.73±0.42	4.65±0.45	4.49±0.58	4.50±0.61	4.61±0.51	4.63±0.44
t / p		-1.420 / 0.157	-0.897 / 0.371	-1.001 / 0.318	-0.550 / 0.583	-0.465 / 0.642	-1.114 / 0.267
Şu an çalıştığı birim							
Yoğun bakım	66	4.65±0.55	4.62±0.50	4.41±0.64	4.55±0.57	4.58±0.56	4.58±0.50
Klinik	115	4.70±0.40	4.61±0.49	4.46±0.56	4.43±0.61	4.59±0.56	4.60±0.45
t / p		-0.639 / 0.524	0.114 / 0.910	-0.535 / 0.593	1.200 / 0.232	-0.115 / 0.909	-0.184 / 0.854
Şu an çalışmakta olduğu birimde çalışma yılı							
≤ 4 yıl	113	4.69±0.39	4.65±0.45	4.49±0.53	4.53±0.53	4.64±0.50	4.62±0.40
> 4 yıl	68	4.67±0.55	4.54±0.56	4.36±0.68	4.39±0.70	4.51±0.64	4.50±0.56
t / p		0.371 / 0.711	1.435 / 0.153	1.393 / 0.165	1.440 / 0.152	1.480 / 0.141	1.353 / 0.179
Şu an çalışmakta olduğu birimde isteyerek çalışma							
Evet	158	4.73±0.39	4.64±0.46	4.49±0.51	4.49±0.60	4.64±0.48	4.63±0.40
Hayır	23	4.35±0.70	4.40±0.69	4.14±0.96	4.38±0.57	4.27±0.88	4.32±0.72
t / p		2.592 / 0.016	1.656 / 0.110	1.702 / 0.102	0.794 / 0.428	1.975 / 0.060	2.056 / 0.051

t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.8. Devam. Tanıtıcı özellikler ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları						
		İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	Toplam
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Çalışma şekli							
Sürekli gündüz	50	4.73±0.35	4.66±0.47	4.57±0.50	4.56±0.50	4.64±0.46	4.66±0.39
Gündüz ve gece	131	4.66±0.50	4.59±0.51	4.39±0.62	4.44±0.63	4.57±0.59	4.57±0.49
t / p		0.889 / 0.375	0.778 / 0.438	1.757 / 0.081	1.364 / 0.175	0.725 / 0.469	1.189 / 0.236
Aylık nöbet sayısı							
Nöbet tutmuyor ^a	40	4.67±0.37	4.59±0.51	4.49±0.54	4.51±0.54	4.55±0.52	4.59±0.43
≤ 7 nöbet ^b	57	4.62±0.46	4.54±0.51	4.33±0.56	4.26±0.62	4.48±0.59	4.50±0.45
> 7 nöbet ^c	84	4.73±0.50	4.67±0.48	4.50±0.63	4.61±0.57	4.69±0.54	4.66±0.48
F / p		0.984 / 0.376	1.320 / 0.270	1.458 / 0.236	6.131 / 0.003	2.694 / 0.070	2.054 / 0.131
b<c							
Aylık fazla mesai durumu							
Fazla mesai yok	68	4.70±0.43	4.60±0.50	4.44±0.56	4.39±0.60	4.58±0.55	4.58±0.45
Fazla mesai var	113	4.67±0.48	4.62±0.50	4.44±0.62	4.52±0.59	4.60±0.57	4.59±0.48
t / p		0.356 / 0.722	-0.213 / 0.831	-0.043 / 0.966	-1.418 / 0.158	-0.164 / 0.870	-0.142 / 0.887
Günlük bakım verilen hasta sayısı							
≤ 16	135	4.64±0.50	4.56±0.52	4.38±0.63	4.43±0.63	4.53±0.60	4.54±0.49
> 16	46	4.81±0.28	4.77±0.38	4.62±0.49	4.62±0.49	4.76±0.40	4.74±0.32
t / p		-3.008 / 0.003	-2.510 / 0.013	-2.933 / 0.004	-2.123 / 0.036	-2.926 / 0.004	-3.199 / 0.002
Mesleğinden memnun olma durumu							
Memnun	135	4.74±0.38	4.69±0.45	4.55±0.49	4.54±0.57	4.68±0.47	4.66±0.39
Memnun değil	46	4.52±0.61	4.39±0.55	4.12±0.74	4.28±0.64	4.34±0.71	4.37±0.58
t / p		2.258 / 0.028	3.671 / <0.001	3.721 / <0.001	2.628 / 0.009	2.965 / 0.004	3.186 / 0.002
Talimat ve prosedürlerin tıbbi hataları önlemedeki etkinlik durumu							
Etkindir	138	4.72±0.41	4.64±0.49	4.49±0.54	4.50±0.60	4.63±0.52	4.63±0.43
Etkin değildir	43	4.55±0.58	4.52±0.52	4.27±0.72	4.39±0.60	4.48±0.67	4.47±0.54
t / p		2.155 / 0.033	1.375 / 0.171	2.183 / 0.030	1.061 / 0.290	1.510 / 0.133	1.979 / 0.049

t: Bağımsız gruplarda t testi

F: Tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA)

Tablo 4.8’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, şu an çalıştığı birim ve bu birimde çalışma yılı, çalışma şekli ve aylık fazla mesai durumunun HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilemediği saptandı ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip olan hemşirelerin “ilaç ve transfüzyon uygulamaları”, “hastane enfeksiyonları” ve “iletişim” alt boyut puan ortalamalarının lise mezunlarından daha yüksek; “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” ve “düşmeler” alt boyut puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu belirlendi. Meslekte çalışma yılı yedi yıldan fazla olanların, bulunduğu klinikte dört yıl ve daha az zamandır çalışanların HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu saptandı. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin “ilaç ve transfüzyon”, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” alt boyut puan ortalamalarının klinik hemşirelerinden daha yüksek; “düşmeler” alt boyut puan ortalamasının ise daha düşük olduğu, ancak farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Otuz beş yaş üstü hemşirelerin HTHEÖ toplam puan, “düşmeler” ve “iletişim” alt boyut puan ortalamalarının 35 yaş ve altı hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Şu an çalışmakta olduğu birimde isteyerek çalışan hemşirelerin “ilaç ve transfüzyon” alt boyut puan ortalamalarının bu birimde çalışmaya istekli olmayanlardan (sırasıyla: $\bar{x}:4.73\pm0.39$; $\bar{x}: 4.35\pm0.70$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ayda yedi ve daha az nöbet tutanlar ile kıyaslandığında nöbet sayısı yediden fazla olanların “düşmeler” alt boyut puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu (sırasıyla: $\bar{x}:4.26\pm0.62$; $\bar{x}: 4.61\pm0.57$) saptandı ($p<0.05$). Günde 16 hastadan daha fazla hastaya bakım verenlerin HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının 16 ve daha az sayıda hastaya bakım verenlerden; mesleğinden memnun olanların HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının memnun olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$). Talimat ve prosedürlerin tıbbi hataları önlemede etkin olduğunu belirten hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortalaması ile “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” ve “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” alt boyut puan ortalamalarının etkin olmadığını belirtenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Tıbbi hataya ilişkin özellikler ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tıbbi Hataya İlişkin Özellikler	Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları						
	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	Toplam	
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Son bir yıl içinde tıbbi hata yapma durumu (n=181)							
Evet	25	4.63±0.38	4.54±0.54	4.30±0.60	4.30±0.76	4.48±0.58	4.50±0.46
Hayır	156	4.69±0.47	4.62±0.49	4.46±0.59	4.50±0.57	4.61±0.56	4.60±0.46
t / p		-0.570 / 0.569	-0.816 / 0.416	-1.271 / 0.205	-1.259 / 0.218	-1.071 / 0.286	-1.053 / 0.294
Son bir yıl içinde yapılan tıbbi hatalar (n=25)							
Yanlış ilacı uygulama ^a	9	4.77±0.22	4.78±0.29	4.46±0.37	4.51±0.79	4.60±0.49	4.67±0.28
Yanlış dozda ilaç uygulama ^b	9	4.65±0.37	4.69±0.37	4.46±0.53	4.42±0.50	4.62±0.46	4.60±0.37
Yanlış bilgilendirme ^c	7	4.44±0.52	4.04±0.68	3.90±0.79	3.89±0.90	4.14±0.75	4.15±0.61
F / p		1.578 / 0.229	5.973 / 0.008	2.365 / 0.117	1.598 / 0.225	1.727 / 0.201	3.273 / 0.057
c<a,b							
Hekimlerin tıbbi hata yaptığına tanıklık etme (n=181)							
Evet	47	4.61±0.36	4.52±0.47	4.33±0.50	4.32±0.62	4.55±0.49	4.50±0.38
Hayır	134	4.71±0.49	4.65±0.50	4.48±0.62	4.53±0.58	4.61±0.58	4.62±0.49
t / p		-1.171 / 0.243	-1.547 / 0.124	-1.529 / 0.128	-2.098 / 0.037	-0.600 / 0.549	-1.537 / 0.126
Hemşirelerin tıbbi hata yaptığına tanıklık etme (n=181)							
Evet	84	4.61±0.43	4.53±0.52	4.33±0.59	4.36±0.66	4.51±0.58	4.51±0.46
Hayır	97	4.74±0.48	4.68±0.47	4.54±0.59	4.57±0.52	4.66±0.53	4.66±0.46
t / p		-1.912 / 0.057	-1.963 / 0.051	-2.350 / 0.020	-2.311 / 0.022	-1.730 / 0.085	-2.285 / 0.023

t: Bağımsız gruplarda t testi

F: Tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA)

Tablo 4.9’da hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin özelliklerinin HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır. Son bir yıl içinde tıbbi hata yapma durumunun HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilemediği ($p>0.05$), ancak son bir yıl içinde hata yapmadığını belirten hemşirelerin puan ortalamalarının hata yaptığını belirtenlerden daha yüksek olduğu saptandı.

Son bir yıl içinde hastaya yanlış bilgilendirme yaptığını belirten hemşirelerin “hastane enfeksiyonları” alt boyut puan ortalamasının (\bar{x} :4.04±0.68), yanlış dozda ilaç uyguladığını (\bar{x} :4.69±0.37) ve yanlış ilacı uyguladığını (\bar{x} :4.78±0.29) belirtenlerden anlamlı olarak daha düşük olduğu ve bu hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Birlikte çalıştıkları hekimlerin ve hemşirelerin tıbbi hata yaptığını tanık olduklarını belirten hemşirelerin “düşmeler” alt boyut puan ortalamasının diğerlerinden anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ($p<0.05$). Ek olarak birlikte çalıştıkları hemşirelerin tıbbi hata yaptığını tanık olduklarını belirten hemşirelerin, HTHEÖ toplam puan ortalamasının ve “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” alt boyut puan ortalamasının diğerlerinden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği arasındaki ilişki (n=181)

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları							
	Tıbbi Hata Algısı		Tıbbi Hataya Yaklaşım		Tıbbi Hata Nedenleri		Toplam Puan	
	r	p	r	p	r	p	r	p
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	-0.326	<0.001	0.197	0.008	-0.077	0.302	-0.014	0.853
Hastane Enfeksiyonları	-0.307	<0.001	0.219	0.003	-0.082	0.275	-0.002	0.982
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	-0.310	<0.001	0.114	0.128	-0.125	0.094	-0.079	0.292
Düşmeler	-0.153	0.040	0.143	0.055	-0.084	0.261	-0.009	0.901
İletişim	-0.288	<0.001	0.150	0.043	-0.072	0.333	-0.026	0.726
Toplam Puan	-0.327	<0.001	0.193	0.009	-0.099	0.187	-0.028	0.704

r: Pearson korelasyon analizi

Tablo 4.10’da HTHEÖ ile THTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki sunuldu.

