



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA TIBBİ HATA
ALGISI İLE KAYGI VE UMUTSUZLUK DÜZEYİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nida KIYICI

**Samsun
Mayıs-2017**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA TIBBİ HATA
ALGISI İLE KAYGI VE UMUTSUZLUK DÜZEYİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nida KIYICI

**Danışman
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun
Mayıs-2017**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Nida KIYICI tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Acil Servise Başvuran Hastalarda Tıbbi Hata Algısı ile Kaygı ve Umutsuzluk Düzeyini Etkileyen Faktörler başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 22 / 05 / 2017 tarihinde yapılan sınav ile Acil Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Ahmet BAYDIN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Nurşah BAŞOL.....
Gaziosmanpaşa Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

22 / 05 / 2017

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Acil Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Doç. Dr. Latif DURAN, Doç. Dr. Türker YARDAN, Doç. Dr. H. Ufuk AKDEMİR, Doç. Dr. Celal KATI, Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ, Öğr. Gör. Tuğba ÇINARLI ve Yrd. Doç. Dr. Naci MURAT'a

Çalışmamı sürdürdüğüm süre zarfında bana destek olan Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisindeki çok değerli arkadaşlarıma,

Beni yetiştiren, attığım her adımda daima yanımda olan sevgisini ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerim Tolgahan KIYICI, Nidai KIYICI ile halam Sevdanur ZENGİN'e...

Sonsuz teşekkür ediyorum...

ÖZET

ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA TIBBİ HATA ALGISI İLE KAYGI VE UMUTSUZLUK DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Amaç: Bu çalışma acil servise başvuran hastalarda tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışma 21/10/2016-28/04/2017 tarihleri arasında bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin acil servisine başvuran 986 hastanın katılımıyla gerçekleştirildi. Araştırmada veriler literatür doğrultusunda geliştirilen hastalarda tıbbi hata algısını belirlemeye yönelik bir anket formu ile “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği” kullanılarak toplandı. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS V23 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro Wilk, Kruskal Wallis, Mann Whitney U testleri ile Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %5,3’ünün daha önce tıbbi hataya maruz kaldığı, tıbbi hataların %38,5’inin devlet hastanesinde, %19,2’sinin acil serviste meydana geldiği, hastaların %23,1’inde hastane enfeksiyonu geliştiği, %21,1’ine yanlış tanı konulduğu, tıbbi hataların %51,9’undan hekimlerin, %42,3’ünden hemşirelerin sorumlu olduğu, tıbbi hata sonucu %71,2’sinin zarar gördüğü ve tıbbi hataya bağlı olarak %59,5’inde tedavi süresinin uzadığı saptandı. Durumluk Alt Boyut Ölçeği puan ortalaması $34,4 \pm 4,4$ ve Sürekli Alt Boyut Ölçeği puan ortalaması $43,9 \pm 5,0$ olarak belirlendi. Beck Umutsuzluk Ölçeği Gelecekle İlgili Duygular Alt Boyut ortanca puanı 2,2 (0-5), Motivasyon Kaybı Alt Boyut ortanca puanı 2,6 (0-8), Gelecekle İlgili Beklenti Alt Boyut ortanca puanı 1,9 (0-5) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği geneli ortanca puanı 6,8 (0-17) olarak belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmada hastaların daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumunun kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkilemediği saptandı. Buna karşın hastaların sosyodemografik, klinik, acil servise başvurma ve tıbbi hataya maruz kalma durumuna ilişkin bazı özelliklerinin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkilediği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; algı; hasta; kaygı; tıbbi hata; umutsuzluk.

**Nida KIYICI, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun,
Mayıs-2017**

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING THE LEVEL OF ANXIETY AND DESPAIR ASSOCIATED WITH THE PERCEPTION OF MALPRACTICE IN PATIENTS ADMITTED TO EMERGENCY MEDICINE

Objective: This study aims to determine the factors which influence the level of anxiety and despair due to the perception of medical malpractice in patients admitted to emergency medicine.

Material and Method: This cross-sectional study included a total of 986 patients who were admitted to the emergency department of Training and Research hospital between 21/10/2016 and 28/04/2017. Data were collected through a questionnaire designed according to the literature to determine malpractice perception in patients and using the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) with the Beck Hopelessness Scale (BHS). Data were analyzed using the IBM SPSS version 23 software. The Shapiro Wilk, Kruskal Wallis, Mann Whitney U tests and Spearman's rank-order correlation analysis were used for statistical analysis.

Results: A total of 5.3% of patients experienced malpractice before. Of these malpractices, 38.5% and 19.2% happened in state hospital and emergency medical services. Of the patients, 23.1% developed nosocomial infection, 21.1% were misdiagnosed. Physicians and nurses were responsible from 51.9% and 42.3% of the malpractices, respectively. Of the patients, 71.2% were harmed due to malpractices and treatment periods of 59.5% were extended. The mean state score was 34.4 ± 4.4 and the mean trait score was 43.9 ± 5.0 . The median BHS-Feelings about the Future score was 2.2 (0-5), the median BHS-Loss of Motivation score was 2.6 (0-8), and the median BHS-Expectations score was 1.9 (0-5). The overall median BHS score was 6.8 (0-17).

Conclusion: Our study results suggest that exposure to malpractice does not affect anxiety and despair levels of patients. However, some features of patients related to their sociodemographic characteristics, clinical condition, application to emergency medicine, and exposure to malpractice may affect the levels of anxiety and despair.

Keywords: Anxiety; despair; emergency medicine; malpractice; patient; perception.

Nida KIYICI, Master's Thesis

Ondokuz Mayıs University Samsun,

May-2017

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ICN: Uluslararası Hemşireler Konseyi

IOM: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

NANDA: North America Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği)

NCC MERP: İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi

NPSF: National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı)

WHO (DSÖ): Dünya Sağlık Örgütü



İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGE VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi.....	4
2.2. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri.....	7
2.3. Hasta Güvenliği Kültürü.....	8
2.4. Tıbbi Hatalar ve Nedenleri.....	9
2.5. Dünya’da ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar.....	10
2.6. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	12
2.6.1. İlaç Hataları.....	13
2.6.2. Hastane Enfeksiyonları.....	17
2.6.3. Düşmeler.....	18
2.6.4. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar.....	21
2.6.5. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar.....	22
2.6.6. Uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar.....	22
2.6.7. Hastada Yabancı Cisim Unutulması.....	22
2.6.8. Yanlış Taraf Cerrahisi.....	23
2.6.9. Kan Transfüzyonu Hataları.....	23
2.7. Acil Servislerde Tıbbi Hata Prevalansı.....	24
2.8. Acil Servise Başvuran Hastalarda Tıbbi Hata Algısını Etkileyen Faktörler.....	27
2.9. Kaygı.....	29
2.10. Umutsuzluk.....	31
3. MATERYAL VE METOT	34
3.1. Araştırmanın Şekli.....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	34

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.4. Verilerin Toplanması.....	35
3.5. Veri Toplama Araçları.....	35
3.5.1. Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu.....	35
3.5.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği.....	36
3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	37
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
4. BULGULAR.....	40
4.1. Acil Servise Başvuran Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	40
4.2. Acil Servise Başvuran Hastalarda Tıbbi Hata Algısına İlişkin Bulgular.....	42
4.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	52
4.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği'ne (BUÖ) İlişkin Bulgular.....	69
5. TARTIŞMA.....	91
5.1. Hastaların Klinik Özellikleri İle Acil Servise Başvurma Durumuna İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	91
5.2. Acil Servise Başvuran Hastaların Tıbbi Hataya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	93
5.3. Acil Servise Başvuran Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'ne İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	97
5.4. Acil Servise Başvuran Hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği'ne İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	99
5.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	100
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	102
6.1. Sonuçlar.....	102
6.2. Öneriler.....	104
KAYNAKLAR.....	105
EKLER.....	119
Ek-1 Anket Formu.....	119

Ek-2 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği.....	128
Ek-3 Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	131
Ek-4 Etik Kurul Onayı.....	133
Ek-5 Kamu Hastaneler Birliği İzni.....	134
Ek-6 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Kullanım İzni.....	135
Ek-7 Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni.....	136
ÖZGEÇMİŞ	137



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde hasta güvenliği ve tıbbi hatalar, sağlık bakım hizmetlerinde kalite programlarının önemli bir göstergesi olarak kullanılmaktadır (Akalin, 2004; Avcı ve Aktan, 2015; Kıymaz ve Koç, 2015). Hasta güvenliği kavramı, Institute of Medicine (IOM) tarafından “hastalarda zararın önlenmesi” olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek için sağlık bakım kurumları ve bu kurumlarda çalışan sağlık bakım profesyonelleri tarafından alınan önlemlerin tamamını içeren bir kavramdır (IOM, 2001). Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation-NPSF) hasta güvenliğini; “Sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu zararların ortadan kaldırılması veya azaltılması” olarak tanımlamaktadır (Tanrıku, 2016).

Uluslararası Hemşireler Konseyi de (ICN) hasta güvenliğini; “Sağlık bakım profesyonellerinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, tıbbi cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, uygun sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusuna odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişimini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi” olarak tanımlamaktadır (Çoban ve Yardımcı, 2012).

Sağlık bakım kurumlarında, hasta güvenliğini tehdit eden birçok faktör bulunmakla birlikte, yanlış ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, kimlik doğrulama hataları, düşmeler, tedavinin geciktirilmesi, transfüzyon hataları ve yanlış taraf cerrahileri bu faktörlere örnek olarak verilebilir. Sağlık bakım sisteminde sağlıklı/hasta bireye, bakım ve tedavi hizmetleri sunulurken öncelikli hedef hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Bu doğrultuda, sağlık bakım sistemi içerisinde tıbbi hataların kök nedenlerinin araştırılması, tıbbi hataların raporlanması ve bireyin güvenliğinin sağlanması, sağlık bakım profesyonellerinin öncelikli amaç ve hedefleri arasında yer almaktadır (Kırılmaz, 2010).

Tıbbi hatalar, sağlık bakım sistemi içerisinde, çözüm bulunması gereken önemli problemler arasında yer almaktadır. ABD’de de 2000 yılında IOM tarafından yayımlanan rapora göre, ülkedeki sağlık kuruluşlarında her yıl, 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir (IOM, 2001). Bununla birlikte

Amerika’da tıbbi malpraktis davalarında son on yılda %30 artış gözleendiği, 1986 yılında tıbbi malpraktis davalarına 95.000\$ ödenirken, 2002 yılında bu miktarın 320.000\$’a çıktığı (Gunday, 2012), tıbbi hataların Amerika’da ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer aldığı (Kohn ve ark., 1999) ve yılda 7.000 kişinin önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirdiği bildirilmiştir (Nosek ve ark., 2005).

Yanlış tanı koyma ya da tanı koymada gecikme, yanlış işlemi yapmak veya doğru işlemi yapmamak, laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması ya da yorumlanması, sağlık hizmetlerinde kullanılan cihazların bozuk olması, iletişim eksikliği, hastane enfeksiyonları ve yanlış kan transfüzyonu gibi durumlar, tıbbi hatalara örnek olarak verilebilir (Karataş ve Yakıncı, 2010). Bodur ve arkadaşları (2012), toplumun tıbbi hataya maruz kalma durumunu incelemişler, toplumdaki bireylerin %22’sinin tıbbi hataya maruz kaldığını ve %36’sının tıbbi hatalardan ciddi derecede zarar gördüklerini belirlemişlerdir.

Hastanelerde acil servis, yoğun bakım üniteleri ve klinik laboratuvarlar tıbbi hataların daha fazla görüldüğü potansiyel riskli bölgeler olarak tanımlanmaktadır (Kalra, 2004a). Diğer kliniklerle karşılaştırıldığında özellikle acil servis, yoğun ve hızlı temposu, yüksek sesler, karmaşık ve dinamik yapısıyla tıbbi hataya eğilimin arttığı bir ortamdır (Burroughs ve ark., 2005). Acil servisin çevresi, kompleks ve dinamiktir. Çoğu zaman, acil servisteki iş yükü kontrolsüzdür. Acil serviste, hastayla ilgili kararlar, genellikle yoğun baskı altında verilir. Bazen hastadan bilgi alma süreci tamamlanmadan bireyin, tedavi, bakım ve uygulamalarına başlanır. Acil servis aynı zamanda, hastaların farklı zamanlarda hastaneye başvurduğu, aynı anda birden çok görevin yönetilmeye çalışıldığı, işle ilgili kesintiler, planlanmamış vizitler, acil olmayan durumdan resüsitasyon durumuna kadar birden çok hastanın bakım ve tedavisinin yapıldığı kalabalık bir ortamdır (Kallberg, 2015).