Hemşirelerin THTÖ “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalaması ile HTHEÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, HTHEÖ toplam puanı arttıkça “tıbbi hata algısı” puanının anlamlı oranda azaldığı saptandı ($p<0.05$). HTHEÖ alt boyutlarından “ilaç ve tansfüzyon uygulamaları”, “hastane enfeksiyonları”, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” ve “iletişim” puan ortalamaları ile THTÖ “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). HTHEÖ “düşmeler” alt boyut puan ortalaması ile THTÖ “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde, çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin THTÖ “tıbbi hataya yaklaşım” alt boyut puan ortalaması ile HTHEÖ “hastane enfeksiyonları” alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, “hastane enfeksiyonları” puanı arttıkça “tıbbi hataya yaklaşım” puanının da anlamlı oranda arttığı saptandı ($p<0.05$). HTHEÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları (ilaç ve tansfüzyon uygulamaları ve iletişim) ile THTÖ “tıbbi hataya yaklaşım” alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

5.TARTIŞMA

Hastaların kısa süreli de olsa otonomisini kaybettiği, beden bütünlüğünü bozan ve komplikasyon riskini artıran girişimlere maruz kaldığı, yoğun iş temposu ile birlikte hızlı kararların alınmasının gerekli olduğu cerrahi birimlerde tıbbi hata görülme oranının yüksek olduğu bilinmektedir (Özlü ve ark. 2015; Erbay ve Esatoğlu 2018; Ahmadi ve ark. 2019). Hasta bireye kesintisiz bakım hizmeti sunan tek sağlık profesyoneli olan hemşirelerin tıbbi hataların %42.9-58.2'sinden sorumlu olduğunu ortaya koyan araştırmalar (Küçükkoğlu ve ark. 2016; Polat Külcü ve Yiğit 2017) hemşirelerin tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesinin gerekliliğini göstermektedir. Literatürde, hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerini (Özata ve Altuncan 2010; Cebeci ve ark. 2012; Andsoy ve ark. 2014; Karadağ ve ark. 2015; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2015; Özer ve ark. 2015; Alan ve Khorshid 2016; Küçükkoğlu ve ark. 2016; Er ve Altuntaş 2016; Birgili ve Köse 2018) ve tutumlarını (Bodur ve ark. 2012; Güleç ve Seren İntepeler 2013; Özer ve ark. 2015; Özyer 2016; Akın Korhan ve ark. 2017) araştıran çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen, cerrahi hastasına bakım veren hemşirelerin tutum ve eğilimlerini birlikte ele alan tek bir çalışmaya (Özer ve ark. 2015) rastlandı. Bu bağlamda, cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutum ve eğilimlerini belirlemek amacıyla 181 hemşire ile gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular;

1. Hemşireler tarafından yapılan tıbbi hatalara ve özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
2. Hemşirelerin tıbbi hata eğilim ve tutumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulguların tartışılması, olmak üzere iki başlık altında tartışıldı.

5.1.Hemşireler Tarafından Yapılan Tıbbi Hatalara ve Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada, hemşirelerin %13.8'inin son bir yıl içinde tıbbi hata yaptığı belirlendi (Tablo 4.2). Benzer şekilde Er ve Altuntaş (2016), cerrahi birimleri de dahil ettiği çalışmada, hemşirelerin tıbbi hata oranının %13.7 olduğunu saptamıştır. Araştırmadan farklı olarak mevcut literatürde, hemşirelerin tıbbi hata oranının daha yüksek olduğunu (%19.7-58.2) (Andsoy ve ark. 2014; Karadağ ve ark. 2015; Küçüköğlü ve ark. 2016; Polat Külcü ve Yiğit 2017; Birgili ve Köse 2018) ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. Farkın nedeni, bu araştırmalarda tıbbi hata sorgulama süresinin bir yıl ile sınırlandırılmaması ve araştırma kapsamına acil, ameliyathane veya pediatri klinikleri gibi farklı kliniklerin dahil edilmesi olabilir.

Araştırmada, hemşireler tarafından en çok yapılan tıbbi hata türünün ilaç hatası olduğunu ortaya koyan çalışmalara (Sheu ve ark. 2008; Çırpı ve ark. 2009; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2015; Karadağ ve ark. 2015; Özlü ve ark. 2015; Kıymaz ve Koç 2017; Hines ve ark. 2018; Alsulami ve ark. 2019; Lee ve Hwang 2019; Kırşan ve ark. 2019) benzer şekilde, tıbbi hata yaptığını belirten hemşirelerin çoğunluğunun ilaç hatası yaptığı, bu hataların yanlış ilaç uygulama ve yanlış dozda ilaç uygulama olduğu belirlendi (Tablo 4.2). Araştırmadan farklı olarak yapılan çalışmalarda, hemşirelerin yanlış ilaç uygulama (%56.1-71.5) (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2015; Redley ve Botti 2012; Gao ve ark. 2019), yanlış doz ilaç uygulama (%41-52.3) (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2015; Özlü ve ark. 2015; Björkstén ve ark. 2016; Kıymaz ve Koç 2017) oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada sadece son bir yıl içinde yapılan hataların sorgulanmış olması, yanlış ilaç uygulama ve yanlış doz ilaç uygulama oranlarının düşük bulunmasına neden olmuş olabilir. Literatüre benzer şekilde araştırmada, ilaç hatalarının yüksek oranda görülmesi, bu hataların nedenlerini belirlemeye ve önlemeye yönelik kurumsal ve sistemsel düzenlemelerin yapılmasının gerekliliğini göstermesi bakımından önemlidir. İlaç hatalarının en yüksek bildirim oranının hasta güvenliği ve raporlama kursu sonrası ilk 6 ay içinde olduğunu, daha sonra bu oranların düştüğünü ortaya koyan literatür bilgisi de (Alsulami ve ark. 2019) farkındalık oluşturma'nın önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmadan elde edilen önemli bir bulgu da tıbbi hata yaptığını belirten hemşirelerin %28'inin yanlış bilgilendirme yaptığını ifade etmesidir (Tablo 4.2). Yanlış bilgilendirme ile kastedilenin ne olduğu, bu hatanın hastanın zarar görmesi sonucunda mı fark edildiğine, hastane enfeksiyonları ile ilişkisine ilişkin veri elde edilememiştir. Mevcut literatürde, yanlış bilgilendirme ile ilişkili araştırmaya da rastlanmadı. Hemşirenin önemli rollerinden biri olan eğitim rolü ile ilişkili olan bu hata türüne ve nedenlerine ilişkin araştırmaların yapılması, ciddi sorunlara neden olabilecek bilgilendirme hatalarının önlenmesini sağlayacağından önemlidir.

Hemşirelerin çalışma ortamında meslektaşlarının ve diğer ekip üyelerinin tıbbi hata yaptığını tanıklık ettikleri, bu hataların bildirim ile ilgili etik kaygı yaşadıkları bilinmektedir (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2015; Er ve Altuntaş 2016; Yiğitbaş ve ark. 2016; Alsulani ve ark. 2019). Araştırmada, hemşirelerin %46.4'ünün birlikte çalıştıkları hemşirelerin, %26'sının ise birlikte çalıştıkları hekimlerin tıbbi hata yaptığını tanıklık ettikleri belirlendi (Tablo 4.2). Benzer araştırmalarda, hemşirelerin %33.6-72.2'sinin birlikte çalıştıkları hemşirelerin (İşçi ve Altuntaş 2015; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2015; Alan ve Khorshid 2016; Er ve Altuntaş 2016; Kıymaz ve Koç 2016; Yiğitbaş ve ark. 2016; Polat Külcü ve Yiğit 2017; Manav ve Başer 2018), %41.8'inin ise birlikte çalıştıkları hekimlerin (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2015) tıbbi hata yaptığını tanıklık ettikleri belirlenmiştir. Yiğitbaş ve ark. (2016), hemşirelerin %55.6'sının meslektaşlarının tıbbi hata yapması durumunda bildirimde bulunmayacaklarını ifade ettiğini bildirmiştir. Aynı çalışmada, hemşirelerin %79.8'inin kendisi tıbbi hata yaparsa bunu bildireceğini ifade ettiği de belirtilmiştir. Benzer bir çalışmada (Alsulani ve ark. 2019), hekim ve hemşirelerin %21.6'sının ilaç hatası yapanları bildirmek yerine eğitmeyi tercih ettikleri, %76'sının başkalarının neden olduğu hataları bildirmek benim sorumluluğum değil düşüncesine katılmadıkları belirlenmiştir. Bu çalışmalardan farklı olarak araştırmada, hemşirelerin kendisinin veya birlikte çalıştıkları sağlık profesyonellerinin tıbbi hata yapma durumunu bildirip bildirmediği veya bildirim konusunda ne düşündükleri ele alınmadığından, tıbbi hata bildirimine ilişkin veri elde edilememiştir. Oysa, kişilerin kendi yaptıkları ve tanıklık ettikleri tıbbi hataların bildirim, hasta güvenliği için önemlidir. Ekip içi çatışmaları önlemek amacıyla bildirimlerin gizli yapılabileceği bir sistem oluşturulmalı, bildirim meslektaşını şikayet etmek anlamına gelmediği, hasta güvenliği için gerekli olduğu bilinci

oluşturulmalıdır. Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%90) tıbbi hataların bildirimini için gizli bir raporlama sistemi istediklerini (Sexton ve ark. 2000) ve ilaç hatalarının dijital hata tespit yöntemleri ile belirlenebileceğini (Alsulami ve ark. 2019) ortaya koyan literatür bilgisi de bu gereksinimin önemini göstermektedir.

Hemşirelerin tıbbi hata yapmalarında etkili başlıca faktörlerin, iş yükü fazlalığı, hemşire sayısının yetersiz olması, hasta sayısının fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, yorgunluk, gece nöbetleri, iletişim eksikliği, görev dışı işlerin yüklenmesi ve yetersiz hizmet içi eğitim olduğu belirlenmiştir (Liu ve ark. 2012; Karadağ ve ark. 2015; Özlü ve ark. 2015; Er ve Altuntaş, 2016; Rodziewicz ve Hipskind, 2018; Zarea ve ark. 2018). Dimova ve ark. (2018), tıbbi hataların %85'inde etkili olan faktörlerin yetersizlik, ihmal, ağır iş yükü ve personel eksikliği olduğunu bildirmiştir. Literatüre benzer şekilde araştırmada, tıbbi hata yapmalarında etkili faktörleri hemşireler, bakım verilen hasta sayısının fazla olması, uzun çalışma saatleri, yorgunluk, iletişim eksikliği, gece nöbetleri, görev, yetki ve sorumluluk dışı işler yapılması ve hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması olarak belirtti (Tablo 4.2). Literatürden farklı olarak araştırmada, oryantasyon eğitimlerinin yetersiz olmasının da tıbbi hataları etkileyen bir faktör olduğunun belirlenmesi, bu eğitimlerin önemine dikkati çekmektedir.

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında tıbbi hataların önlenmesi, raporlanması ve bildirilmesi önemlidir. (Karaca ve Arslan, 2014; Çınar ve Karadakovan 2016; Karayurt ve ark. 2017; Alsulami ve ark. 2019; Gao ve ark. 2019). Bu hataları önlemede etkili önlemlerin; kalite iyileştirme çalışmalarının ve eğitimlerin yapılması, personel sayısı ve niteliğinin iyileştirilmesi, etkin iletişimin sağlanması (Şahin ve ark. 2014; Karayurt ve ark. 2017; Gao ve ark. 2019), hasta sayısının azaltılması ve hemşire sayısının artırılması (Zarea ve ark. 2018; Baggaley ve ark. 2019; Chang ve ark. 2019), suçlayıcı olmayan bir bildirim sisteminin oluşturulması (Alsulami ve ark. 2019) olduğu belirlenmiştir. Literatüre benzer şekilde araştırmada hemşireler, hasta sayısının ve mesai saatlerinin azaltılmasının, hemşire sayısının artırılmasının ve hizmet içi eğitim verilmesinin tıbbi hataları önlemede etkili olacağını belirtti (Tablo 4.2). Bu öneriler, iş yükü fazlalığı, yorgunluk, dikkat eksikliği, tükenmişlik ve bilgi eksikliği gibi tıbbi hata risk

faktörlerinin kontrol edilmesini sağlayarak tıbbi hataların oluşumunu önleyeceğinden önemlidir.

5.2. Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutum ve Eğilimlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.1. Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumunu Etkileyen Faktörler

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin kullanıldığı çalışmalara benzer şekilde (Güleç ve Seren İntepeler 2013; Özyer 2016; Kıymaz ve Koç 2017; Akın Korhan ve ark. 2017) araştırmada, THTÖ toplam puan ve/veya alt boyut puan ortalamalarına göre hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu, tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım ve tıbbi hata nedenleri konusunda farkındalıklarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Ek olarak araştırmada literatüre benzer şekilde, hemşirelerin en düşük puanı “tıbbi hata algısı” alt boyutundan (Kıymaz 2015; Akın Korhan ve ark. 2017), en yüksek puanı ise “tıbbi hata nedenleri” alt boyutundan (Kıymaz 2015; Akın Korhan ve ark. 2017) aldığı belirlendi (Tablo 4.4). Akın Korhan ve ark. (2017), hastanede yürütülen kalite çalışmalarının, hasta güvenliğine ve tıbbi hatalara ilişkin hizmet içi eğitimlerin hemşirelerin tıbbi hata tutumunu etkilediğini belirtmiştir. Benzer şekilde araştırmanın yürütüldüğü hastanede de kalite çalışması yürütülmüş, tüm çalışanlar hasta güvenliği, tıbbi hata, kayıt ve raporlamaya ilişkin bilgilendirilmiştir. Bu süreç, hemşirelerin tıbbi hata tutumunu olumlu etkilemiş olabilir.

Literatürde THTÖ alt boyut maddelerinden alınan puanların madde madde irdelendiği tek bir çalışmaya (Akın Korhan ve ark. 2017) rastlandı. Bu çalışmaya benzer şekilde araştırmada, “tıbbi hata algısı” boyutundan en yüksek puanın “tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır” maddesinden, “tıbbi hatalara yaklaşım” boyutunda ise “yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır” maddesinden alındığı belirlendi (Tablo 4.4). Bu bulgular tıbbi hata bildirim sonrası suçlayıcı yaklaşımdan uzak durulması gerektiğini, tıbbi hatalar ve nedenlerinin anlaşılması konusunda yöneticilerin sorumluluğun olduğunu göstermektedir. Suçlanma korkusunun (Hashemi ve ark. 2012; Poorolajal ve ark. 2015; Dana ve ark. 2018; Dirik ve ark. 2018; Alsulami ve ark. 2019) ve yetersiz yönetim desteğinin (Hashemi ve ark. 2012; Güleç ve Seren İntepeler 2013) tıbbi hata bildirimini

azalttığını ortaya koyan çalışmalar da bu düşüncüyü desteklemektedir.

Araştırmada, “tıbbi hata nedenleri” alt boyutundan en yüksek puanların (> 4 puan) Akın Korhan ve ark. (2017)’nin çalışmasına benzer şekilde sırasıyla “*bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır*”, “*günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır*” ve “*tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır*” maddelerinden alındığı belirlendi (Tablo 4.4). Benzer çalışmalarda (Güleç ve Seren İntepeler 2013; Alsulami ve ark. 2019), hemşirelerin hasta güvenliğinde önemli olan tıbbi hata bildirimini konusunda olumlu tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Hasta sayısının fazla olmasının (Işık ve ark. 2012; Kıymaz ve Koç 2017; Zarea ve ark. 2018; Baggaley ve ark. 2019; Chang ve ark. 2019) ve uzun çalışma saatlerinin (Cebeci ve ark. 2012; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2015; Er ve Altuntaş 2016) tıbbi hata oranlarını artırdığını ortaya koyan çalışmalar da bu bulgular ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada, mevcut literatüre (Akın Korhan ve ark. 2017) benzer şekilde, en düşük (< 3 puan) puanların “*tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur*”, “*eğer tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur*” ve “*yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır*” maddelerinden alındığı belirlendi (Tablo 4.4). Bu bulgular, hemşirelerin tıbbi hata yapan kişiyi suçlu gördüklerini, oluşmadan önlenen tıbbi hatalar da dahil tüm tıbbi hataların bildirilmesi gerektiğini belirtmelerine rağmen hatanın hasta/hasta yakınına açıklanmaması gerektiğini düşündüklerini göstermektedir. Hemşirelerin tıbbi hata yapan kişiyi suçlu gördüklerini düşündüren araştırma bulgusundan farklı olarak Karadağ ve ark. (2015), hemşirelerin %61.9’unun tıbbi hata yapan kişinin cezalandırılmaması gerektiğini düşündüklerini belirlemiştir. Tıbbi hataları önlemede, kişiyi suçlamak yerine nedenin belirlenmesinin daha önemli olduğunu ortaya koyan literatür bilgisi (Hashemi ve ark. 2012) dikkate alınarak, hemşirelerin bu yanlış algısını düzeltmeye yönelik eğitimler düzenlenmelidir. “*Bakım ve tedaviye yönelik bir hata yapıldığı zaman, bu hatayı hasta veya ailesiyle tüm açıklığıyla paylaşırım*” ifadesine cerrahi hemşirelerinin sadece %28.6’sının katıldığını belirten literatür bilgisi (Özlü ve ark. 2015) de yapılan hatanın hasta ve aile tarafından bilinmesinden çekinildiğini gösteren araştırma bulgusunu desteklemektedir. Tıbbi hata bildirimini engelleyen bu korku, hemşirenin hasta savunuculuğu rolünün gereğini yapamamasına neden olarak hasta güvenliğini

olumsuz etkileyeceğinden önemlidir. Hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarının tıbbi hata oranlarını etkileyen önemli bir faktör olduğunu belirten literatür bilgisi de (Alzahrani ve ark. 2019) bu düşünceyi desteklemektedir.

Hemşirelerin tüm tıbbi hataların bildirilmesi gerektiğini düşündüğünü gösteren araştırma bulgusu (Tablo 4.4) ile hemşirelerin yarısından fazlasının “*bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılırsam, onu söylemekte zorlanırım*” (Barsbay ve ark. 2018), YBÜ çalışanlarının çoğunluğunun “*tedavi ve bakım sırasında yapılan hatalar; hasta iyileştiği sürece önemli değildir*” ifadesine katılmadığını (Sexton ve ark. 2000) ortaya koyan literatür bilgisi paralellik göstermektedir. Benzer şekilde Alsulami ve ark. (2019), hemşire ve hekimlerinin %80'ninin hastaya ulaşmasa bile oluşan hataların bildirilmesi gerektiğini düşündüklerini, %75.2'sinin hata bildirimine ilişkin bilgilerin gizli tutulmasını istediklerini belirlemiştir. Farklı olarak Evans (2006), hemşirelerin yaklaşık yarısının (%49) tıbbi hata oluşmadan önlemişse raporlamaya gerek olmadığını düşündüklerini, Er ve Altuntaş (2016), yapılan tıbbi hatanın hastaya zarar vermediğini düşünen hemşirelerin %63.6'sının tıbbi hatayı bildirmediğini belirlemiştir. Tıbbi hataların önlenmesinde, tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi önemlidir (Filiz ve Bodur 2009; Türk ve ark. 2018). Bu nedenle, hastaya ulaşan ve ulaşmayan tüm hataların bildiriminin önemi konusunda hemşirelerin farkındalıkları artırılmalıdır.

Araştırmada, literatüre benzer şekilde hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu (Özer 2015; Özyer 2016; Kıymaz ve Koç 2017; Akın Korhan ve ark. 2017), şu an bulunduğu birimde çalışma yılı ve isteyerek çalışma durumu, günlük bakım verilen hasta sayısı, nöbet sayısı (Özyer 2016; Kıymaz ve Koç 2017) çalışma şekli (Özyer 2016), aylık fazla mesai durumu ve mesleğinden memnun olma durumu (Kıymaz ve Koç 2017; Akın Korhan ve ark. 2017) gibi özelliklerinin THTÖ toplam puanını etkilemediği belirlendi (Tablo 4.5). Araştırmadan farklı olarak Kıymaz ve Koç (2017), sürekli gündüz çalışan hemşirelerin THTÖ puanının sürekli gece çalışanlara göre daha olumlu olduğunu belirlemiştir. Farkın nedeni araştırmamızdaki hemşirelerin hiçbirinin sürekli gece çalışmaması olabilir. Gece shiftinde çalışma, uykusuzluk, yorgunluk ve anksiyeteye neden olarak fizyolojik ve psikolojik sağlığı olumsuz etkilemekte, tıbbi hataların

oluşmasına, hastanın zarar görmesine ve gereksinim duyduğu bakımı alamamasına neden olmakta, tıbbi hata tutumunu olumsuz etkilemektedir (Altuncan ve Özata 2009; Kıymaz ve Koç 2017).

Araştırmada, meslekte çalışma yılının (Özyer 2016) ve çalışılan kliniğin (Özyer 2016; Akın Korhan ve ark. 2017) THTÖ toplam puanını anlamlı olarak etkilediğini ortaya koyan çalışmalardan farklı olarak bu değişkenlerin toplam puanı etkilemediği belirlendi (Tablo 4.5). Ek olarak araştırmada, ek boyutların irdelenmediği bu çalışmalardan farklı olarak çalışma yılı yedi yıl ve daha az olan hemşirelerin, YBÜ’nde çalışanların ve ayda yediden daha fazla nöbet tutanların tıbbi hata tutum algısının daha olumlu olduğu saptandı (Tablo 4.5). Farkın nedeni araştırmada, 10 yıl ve üzerinde çalışan hemşire sayısının az olması, nöbet sayılarının ayrıntılı değerlendirilmesi ve araştırma kapsamına sadece cerrahi klinik ve YBÜ’lerinde çalışan hemşirelerin dahil edilmesi olabilir. Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata tutumunun daha olumlu olduğunu (Özyer 2016; Akın Korhan ve ark. 2017) ve mesleğin ilk yıllarında tıbbi hata yapma kaygısının daha yüksek olduğunu (Parshuram ve ark. 2008; Sheu ve ark. 2008), nöbet adı verilen sistemin neden olduğu uzun çalışma saatlerinin tıbbi hatayı artırdığını (Bilazer ve ark. 2008) bildiren literatür bilgisi de bunu doğrulamaktadır.

Araştırmada, talimat ve prosedürlerin tıbbi hataları önlemede etkin olmadığını düşünen hemşirelerin “tıbbi hata nedenleri” boyutuna ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu belirlendi (Tablo 4.5). Mevcut talimat ve prosedürlerin etkin olmadığı düşüncesi, tıbbi hata nedenlerine ilişkin duyarlılığın daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Literatürde sağlık kurumlarında kullanılan talimat ve prosedürlerin tıbbi hata tutumuna etkisini irdelleyen çalışmaya rastlanmadı. İlaç hatalarını önlemede, raporlama sistemlerinin etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada (Alsulami ve ark. 2019), hemşirelerin sadece %23’ünün etkili olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir. Benzer bir çalışmada, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin çoğunluğunun (%95.8) “*yapılan uygulamalar için prosedür oluşturulması hasta güvenliği sağlamada etkilidir*” ifadesine katıldığı saptanmıştır. Tıbbi hataları önlemek amacıyla kullanılan talimat ve prosedürlerin etkinliğinin ve uygulanma durumunun belirlenmesi, çalışanlardan gelen geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemelerin yapılması önemlidir.