Tıbbi hatalar konusu, tüm sağlık bakım profesyonelleri için önemli bir konu olmakla birlikte, hastalar açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Hasta güvenliği ve hatalı tıbbi uygulamaların en aza indirilebilmesi için, toplumun bu konuda bilinçlenmesi, tıbbi hata algıları ile bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir. Literatürde Akkoyunlu’nun (2012) aktardığı üzere “Algı, bireyin duyuları ve olayları anlamlı bir dünya deneyimine dönüştürmek amacı ile yorumlaması ve düzenlemesi” olarak tanımlanmaktadır (Lindsay ve Norman, 1977).

Yine Akkoyunlu'nun (2012) bildirdiği üzere "Algı, aynı zamanda hastalık veya yeti yitiminin birey tarafından nasıl anlaşıldığını" ifade etmektedir (Taylor ve ark., 2000). Bu konuda yapılan bir araştırmada, toplumun tıbbi hata yapıldığına inanma oranının; Kanada'da %30, ABD'de %34, Almanya'da %23, Avustralya'da %27 ve İngiltere'de de %22 olduğu bildirilmiştir (Schoen ve ark., 2005). Blendon ve arkadaşlarının ABD'de yaptığı diğer bir çalışmada, toplumun %42'sinin kendilerine veya bir yakınlarına tıbbi uygulama hatası yapıldığına inandıkları belirlenmiştir (Blendon ve ark., 2002).

Tıbbi hataların istenmeyen olumsuz birçok etkisi bulunmakla birlikte, başta, toplumun sağlık çalışanlarına karşı güveninin azalmasına, hatayı yapan ve hataya maruz kalan bireyin ruhsal yönden olumsuz yönde etkilenmesine, sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan bireylerde kaygı ve umutsuzluk gelişmesine neden olabilmektedir (Avcı ve Aktan, 2015; Balanuye, 2014). Tıbbi uygulama hataları ile ilgili en önemli konulardan biride, toplumun tıbbi hata algıları ile bu algılarını etkileyebilecek faktörlerin ne olduğunun tam olarak bilinmemesidir. Bu doğrultuda sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırabilmek, hasta güvenliğini sağlayabilmek ve tıbbi hataları azaltabilmek için, sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan bireylerde, tıbbi hata algısı ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, acil servise başvuran hastalarda tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Acil servise başvuran hastalarda, tıbbi hataya maruz kalma prevalansı ve tıbbi hata nedenleri nelerdir?
2. Acil servise başvuran hastalarda, tıbbi hata algısı ve bu durumu etkileyen faktörler nelerdir?
3. Acil servise başvuran hastalarda, kaygı ve umutsuzluk hangi düzeydedir?
4. Acil servise başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkilemekte midir?
5. Acil servise başvuran hastaların tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi

Güvenli hasta bakımının sağlanması, sağlık bakım sisteminin üzerinde önemle durduğu bir konudur (Kalra, 2004a). Günümüzde sağlık bakım organizasyonları hasta güvenliğini sağlamaya yönelik çalışma ve uygulamalar yapmakta ve güvenlik kültürüne olan ilgi her geçen gün giderek artmaktadır (Nieva ve Sorra, 2003). Dünya Sağlık Örgütü, hasta güvenliğini, “Sağlık bakımı ile ilgili hataların ve olumsuz uygulamaların hastaları etkilemesinin önlenmesi” olarak tanımlamaktadır (WHO). Institute of Medicine da bu konuda yayımlanmış olduğu bir raporda, sağlık hizmetlerinin iyileştirilip, geliştirilebilmesi için hasta güvenliğinin sağlanmasını, bireylere, hasta odaklı, etkili, zamanında sağlık hizmeti sunulmasını ve sağlık hizmetlerinin bireylere eşit dağıtılmasını önermektedir (IOM, 2001).

Hasta güvenliği, sağlık bakım kurumlarında, uygulamaları iyileştirme faaliyetlerine odaklanan önemli bir kalite unsurudur (Özdemir, 2014). Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek için, sağlık bakım kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışan bireyler tarafından alınan önlemlerin tümünü kapsamaktadır (Tunçel, 2013). Aynı zamanda hasta güvenliği uygulamaları, hastaya sağlanan bakımla ilgili potansiyel risk faktörleri ile birlikte, mortalite ve morbidite gibi bakımın negatif sonuçlarını önleme üzerinde odaklanmaktadır (Hughes ve ark., 2008; Nieva ve Sorra 2003).

Literatürde, hasta güvenliğinin, yüksek kalitede sağlık bakım hizmetlerinin temel yapı taşı olduğu ve tıbbi hataları etkili bir şekilde azaltılabilmemesinin, hasta güvenliğinin sağlanmasına bağlı olduğu bildirilmiştir (Hughes ve ark., 2008; Nieva ve Sorra, 2003; Barrett ve ark., 2001). Hasta güvenliğinde hedef, hem riskleri azaltmak hemde hastalar, yakınları ve hastane çalışanları için olumlu fiziksel ve psikolojik özelliklere sahip, bakım ve çalışma ortamı oluşturmaktır. Bu doğrultuda, sağlık bakım kurumlarında gelişen hataların raporlanması ve hataların kök nedenlerinin araştırılarak, tekrarların önlenmesi son derece önemlidir (Akman, 2010).

ABD, İngiltere, Kanada gibi gelişmiş ülkelerin bir çoğunda, sağlık bakım kurumlarında efektif hata raporlama sistemleri kullanılarak, hasta güvenliği ile ilgili sağlıklı sonuçlara ulaşılmakta, ülkemizde ise genellikle, sağlık bakım kurumlarında tıbbi hataların raporlanmaması ve hataların gizlenmesi nedeniyle bu konuda, doğru ve

gerçek verilere ulaşamamaktadır (Özata ve Altuncan, 2010). Literatürde, hasta güvenliğini sağlamak için sağlık bakım profesyonellerinin farkındalıklarının artırılması, hasta güvenliği bilgilerinin yaygınlaştırılması, öncelikli ve iyileştirilmesi gereken alanların belirlenmesi, raporlama sistemlerinin geliştirilmesi, hasta güvenliği çalışmalarının organizasyonel ve politik düzeyde desteklenmesi önerilmektedir (Baker ve Norton, 2001).

Hasta güvenliğini etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, yaş ve gelişim düzeyi, sağlık durumu, duyuşsal ve algısal değişiklikler, bilişsel farkındalık, emosyonel durum, iletişim becerileri ve yaşam biçimi gibi hastaya ait faktörü; hava kirliliği, nem, ısı, gürültü, aydınlatma, yetersiz temizlik ve kaygan zemin gibi çevreye ait bir çok faktörü içermektedir (Aştı ve Karadağ, 2013a). Baker ve Norton da (2001), sağlık bakım sisteminde hasta güvenliğini tehdit eden durumları ilaç hataları, düşme ve yaralanmalar, iletişim ve dokümantasyon hataları, bekleme/ulaşım ile ilgili hatalar, tanılayıcı hatalar, insan hataları, prosedüre bağlı hatalar, infeksiyonlar/yaralar, yeterlilik eğitimi ve yetkinliğe bağlı hatalar ve ekipman yetersizliği nedeniyle oluşan hatalar olarak sıralamışlardır.

Sağlık bakım sisteminde, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamalar üzerinde önemle durulmasına rağmen, literatürde sağlık bakım kuruluşlarının çoğunun, kendi kurumsal kültürlerinde hasta güvenliğini destekleyen stratejileri ve öncelikleri değerlendirmedikleri bildirilmiştir (Pronovost ve ark., 2003). Pronovost, Weast ve Holzmüller'in (2003), 395 hemşire, doktor, eczacı ve yoğun bakım çalışanın katılımıyla, klinisyen ve yöneticilerin güvenlik kültürünü değerlendirdikleri bir araştırmada, hemşirelerin güvenlik algısının, doktorlardan daha yüksek olduğunu ve hasta güvenliğini yükseltmek için stratejik planlara ihtiyaç duyulduğunu bildirmişlerdir.

Deilkas ve Hofos da (2010), hastanedeki bölümler arasında, hasta güvenliği kültürü yönünden önemli farklılıklar olduğunu, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ile ilgili çabaların, yalnızca departmant yada tüm hastane uygulamalarını kapsamayıp klinik düzeyde de yürütülmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Ayrıca bu konuda yapılan diğer bir çalışmada hasta güvenliğini geliştirmek için katılımcıların eğitim, cezalandırıcı olmayan raporlama, izlem eylemleri, raporlama sürecini geliştirme politikaları, akreditasyon, öz değerlendirme, gizlilik, bürokrasinin olmaması, açık iletişim, personeli

destekleme, risk yönetimi, üst düzey personel tarafından gözetim ve kalite iyileştirme çabaları gibi önerilerde buldukları bildirilmiştir (Baker ve Norton, 2001).

Sağlık bakım kuruluşlarında, hasta güvenliği uygulamalarının, başarıya ulaşılabilmesi için kurum yönetiminin, bu konuya gereken önemi vermesi, hasta güvenliği uygulamalarına yönelik görev dağılımları ile rol ve sorumlulukları belirlemesi, periyodik aralıklarla hasta güvenliği eğitimlerinin düzenlenmesi, hatalı tıbbi uygulamaların raporlanması sürecinde cezalandırmadan uzak, mevcut soruna, çözüm arayıcı bir kurum kültürünün geliştirilmesi ve hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmeye yönelik araştırmaların desteklenmesi büyük önem arz etmektedir (Akman, 2010).

Sağlık bakım sunumunda hasta güvenliği son derece önemli bir konu olmasına karşın, gelişmekte olan bazı ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık bakım sisteminde tıbbi uygulama hataları, yan etkilerin prevalansı ve hasta güvenliği hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır. Hasta güvenliği, kaliteli sağlık bakımının önemli ve hayati bir bileşenidir. Sağlık bakım sistemi ve bu sistemde görevli olan sağlık bakım profesyonelleri, hastalara zarar vermeksizin bireyin bakımının güvenli bir şekilde sağlanmasından sorumludurlar. Geçmişte hastalar, kendilerine uygulanan tanılayıcı testleri, cerrahi uygulamaları, ilaçları ve diğer tedavileri yeterince sorgulamıyorlar ve genellikle sağlık bakım sisteminin pasif alıcısı konumunda yer alıyorlardı. Ancak günümüzde, giderek artan bir şekilde hastalar, kendi bakımlarına katılmakta ve klinik karar verme süreci içerisinde aktif bir şekilde rol almaktadırlar (Ballard, 2003).

Hasta güvenliğinin sağlanması, yüksek kalitede sağlık bakım hizmeti sunabilmenin ön koşuludur. Hasta güvenliği uygulamaları doğrultusunda, sağlık bakım profesyonelleri içerisinde özellikle hemşireler, hatalı tıbbi uygulamaları azaltmada önemli rol oynamaktadırlar (Hughes ve ark., 2008). Bu doğrultuda sağlık bakım ortamlarında hemşireler, hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilecek gerçek ve potansiyel tehditler ile risk faktörlerini tanımlamalıdır. Ayrıca hastanın gelişimsel dönemi, yaşı, fiziksel özellikleri, algı durumu ve hastanın içinde bulunduğu çevresel özelliklerde hasta güvenliğini sağlama uygulamaları doğrultusunda hemşireler tarafından gözden geçirilmelidir (Aştı ve Karadağ, 2013a).

2.2. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

Uluslararası hasta güvenliği hedefleri, hasta güvenliği ile ilgili iyileştirilmelerin spesifik bir şekilde artırılabilmesini amaçlamaktadır. Joint Commission International (JCI) altı, Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefi belirlemiştir. Bunlar:

Hedef 1. Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi: Tetkik ve tedavi yapılırken, kan ürünleri kullanılırken, her türlü işlem ve prosedür uygulanmadan önce hastaya ait kimlik bilgilerinin doğrulanması gerektiğini ifade etmektedir. Bu hedefin temel amacı, hizmet ve tedaviyi alan insanın doğru birey olduğunun belirlenmesi, verilen hizmetin yada uygulanan tedavinin doğru insana yapıldığının kontrol edilmesidir (Akman, 2010).

Hedef 2. Etkili İletişimin Arttırılması: Hasta tarafından anlaşılan, zamanlaması uygun olan, belirsizlik taşımayan, anlaşılır bir iletişim kurmayı ifade eder. Bu doğrultuda hasta ile ilgili istemlerin yazılı olarak yapılması, el yazısının okunaklı olması ve hataları elimine etmek amacıyla bireyle ilgili istemlerin teyit edilmesi son derece önemlidir. Burada özellikle telefon ile verilen hasta direktiflerine bağlı hataların önlenmesi amaçlanmaktadır (Akman, 2010).

Hedef 3. Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Sağlanması: İlaç güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamalar son derece önemlidir. Özellikle yüksek riskli elektrolitler dikkatli kullanılması gereken ilaç grupları arasında yer almaktadır. Bu nedenle, bu ilaçların iyi muhafaza edilmesi, yüksek riskli ilaçlar kullanılırken dikkatli olunması ve bu elektrolitlerin üzerine yüksek riskli ilaç grubunda bulunduğunu gösterir bir yazı yazılması, büyük önem taşımaktadır (Akman, 2010).

Hedef 4. Doğru Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması: Doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisi ile ilgili hatalar, genellikle sağlık bakım profesyonelleri arasındaki etkisiz ve yetersiz iletişimden ya da cerrahi uygulamanın yapılacağı taraf işaretlenirken, hastanın bu sürece katılmamasından kaynaklanabilir. Bu doğrultuda, hastanın cerrahi taraf işaretleme sürecine katılması, son derece önemlidir. Ameliyatı gerçekeştirecek hekim tarafından, hastanın bilinci yerindeyken veya hasta uyanık durumdayken birlikte işaretleme yapılması, cerrahi taraf ve prosedüre bağlı hata oranını azaltacaktır. Ayrıca, operasyon öncesinde cerrahi güvenlik kontrol listesi formunun doğru bir şekilde doldurulmasına da özen gösterilmelidir (Akman, 2010).

Hedef 5. Sağlık Bakımı Kaynaklı Enfeksiyon Riskinin Azaltılması:

Enfeksiyon riskini azaltabilmek için genel kabul görmüş, güncel el hiyeni uygulama rehberlerinin kullanılması önemlidir. Özellikle hastane enfeksiyon kontrol komiteleri, sağlık bakımı kaynaklı enfeksiyon riskinin azaltılmasında önemli rol oynarlar. Hastane enfeksiyon oranlarının belirlenebilmesi ve bu konuda gereken önlemlerin alınabilmesi için sağlık bakım profesyonellerinin mevcut enfeksiyonları raporlamaları son derece önemlidir (Akman, 2010).

Hedef 6. Hastalarda Düşmelerden Kaynaklanan Zarar Görme Riskinin

Azaltılması: Öncelikli olarak bu konuda geliştirilmiş olan düşme riski ölçeklerinden yararlanarak, düşme riski olan hastalar belirlenmelidir. Bununla birlikte hastaların düşme riskine dikkati çekmek için bu hastaların kapılarına dört yapraklı yonca işareti konulmalıdır. Birey ve yakınlarına, düşmeleri önleme uygulamaları ile ilgili eğitim yapılmalıdır. Düşme riski olan hastaların yatak yüksekliği alçak olmalı, yatak kenarlıkları kaldırılmalı ve düşme riskini artıran ilaç uygulamaları sırasında ve sonrasında hasta, çok dikkatli bir şekilde gözlemlenmelidir (Akman, 2010).

2.3. Hasta Güvenliği Kültürü

Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliği uygulamaları ile yakından ilişkilidir (Alp, 2011). Bir kurumda hasta güvenlik kültürü, nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili olarak nasıl davranılacağını kapsayan değer yargularını, inançları ve kuralları içermektedir. Güvenlik kültürü; bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin bir ürünüdür (Çakmakçı ve Akalın, 2011). Bu doğrultuda sağlık bakım sisteminde, hasta güvenlik kültürünün geliştirilebilmesi ve güçlendirilmesi, tıbbi hataların önlenmesi için kurumda çalışan bireylere ait değer, tutum, algılama, yetenek ve davranış biçimlerinin belirlenmesi son derece önemlidir (Alp, 2011).

Lee ve arkadaşlarının (2010), Tayvan’da hasta güvenliği kültürünü belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışma sonrasında, Tayvanlı hastanelerde oluşturulan güvenlik kültürünün, hasta güvenliğini sağlamaktan uzak olduğu, daha güvenli bir hasta güvenliği kültürünün inşa edilmesi gerektiği, sağlık bakım çalışanlarının tutumlarının %48,9’unun takım çalışması iklimi, %45,2’sinin yönetim algısı, %42,1’inin iş doyumunu, %37,2’sinin güvenlik iklimi ve %31,8’inin çalışma durumu ile ilgili olduğu bildirilmiştir.

Bir kurumda hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamalara, bu konuda hazırlanmış olan yönetmeliklerle işlerlik kazandırılabilir. Nitekim Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 6 Nisan 2011 tarihinde yayınlamış olduğu “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Dair Yönetmelik” kapsamında, hasta güvenliği ile ilgili usul ve esaslar yeniden düzenlenmiştir. Bu yönetmelikte;

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
- Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
- İlaç güvenliğinin sağlanması,
- Kan ve kan ürünleri transfüzyonunun sağlanması,
- Cerrahi güvenliğin sağlanması,
- Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması ve
- Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması konularına önem verilmiştir (Resmi Gazete, 2011).

Hasta güvenliği uygulamalarının başarısını etkileyebilecek pek çok faktör bulunmakla birlikte bilgi eksikliği, çalışan sayısının azlığı veya yetersizliği, hataların etkin ve efektif bir biçimde belirlenememesi, hızlı teknolojik gelişmeler ve değişmeler, yorgunluk, korku, iş yükünün fazla olması, iletişim ve motivasyon eksiklikleri bu faktörlere örnek olarak verilebilir (Alp, 2011).

Hasta güvenliği uygulamalarının periyodik olarak değerlendirilmesi de son derece önemlidir. Hasta güvenliği kapsamında gerçekleştirilen uygulamalar değerlendirilerek, iyileştirme yapılacak alanlar belirlenmiş olur. Aynı zamanda hasta güvenliği programlarının başarı ya da başarısızlığı hakkında bir yargıya varılmış olur. Hasta güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesinin en önemli yararlarından biri de hem kurumda çalışan sağlık bakım profesyonellerinin hemde bakım ve tedavi hizmetlerinden yararlanan bireylerin bu konudaki farkındalıkları artırılmış olur (Alp, 2011).

2.4. Tıbbi Hatalar ve Nedenleri

Tıbbi hata yani malpraktis kelimesi, Latince “male” ve “prakxis” kelimelerinden türemiştir. Tıbbi hata; bireye sunulan sağlık hizmeti sırasında, kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenmeyen sonuç; ölüm, ciddi fiziksel ya da psikolojik

hasar veya beklenmeyen bir olaydır (Işık ve ark.,2012). Tıbbi malpraktis, tıp mesleği mensuplarının uygulamaları sonucunda ortaya çıkan “hatalı uygulama” olarak tanımlanabilir (Çetin,2006). Bireye yanlış tanı koyma ya da tanı koymada gecikme, laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması ya da yorumlanması, sağlıkla ilgili tanı ve tedavi hizmetlerinde kullanılan cihazların bozuk olması, iletişim eksikliği, hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi uygulamalar tıbbi hatalara örnek olarak verilebilir (Karataş ve Yakıncı, 2010).

Tıbbi uygulama hataları, bireye hizmet sunan, tedavi ve bakım yetkisi olan, hemşire, hekim, fizyoterapist, diyetisyen ve psikolog gibi sağlık bakım profesyonellerinin öneri veya uygulamalarının bir sonucu olarak, hastalığın olması gereken durumun dışına çıkması, iyileşmesinin gecikmesi ve hatta hastanın ölümüne neden olması gibi istenmeyen ve olumsuz sonuçları olan birçok duruma neden olabilmektedir (Hancı ve Ünver, 2015). Tıbbi hatalar, başta hastaneler olmak üzere sağlık bakım hizmetlerinin sunulduğu birçok ortamda gelişebilir (Akalin, 2005).

Tıbbi hatalar, insana, kuruma ve teknik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. İnsana bağlı faktörler yorgunluk, yetersiz eğitime sahip olma, yeterli zaman olmaması, iletişim yetersizliği, yanlış karar verme, mantık hatası yapma, tartışmacı kişilik yapısına sahip olma; kurumsal faktörler iş yeri yapısının uygun olmaması, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, personelin yanlış dağıtılması; teknik faktörler ise yetersiz otomasyon, sağlık bakım sisteminde kullanılan cihazların eksik ve yetersiz olması, karar vermeye yönelik destek ve integrasyon eksikliği gibi faktörleri içermektedir (Akalin, 2005; Karataş ve Yakıncı, 2010).

2.5. Dünya’da ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar

Son yıllarda, tüm dünyada, tıbbi hatalara bağlı olarak çok sayıda ölüm ve yaralanma meydana gelmekte, tedavide gecikmeler yaşanmakta ve verilen bakımın kalitesi azalmaktadır (Ersun ve ark.,2013). 2005 yılında Avusturalya, Kanada, Yeni Zelanda, İngiltere, Amerika ve Almanya’da yapılan “Common Wealth Fund International Health Policy Survey” sonuçlarına göre, hastaların bakım ve tedavi sırasında tıbbi hataya maruz kaldığı; hastalara yanlış ilacın, yanlış dozda verildiği bildirilmiştir (Schoen ve ark., 2005).

Tıbbi hatalarla ilgili olarak yapılmış olan diğer bir araştırmada ise Kanada sağlık bakım organizasyonları tarafından, en sık bildirilen hataların ilaç hataları,

sınırlılıklara bağlı dűŖme ve yaralanmalar, iletiŖim ve belgeleme hataları, ulaŖma ve bekleme ile ilgili hatalar, prosedűr hataları ve tanılayıcı hataları kapsadığı belirtilmiŖtir (Baker ve Norton, 2001). Bu konuda yapılan diğer bir alıŖmada hastanede tedavi olan hastaların %3,7'sinde yatıŖ sűresini uzatan veya taburculuk sırasında ek bir soruna neden olan, hastaya zarar veren, tıbbi bir yan etkinin ortaya çıktığı ve bu yan etkinin tıbbi hataya bağlı olma oranının %58 olduğu bildirilmiŖtir (űzer ve ark., 2015).

Diđer geliŖmiŖ ve geliŖmekte olan űlkelerde olduđu gibi űlkemizde de hasta gűvenliđini sađlayabilmek ve tıbbi hataları űnlemek için Avrupa Birliđi uyum sűreci dođrultusunda, 1998 yılında Sađlık Bakanlıđı tarafından "Hasta Hakları Yűnetmeliđi" yayımlanmıŖtır (Gűnday, 2012). Tıbbi hatalar, diđer űlkelerde, űzerinde űnemle durulan ve araŖtırılan bir konu olmasına karŖın, Tűrkiye'de tıbbi hataların nedenleri, tipleri ve oranlarını ortaya koyan yeterli sayıda araŖtırma bulunmamaktadır. Yűksek Sađlık Ŗurası'nın kayıtlarına dayalı olarak hemŖirelik ve ebelle ilgili tıbbi hataları belirlemek űzere yapılmıŖ olan bir alıŖmada, hatalı tıbbi uygulamalardan sırasıyla ebelerin, hekimlerin ve hemŖirelerin sorumlu olduđu, hemŖirelerle ilgili tıbbi hata davalarının %25'ini yanlıŖ ilaç verme, %37,5'ini ilacı yanlıŖ bűlgeye verme, %37,5'ini de operasyon alanında gazlı ped unutmayı içerdiđi bildirilmiŖtir (GűndođmuŖ ve ark., 2004).