Araştırmada, hemşirelerin son bir yıl içinde tıbbi hata yapma durumu, yaptıkları tıbbi hatalar ve birlikte çalıştıkları sağlık profesyonellerinin tıbbi hata yaptığına tanıklık etme gibi özelliklerinin tıbbi hata tutumlarını anlamlı olarak etkilemediği belirlendi. Literatürde bu faktörlerin tıbbi hata tutumu üzerindeki etkisini irdeleyen çalışmaya rastlanmadı. Tıbbi hata bildirimini etkileyen bu faktörlerin tıbbi hata tutumu üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlayan yeni çalışmalara gereksinim vardır.

5.2.2. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimini Etkileyen Faktörler

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'nin kullanıldığı çalışmalara benzer şekilde (Cebeci ve ark. 2012; Dikmen ve ark. 2014; Fidancı ve ark. 2014; İşçi ve Altuntaş 2015; Karadağ ve ark. 2015; Özer ve ark 2015; Alan ve Khorshid 2016; Avşar ve ark. 2016; Küçükkoğlu ve ark. 2016; Yiğitbaş ve ark. 2016; Kıymaz ve Koç 2017; Polat Külçü ve Yiğit 2017; Birgili ve Köse 2018) araştırmada, HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına göre hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.7). Farklı olarak Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir (2015), cerrahi ve dahili birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada, tıbbi hata eğiliminin yüksek bulunma nedenleri, kurumda hataları önlemeye yönelik protokollere ve prosedürlerin olmaması, iletişim eksikliği, hemşirelere görev dışı işler yüklenmesi ve iş yükü fazlalığı olarak belirtilmiştir.

Araştırmada, literatüre benzer şekilde (Özata ve Altuncan 2010; Dikmen ve ark. 2014; İşçi ve Altuntaş 2015; Özer ve ark. 2015; Avşar ve ark. 2016; Küçükkoğlu ve ark. 2016; Yiğitbaş ve ark. 2016; Birgili ve Köse 2018) HTHEÖ'nden en yüksek puan "ilaç ve transfüzyon uygulaması" alt boyutundan alındı (Tablo 4.7). Araştırmada, bu boyuttan en yüksek puan (> 4,8 puan) alınan maddelerin diğer çalışmalara benzer şekilde (Cebeci ve ark. 2012; Dikmen ve ark. 2014; Avşar ve ark. 2016; Birgili ve Köse, 2018) "*ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum*", "*mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim*" ve "*IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim*" maddelerinden alındığı belirlendi. Bu boyuttan en düşük puan (4-4.4 puan) alınan maddelerin ise yukarıdaki çalışmalar da olduğu gibi "*ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım*" ve "*ilaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim*"

maddelerinden alındığı belirlendi (Tablo 4.7). Araştırma bulguları ve mevcut literatür bilgisi, ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutunda hemşirelerin tıbbi hata eğiliminin düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Bunun nedeni, bildiri yapılan tıbbi hataların çoğunluğunun ilaç uygulama hataları (Çakmak ve ark. 2018) olduğunun bilinmesi olabilir.

Araştırmada, literatüre benzer şekilde (Cebeci ve ark. 2012; Andsoy ve ark. 2014; Alan ve Khorshid 2016; Polat Külcü ve Yiğit 2017; Birgili ve Köse 2018) HTHEÖ’nden en düşük puan “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” alt boyutundan alındı (Tablo 4.7). Bu alt boyuttan malzeme güvenliğine ilişkin maddelerinden en düşük puanın (4-4.36 puan) diğer çalışmalarda (Cebeci ve ark. 2012; Dikmen ve ark. 2014; Avşar ve ark. 2016, Birgili ve Köse 2018) olduğu gibi “*serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim*”, maddesinden alındığı belirlendi (Tablo 4.7). Kahrıman ve Öztürk (2016), hemşirelerin yaptığı malzeme hatalarının, aleti/cihazı kontrol etmeden kullanma (%19.6) olduğunu belirlemiştir. Hemşirelerin bu maddeden düşük puan almasının nedeni, cihazların kontrolünün sorumlu hemşirelerin görevi olduğunu düşünmeleri olabilir. Hemşirelerin, serviste kullanılan tüm cihazların çalışır durumda olduğunu her gün kontrol etmeleri konusunda farkındalıkları artırılmalıdır.

“Hasta izlemi ve malzeme güvenliği” alt boyutunun hasta izlemine ilişkin maddeleri değerlendirildiğinde en düşük puanın (4.42-4.53 puan) mevcut çalışmalara (Cebeci ve ark. 2012; Avşar ve ark. 2016; Birgili ve Köse 2018) benzer şekilde “*hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım*” maddesinden alındığı belirlendi. Farklı olarak Dikmen ve ark. (2014), en düşük puanın (4.23 puan) “*hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım*” maddesinden alındığını saptamıştır. Ölçekten alınan en düşük puan olarak belirtilmesine rağmen bu puanların hepsinin dört puan ve üzerinde olması, hemşirelerin hasta izlemine ilişkin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğunu göstermektedir. Hemşirelere yönelik tıbbi hata şikâyetlerinin (%9.8) standart bakım uygulanmaması, değerlendirme ve izlemin eksik yapılması ve hasta savunuculuk rolünü yerine getirmeme ile ilgili olduğu bilgisi (Ayoubian ve ark. 2016), hemşirelerin hasta izlemine ilişkin hata eğilimlerinin düşük olmasının önemini göstermektedir.

Araştırmada, yaşın HTHEÖ toplam puan ve/veya alt boyut puan ortalamalarını etkilemediğini belirten çalışmalardan (Cebeci ve ark. 2012; Seren İntepeler ve ark. 2014; Özer ve ark. 2015; Yiğitbaş ve ark. 2016; Polat Külcü ve Yiğit 2017; Kıymaz ve Koç 2017) farklı olarak, 35 yaş üzeri hemşirelerin HTHEÖ toplam puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.8). Ek olarak araştırma bulguları, bu çalışmalardan farklı olarak 35 yaş üzeri hemşirelerin “düşmeler” ve “iletişim” alt boyutlarında tıbbi hata eğilimlerinin anlamlı olarak daha düşük olduğunu da ortaya koydu (Tablo 4.8). Benzer şekilde Alan ve Khorshid (2016), 34 yaş ve üzeri hemşirelerin “düşmeler” alt boyutunda tıbbi hata eğilimlerinin anlamlı olarak daha düşük olduğunu saptamıştır. Araştırmadan farklı olarak hemşirelerin “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” (İşçi ve Altuntaş 2015; Alan ve Khorshid 2016; Birgili ve Köse 2018), “hasta enfeksiyonları” ve “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” (Alan ve Khorshid 2016) alt boyutlarında tıbbi hata eğilimlerinin daha düşük olduğunu saptayan çalışmalar da bulunmaktadır. Araştırmada bu boyutlarda fark saptanmamasının nedeni, 35 yaş üzeri hemşirelerin sayısının az olması olabilir. İlaç hatalarının sıklıkla işe yeni başlayan genç hemşirelerden kaynaklandığını (Tang ve ark. 2007), yaş ve mesleki deneyim arttıkça iletişim sorunlarının azaldığını (Karadağ ve ark. 2015) belirten literatür bilgisi de yaşın beraberinde getirdiği mesleki deneyimin tıbbi hataları etkileyebileceğini göstermektedir.

Araştırmada mevcut literatüre (Cebeci ve ark. 2012; Andsoy ve ark. 2014; Seren İntepeler ve ark. 2014; Karadağ ve ark. 2015; Yiğitbaş ve ark. 2016; Polat Külcü ve Yiğit 2017; Birgili ve Köse 2018; Özer ve ark. 2019) benzer şekilde hemşirelerin; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, şu an çalıştığı birim, bu birimde çalışma yılı, çalışma şekli ve aylık fazla mesai durumunun HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilemediği saptandı (Tablo 4.8). Araştırmadan farklı olarak, YBÜ’lerinde çalışan hemşirelerin “düşmeler” (Karadağ ve ark. 2015; Alan ve Khorshid 2016), “hasta izleme ve malzeme güvenliği” ve “iletişim” (Karadağ ve ark. 2015) alt boyutlarında tıbbi hata eğilimlerinin dahiliye ve cerrahi hemşirelerine göre daha düşük olduğunu ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. Farkın nedeni bu çalışmalarda cerrahi YBÜ’leri dışında tüm YBÜ’lerinin dahil edilmesi olabilir. Ek olarak, hemşirelerin eğitim durumunun hemşirelikte tıbbi hata eğilimini etkilemediğini ortaya koyan araştırma

bulgusundan farklı olarak literatürde, lisans mezunu hemşirelerin düşmeler" ve "hastane enfeksiyonları" alt boyutunda tıbbi hata eğiliminin lise ve ön lisans mezunu hemşirelerden (Karadağ ve ark. 2015), "iletişim" alt boyutunda ise lisansüstü hemşirelerin tıbbi hata eğiliminin lisans mezunlarından (Polat Külcü ve Yiğit 2017), anlamlı olarak daha düşük olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır. Farkın nedeni araştırmada lise ve lisans üstü hemşire sayısının az olması, lisans ve üstü mezuniyete sahip hemşirelerin birlikte değerlendirilmesi olabilir.

Araştırmadan farklı olarak, yapılan çalışmalarda sürekli gündüz çalışan hemşirelerin sürekli gece veya karışık çalışanlara göre tıbbi hata eğiliminin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (İşçi ve Altuntaş 2015; Kıymaz ve Koç 2017). Bunun nedeni araştırmada, sürekli gündüz çalışan hemşire sayısının az olması olabilir. Nöbetin etkisinin değerlendirildiği benzer çalışmalarda, aylık tutulan nöbet sayısındaki artışın "ilaç ve transfüzyon uygulamaları" "hastane enfeksiyonları" ve "hasta izlemi ve malzeme güvenliği" alt boyutlarında (Alan ve Khorshid 2016), uzun çalışma saatlerinin ise "iletişim" alt boyutunda (Cebeci ve ark. 2012), hemşirelerin tıbbi hataya eğilimi artırdığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Birgili ve Köse (2018) ise, nöbet sayısının tıbbi hata eğilimini etkilemediğini belirlemiştir. Bu çalışmalardan farklı olarak araştırmada, bir ayda yediden daha fazla nöbet tutan hemşirelerin "düşmeler" alt boyutunda tıbbi hata eğiliminin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi. Farkın nedeni, bu çalışmalardan farklı olarak araştırmaya sadece cerrahi klinik ve YBÜ hemşirelerinin dahil edilmesi olabilir. Cerrahi birimlerde, gün içerisinde cerrahi girişim uygulanan hastalar sıklıkla gece saatlerinde mobilize edilmektedir. Gün içerisinde göre daha az sayıda hemşirenin hizmet verdiği gece nöbetinde, düşme riski yüksek olan cerrahi hastasının mobilize edilmesi, nöbet sayısı fazla olan hemşirelerin düşmeleri önlemeye yönelik farkındalıklarını artırmış olabilir.

Bakım verilen hasta sayısının hemşirelerin tıbbi hata eğilimini etkilemediğini belirten çalışmadan (Yiğitbaş ve ark. 2016) farklı olarak araştırmada, günde 16 hastadan daha fazla hastaya bakım veren hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi. Ek olarak araştırmada, 5-15 arası yataklı kliniklerde çalışan hemşirelerin "hasta izlemi ve malzeme güvenliği" ile "iletişim" alt boyutlarında tıbbi hata eğilimlerinin daha düşük olduğunu belirten

çalışmadan (Birgili ve Köse 2018) farklı olarak hemşirelerin bu boyutlarda ve “düşmeler” boyutunda tıbbi hata eğiliminin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.

İşten memnun olmama çalışanların işi yavaşlatmasına, konsantrasyon eksikliğine, iş disiplini ile ilgili sorunlara ve hata yapma riskinde artışa neden olabilmektedir (Tekin ve ark. 2014). Araştırmada, mesleğinden memnun olma durumunun tıbbi hata eğilimini etkilemediğini belirten Yiğitbaş ve ark. (2016)’nın çalışmasından farklı olarak, mesleğinden memnun olan hemşirelerin HTHEÖ toplam puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve tüm alt boyutlarda tıbbi hata eğilimlerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi. Ek olarak araştırmada çalıştıkları birimden memnun olan hemşirelerin “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” alt boyutunda tıbbi hata eğiliminin anlamlı olarak daha düşük olduğu da saptandı (Tablo 4.8). Benzer çalışmalarda, mesleğinden ve çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin HTHEÖ puanının daha yüksek olduğu (Kıymaz ve Koç 2017), mesleğinden memnun olanların “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” “hastane enfeksiyonları” ve “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” alt boyutlarında tıbbi hata eğilimlerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu (Alan ve Khorshid 2016) saptanmıştır. İsteyerek çalışan hemşirelerde iş doyumunun yüksek olması, tıbbi hata eğilimini azaltabilir.

Tıbbi hataların %8.5’inin nedeninin “protokollerin ve prosedürlerin eksikliği olduğunu bildiren İşçi ve Altuntaş (2015)’a paralel olarak araştırmada, talimat ve prosedürlerin tıbbi hataları önlemede etkin olduğunu düşünen hemşirelerin HTHEÖ toplam puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” ve “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” alt boyutlarında tıbbi hata eğiliminin anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı. DSÖ’nün sağlıkla ilişkili olumsuz olayların çoğunluğunun (%59.3) “klinik süreç / prosedür” ile ilişkili olduğunu ortaya koyan raporu da (Rogue ve ark. 2016) talimat ve prosedürlerin tıbbi hata eğilimini azalttığına ilişkin araştırma bulgusunu desteklemektedir.

Araştırmada, Andsoy ve ark. (2014)’nın çalışmasına benzer şekilde, son bir yıl içinde tıbbi hata yapma durumunun HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilemediği belirlendi (Tablo 4.9). Farklı olarak literatürde, tıbbi hata yapmadığını belirten hemşirelerin HTHEÖ toplam puanlarının

anlamli olarak daha yuiksek olduğunu (Karadağ ve ark. 2015) ve tüm alt boyutlarda tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğunu belirten (Karadağ ve ark. 2015; Birgili ve Köse 2018) alışmalar da bulunmaktadır. Benzer şekilde Polat Külcü ve Yiğit (2017), tıbbi hata yapan hemşirelerin “düşmeler” alt boyutunda tıbbi hata eğilimlerinin daha düşük olduğunu belirlemiştir. Farkın nedeni, araştırmada tıbbi hata yaptığını bildiren hemşire oranının daha düşük olması olabilir.

Tıbbi hataya şahit olma durumunun tıbbi hataya eğilimi etkilemediğini ortaya koyan çalışmalardan (Alan ve Khorshid 2016; Polat Külcü ve Yiğit 2017) farklı olarak araştırmada, birlikte çalıştıkları hekimlerin ve hemşirelerin tıbbi hata yaptığını tanıklık eden hemşirelerin “düşmeler” alt boyutunda tıbbi hata eğiliminin daha yuiksek olduğu saptandı (Tablo 4.9). Ek olarak araştırmada, meslektaşının tıbbi hata yaptığını tanıklık eden hemşirelerin HTHE toplam puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu ve bu hemşirelerin “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” alt boyutunda tıbbi hata eğiliminin anlamlı olarak daha yuiksek olduğu belirlendi (Tablo 4.9).

Hemşirelerin tıbbi hata tutumu ile tıbbi hata eğilimi arasında çok zayıf ilişki olduğunu belirleyen Kiyamaz ve Koç (2017)’dan farklı olarak araştırmada hemşirelerin tıbbi hata tutumunun tıbbi hata eğilimlerini etkilemediği belirlendi (Tablo 4.10). Ek olarak araştırmada hemşirelerin tıbbi hata eğilimi azaldıkça tıbbi hata algılarının azaldığı, tıbbi hataya yaklaşım puanlarının ise arttığı belirlendi (Tablo 4.10). Literatürde, hemşirelerin tıbbi hata tutumu ile eğilimi arasındaki ilişkiyi inceleyen başka araştırmaya rastlanmamış olması, hemşirelerin tıbbi hata tutumu ile eğilimi arasındaki ilişkiyi irdeleyen yeni çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Cerrahi kliniklerinde ve cerrahi YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata tutum ve eğilimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- Hemşirelerin yaş ortalaması 29.38 ± 5.61 yıl olup, %77.3'ü kadındır ve %65.7'si lisans mezunudur (Tablo 4.1).
- Son bir yıl içinde tıbbi hata yaptığını belirten hemşirelerin (%13.8), yanlış ilacı uygulama (%36), yanlış dozda ilaç uygulama (%36) ve yanlış bilgilendirme (%28) hataları yaptığı saptandı (Tablo 4.2).
- Hemşireler tıbbi hatalarda etkili en önemli ilk üç faktörün sırasıyla “bakım verilen hasta sayısının fazla olması (%67.4)”, “uzun çalışma saatleri (%66.3)” ve “yorgunluk (%65.7)” olduğunu belirtti (Tablo 4.2).
- Hemşireler, hasta sayısının (%38.6) ve mesai saatlerinin (%38.6) azaltılmasının, hemşire sayısının artırılmasının (%31.6) ve hizmet içi eğitim verilmesinin (%28.1) tıbbi hataları önlemede etkili olacağını ifade etti (Tablo 4.2).
- Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına göre hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu saptandı. (Tablo 4.4).
- Meslekte çalışma yılı yedi yıl ve daha az olan hemşirelerin “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalamasının, çalışma yılı yedi yıldan fazla olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$; Tablo 4.5).
- Nöbet tutmayan ve ayda yedi ve daha az nöbet tutan hemşirelere göre ayda yediden daha fazla nöbet tutan hemşirelerin “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$; Tablo 4.5).
- Yoğun bakım hemşireleri ile kıyaslandığında, klinikte çalışan hemşirelerin “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük belirlendi ($p < 0.05$; Tablo 4.5).

- Talimat ve prosedürlerin tıbbi hataları önlemede etkin olmadığını belirten hemşirelerin “tıbbi hata nedenleri” alt boyut puan ortalamasının etkin olduğunu belirtenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$; Tablo 4.5).
- Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalamasına ve alt boyut puan ortalamalarına göre hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu saptandı (Tablo 4.7).
- Otuz beş yaş üstü hemşirelerin HTHEÖ toplam puan, “düşmeler” ve “iletişim” alt boyut puan ortalamalarının, 35 yaş ve altı hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$; Tablo 4.8).
- Şu an çalışmakta olduğu birimde isteyerek çalışan hemşirelerin “ilaç ve transfüzyon” alt boyut puan ortalamalarının bu birimde çalışmaya istekli olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$; Tablo 4.8).
- Ayda yedi ve daha az nöbet tutanlar ile kıyaslandığında nöbet sayısı yediden fazla olan hemşirelerin “düşmeler” alt boyut puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$; Tablo 4.8).
- Günde 16 hastadan daha fazla sayıda hastaya bakım veren hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının daha az sayıda hastaya bakım verenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$; Tablo 4.8).
- Mesleğinden memnun olan hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının memnun olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$; Tablo 4.8).
- Talimat ve prosedürlerin tıbbi hataları önlemede etkin olduğunu belirten hemşirelerin “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” alt boyut puan ortalamasının, etkin olmadığını belirtenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$; Tablo 4.8).
- Son bir yıl içinde hastaya yanlış bilgilendirme yaptığını belirten hemşirelerin “hastane enfeksiyonları” alt boyut puan ortalamasının, yanlış dozda ilaç yaptığını ve yanlış ilacı yaptığını belirtenlerden anlamlı olarak daha düşük olduğu ve bu hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$; Tablo 4.9).

- Hemşirelerin HTHEÖ toplam puanı arttıkça THTÖ “tıbbi hata algısı” alt boyut puanının anlamlı oranda azaldığı saptandı ($p<0.05$; Tablo 4.10).
- Hemşirelerin THTÖ “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalaması ile HTHEÖ “ilaç ve tansfüzyon uygulamaları”, “hastane enfeksiyonları”, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği”, “iletişim” puan ortalamaları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$; Tablo 4.10).
- Hemşirelerin HTHEÖ “hastane enfeksiyonları” alt boyut puanı arttıkça THTÖ “tıbbi hataya yaklaşım” alt boyut puanının da anlamlı oranda arttığı saptandı ($p<0.05$; Tablo 4.10).
- HTHEÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları (ilaç ve tansfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları ve iletişim) ile THTÖ “tıbbi hataya yaklaşım” alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$; Tablo 4.10).

6.2.Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kurumlarda tıbbi hataların etkin ve sağlıklı bildirimini sağlamaya yönelik düzenlemelerin yapılması,
- Bildirimi yapılan tıbbi hatalar, tıbbi hata nedenleri ve çözüm önerileri dikkate alınarak bu hataları önlemeye yönelik planlamaların yapılması,
- Hizmet içi eğitimler ile mesleğe yeni başalayan ve/veya deneyimi az olan hemşirelerin tıbbi hatalar ve hasta güvenliğindeki rolü ile ilgili farkındalıklarının artırılması,
- Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutumlarını ve tutumun tıbbi hata eğilimine etkisini belirlemeye yönelik yeni çalışmaların planlanması, önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Ahmadi S. A, Sadat H, Scheufler K. M, Steiger H. J, Weber B, Beez T. Malpractice claims in spine surgery in Germany: a 5-year analysis. *The Spine Journal*. 2019.
- Akalın EH. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2005; 5: 141-146.
- Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 2015; 12(3): 210-214.
- Akın Korhan A. E, Dilemek H, Mercan S, Yılmaz U. D. Determination of Attitudes of Nurses in Medical Errors and Related Factors. *International Journal of Caring Sciences*. 2017; 10(2): 794-801.
- Alan N, Khorshid L. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016; 32(1): 1-18.
- Allegranzi B, Nejad S. B, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, Pittet D. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2011; 377(9761): 228-241.
- Alsulami S. L, Sardidi H. O, Almuzaini R. S, Alsaif M. A, Almuzaini H. S, Moukaddem A. K, Kharal M. S. Knowledge, attitude and practice on medication error reporting among health practitioners in a tertiary care setting in Saudi Arabia. *Saudi medical journal*. 2019; 40(3): 246-251.
- Alzahrani N, Jones R, Abdel-Latif M. E. Attitudes of Doctors and Nurses toward Patient Safety within Emergency Departments of a Saudi Arabian Hospital: A Qualitative Study. In *Healthcare. Multidisciplinary Digital Publishing Institute*. 2019; 7(1): 44.
- Andsoy II, Kar G, Öztürk Ö. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. HSP. 2014; 1(1): 17-27.
- Aslan Ü, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2005; 47: 175-178.
- Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi. HemşirelikYüksekokulu Dergisi*. 2000; 4(2): 22-27.
- Avşar G, Armutçu E. A, Özlü Z. K. Hemşirelerin tıbbi hata eğilim düzeyleri ve tıbbi hata türleri: Bir Hastane Örneği. *HSP*. 2016; 3(2): 115-122.
- Ayoubian A, Habibi M, Yazdian P, Bagherian-Mahmoodabadi H, Arasteh P, Eghbali T, Meybodi TE. Survey of nursery errors in healthcare centers, Isfahan, Iran. *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(3): 43-48.
- Baggaley A, Robb L, Paterson-Brown S, McGregor R. J. Improving the working environment for the delivery of safe surgical care in the UK: a qualitative cross-sectional analysis. *BMJ open*. 2019; 9(1): e023476.
- Bagian J. P. How Safe Is Safe Enough for Space and Health Care?: Communication and Acceptance of Risk in the Real World. *JAMA neurology*. 2019.
- Balanuye B. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Azize Karahan)*.
- Barbour K. E, Stevens J. A, Helmick C. G, Luo Y. H, Murphy L. B, Hootman J. M, Sugerman D. E. Falls and fall injuries among adults with arthritis—United States, 2012. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*. 2014; 63(17): 379-383.
- Barış V. K, Intepeler S. S, Yeginboy E. Y. The cost of serious patient fall-related injuries at hospitals in Turkey: a matched case-control study. *Clinical nursing research*. 2018; 27(2): 162-179.
- Barsbay S, Parıltı N, Çakmak Barsbay M. Healthcare Professionals' Attitudes Regarding Patient Safety in Clinics. *Journal of Current Researches on Health Sector*. 2018; 8(2): 67-78.
- Bergland A. Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk Epidemiologi*. 2012; 22(2): 151-164.