Can, űzkara ve Can'ın (2011), Tűrkiye'de 1978-2006 yılları arasında Yargıtay'a intikal etmiŖ, 30 olgunun dosyalarını retrospektif olarak inceledikleri bir alıŖma sonrasında, sađlık alıŖanlarının kusur nedenlerini 14 hastada yanlıŖ tedavi uygulanması, 10 hastada űzen ve dikkat gűstermeme, 4 hastada ihmal, 2 hastada ise tanı hataları olduđu bildirilmiŖtir. Tűrkiye'de tıbbi hata iddiası ile Yűksek Sađlık Ŗurası'na gűnderilen olguların incelendiđi diđer bir alıŖmada ise, tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslek ve sanatta acemilik nedeniyle űlűme neden olmaya bađlı tıbbi uygulama hatalarını içeren olguların %22,9'unun hemŖirelik uygulamaları ile ilgili olduđu ve hemŖirelerin %34,8'inin bu olaylarda kusurlu bulunduđu belirtilmiŖtir (Elbűken ve İnanı, 2010).

Croke (2003), erken taburculuk, hemŖire eksikliđi, teknolojiye ilerleme, otonomide artıŖ, hemŖirelerin sorumluluklarının fazla olması ve tűketicilerin daha bilgili olması gibi bir çok faktűrűn, hemŖirelikle ilgili hatalı tıbbi uygulama vaka sayısındaki artıŖa katkıda bulunduđunu; bakım standartlarını izlememe, sorumlu bir Ŗekilde

malzeme kullanmama, iletişim, belgeleme, tanılama ve izleme ile ilgili yetersizlik ve ihmallerinde hatalı tıbbi uygulama davalarıyla sonuçlandığını belirtmiştir.

Rogers ve arkadaşları da (2004), yorgunluk ve iş yoğunluğu gibi faktörlerin tıbbi hataya katkıda bulunduğunu, ağır iş yükünün hata yapma riskini artırdığını ve hemşirelerin uzun saatler çalışmasının hasta bakımını olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir.

Ertem ve arkadaşları da (2009), 2000-2007 yılları arasında gazetelerde yer alan 172 tıbbi hata uygulamasını incelemişler, hatalı uygulamayı yapan kişilerin %65,2'sini hekimlerin, %12,2'sini hemşirelerin oluşturduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada tıbbi hataların %19,2'sinin tedbirsizlik, %17,4'ünün yanlış tedaviyi uygulama, %11,6'sının dikkatsizlik, %10,5'inin yanlış tanı konulması ve %8,7'sinin ise yanlış ilacın uygulanması ile ilgili olduğunu belirlemişlerdir.

Öztunç ve Vural'ın (2012), kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin hatalı tıbbi uygulama yapma durumları ve tıbbi hata nedenlerinin önlenmesine ilişkin görüşlerini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışma sonrasında, hemşire ve ebelerin %14,2'sinin hatalı tıbbi uygulama yaptığı ve %65,4'ünün hatalı tıbbi uygulama sonrasında bildirimde bulunduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde ise tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemesine karşın, personel eksikliği, çalışma saatlerinin uzunluğu, hasta sayısının fazlalığı, yorgunluk, meslek ile ilgili memnuniyetsizlik, cihazların yetersizliği, binanın fiziksel durumunun neden olduğu problemler, sağlık hizmetleri için ayrılan finansman yetersizliği, enformasyon teknolojilerinden yeterince yararlanmama, dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik ve yetersizlik, özen eksikliği, emir ve yönetmeliklere uymamama, iletişim eksikliği, kayıt tutmaya gereken önemi vermeme gibi birçok faktörün tıbbi hatalara katkıda bulunduğu bildirilmiştir (Özata, 2010; Özer, 2015).

2.6. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hatalar, tedavi sürecini uzatarak yatış süresini arttırmakta, tedaviye bağlı sakatlık ve komplikasyonlar nedeniyle hasta, hasta yakınları, sağlık bakım kurumu ve sağlık bakım sistemini olumsuz yönde etkilemektedir. Tıbbi hataların önlenmesi için atılması gereken en önemli adım tıbbi hata türleri ile bu hatalara yol açan faktörlerin belirlenmesidir (İntepeler ve ark., 2014).

Tıbbi hatalar, kök nedenlerine ve hata türlerine göre iki farklı şekilde sınıflandırılabilir. Hata türü yönünden tıbbi hatalar cerrahi hatalar, ilaç hataları, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğinden kaynaklanan hatalar ve diğer hatalar olarak gruplandırılabilir. Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar ise işleme bağlı hatalar, ihmale bağlı hatalar ve uygulamaya bağlı hatalar olarak sınıflandırılabilir (Akalın, 2005).

2.6.1. İlaç Hataları

İlaçlar doğru bir şekilde kullanıldıklarında, sağlığın korunmasında, hastalıkların önlenmesinde, acının dindirilmesinde ve tanı koyma sürecinde önemli rol oynarlar. İlaçlar, yaşamı tehdit eden durumların önlenmesinde önemli rol oynamalarına karşın, hatalı uygulandıklarında hasta güvenliğini tehdit ederek ölümlerle sonuçlanan, istenmeyen olaylara neden olabilirler (Aştı ve Karadağ, 2013b). İlaç hataları, ilaç tedavisinin neden olduğu zararlar olarak tanımlanan advers, ilaç etkisi olaylarını ve bu olayların içinde yer alan reaksiyonları içermektedir (Aştı ve Karadağ, 2013b). ABD’de İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP) ilaç hatalarını “Sağlık bakım profesyonelinin, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın zarar görmesine yol açan ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenemez bir olay” olarak tanımlamıştır (NCC MERP, 2009).

İlaç hatalarına neden olan faktörler, insana bağlı faktörler, sisteme bağlı faktörler ve iletişim yetersizliğine bağlı faktörler olmak üzere üç başlık altında toplanabilir. İnsana bağlı faktörler, ilaç uygulamalarından sorumlu sağlık ekibi üyelerinin bilgi ve becerileri ile ilgili yetersizlik, liderlik alanında yetersizlik, ihmal, deneyimsizlik ve ilaçların yanlış dağıtımı gibi faktörleri kapsamaktadır. Sisteme bağlı faktörler ise ilaç uygulamaları konusunda politika ve prosedürlerin yeterli ve açık olmaması, ilaç uygulamaları ile ilgili sistemin yeterli olmaması, ilaçları isimlendirme ve etiketlemenin yetersiz olması, fiziksel çevrenin uygun olmaması, ilaç uygulamalarında kullanılan malzemelerin eksik yada yetersiz olması ve otomasyon sistemindeki yetersizlikleri içermektedir. İletişim yetersizliğine bağlı faktörlerde, ilaç uygulamalarından sorumlu birimler arasındaki iletişim yetersizliği, istemin yanlış yorumlanması, iletişim eksikliği nedeniyle hastanın tedavisini reddetmesi, yazılı ve sözel iletişim hataları gibi faktörleri içermektedir (Aştı ve Karadağ, 2013b; Balanuye, 2014).

İlaç hatalarına yönelik önlemlerin alınabilmesi için hata tiplerinin ve hatalara neden olan faktörlerin bilinmesi son derece önemlidir. İlaç hataları reçete/istem hatalarını, doz atlama hatalarını, yanlış zaman hatalarını, yetkilendirilmemiş kişilerce yapılan ilaç uygulama hatalarını, doz hatalarını, ilaç formu hatalarını, uygulama yoluna ilişkin hataları, ilaç hazırlığı hatalarını, uygulama tekniği/yöntemine ilişkin hataları, bozulmuş ilaç kullanımı hatalarını, izlem ve gözlem hatalarını içermektedir. Reçete yada istem hataları, hekimin hastaya uygunsuz ilaç istemi vermesini veya ilacın okunaksız/silik el yazısı ile yazılması nedeniyle sağlık bakım profesyonelinin, bireyi yanlış bilgilendirmesini kapsamaktadır. Doz atlama hataları ise, reçete ya da istemde hata olmamasına karşın, hastanın tedavisi için gerekli dozu almaması ya da yetersiz alması durumudur. Yanlış zaman hataları ise hastanın, ilacını istemde belirlenen saatte alamamasıdır (Aştı ve Karadağ, 2013b).

Yetkilendirilmemiş kişilerce yapılan ilaç uygulama hataları ise ilaç uygulamalarında, yasal yetkisi olmayan kişiler tarafından hastaya ilaç uygulanmasıdır. Doz hataları, istemde belirtilen miktardan daha az ya da daha fazla dozda ilacın uygulanmasıdır. İlaç formu hataları, ilacın istemde belirtilenden farklı formdaki şeklinin uygulanmasıdır. Uygulama yoluna ilişkin hatalar, istemde belirtilen uygulama yolundan farklı bir yolla ilacın uygulanmasıdır. İlaç hazırlığı hataları ise ilacın hazırlanması aşamasında oluşan hatalardır. Uygulama tekniği yada yöntemine ilişkin hatalar da ilacın uygun olmayan bir teknikle verilmesini içermektedir. Bozulmuş ilaç kullanımı hataları da fiziksel ve kimyasal formu bozulmuş ilaçların hastaya uygulanmasıdır. İzlem yada gözlem hataları ise ilacın etkilerinin izlenmemesi sonucunda gelişen hatalardır (Aştı ve Karadağ, 2013b).

İlaç uygulamalarına bağlı tıbbi hataların yol açtığı zararları önlemek için ilaç hataları, şiddet seviyesi skalası geliştirilmiştir. Bu skalanın kullanılması yapılan hatanın tipini, nedenini, hata yapılan ilacın hangi sınıftan olduğunu, ilacın uygulama yolunu ve hatanın rapor edilme süresini belirlemede yardımcı ve yol göstericidir. İlaç hataları şiddet seviyesi skalası, 0 ile 6 arasında bir değer almaktadır. “Hata seviyesi 0” hatanın oluşmadan tespit edilmesini, “hata seviyesi 1” kişiye uygulanan hatanın zarar vermemesini, “hata seviyesi 2” hastaya uygulanan hatanın zarar vermemesini fakat hastanın takibe alınmasını, “hata seviyesi 3” hastanın zarar görmemesini, yapılan hatanın hastanın vital bulgularında değişikliklere neden olmasını, bu nedenle vital

bulguların daha sık aralıklarla takip edilmesini ve laboratuvar tetkiklerinin yapılmasını, “hata seviyesi 4”, yapılan hatanın etkilerini önlemek için başka ilaçların uygulanmasını, “hata seviyesi 5” hastada kalıcı zararlar meydana gelmesini, “hata seviyesi 6” ise ilaç hatasının hastanın ölümü ile sonuçlanmasını ifade etmektedir (Aştı ve Karadağ, 2013b).

Young ve arkadaşlarının (2008), yapmış olduğu bir çalışmada, araştırmacılar 4866 ilaç uygulaması gözlemlemişler ve 1373 hata belirlemişlerdir. Aynı çalışmada bu hataların %70,8’ini ilacın yanlış zamanda verilmesi, %12,9’unu ilacın yanlış dozda verilmesi, %11,1’ini ilaç dozunu atlama, %3,5’ini ekstra doz yapma ve %1,5’ini order edilmeden ilaç uygulamayı kapsadığını bildirmişlerdir.

Ersun ve arkadaşlarının (2013), çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerini belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada, en fazla yapılan tıbbi hata türünün ilaç hatası olduğu, hemşirelerin %27,7’sinin daha önce ilaç hatası yaptığı ve %67,8’inin yanlış doz ilaç uyguladığı bildirilmiştir.

Ehsani ve arkadaşlarının (2013), acil serviste yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin en çok bildirdiği ilaç hatasının, infüzyon oranları ile ilgili olduğu, hemşirelerin bir doz yerine iki doz ilaç uyguladıkları, hemşireler arasında bildirilen ilaç hatası raporlama oranının yapılandıktan daha az olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada hemşireler, ilaç uygulama hata nedenlerini klinikte ilaç çeşidinin çok olması, kısaltma isimler kullanılması, yoğun çalışma koşullarına bağlı yorgunluk, hemşire oranına göre hasta sayısının fazla olması, eğitim eksikliği, farmakolojik bilgi eksikliği, hasta kayıtlarının okunaksız olması ve doktor reçetesinin okunamaması olarak sıralamışlardır (Ehsani ve ark., 2013).

Sağlık bakım hizmetlerinde kalite, ilaç hataları ve hasta güvenliğine olan ilgi artmasına karşın, acil serviste ilaç hataları sık görülmektedir. Literatürde ilaç uygulamaları sırasında kesintiye uğrama, ilaç hazırlama ve uygulama sırasında temel standartlara uymama, ilgili rehberleri takip etmeme, bilgi ve beceri eksikliği, kontrol ve doğrulama eksikliği, ağır iş yükü, hasta izleminin yetersiz olması ve ekip üyeleri arasındaki yetersiz iletişimin bu hataların ortaya çıkmasına neden olabileceği bildirilmektedir (Cebeci ve ark., 2012). İlaç uygulama hatalarını önlemek, hataların doğru raporlanmasına bağlı olmakla birlikte, raporlama yapan hemşirelerin cezalandırılmaması ve hasta yararını dikkate alarak ilaç hatalarını bildirmenin etik bir

sorumluluk olduğu konusunda hemşirelerin motive edilmeleri gerektiği düşünülmektedir (Ehsani ve ark., 2013).

Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek üzere yapılan bir çalışmada, ilaç uygulama hatalarının neden/nedenlerini hemşirelerin sırasıyla hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması, yoğun çalışma temposu nedeniyle dikkatin dağılması ve işe konsantre olamama, ilaç uygulaması sırasında çalışma ortamında meydana gelen karışıklıklar, çalışma saatlerinin uzun olması ve hastaya yapılan ilaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Kıymaz ve Koç, 2015). Sağlık bakım kurumlarında, özellikle çalışan sağlık bakım profesyoneli sayısının az olması, tıbbi hatalara neden olan önemli bir faktördür. Nitekim, Amerikan Hemşireler Birliği de hemşire yetersizliğinin tıbbi hatayla sonuçlandığını, çalışma çevresinde hemşireler stresli, yorgun olduğunda, uygun bir şekilde düşünemediklerini ve bu duruma bağlı olarak hata yapma oranlarının arttığını bildirmiştir (Ballard, 2003).

Alemdar ve Aktaş'ın (2014), hemşirelerin tıbbi hata eğilimini belirlemek üzere yapmış oldukları bir araştırma sonrasında ise, hemşirelerin en yüksek puanı "ilaç ve transfüzyon uygulamaları", en düşük puanı ise düşmelerin önlenmesinden aldıkları, tıbbi hataya eğilim ölçeğinin düşmelerin önlenmesi ve iletişim alt boyutlarından alınan puanların oldukça düşük olduğu, bu nedenle hemşirelerin bu alt boyutlara ilişkin hata yapma olasılıklarının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir.

İlaç hatalarının önlenebilirlik düzeyi oldukça yüksektir. İlaç uygulamalarına bağlı hataların önlenmesinde doğru hasta, doğru etki, doğru doz, doğru yol, doğru ilaç formu, doğru zaman, doğru veriliş süresi ve doğru kayıtları içeren sekiz doğru ilkesinin gözönünde bulundurulması son derece önemlidir (Aygin ve Cengiz, 2011). Bununla birlikte ilaçlar sakın ortamda ve dikkatli bir şekilde hazırlanmalıdır. İlacı hastaya uygulayacak kişinin, ilacı hazırlaması ve başkaları tarafından hazırlanan ilaçların hastalara verilmemesi büyük önem arz etmektedir. Ayrıca, ilaç dozu hesaplama prosedürleri oluşturulmalı ve ilaçların son kullanma tarihlerine bakılmalıdır. Hasta yanında ilaç bırakılmamalı ve hastanın herhangi bir ilaca karşı allerjisinin olup olmadığı sorgulanmalıdır. İlaç etkileşimleri iyi bilinmeli ve herhangi bir ilaç uygulama hatası yapıldığında bu durum hemen rapor edilmelidir (Aygin ve Cengiz, 2011).

2.6.2. Hastane Enfeksiyonları

Hastane enfeksiyonları, hem dünyada hemde ülkemizde görülen ve sağlık bakım hizmetlerini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Hastane enfeksiyonları, sunulan sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi hakkında bir fikir veren önemli bir indikatördür (Karahocagil ve ark., 2011). Hastane enfeksiyonları, birey hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra yada taburculuk sonrası 10 gün içinde gelişebilen enfeksiyonlardır (Çakmak, 2014).

DSÖ, hastane enfeksiyonlarını “enfeksiyon dışı bir nedenle yatan bir hastada gelişen enfeksiyon” olarak tanımlanmaktadır. Bir enfeksiyonun, hastane enfeksiyonu olup olmadığına karar verebilmek için klinik gözlem yapılmalı ve hasta kayıtları değerlendirilmelidir. Ayrıca laboratuvar sonuçlarına bakılarak hastane enfeksiyonunu destekleyici bulgular dikkate alınmalıdır (Çakmak, 2014).

Hastanede çalışan sağlık bakım profesyonelleri, hasta yakınları, ziyaretçiler, hastanede tedavi görmekte olan diğer hastalar, tetkik ve tedavi amacı ile kullanılan aletler ve hastane ortamı birer hastane enfeksiyonu kaynağıdır (Çakmak, 2014). Bu doğrultuda hastanelerde, enfeksiyon kontrol komitelerinin kurulması, enfeksiyon oranları yüksek olan kliniklerin belirlenmesi, enfeksiyon etkenlerinin ve oranlarının analiz edilmesi ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması son derece önemlidir (Karahocagil ve ark., 2011).

DSÖ, hastanede yatan hastaların %8.7'sinde hastane enfeksiyonlarına rastlandığını, en sık üriner sistem enfeksiyonları, cerrahi alan enfeksiyonları, alt solunum yolu enfeksiyonları, bakteriyemi, kardiyovasküler sistem enfeksiyonları ve santral sinir sistemi enfeksiyonları görüldüğünü bildirmiştir (Çakmak, 2014; Alp, 2012). Literatürde sağlık bakım kurumlarında, hastane enfeksiyonlarının en sık görüldüğü üniteler ise yoğun bakım üniteleri, cerrahi servisleri ve ortopedi servisleri olarak ifade edilmiştir (Orucu ve Geyik, 2008; Naharcı, 2006).

Hastane enfeksiyonları, çapraz enfeksiyon yada bireysel enfeksiyon şeklinde ortaya çıkabilir. Çapraz enfeksiyonda; mikroorganizma bir bireyden diğerine doğrudan ya da dolaylı yollarla geçer. Çapraz enfeksiyon, sadece bireyin kendisini etkilemez. Aynı zamanda bireyin yakınında bulunan herkesin enfeksiyon riskine maruz kalmasına neden olur. Bireysel enfeksiyon ise mikroorganizmanın, bireyin kendi enfekte dokusundan sağlam dokusuna doğru ilerlemesi şeklinde görülür (Kelek, 2012).

Hastane enfeksiyonlarının gelişimine neden olabilecek birçok faktör vardır. Hastaların bağışıklık sisteminin zayıf olması, maruz kalınan mikroorganizmanın türü, bireye invazif girişimlerin uygulanması, personel yetersizliği, çevresel faktörler ve bakteriyel direnç gibi durumlar bu faktörlere örnek olarak verilebilir (Çakmak, 2014). Hastane enfeksiyoları temas yoluyla, damlacık yoluyla, hava yoluyla, ortak kaynak yoluyla ve vektör yoluyla bulaşabilir (Naharcı, 2006).

Hastane enfeksiyonlarından korunmanın en etkili, ucuz ve kolay yolu el yıkamadır. El yıkamanın yanısıra, hastaların vücut salgıları, kan ve çıktıları ile kontamine olmuş yüzeylerin önce deterjanlı su ile temizlenmesi ve sonrasında dezenfekte edilmesi, izolasyon odalarında özel giysilerin giyilmesi, eldiven ve maske kullanılması, hastanedeki yüzeylerin su ve deterjan ile düzenli olarak temizlenmesi, eldiven kullanma kurallarına gereken önemin verilmesi hastane enfeksiyonlarından korunmada yararlanılabilecek diğer yöntemlere örnek olarak verilebilir (Terzi, 2009; Çakmak, 2014). Hastane enfeksiyonlarının kontrolü ve önlenmesi için sürveyans yani sistematik olarak veri toplanması, bu konuda eğitimler yapılması, antibiyotik kullanım politikalarının oluşturulması ve dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon politikalarının uygulanması son derece önemlidir (Naharcı, 2006).

2.6.3. Düşmeler

JCI (2010), düşmeyi “Fiziksel olarak yaralanmaya sebep olan, planlanmamış ani bir şekilde zemine doğru bir hareket değişikliği olması” olarak tanımlamaktadır. Düşme aynı zamanda, “Herhangi bir planlama, zorlayıcı kuvvet, senkop ya da inme olmadan, dikkatsizlik sonucu ani ve istem dışı pozisyon değişikliği ile birlikte bireyin bulunduğu seviyeden daha aşağı bir seviyeye doğru inmesi” olarak da tanımlanabilmektedir (Işık ve ark., 2006; Madak, 2010; Aştı ve Karadağ, 2013a).

Hastanelerde, hasta düşmeleri ve düşmelere bağlı yaralanmalar her geçen gün giderek artmaktadır (Hurley ve ark., 2009). Düşme olayı, bireyin yaşadığı ortamın özelliklerine ve yaş gruplarına göre değişiklik göstermektedir. Düşmeler, her yaş grubunda görülmesine karşın, 65 yaş üzeri yaşlıların hastanedeki düşme oranlarında belirgin bir artış olduğu (Halfon ve ark., 2001; Vassallo ve ark., 2000a), yaşlıların, hastanede kaldıkları süre içinde en az bir kez düştüğü (Hitcho ve ark., 2004; Thomas ve Brennan, 2000; Vassallo ve ark., 2000b; Vassallo ve Sharma, 1998; Vassallo ve ark., 2003), her yıl düşen 65 yaş ve üzeri yaşlıların, %30’unu ise 75 yaş ve üzeri yaşlıların

oluşturduğu bildirilmiştir (Todd ve Skelton, 2004). Bununla birlikte, literatürde düşme insidansının toplum içerisinde yaşayan yaşlılarda %30-40, uzun dönem bakım merkezlerinde yaşayan yaşlılarda %50, bir önceki yıl düşme deneyimleyenlerde ise %60 olduğu bildirilmiştir (Işık ve ark., 2006).

Hastane ortamı, düşme riski ile ilişkili olan ve yaşlılar için güvenilir olmayan bir ortamdır (Kannus ve ark., 2006). Hastanelerde, düşmeleri önlemeye yönelik politikalar geliştirilmesine ve bu konuda hazırlanmış uygulama kılavuzları kullanılmasına karşın, yaşlılarda, düşmelerin önlenmesine yönelik en iyi uygulama stratejilerini entegre etme konusunda halen, önemli zorluklar yaşanmaktadır (Peel, 2011). Yaşlılarda düşmelerin önlenmesi için, risk altındaki yaşlıların, başarılı bir şekilde tanınması, yaşlı nüfusta düşme ile ilişkili olası risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu faktörlerin birbirini etkileme durumunun anlaşılması gerekmektedir (Evans ve ark., 2001; Fuller, 2000; Gus ve Porinsky, 2003; Halfon ve ark., 2001; Krauss ve ark., 2005; Martin, 2011; Moylan ve Binder, 2007; Nakai ve ark., 2006; Rubenstein, 2006; Stevens, 2005; Todd ve Skelton, 2004; Van, 2001).