- Berke D, Aslan F. E. Cerrahi hastalarını bekleyen bir risk: Düşmeler, nedenleri ve önlemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010; 13(4): 72-77.
- Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. 7 gün-24 saat hasta başında Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları. *Türk Hemşireler Derneği Yayını*. Odak Ofset Matbaacılık, 2008, Ankara, s:22-37.
- Birgili F, Köse F. Tendencies of Nurses to Medical Errors. *Journal of Current Researches on Health Sector*. 2018; 8(2): 249-266.
- Bişkin S, Cebeci F. Hastanede İlaç Hatalarının Önlenmesine Yönelik Hemşirelerin Yaptığı Uygulamalar: Sistematik Derleme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 21(3): 203-217.
- Björkstén K. S, Bergqvist M, Andersén-Karlsson E, Benson L, Ulfvarson J. Medication errors as malpractice-a qualitative content analysis of 585 medication errors by nurses in Sweden. *BMC Health Services Research*. 2016; 16(1): 431.
- Blackmore C. C, Bishop R, Luker S, Williams B. L. Applying lean methods to improve quality and safety in surgical sterile instrument processing. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2013; 39(3): 99-105.
- Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. *Genel Tıp Dergisi*. 2012; 22(2): 37-42.
- Bouldin E. D, Andresen E. M, Dunton N. E, Simon M, Waters T. M, Liu M, Shorr R. I. Falls among adult patients hospitalized in the United States: prevalence and trends. *Journal of patient safety*. 2013; 9(1): 13-17.
- Candas B, Gürsoy A. Patient safety in operating room: Thoughts of surgery team members on implementing the Safe Surgery Checklist (An example from Turkey). *Perioperative Care and Operating Room Management*. 2016; 5: 1-6.
- Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2012; 15(3): 188-96.
- Chang KY, Mark B. Antecedents of severe and nonsevere medication errors. *Journal of Nursing Scholarship*. 2009; 41: 70-78.
- Chang L. Y, Hsiu-Hui Y. U, Yann-Fen C. H. A. O. The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *Journal of Nursing Research*. 2019; 27(1): 1-9.
- Croke, E. M. Nurses, Negligence, and Malpractice: An analysis based on more than 250 cases against nurses. *AJN The American Journal of Nursing*. 2003; 103(9): 54-63.
- 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, Bora Güneş N, Pars H. Kan Ürünleri ve Güvenli Kan Transfüzyonu. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2015; 7(1): 49-57.
- Çelik S, Hisar F. The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*. 2012; 18(2): 180-187.
- Çınar D, Karadakovan A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2016; 20(2): 116-122.
- Çırpı F, Merih Y. D, Kocabay Y. M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerinin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009; 2(3): 26-34.
- De Jong L. D, Weselman T, Kitchen S, Hill A. M. Exploring Hospital Patient Sitters' Fall Prevention Task Readiness: A Cross- Sectional Survey. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*. 2019; 1-8.
- De Meester K, Haegdorens F, Monsieurs KG, Verpooten GA, Holvoet A, Van Bogaert P. Six-day postoperative impact of a standardized nurse observation and escalation protocol: a preintervention and postintervention study. *Journal of critical care*. 2013; 28(6): 1068-1074.

- De Meester K, Verspuy M, Monsieurs K. G, Van Bogaert P. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*. 2013; 84(9): 1192-1196.
- De Vries E. N, Ramrattan M. A, Smorenburg S M, Gouma D J, ve Boermeester M. A. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*. 2008; 17(3): 216-223.
- Despins L. A. Factors influencing when intensive care unit nurses go to the bedside to investigate patient related alarms: A descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017; 43: 101-107.
- Dikmen Y. D, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 1(1): 44-56.
- Dimova R, Stoyanova R, Doikov I. Mixed- methods study of reported clinical cases of undesirable events, medical errors, and near misses in health care. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2018; 24(4): 752-757.
- Dirik H. F, Samur M, Seren Intepeler S, Hewison A. Nurses' identification and reporting of medication errors. *Journal of clinical nursing*. 2018; 28(5-6): 931-938.
- Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung C. L, Cotev S. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *BMJ Quality & Safety*. 2003; 12(2): 143-147.
- Dyab E, Elkalmi R, Bux S, Jamshed S. Exploration of Nurses' Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers towards Medication Error Reporting in a Tertiary Health Care Facility: A Qualitative Approach. *Pharmacy*. 2018; 6(4): 120-134.
- Engelhard SB, Aronow ME, Shah CT, Sim AJ, Reddy AK. Malpractice litigation in ocular oncology. *Ocul Oncol Pathol*. 2018; 4(3): 135-40.
- Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2016; 3(3): 132-139.
- Erbay E, Esatoğlu A. E. Content Analysis of Newspaper Coverage of Medical Malpractice. *Health Sciences Research in the Globalizing World*. 2018; 956-973.
- Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2009; 84(1): 1-10.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surgical site infections - Annual Epidemiological Report 2016 [2014 data].
- Evans JD. *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove. 1996. CA: Brooks/Cole Publishing.
- Evans S. M, Berry J. G, Smith B. J, Esterman A, Selim P, O'shaughnessy, J, DeWit M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *BMJ Quality & Safety*. 2006; 15(1): 39-43.
- Fidancı B. E, Yıldız D, Akyol M, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Assessment of the malpractice tendencies of nurses working in an educational and research hospital. *International Journal of Caring Sciences*. 2014; 7(1): 294-301.
- Filiz E. Bodur S. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Konya, Yüksek Lisans Tezi. 2009; 30-36.
- Frank L, Danks J. Perianesthesia Nursing Malpractice: Reducing the Risk of Litigation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2018; 1-6.
- Frazier S. K, Higgins J, Bugajski A, Jones A. R, Brown M. R. Adverse reactions to transfusion of blood products and best practices for prevention. *Critical Care Nursing Clinics*. 2017; 29(3): 271-290.
- Gao X, Yan S, Wu W, Zhang R, Lu Y, Xiao S. Simplications from China patient safety incidents reporting system. *Therapeutics and clinical risk management*. 2019; 15: 259-267.

- Genç, M. The effect of scientific studies on students' scientific literacy and attitude. *Ondokuz Mayıs University Journal of Faculty of Education*. 2015; 34(1): 141-152.
- Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010; 13(2): 53-59.
- Göktaş S. B, Yıldız T, Koşucu S. N, Urcanoğlu Ö. B. Kan Transfüzyonunda Hemşirelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *International Anatolia Academic Online Journal/Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 3(2): 10-20.
- Griffith P, Ball J, Bloor K, Böhning D, Briggs J, Dall'Ora C, Meredith P. Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study. 2018; 6(38).
- Gupta S. K, Al Khaleefah F. K, Al Harbi I. S, Ahmed F, Jabar S, Torre M. A, Mathias S. L. An intervention study for the prevention and control of health care-associated infection in the critical cares area of a tertiary care hospital in Saudi Arabia. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*. 2018; 22(12): 858-861.
- Güleç D, Seren İntepeler Ş. Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelikte araştırma Geliştirme Dergisi*. 2013; 15(3): 26-41.
- Gündoğmuş Ü. N, Özkara E, Mete S. Nursing and midwifery malpractice in Turkey based on the higher health council records. *Nursing Ethics*. 2004; 11(5): 489-499.
- Güzel S, Yavuz MS, Aşirdizer M. Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulları ile Yüksek Sağlık Şurası raporları arasında çelişkili bulunan ve Adli Tıp Kurumu'nda görüşülen olguların incelenmesi. *Adli Tıp Bülteni*. 2002; 7(1): 14-20.
- Harvey A. R, Basavaraju S. V, Chung K. W, Kuehnert M. J. Transfusion- related adverse reactions reported to the National Healthcare Safety Network Hemovigilance Module, United States, 2010 to 2012. *Transfusion*. 2015; 55(4): 709-718.
- Hashemi F, Nasrabadi A. N, Asghari F. Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study. *BMC nursing*. 2012; 11(1): 20-28.
- Haynes A. B, Weiser T. G, Berry W. R, Lipsitz S. R, Breizat A. H. S, Dellinger E. P, Merry A. F. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*. 2009; 360(5): 491-499.
- Health Research & Educational Trust. Preventing patient falls: a systematic approach from the Joint Commission Center for Transforming Healthcare project. Chicago, IL: Health Research & Educational Trust. 2016; p. 1-19. <http://www.hpoe.org/Reports-HPOE/2016/preventing-patient-falls.pdf> (Erişim: 21 Mart 2019).
- Hendrich A. Inpatient Falls: Lessons From The Field. *Patient Safety and Quality Healthcare*. 2006; 3(3): 26-30.
- Hernandez F, Majoul E, Montes-Palacios C, Antignac M, Cherrier B, Doursounian L, Hindlet P. An observational study of the impact of a computerized physician order entry system on the rate of medication errors in an orthopaedic surgery unit. *PloS one*. 2015; 10(7): e0134101.
- Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Schein JR, Cousins DD. Medication errors involving patient-controlled analgesia. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2008; 65: 429-440.
- Hines S, Kynoch K, Khalil H. Effectiveness of interventions to prevent medication errors: an umbrella systematic review protocol. *JBİ database of systematic reviews and implementation reports*. 2018; 16(2): 291-296.
- Horvath K. A, Acker M. A, Chang H, Bagiella E, Smith P. K, Iribarne A, Gelijs A. C. Blood transfusion and infection after cardiac surgery. *The Annals of thoracic surgery*. 2013; 95(6): 2194-2201. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/surgical-site-infections-annual-epidemiological-report-2016-2014-data> (Erişim: 14 Nisan 2019).
- Institute of Medicine (IOM) (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Edt: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Washington (DC): National Academies Press (US). 2000; p.1-16.

- Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, Washington, National Academies Press, 2001, p: 67-82.
- İşık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012; 11(4): 421-430.
- İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim (5.baskı), Beykent Üniversitesi Yayınevi İstanbul. 2010: 1-63.
- İncesu E, Orhan F. Bir kamu hastanesi güvenlik raporlama sistemi verilerinin incelenmesi: Retrospektif bir araştırma. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2018; 5(2): 79-86.
- İşçi N, Altuntaş S. Tendency Of The Nurses Working In Erzurum Towards Medical Error. Message Host. 2015; 383-387.
- İşlek E. Bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde hasta güvenliğini tehdit eden olayların ve olası nedenlerinin tanımlanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009 (Tez Danışmanı: Doç Dr. Afsun Ezel Esatoğlu).
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Sentinel Event Statistics, 2015. www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm, 2014.
- Kahrıman İ, Öztürk H. Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. Journal of clinical nursing. 2016; 25(19-20): 2884-2894.
- Karabulut N, Çetinkaya F. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler Ve Motivasyon Düzeyleri. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011; 14(1): 14-23.
- Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi. 2014; 1(1): 9-18.
- Karadağ G, Ovayolu Ö, Parlar Kiliç S, Ovayolu N, Göllüce, A. Malpractice in nursing: The experience in Turkey. International journal of nursing practice. 2015; 21(6): 889-895.
- Karadağ M, İşık O, Cankul İ. H, Abuhanoğlu H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015; 17(1): 160-179.
- Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 17(3): 233-236.
- Karayurt Ö, Turhan Damar H, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M. Ameliyathanede Hasta Güvenliği Kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi. 2017; (1): 16-23.
- Karim F, Moiz B, Shamsuddin N, Naz S, Khurshid M. Root cause analysis of non-infectious transfusion complications and the lessons learnt. Transfusion and Apheresis Science. 2014; 50(1): 111-117.
- Kessels-Habraken M, Van der Schaaf T, de Jonge J, Rutte C. Defining near misses: towards a sharpened definition based on empirical data about error handling processes. Social science & medicine. 2010; 70(9): 1301-1308.
- Kırşan M, Akın Korhan E, Şimşek S, Özçiftçi S, Ceylan B. Hemşirelik Uygulamalarında İlaç Hataları: Bir Sistemik Derleme. . Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2019; 11(1): 35-51.
- Kim J, Kim S, Park J Lee E. Multilevel factors influencing falls of patients in hospital: the impact of nurse staffing. Journal of nursing management. 2019.
- Kirkland K. B, Homa K. A, Lasky R. A, Ptak J. A, Taylor E. A, Splaine M. E. Impact of a hospital-wide hand hygiene initiative on healthcare-associated infections: results of an interrupted time series. BMJ Qual Saf. 2012; 21(12): 1019-1026.
- Kıymaz D. Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2015 (Danışman Doç. Dr. Zeliha Koç).
- Kıymaz D, Koç Z. Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. Journal of clinical nursing. 2018; 27(5-6): 1160-1169.

- Kullar P. J, Weerakkody R. A, Bicknell C. Surgical Technology And Operating Room Safety Failures: Lessons From Vascular And General Surgery. *Ent And Audiology News*. 2014; 22(6). www.entandaudiologynews.com
- Küçükoğlu S, Ası Karakaş S, Çelebioğlu A. The Tendency Of Nurses To Make Medical Errors And Associated Impacting Factors. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2016; 8: 88-102.
- Le C. D, Lehman E. B, Nguyen T. H, Craig T. J. Hand Hygiene Compliance Study at a Large Central Hospital in Vietnam. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(4): 607.
- Lee Y. J, Hwang, J. I. Relationships of Nurse-Nurse Collaboration and Nurse-Physician Collaboration with the Occurrence of Medical Errors. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2019; 25(2): 73-82.
- LeLaurin J. H, Shorr R. I. Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. *Clinics in geriatric medicine*. 2019; 35(2): 273-283.
- Li Y, Gao D, Tu M, Luo Y. Z, Deng Z. H. Investigation of pathology malpractice claims in China from 2002-2015. *Journal of forensic and legal medicine*. 2017; 48: 30-34.
- Liu L. F, Lee S, Chia P. F, Chi S. C, Yin Y. C. Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators. *Journal of nursing research*. 2012; 20(4): 300-309.
- Makary M. A, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *Bmj*. 2016; 353: i2139.
- Manav G, Başer S. Çocuk Hemşirelerinin İlaç Hatası Yapma Durumları ve Eğilimlerinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7(3): 41-49.
- Mazor K. M, Roblin D. W, Greene S. M, Lemay C. A, Firreno C. L, Calvi J, Gallagher T. H. (2012). Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response. *Journal of Clinical Oncology*. 2012; 30(15): 1784-1790.
- Mete S, Ulusoy E, Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları, *Hemşirelik Forum Dergisi*. 2006; 6: 36-41.
- Mitchell PH. Defining patient safety and quality care. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Ed: Hughes RG. AHRQ Publication. 2008, Rockville, p: 1-5.
- Modrzejewski A, Zamojska-Kościów E, Tracz E, Parafiniuk M. Surgical instrument left inside abdomen. *Pol Przegl Chir*. 2018; 90(6): 40-42.
- Nanji K. C, Patel A, Shaikh S, Seger D. L, Bates D. W. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. *Anesthesiology. The Journal of the American Society of Anesthesiologists*. 2016; 124(1): 25-34.
- Orozco Reyes O. A, Soto Arreola M. O, Olvera N, Iraiz S, Pérez Castro y Vázquez J. A. Manejo de las transfusiones por parte de Enfermería. *Revista Conamed*. 2016; 21(3): 122-126.
- Ovalı F. Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*. 2010; 1(1): 33-43.
- Oyebode F. Clinical errors and medical negligence. *Medical Principles and Practice*. 2013; 22(4): 323-333.
- Ozer S, Sarsilmaz H, Aktas H, Aykar F. S. Attitudes Toward Patient Safety and Tendencies to Medical Error Among Turkish Cardiology and Cardiovascular Surgery Nurses. *Journal of patient safety*. 2019; 15(1): 1-6.
- Özata M, Altuncan H. Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlilik güvenilirlik analizinin yapılması. İç: *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. Edt: Kırılmaz H. 2010, Ankara, s: 3-20.
- Özdilek AO. Tıpta yanlış uygulama (malpraktis) sebebiyle hekimin hukuki sorumluluğu. 2006. http://www.turkhukuksitesi.com/makale_300%20htm. (Erişim: 21 Mart 2019).
- Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener M. Talip. Tıbbi hatalı uygulamalar. *Malpractise. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J*. 2015; 42(3): 394-397.

- Özlü Z. K, Eskici V, Aksoy D, Özer N, Yayla A, Avşar G. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(1): 83-104.
- Özyer Y. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumları. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ordu, 2016 (Danışman: Doç. Dr. Nurgül Bölükbaş, Doç. Dr. Dilek Çilingir).
- Parshuram CS, To T, Seto W, Trope A, Koren G, Laupacis A. Systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication. *CMAJ*. 2008; 178(1): 42-48.
- Penoyer D. A. Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. *Critical care medicine*. 2010; 38(7): 1521-1528.
- Polat Külcü D, Yiğit R. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2017; 20(1): 34-40.
- Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, 2015: 21-22; 24-28.
- Poorolajal J, Rezaie S, Aghighi N. Barriers to medical error reporting. *International journal of preventive medicine*. 2015; 6: 97.
- Rabøl L. I, Andersen M. L, Østergaard D, Bjørn B, Lilja B, Mogensen T. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ quality & safety*. 2011; 20(3): 268-274.
- Redley B, Botti M. Reported medication errors after introducing an electronic medication management system. *Journal of clinical nursing*. 2012; 22(3-4): 579-589.
- Robertson J. J, Long, B. Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers. *The Journal of emergency medicine*. 2018; 54(4): 402-409.
- Rodziewicz T. L, Hipskind J. E. Medical error prevention. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018, p:1-26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>. (Erişim: 21 Mart 2019).
- Roque K. E, Tonini T, Melo E. C. P. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. *Cadernos de saude publica*, 32, e00081815. 2016.
- Rudrappan R. B. Evaluating the knowledge and practices of nurses and paramedics in blood transfusion services—A survey in the states of Tamil Nadu and Pondicherry, India. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019; 8(1): 48.
- Rutledge D. N, Retrosi T, Ostrowski G. Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *Journal of clinical nursing*. 2018; 27(9-10): 1941-1949.
- Safran N. Hemşirelik ve ebelikte malpraktis. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2004 (Danışmanı: Prof. Dr. Gürsel Çetin).
- Savaş H. Yargıya yansıyan tıbbi müdahale hataları tıbbi malpraktis davalarının seyri ve sonuçları. *Seçkin Yayıncılık*, 2013, 3. Baskı. Ankara, p:43-65.
- Saygın T, Keklik B. Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2014; 17(2): 99-118.
- Seren İntepeler Ş, Soydemir D, Güleç D. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 30(1): 1-18.
- Sexton J. B, Thomas E. J, Helmreich R. L. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *Bmj*. 2000; 320(7237): 745-749.
- Sezgin B, Yıldırım A. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, Doktora Tezi, 2007; 25-57.
- Sheu SJ, Wei IL, Chen CH, Yu S, Tang FI. Using snowball sampling method with nurses to understand medication administration errors. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 3(1): 1-12.

- Smith F. C, Donaldson J, Pirie L. Pre-registration adult nurses' knowledge of safe transfusion practice: Results of a 12 month follow-up study. *Nurse education in practice*. 2010; 10(2): 101-107.
- Smits M, Zegers M, Groenewegen PP, Timmermans DR, Zwaan L, van der Wal G, Wagner C. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies *Qual Saf Health Care*. 2010; 19(5): 1-7.
- Şahin D, Faikoğlu R, Şahin İ, Gökdoğan M. R, Yaşar S, Alparslan N, Faikoğlu G. Hemşirelikte malpraktis: olgu sunumları. *Adli Tıp Bülteni* 2014; 19(2):100-104.
- T. C. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, Sayı: 27897.
- Tang FI, Sheu SJ, Yu, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16(3): 447-57.
- Tekin Ç, Bozkır Ç, Sazak Y, Özer A. Malatya il merkezinde çalışan aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri, iş doyumları düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*. 2014; 19(3): 135-139.
- The Joint Commission. National Patient Safety Goals Effective January 2019. Hospital Accreditation Program. 1-17. https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_HAP_Jan2019.pdf
- The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (NCCMERP), About Medication Errors. <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors> (Erişim: 10 Mart 2019).
- Topal G, Şahin İ, Çalışkan E, Kılınçel Ö. Kan Transfüzyonu Ve Düzeyleri İle İlgili Sağlık Çalışanlarının Bilgi Düzeyi Araştırması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2019; 9(1): 1-5.
- Tsai L. Y, Campbell M, Chen C. J, Hsieh R. K, Chien H. H, Tsai, J. M. Falls and related injuries in hospitalized patients with cancer in Taiwan. *journal of nursing research*. 2017; 25(4): 310-318.
- Türk I, Akgül S, Seçkin M, Tekingündüz S, Zekioğlu A. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2018; 5(1): 25-34.
- Ungar A, Rafanelli M, Iacomelli I, Brunetti M. A, Ceccofiglio A, Tesi F, Marchionni N. Fall prevention in the elderly. *Clinical Cases in mineral and bone metabolism*. 2013; 10(2): 91-95.
- Wang Y. Y, Wan Q. Q, Lin F, Zhou W. J, Shang S. M. Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. *International journal of nursing sciences*, 2018; 5(1): 81-88.
- Weissman J. S, Rothschild J. M, Bendavid E, Sprivulis P, Cook E. F, Evans R. S, Lloyd J. Hospital workload and adverse events. *Medical care*. 2007; 45(5): 448-455.
- WHO. 2011. https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/ (Erişim: 14 Nisan 2019).
- WHO. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. 2016. Available. <https://www.who.int/gpsc/core-components.pdf> (Erişim: 3 Mart 2019).
- Wittich C. M, Burkle C. M, Lanier W. L. Medication errors: an overview for clinicians. In *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier. 2014; 89(8): 1116-1125.
- Woolcott J. C, Khan K. M, Mitrovic S, Anis A. H, Marra C. A. The cost of fall related presentations to the ED: a prospective, in-person, patient-tracking analysis of health resource utilization. *Osteoporosis international*. 2012; 23(5): 1513-1519.
- Yıldırım Ö. Tıbbi Uygulama Hatalarına Yol Açan Süreçler. *Turkish Journal of Ophthalmology/Türk Oftalmoloji Dergisi*. 2012; 42: 78-81.
- Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A, Bulut A. Hemşirelerin Malpraktis ile İlgili Algı, Tutum ve Davranışları. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. 2016; 21(3): 207-214.
- Yorgun S, Atasoy A, Duman E, Akbaş S, Kayhan M, Şentürk E. Düşmeler Ve Çevresel Faktörlerin Değerlendirilmesi. L. Uluslararası Hasta Güvenliği Ve Sağlık Finansmanı Kongresi 2017; 52-54, Antalya, Türkiye.