Hastane ortamındaki düşme risk faktörleri, intrinsik düşme risk faktörleri ve extrinsik düşme risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir. Bireyin yaş, cinsiyet, tanısı, düşme hikayesi, depresyon, bilişsel bozulma, inkontinans, yürürken yardıma ihtiyaç duyma, dengenin bozulması, yardımcı araç kullanımı, baş dönmesi, duyuşsal yetersizlik ve psikoaktif ilaç kullanımı gibi faktörler intrinsik düşme risk faktörleri içerisinde yer almaktadır. Extrinsik risk faktörleri ise 19 gün ya da daha uzun süredir hospitalize olma, çevresel faktörler ve düşmenin günün hangi zaman diliminde meydana geldiğini kapsamaktadır. Genel olarak, extrinsik düşme risk faktörleri, yüksek düzey düşmeler, ilişkili aktiviteleri ve çevreyi kapsamaktadır. Intrinsik risk faktörleri ise dengeyle ilgili duyuşsal nöromüsküler sistemin bütün komponentlerini ilgilendiren aynı zamanda bu sistemleri patolojik olarak etkileyebilen yaşla ilişkili faktörleri içermektedir (Hill ve ark., 2007).

Yaşlılarda, düşmelere etki eden birçok faktör bulunmakla birlikte, özellikle dengenin, yaşlı nüfus içinde düşmenin önemli bir belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (Berg ve ark., 1992a). Denge, kişinin düşmeden yaşamını sürdürme yeteneği olarak tanımlanabilir. Ortamda ayağa kalkarken, otururken veya hareket ederken dengeye ihtiyaç duyulur. Dengeyi etkileyen değişimlerin çoğu, yavaş yavaş ortaya çıkar

(Newton, 2003). Düşme risk faktörlerinin ele alındığı 18 prospektif kohort çalışmanın incelendiği bir sistematik review çalışmasında, yaşlı yetişkinlerde, gelecekteki düşmelerin bağımsız, en önemli belirleyicisinin yürüme ve denge bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Ganz ve ark., 2007). Denge, bir pozisyonu korumak için gereklidir. Toplumda, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için serbestçe hareket ederken, bir pozisyondan diğerine geçerken denge stabil kalır. Yaşlanma süreci, hastalıklar ve ilaçlar, denge yeteneğini olumsuz yönde etkileyebilir. Denge yeteneğinde çeşitli faktörlere bağlı olarak meydana gelen düşüş, fiziksel güvenliği tehdit eder. Bireyde, aktivitelerin kısıtlanması ile ilgili bir korkuya yol açar (Berg ve ark., 1992b).

Düşme olayı, yaşlı bireylerde daha sık görülmesine karşın, hastaneye yatan her birey, düşme riskiyle karşı karşıyadır. Özellikle, düşme öyküsü olan bireylerde iyi bir anamnez alınması, düşmenin ne zaman, nerede, nasıl gerçekleştiği ve sonrasında herhangi bir yaralanma meydana gelip gelmediğinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, son derece önemlidir (Eyigör, 2012; Madak, 2010).

Düşmeler, kaza sonucu oluşan düşmeler, önceden tahmin edilebilen düşmeler ve önceden tahmin edilemeyen düşmeler olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılabilir. Kaza sonucu oluşan düşmeler, tüm düşmelerin %14'ünü oluşturmaktadır. Genellikle bu düşmeler, çevresel tehlikelerden yada teknik malzemelerden kaynaklanmaktadır. Önceden tahmin edilebilen düşmeler, tüm düşmelerin %78'ini oluşturmakla birlikte bu düşmeler, alınan tedavi sonrası gelişme riski önceden bilinen düşmelerdir. Önceden tahmin edilmeyen düşmeler ise tüm düşmelerin %8'ini oluşturmaktadır. Bu düşmeler, önceden bilinen bir düşme risk grubunda yer almayan bireylerde meydana gelen düşmelerdir (JCI, 2010; Madak, 2010).

Bütün yaş gruplarında, düşmelerin değerlendirilmesinde, kişisel ve çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi önemlidir. İleri yaş, daha önce düşme öyküsü olması, kas güçsüzlüğü, yürüme ve denge problemleri, görme bozuklukları, 3'den fazla ilaç kullanımı, yüksek riskli ilaç kullanımı, kilolu olmak, görme ya da işitme problemlerine sahip olma, bilişsel bozukluklar, akut veya kronik bir hastalığa sahip olma ve uyku problemleri kişisel düşme risk faktörlerine örnek olarak verilebilir. Yatak seviyesinin uygun yükseklikte olmaması, zeminin kaygan veya buzlu olması, ışıklandırmanın yetersiz olması, uygun olmayan ayakkabı ve kıyafet kullanımı, dar alanda çok fazla eşya olması, eşyaların sabit olmaması, merdivenlerin korkuluklarının olmaması, kapı

girişlerinin yüksek olması, yürüme alanlarının düzgün olmaması, kabloların ortada olması, halıların katlanmış olması, çevrede gezinen küçük çocuk sayısının fazla olması ve ortamda evcil hayvan bulunması çevresel düşme risk faktörleri içerisinde yer almaktadır (Işık, 2006; Akdeniz, 2010; Eyigör, 2012; Gülhan, 2013).

Düşmelerin yaklaşık olarak $\frac{1}{4}$ 'ü yaralanma ile sonuçlanmakta ve tüm düşmelerin yaklaşık olarak %10'unda ise major travma meydana gelmektedir. Bununla birlikte düşme olayı sonucunda yumuşak doku zedelenmeleri, kırıklar ve burkulmalara bağlı fiziksel fonksiyon kaybı ile birlikte kafa travmaları, intrakranial kanamalar, depresyon, düşme korkusu ve ölüm meydana gelebilmektedir (Eyigör, 2012; Gülhan, 2013). Düşme önlenebilir bir sorundur. Düşmeler ve bu duruma bağlı yaralanmaları önlemek için bireyde düşmelere neden olabilecek risk faktörleri belirlenmelidir. Bireyde, bacak kuvvet kaybı varsa bireye uygun egzersizler yaptırılmalıdır. Denge bozukluklarını önlemek için denge eğitimi verilmelidir. Bireyde, varolan görme problemleri tedavi edilmelidir. Hipotansiyona neden olabilecek bir durum varsa, gerekli koruyucu önlemler alınmalıdır. Bireyde ilaç intoksikasyonunu önlemek içinde hastaların ilaçları düzenlenmeli ve bireyin içinde bulunduğu çevre bireye uygun bir şekilde modifiye edilmelidir (Işık, 2006; Eyigör, 2012).

2.6.4. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Sağlık bakım profesyonelleri ile hasta arasındaki iletişim eksikliği; sağlık bakım profesyonellerinin kendi aralarındaki iletişim eksikliği hasta güvenliğini, sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesini ve tıbbi hata oranını etkilemektedir (Cengiz, 2014). İletişim, iletilmek istenen bir bilginin elektronik, sözlü veya yazılı bir şekilde gönderici tarafından alıcı veya alıcılara aktarılmasıdır (Cengiz, 2014). İletişim süreci çevre, alıcı ve gönderici arasındaki ilişki, mesajın içeriği, mesajın verildiği ortam, tutum, değer yargıları, sosyoekonomik durum, yaşam deneyimleri, aile dinamikleri ve kültürel özellikler olmak üzere birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bununla birlikte hastane ortamının gürültülü olması, kişilerin gergin ve kaygılı olması, algılama farklılıkları, çalışma koşulları, bireyler arasındaki eğitim farklılıkları ve duyma kaybıda sağlıklı bir iletişim gelişmesini olumsuz yönde etkiler (Özata ve Altuncan, 2010; Kıymaz ve Koç, 2015). Sağlık bakım ortamlarındaki iletişim eksikliği, hasta güvenliğini tehdit etmekte, iletişim yetersizliğine bağlı olarak kimlik doğrulama hataları meydana gelebilmekte ve

bu durum yanlış hastaya tedavi, bakım ve cerrahi uygulama yapılmasına neden olabilmektedir (Mülayimoğlu, 2012; Tanrıöver, 2016).

2.6.5. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar

Gelişmiş ülkelerin birçoğunda hastaların yetersiz izlenmesine bağlı olarak, hatalı tıbbi uygulama sayısında ve bu duruma bağlı olarak sağlık bakım profesyonellerine ve sağlık bakım kurumuna açılan dava sayısında günden güne artış gözlenmektedir. Bireyin yetersiz izleminden kaynaklanan tıbbi uygulama hatalarını azaltmak için, bireyin izlem sıklığı belirlenmeli ve bu durum, diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşılmalıdır. Bireyin izlem sıklığı belirlenirken, mevcut durumu ve bakım gereksinimleri gözönünde bulundurulmalı ve yapılan izlem uygulamaları, tarih ve saat belirtilerek kayıt edilmelidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

2.6.6. Uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar

Sağlık bakım sisteminde bireyin tanı, tedavi, bakım ve uygulamalarında yanlış malzemenin kullanılması yada bu malzemelerin bu konuda yetkin ve yeterli olmayan kişiler tarafından uygulanması, tıbbi hatalara neden olabilmektedir. Bu nedenle tanı, tedavi, bakım ve uygulamalar öncesinde kullanılacak malzemelerin çalışır durumda olduğunun kontrol edilmesi ve araç-gereçlerin bu konuda eğitimden geçmiş deneyimli kişiler tarafından kullanılması son derece önemlidir. Araç-gereç ve malzemelerin doğru kullanımını sağlamak amacıyla ilgili kişilere eğitim verilmeli ve güvenliğinden şüphe duyulan malzemeler kesinlikle kullanılmamalıdır. Servisteki kullanılan tüm malzemelerin her zaman çalışır durumda olması, tüm tıbbi cihazların düzenli olarak bakım ve kalibrasyonlarının yaptırılması büyük önem arz etmektedir. Ayrıca, yanlış veya uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hataların önlenmesinde, kullanılacak araç-gereç ve sarf malzemelerinin önceden temin edilmesi, malzemelerin uygunluğunun kullanıcılar tarafından belirlenmesi, son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi, uygun ebatta malzemeler seçilmesi ve malzemelerin sterilizasyon tarihlerinin kontrol edilmesi oldukça yararlıdır (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Dikmen ve ark., 2014).

2.6.7. Hastada Yabancı Cisim Unutulması

Cerrahi uygulama sırasında, bireyin vücudunda yabancı cisim unutulması “hasta hakkı ihlali” olarak nitelendirilmekte ve önemli bir tıbbi hata olarak kabul edilmektedir. Unutulan yabancı cismin vücuda vereceği zarar, unutulmuş bölgeye ve maddenin cinsine göre değişmekle birlikte bazen bireyin ölümüne neden olabilmektedir.

Bazen de bireyde unutulmuş yabancı cisim, hiçbir belirti vermemekte ve rastlantı sonucu fark edilebilmektedir. Yabancı cisim unutulmasına bağlı olarak gelişen tıbbi hataları önleyebilmek için cerrahi girişim öncesinde ve sonrasında operasyonda kullanılan tüm malzemelerin ve cisimlerin eksiksiz bir biçimde sayılması ve kaydedilmesi son derece önemlidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Bilge ve Geçim, 2011).

2.6.8. Yanlış Taraf Cerrahisi

Cerrahi tedavinin uygulandığı ameliyathaneler, özel bilgi ve donanım gerektiren çok çeşitli malzemelerin kullanıldığı, karmaşık yapıya sahip, oldukça stresli çalışma ortamlarıdır (Tunçel, 2013). Bu doğrultuda, ameliyathane ortamında yanlış taraf cerrahisini önlemek ve güvenli cerrahi uygulama gerçekleştirebilmek için, hastanın bilinci yerindeyken, kimlik bilgileri ile bilekliği karşılaştırılmalı ve hastanın ameliyat yeri doğru bir şekilde, silinmez bir kalemle işaretlenmelidir. Ayrıca hastanın laboratuvar bilgileri, tıbbi kayıtları, tetkik sonuçları, onamları ve cerrahi güvenlik kontrol formunun olduğu dosya, bireyle birlikte ameliyathaneye teslim edilmelidir. Ameliyathane girişinde hastayı teslim alan sağlık bakım profesyoneli, bireyin doğru hasta olduğunu ve hastaya hangi cerrahi operasyon uygulanacağını teyit etmelidir. Hastanın ameliyat tarafını eli ile göstermesi istenmeli, böylece doğru tarafın işaretlenip işaretlenmediği tekrar kontrol edilmelidir (Akdağ, 2016).