- Yücesan A, Alkaya S. A. Bireylerin Tıbbi Hatalarla İlgili Görüş ve Deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2017; 44(1): 25-31.
- Zarea K, Mohammadi A, Beiranvand S, Hassani F, Baraz S. Iranian nurses' medication errors: A survey of the types, the causes, and the related factors. *International journal of Africa nursing sciences*. 2018; 8: 112-116.
- Zhou L, Li H, Li C, Li G. Risk management and provider liabilities in infantile cerebral palsy based on malpractice litigation cases. *Journal of forensic and legal medicine*. 2019; 61: 82-88.
- Zhu X, Yuan L, Li T, Cheng P. Errors in packaging surgical instruments based on a surgical instrument tracking system: an observational study. *BMC health services research*. 2019; 19(1): 176.



8. EKLER

EK A

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

I. TANITICI ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın
3. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
4. Eğitim Durumunuz: () Lise () Ön lisans () Lisans () Lisansüstü
5. Şu anki göreviniz: () Klinik Hemşire () Sorumlu hemşire
6. Meslekte hizmet süreniz:.....
7. Şu anda çalıştığınız klinik:.....
8. Şu an çalıştığınız klinikte çalışma süreniz:.....
9. Şu an çalıştığınız klinikte isteyerek mi çalışıyorsunuz? Evet () Hayır ()
10. Genelde çalıştığınız vardiya:() Sürekli gece () Sürekli gündüz () Karma
11. Aylık tuttuğunuz ortalama nöbet sayısı:.....
12. Fazla mesai saatiniz:.....
13. Günlük bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı:.....
14. Mesleğinizden memnun olma durumunuz:() Memnunum () Memnun değilim

II. TIBBİ HATAYA İLİŞKİN BİLGİLER

15. Son bir yıl içinde tıbbi hata yaptınız mı? Evet () Hayır () **Yanıtınız hayır ise 17. soruya geçiniz.**
16. Tıbbi hata yaptıysanız yaptığınız hata/hatalar nelerdir?
Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz?
 - a. Yanlış ilacı uygulama
 - b. Yanlış kan takma
 - c. Yanlış hastaya kan takma
 - d. Yanlış serum takma
 - e. Yanlış hastaya serum takma
 - f. Yanlış hastadan kan örneği alma
 - g. Yanlış yoldan ilaç uygulama
 - h. Yanlış hastaya ilaç uygulama
 - i. Yanlış dozda ilaç uygulama
 - j. Yanlış zamanda ilaç uygulama
 - k. İlacın hazırlanma ve uygulanmasında steriliteye önem vermeme
 - l. Yanlış anlama nedeniyle sözel alınan istemin yanlış uygulanması
 - m. Bilsizlik/tecrübesizlik nedeniyle tıbbi araç-gereci yanlış kullanma
 - n. Güvenlik önlemlerinin eksikliği nedeniyle hastanın düşmesi
 - o. Yanlış kayıt tutma
 - p. Yanlış bilgilendirme
 - q. Gereksinim duyulan bakım girişimlerini (ağız bakımı, solunum egzersizi, perine bakımı, vücut banyosu vb.) uygulamama
 - r. Diğer.....
17. Birlikte çalıştığımız hekimlerin tıbbi hata yaptığına şahit oldunuz mu? Evet () Hayır ()
18. Birlikte çalıştığımız hemşirelerin tıbbi hata yaptığına şahit oldunuz mu? Evet () Hayır ()
19. Hemşirelerin tıbbi hata yapmasında etkili faktörler nelerdir? **Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz?**
 - a. Uzun çalışma saatleri
 - b. Gece nöbetleri

- c. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması
- d. İletişim eksikliği
- e. Mesleki bilgi eksikliği
- f. Dikkat eksikliği
- g. Tükenmişlik
- h. Yorgunluk
- i. Hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması
- j. Oryantasyon eğitimlerinin yetersiz olması
- k. Görev, yetki ve sorumluluk dışı işler yapılması
- l. Hekim istemlerinin anlaşılabilmesi
- m. Tecrübesizlik
- n. Diğer.....

20. Kliniğinizde aşağıdaki talimat ve prosedürlerden hangisi/hangileri kullanılmaktadır?

Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz?

- a. Damar yolu açma talimatı
- b. Vücut hijyen bakım talimatı
- c. İntramüsküler enjeksiyon uygulama talimatı
- d. Glukometre kullanım talimatı
- e. Kan yolu ile bulaşan enfeksiyonlardan korunma talimatı
- f. Nütrisyon desteği talimatı
- g. Ağrı değerlendirme ve takip talimatı
- h. Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik prosedür
- i. Transfüzyon hizmetlerine yönelik süreçler ve süreçlere yönelik kurallar

21. Kliniğinizde kullanılan talimat ve prosedürler tıbbi hataları önlemede etkili olduğunu düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()

22. Tıbbi hataları önlemek için alınması gereken önlemlere ilişkin önerilerinizden birkaç tanesini yazınız.

1.
2.
3.

EK B**HEMŞİRELERDE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ**

Alt boyutlar	Madde No		Hiç	Çok Nadir	Zaman Zaman	Genellikle	Her Zaman
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	1	IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.					
	2	Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.					
	3	Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.					
	4	Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.					
	5	İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.					
	6	İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.					
	7	Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.					
	8	Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.					
	9	İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.					
	10	Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.					
	11	İlacın hazırlanması ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.					
	12	Okunmuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.					
	13	Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim.					
	14	İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.					
	15	İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.					
	16	İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.					
	17	İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.					
	18	İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.					
Düşmeler	1	Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.					
	2	Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlarım.					
	3	Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.					
	4	Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.					
	5	Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.					
Hastane Enfeksiyonları	1	İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim.					
	2	Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.					
	3	Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.					
	4	IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.					
	5	Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun					

		uygun şekilde yapılmasını sağlarım.						
	6	İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim.						
	7	Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.						
	8	Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.						
	9	Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.						
	10	Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.						
	11	Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.						
	12	Serum şişeleri ve setlerini 24 saat'de bir değiştiririm.						
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	1	Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim.						
	2	Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.						
	3	Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.						
	4	Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yaparım.						
	5	Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım.						
	6	Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.						
	7	Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.						
	8	Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.						
	9	Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.						
İletişim	1	Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım.						
	2	Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim.						
	3	Serviste çift order(<i>doktor istemi+hemşire gözlem formu</i>) kontrolü uygulamasına dikkat ederim.						
	4	Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim.						
	5	Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.						

EK C**TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ**

Madde No	Tıbbi Hatalarda Tutum	Tamamen katılmıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1	Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.					
2	Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.					
3	Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4	Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5	Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6	Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7	Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.					
8	Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9	Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.					
10	Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.					
11	Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.					
12	Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13	Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
14	Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.					
15	Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16	Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır					

EK D

**Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı
Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:72

Toplantı Tarihi: 29.06.2018

Karar Sayısı:2018/1441:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL' in "Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum ve Eğilimlerinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 14.06.2018 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Alime KANDEMİR' in yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL' in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL

Yardımcı Araştırmacı: Alime KANDEMİR

ASLI GİBİDİR
29.06.2018

Prof. Dr. Saim ACIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK E

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 14567952-900-E.50711
Konu : Tez Çalışması

30/07/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 16/07/2018 tarihli ve 12866609-300-E.46663 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Alime KANDEMİR'in "Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum ve Eğilimlerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Hastanemiz Cerrahi Kliniği ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Ahmet TEKİN
Başhekim

EK F

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni

4 Haziran 2018 15:58 tarihinde Musa özata <musaozata@gmail.com> yazdı:

ölçeği ve ilgi makaleyi ekte yoluyorum. iyi çalışmalar

1 Haziran 2018 00:07 tarihinde Serpil Yüksel <serpilyuksel77@gmail.com> yazdı:

Değerli hocam,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL ben. Yüksek lisans tez öğrencim Alime KANDEMİR'in tezinde cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata eğilimlerini belirmeye yönelik bir çalışma yapmayı planlıyoruz. Çalışmada, Sayın Altunkan ile birlikte 2010 yılında geliştirdiğiniz "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği"ni sizi referans göstererek kullanmak istiyoruz. Ölçeğinizi kullanabilir miyiz?

Saygılarımızla

Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL

Hemşire Alime KANDEMİR

EK G

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Kullanım İzni

4 Haziran 2018 13:11 tarihinde <seyda.seren@deu.edu.tr> yazdı:

Sayın Serpil Yüksel,

Ölçeği sonuçlarını paylaşmak üzere kullanmanızda bir sakınca bulunmamaktadır. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Selamlar.

3 Haziran 2018 14:20, "Serpil Yüksel" <serpilyuksel77@gmail.com> yazdı:

Değerli hocam,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL ben. Yüksek lisans tez öğrencim Alime KANDEMİR'in tezinde cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutum ve eğilimlerini belirmeye yönelik bir çalışma yapmayı planlıyoruz. Çalışmada, Sayın Dilek GÜLEÇ ile birlikte 2012 yılında geliştirdiğiniz "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği"ni sizi referans göstererek kullanmak istiyoruz. Ölçeğinizi kullanabilir miyiz?

Saygılarımızla

Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL

Hemşire Alime KANDEMİR

EK H

Gönüllülerin Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması Olur Formu

Değerli Meslektaşım,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi olan Alime KANDEMİR, Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL danışmanlığında “Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutum ve Eğilimlerinin Belirlenmesi” başlıklı bir yüksek lisans tez çalışması planladı. Sorulara içtenlikle eksiksiz yanıt vermeniz, yoğun çalışma temposu olan cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata eğilim durumlarının belirlenmesini sağlayarak, bu hataları önlemeye yönelik girişimlerin planlanmasına rehberlik edecektir.

Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesi doğrultusunda olup, istediğiniz zaman araştırmadan hiçbir gerekçe göstermeden ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılım için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ücret ödenmeyecektir. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait verilere ulaşabilir.

İlgili çalışma kapsamında bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım.

Hemşire Katılımcının Adı-Soyadı ve İmzası:

Araştırmacının Adı-Soyadı ve İmzası

Alime KANDEMİR

İmzası

Araştırmacı iletişim bilgileri:

Alime KANDEMİR

Telefon: 0555627414

Mail: a_tekin42@hotmail.com

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı: Alime Kandemir Doğum Tarihi: 03/05/1986 Doğum Yeri: Konya Tel: (0555) 662 74 14 Uyruğu: T.C. E-mail: a_tekin42@hotmail.com a.kantek42@gmail.com
EĞİTİM
Yüksek Lisans: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2014-Devam ediyor) Lisans: Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Meslek Yüksekokulu (2004-2008) Lise: Konya Selçuklu Atatürk Lisesi (2001-2004)
MESLEKİ DENEYİM
Konya Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesi (2010-2016) Konya Meram Tıp Fakültesi Hastanesi (2009-2010) Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2008-2009)
YABANCI DİL BİLGİSİ
İngilizce-Orta derecede (Yök-Dil): 56.25 (Tarih: 7 Eylül 2017)