Yanlış operasyonu ve yanlış taraf cerrahisini önlemek için, ameliyat odasında hasta masaya alınmadan önce tekrar kimlik bilgileri, dosyası, kullanılacak ekipman ve doğru taraf cerrahisi kontrol edilmelidir. Operasyon gerçekleşmeden önce, hasta ameliyat masasında iken cerrah, anestezi uzmanı, anestezi teknisyeni ve ameliyathane hemşiresi doğru hastanın, doğru tarafına, doğru işlemin yapılacağını sözlü olarak teyit etmeli ve bu durumu cerrahi güvenlik kontrol formuna kayıt etmelidir. Ameliyat sonrasında ise ameliyat odasından ayrılmadan önce, ameliyat ekibi tarafından planlanan ile yapılan işlemin aynı olduğu, cerrahi aletlerin tam olup olmadığı kontrol edilmeli ve bu işlemde cerrahi güvenlik kontrol formuna kayıt edilmelidir (Akdağ, 2016).

2.6.9. Kan Transfüzyonu Hataları

Kan transfüzyonu, kan ya da kan ürünlerinin tedavi amaçlı olarak intravenöz yol ile dolaşıma verilmesidir (Tunçel, 2013). Kan transfüzyonu son derece dikkatli yapılması gereken bir uygulamadır. Kan transfüzyonuna bağlı tıbbi hata oranını azaltmak için, kan transfüzyonu öncesinde, kan istem formunda, hastanın adı, soyadı,

protokol numarası, kliniği, tanısı, kan grubu, daha önce transfüzyon olup olmadığı, planlanan verilış süresi ve istenen kan ürünü türü belirtilmelidir. Ayrıca transfüzyon öncesinde hasta ve ailesinden transfüzyon işlemleri için onam alınmalıdır. Kan ürünü kliniğe ulaştığında, kan ürünü üzerindeki bilgiler dikkatli bir şekilde incelenmelidir. Doğru kan ürününün geldiğinden ve doğru hastaya takıldığından emin olunmalıdır. Eğer mümkünse bu işlem, en az iki kişi tarafından yapılmalıdır. Kan grubu ve Rh faktörünün uyumuna dikkat edilmeli ve serolojik testlerin negatif olduğundan emin olunmalıdır. Kan ürününün son kullanma tarihi ile crossmatch uygunluk onayı bilgileri kontrol edilmeli ve kanın planlanan sürede verilmesine özen gösterilmelidir. Kan ürününde pıhtı, hava kabarcığı, bulanıklık ve beyaz tabaka olmadığından emin olunmalıdır. Kanın ısısı ve hastanın vital bulguları normal seviyede olmalıdır. Olağan dışı durumların ve allerjik reaksiyonların gözden kaçmaması için hasta uygun sıklıkta takip edilmeli ve yapılan her işlem kayıt altına alınmalıdır (Örüş ve Yenicesu, 2016).

2.7. Acil Servislerde Tıbbi Hata Prevalansı

Acil servisler, acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde anahtar bir konuma sahiptir (Cander, 2013). Hastanelerde acil servis, yoğun bakım üniteleri ve klinik laboratuvarlar tıbbi hataların daha çok görüldüğü potansiyel riskli bölgeler olarak tanımlanmaktadır (Kalra, 2004a). Diğer kliniklerle karşılaştırıldığında özellikle acil servis, yoğun ve hızlı temposu, yüksek sesler, karmaşık ve dinamik yapısıyla tıbbi hataya eğilimin artabileceği bir ortamdır (Burroughs ve ark., 2005). Acil servis çevresi, kompleks ve dinamiktir. Çoğu zaman acil servisteki iş yükü kontrolsüzdür. Acil serviste, hastayla ilgili kararlar genellikle yoğun baskı altında verilir. Bazen hastadan bilgi alma süreci tamamlanmadan tedavi, bakım ve uygulamalara başlanır. Acil servis, aynı zamanda hastaların farklı zamanlarda hastaneye başvurduğu, aynı anda birden çok görevin yönetilmeye çalışıldığı, işle ilgili kesintiler, planlanmamış vizitler, acil olmayan durumdan resüsitasyon durumuna kadar birden çok hastanın bakım ve tedavisinin yapıldığı kalabalık bir ortamdır (Kallberg, 2015).

Hastalar, acil servise genellikle, acil ve hızlı tedavi gerektiren akut bir hastalık veya yaralanma sonucu gelmekte, acil serviste çalışan hemşireler de bazen yeterli hasta öyküsü alamadan derhal tedaviye başlamak durumunda kalabilmektedirler. Acil servis hemşireleri özellikle hastanın bilincinin yerinde olmadığı ve bireylerin hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi veremediği durumlarda problem yaşamaktadırlar (Ersun ve ark.,

2013). Bununla birlikte hasta sayısının fazlalığı, hemşire sayısının azlığı, vardiyalı çalışma, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalara bakım sunma, iş ve çalışma koşullarına bağlı duygusal stres, uyulması gereken prosedürlerin çokluğu gibi birçok neden hemşirelerin bakım, tedavi ve uygulamaları sırasında hata yapma olasılıklarını arttırabilmektedir (Croke, 2003; Ersun ve ark., 2013).

Literatürde, sağlık bakım sisteminin tıbbi hata ve hasta güvenliği problemleri ile karşı karşıya kaldığı, her yıl 108.000 kişinin potansiyel olarak önlenemez yanlış tıbbi uygulamalara bağlı yaralanmalar nedeniyle öldüğü, hospitalize olmuş her 50 hastadan birinin önlenemez, bireye zarar veren ve amaçlanmamış bir olay deneyimlediği, bu yaralanma ve olayların yaklaşık olarak %3'ünün acil serviste meydana geldiği bildirilmiştir (Schenkel, 2000).

Fordyce ve arkadaşları da (2003), şehir merkezindeki bir acil departmanında yedi günlük süre içinde meydana gelen 400 tıbbi hatayı analiz etmişler, bu hataların tanılayıcı çalışmalar, idari prosedürler, farmakoterapi, belgeleme, iletişim, çevresel ve diğer nedenlerle meydana geldiğini ve hataların %2'sinin olumsuz sonuçlandığını bildirmişlerdir.

Kallberg (2015) tarafından, İsveç acil departmanlarında yapılan diğer bir araştırmada da, klinisyenlerin iş yükü fazlalığını, acil serviste hasta güvenliğini tehdit eden bir faktör olarak algıladıkları, iş sırasında kesinti ve araya girmeleri iletişim ve ilaç hataları için önemli bir risk olarak gördükleri belirtilmiştir.

De Vries ve arkadaşlarının (2008), hastanede görülen advers olayların doğasını ve insidansını belirlemek üzere yapmış oldukları diğer bir çalışmada ise, 74485 hasta kaydının incelendiği, hastaneye kabul edilen yaklaşık olarak her on hastadan birinin advers olaya maruz kaldığı, %80'den fazlasının acil serviste meydana geldiği, %7,4'ünün öldürücü olduğu, %15,1'ini ilaçlarla ilgili olayların oluşturduğu ve %43,5'inin önlenemez olduğu bildirilmiştir.

Rasmussen ve arkadaşları (2014), tarafından yapılan bir diğer araştırmada ise, katılımcıların bir ay içinde 742 advers olay yaşadıkları, acil servisteki çalışma çevresinin advers olayları etkilediği, en sık görülen olay türlerinin belge eksikliği, sevklerin yapılmaması, kan testlerinin olmaması, ciddi bir olay sonrası problemin raporlanması ile ilgili olduğu, yetersiz hasta güvenliği ikliminin advers olay oluşumunu etkilediği belirtilmiştir.

Henneman ve arkadaşları da (2005), acil serviste tıbbi hataların gözlenmesine yönelik olarak yapmış oldukları çalışma sonrasında, 203 hatanın rapor edildiğini, bu hataların büyük çoğunluğunun hemşireler tarafından düzeltilerek iyileştirildiğini, iyileştirilemeyen 107 tıbbi hatanın %56'sında yatış süresinin uzadığını ve %11'inde minör ya da potansiyel yan etkilerin geliştiğini bildirmişlerdir.

Türkiye'de ise 2000- 2004 yılları arasında acil servis hizmetleri ile ilgili tıbbi uygulama hatalarını kapsayan 112 olgu değerlendirilmiş ve bu olgulardan 57'sinde sağlık bakım profesyonellerinin kusuru olmadığına, 55 olguda ise tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verilmiştir (Turkan ve Tuğcu, 2004). Kıymaz'ın (2015), bu konuda yaptığı bir çalışmada ise hemşirelerin yapmış oldukları tıbbi hataların %17,6'sının ilaç uygulama hatalarıyla ilgili olduğu, %42,0'ının yanlış ilacı, yanlış dozda uyguladıkları bildirilmiştir.

Hatalı tıbbi uygulamaları belirlemek üzere yapılan önceki çalışmalarda tıbbi hata oranının %14,2 ve %46,8 arasında değiştiği bildirilmiştir (Andsoy ve ark., 2014; Öztunç ve Vural, 2012; Fordyce ve ark., 2003; Ehsani ve ark., 2013). Literatürde de belirtildiği gibi tıbbi hata oranı yapılan araştırmalara göre değişiklik göstermekle birlikte bu farklılık, tıbbi hata izlem eksikliğinden, çalışma arkadaşları, eğitimci ve yöneticilerin tıbbi hata bildirimine verdikleri negatif reaksiyondan, kurumda uygun kayıt ve rapor izlem sisteminin olmamasından, çalışılan serviste hizmet sunulan hastaların fiziksel durumunun kötü olmasından, servislerin gürültülü ve kalabalık olmasından kaynaklanabilir (Ehsani ve ark., 2013).

Tıbbi hataları önleme, çok büyük oranda hemşirelerin tıbbi hataları hastaları etkilemeden önce iyileştirebilmelerine bağlıdır. Bu konuda yapılan son çalışmalar (Henneman ve ark., 2005), hataların iyileştirilmesinde hemşirelerin önemli rol oynadığını göstermekle birlikte, Hennemann ve arkadaşları (2006), acil bakım ortamlarında tıbbi hataları iyileştirmek için hemşireler tarafından gözetim, sezgi, çift kontrol ve büyük resmin farkında olma gibi birçok stratejinin kullanıldığını bildirmişlerdir.

Tıbbi hatalar bildirildikten ve hatalara neden olan faktörler belirlenerek elimine edildikten sonra hasta güvenliği sağlanabilir (Hughes, 2008). Kagan ve Barnoy (2013), kurumun hasta güvenliği kültürünün tıbbi hata bildirme oranıyla pozitif ve belirgin bir şekilde ilişkili olduğunu ve organizasyonun hasta güvenliği kültürünün

çalışanları hata bildirimine hazırladığını bildirmişlerdir. Bu konuda yapılan diğer bir araştırmada ise birçok kurumda cezalandırıcı bir kültür olduğu ve bu durumun sağlık bakım hatalarının doğru bir şekilde rapor edilmesini ve azaltılmasını engellediği, hasta zarar görmediği için pek çok hatanın gözden kaçırıldığı, oysaki bu bilgilerin gelecek hataları önlemek açısından son derece yararlı olabileceği belirtilmiştir (Baker ve Norton, 2001).

2.8. Acil Servise Başvuran Hastalarda Tıbbi Hata Algısını Etkileyen Faktörler

Tıbbi hatalar konusu tüm sağlık bakım profesyonelleri için önemli bir konu olmakla birlikte, hastalar açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Hasta güvenliği ve hatalı tıbbi uygulamaların en aza indirilebilmesi için toplumun bu konuda bilinçlenmesi, tıbbi hata algıları ile bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir (Akkoyunlu, 2012). Algılama, kelime anlamı itibarıyla “duyusal verileri örgütleyerek yorumlayıp, çevremizdeki nesne ve olaylara anlam verme süreci” olarak tanımlanmaktadır. Algı aynı zamanda “duyumları yorumlama, onları anlamlı hale getirme süreci” olarak tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda algı, bir ya da birkaç duyum tarafından beyine ulaştırılan bir uyarının anlamlandırılması sürecidir (Aytaç, 2000). Literatürde Akkoyunlu’nun aktardığı üzere “algı, bireyin duyuları ve olayları anlamlı bir dünya deneyimine dönüştürmek amacı ile yorumlaması ve düzenlemesi” olarak tanımlanmaktadır (Lindsay ve Norman, 1977). Yine Akkoyunlu’nun (2012) bildirdiği üzere “algı, aynı zamanda hastalık veya yeti yitiminin birey tarafından nasıl anlaşıldığını” ifade etmektedir (Taylor ve ark., 2000).

Algılarımız duyular üzerine kuruludur ve duyudan farklıdır. Duyum algıya temel oluşturur. Ancak algı sürecinin temelinde, bu uyarıcılara bağlı olarak yaptığımız yorumlar, uyarıcılara verdiğimiz önem, beklentilerimiz, eğitimimiz, kültürel özelliklerimiz doğrultusunda uyarıcılara yüklediğimiz anlam, geçmiş deneyimlerimiz ve öğrenme yatmaktadır. Gelen duyguları seçme, bazılarını ihmal etme ya da bazılarını kuvvetlendirme, arada olan boşlukları doldurma ve beklentilere göre anlam verme algılama aşamasında gelişir. Algılama salt duyulara bağlı fizyolojik bir süreç değildir. Algılama, duyuların merkezi sinir sistemine elektro-kimyasal yolla ilettikleri mesajların, yapısal bir biçimde anlamlandırılması sürecidir (Aytaç, 2000).

Algılamanın gerçekleştirilebilmesi için genel uyarılmışlık halinin olması ve dikkatin çevreye yöneltilmiş olması gereklidir. Ancak dikkatini aynı uyaran üzerinde odaklaştıran farklı kişiler, aynı uyaranı farklı şekilde algılayabilirler. Bunun nedeni, algının kişinin geçmiş yaşantısı, ilgi alanları ve gereksinimleri ile yakından ilişkili olmasıdır. Aynı birey değişik zaman ya da ortamlarda farklı algısal özellikler de gösterebilirler. Bunun nedeni, uyarının niceliğinin ve niteliğinin algılama üzerinde yaptığı etkilerdir (Aytaç, 2000).

Algılama yeteneğinin çoğu doğuştan gelmektedir. Ancak çok sayıda başka algısal süreçler de öğrenmeye dayalıdır. Kişinin öğrendikleri ve deneyimleri, doğuştan gelen bu yeteneklerinin gelişmesinde önemli bir rol oynar. Doğuştan gelen yetenekler ve sonradan öğrenilen beceriler birbirlerini sürekli etkiler. En doğru bilimsel yol, her iki etkenin, yani doğuştan getirilen yeteneklerin ve çevreyle etkileşim sonucu öğrenilen becerilerin, algılamanın temelinde yatmasıdır (Aytaç, 2000).

Acil serviste çalışan hemşire sayısının az olması, sağlık bakım profesyonellerinin çalışma saatlerinin uzun olması, acil servisin kalabalık ve yüksek sesli olması, mesleki acemilik ve yetersizlik, iletişim eksikliği, dikkatsizlik, hekimlerin hastalara yeterince zaman ayırmaması ve hasta sayısının fazla olması gibi nedenler tıbbi hata algısını etkileyen faktörlerdir (Özdemir ve Şahin, 2015; Ehsani ve ark., 2013).

Bu konuda yapılan bir araştırmada toplumun tıbbi hata yapıldığına inanma oranının; Kanada'da %30, ABD'de %34, Almanya'da %23, Avustralya'da %27 ve İngiltere'de de %22 olduğu bildirilmiştir (Schoen ve ark., 2005). Blendon ve arkadaşlarının ABD'de yaptığı diğer bir çalışmada toplumun %42'sinin kendilerine veya bir yakınlarına tıbbi uygulama hatası yapıldığına inandıkları belirlenmiştir (Blendon ve ark., 2003).

Türkiye'de 6354 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, toplumun %10'unun kendine veya aile üyelerinden birine tıbbi hata yapıldığına inandığı, tıbbi uygulama hatası yapıldığına inanan bireylerin %93'ünün yapılan tıbbi uygulama hatasının hasta ve yakınlarına bildirilmesi gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %17'si tıbbi uygulama hatası ile ilgili kendilerine bilgi verildiğini, %23,3'ü hatalı tıbbi uygulama sonrasında önemli bir problem meydana gelmediğini, %18,2'si hastanede uzun süre yattığını, %18,7'si daha fazla sağlık

harcaması yaptığını, %25,8'i kalıcı tıbbi sorun geliştiğini, %13,9'u da yakınına kaybettiğini bildirmiştir (Sayek, 2011).

Mülayımoğlu'nun (2012) halk eğitim merkezindeki kurslara devam etmekte olan bireylerin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve tıbbi hatalarla ilgili deneyimlerini belirlemek üzere yapmış olduğu diğer bir çalışma sonrasında, katılımcıların %33,2'sinin kendisinin, %33,7'sinin yakınlarının herhangi bir tıbbi hataya maruz kaldığı, bu hataların bireylerin %55,8'inde, yakınlarının %65,4'ünde uzun süreli tedavi uygulamasına yol açtığı, %83,1'inin tıbbi hataların önlenebileceğini ifade ettiği; %59,1'inin hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabileceğini düşündüğü, %28,5'inin de bu konuda düzenli eğitimler yapıldığı takdirde bu hataların azaltılabileceğini ifade ettiklerini ortaya çıkarmışlardır. Aynı çalışmada bireylerin %45,1'i daha önce hasta güvenliği kavramını duyduğunu, %94,7'si tıbbi hataların sağlık riski oluşturduğu için hasta güvenliğinin önemli olduğunu; en fazla doktor (%85) ve hemşirelerin (%84,7) tıbbi hata yaptıklarını ve tıbbi hataların hasta ve sağlık bakım profesyonelleri arasındaki iletişim eksikliğinden kaynaklandığını (%69,3) düşündüklerini ortaya çıkarmışlardır.

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili yayınlanmış olan bir kitapta ise, 137 tıbbi hatanın görüldüğü, 112 hatanın hekimler, 20 hatanın hemşirelik ve ebelik uygulamaları, 3 hatanın sünnet uygulaması ve 2 hatanın da eczacılık uygulaması ile ilgili olduğu, 120 tıbbi hatanın yargıya intikal ettiği bildirilmiştir (Savaş, 2013; Can, 2014). Tıbbi hatalarda meydana gelen artışın toplum ve sağlık bakım sistemi üzerinde olumsuz birçok etkisi bulunmaktadır. Tıbbi hatalar başta toplumun sağlık çalışanlarına karşı güveninin azalmasına, hatayı yapan ve hataya maruz kalan bireyin ruhsal yönden olumsuz etkilenmesine, sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan bireylerde kaygı ve umutsuzluk gelişmesine neden olabilmektedir (Cebeci ve ark., 2014).

2.9. Kaygı

Kaygı, her an bir tehlikeyle karşılaşabileceği duygusu, huzursuzluk, korku ve gerilim ile baş gösteren ve hoş gitmeyen duygusal bir durumdur (Deniz ve ark., 2009). Kaygı, bazı bireylerin sık sık ve yoğun bir şekilde yaşadığı, bazı bireylerin ise az ve düşük seviyede deneyimlediği temel duygulardan biridir (Özbay, 2008). Kaygı aynı zamanda bireyin tehlikeyle baş etmesine yardım eden bir mekanizmadır (Yılmaz ve ark., 2014).

İnsan davranışlarının açıklanmasında kaygı önemli bir yer tutmaktadır (Özbay, 2008). Gökçe ve Dünder'in (2006) aktardığı üzere Spielberger 1972 yılında durumluk kaygısı ve sürekli kaygısı olmak üzere iki tip kaygı tanımlamıştır. Durumluk kaygısı tehlikeli ve istenmeyen bir olayla karşı karşıya kalındığında ortaya çıkan bir kaygı türüdür. Öner ve Le Compte'ye göre (1998), durumluk kaygısı bireyin içinde olduğu stresli durumdan dolayı algıladığı subjektif korkudur. Durumluk kaygısı; bireyin o anda içinde bulunduğu akut anksiyete durumunu ifade etmektedir. Bu kaygı türünde bireyin bilinci ve bilişsel işlevleri açık ve çalışır durumdadır. Bu doğrultuda birey herşeyden haberdardır (Gökçe ve Dünder, 2006).

Sürekli kaygısı ise; kişinin yapısının kaygıya yatkın olmasını ve kronik şekil almış anksiyete durumunu ifade etmektedir (Gökçe ve Dünder, 2006). Öner ve Le Compte'ye göre (1998) sürekli kaygısı bireyin bulunduğu durumu çoğunlukla stresli olarak hissetme ya da yorumlama durumudur. Bu tehlikeli bir kaygı türüdür. Bireyin ortamı algılamasını, anlaşılmasını ve yorumlanmasını etkiler. Eğer mevcut bir neden varken ortaya çıkarsa başa çıkılması zor ve şiddetli bir durum halini alabilir (Gökçe ve Dünder, 2006).

Kaygı yaşayan bir bireyde dikkat dağınıklığı, bulanık görme, odaklanma zorluğu, düşünce kontrolsüzlüğü, aklın bulanık olması gibi bilişsel belirtiler; gerginlik, korku, çaresizlik, sinirlilik gibi duygusal belirtiler; konuşmada aksaklık, kaçma, huzursuzluk gibi davranışsal belirtiler; bayılma, çarpıntı, nefes darlığı, boğazda düğümlenme, yüzde kızarıklık, çabuk yorulma, ağızda kuruluk, sık idrara çıkma, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtiler gözlemlenebilir (Tanrıverdi, 2015). Bununla birlikte France ve Robson da (1997) kaygının rahatsız edici ve endişeli his ve düşünceler, bedensel tepkiler ve davranışlarda meydana gelen değişiklikler olmak üzere üç temel bileşenden oluştuğunu ifade etmişlerdir.

Kaygı acil servise başvuran hasta ve yakınlarının oldukça yoğun bir şekilde deneyimleyebileceği bir duygudur. Uğrak ve ark.'ın (2016) hastaların sürekli kaygı düzeyleri ile acil sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerini analiz ettikleri bir çalışmada, hastaların acil servisi kullanma sıklıkları ile kaygı durumları arasında doğrusal bir ilişki bulunduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada son altı ay içinde acil servise hiç başvurmeyen hastalarda sürekli kaygı oranının %42,5, acil servise altı ve daha fazla başvuru yapan hastalarda ise %49,3 olduğu, allerjik reaksiyon (%52,7) ve

göğüs ağrısı şikayeti olan hastaların yüksek kaygı düzeyine (%50,4), kulak ağrısı (%40,6) ve öksürük şikayeti (%40,6) olan hastaların ise düşük kaygı düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda acil servise başvuran hasta ve yakınlarının ani veya beklenmedik bir ameliyat durumu ile karşılaştıklarında ya da ağrı semptomu yaşadıklarında çeşitli düzeylerde kaygı yaşadıkları (Kılıç ve ark., 2015), acil servis hastalarının bekleme salonunda sıralarını beklerken geçirdikleri zamanda kaygı düzeylerini arttıran bir faktör olduğu, kaygının hastaneye ilk başvuruda yüksek olduğu, taburculuk sırasında ise azaldığı bildirilmiştir (Ekwall, 2013).

Acil serviste hastaların yaşadıkları kaygı düzeylerini belirlemek üzere yapılan diğer bir araştırmada hastaların en çok “Başına ne geleceğini bilememek”, “Rahatsızlık verici uygulamalara maruz kalmak”, “Ağrı hissetme” ve “Neyin yanlış olduğunu bilememe” gibi durumlar nedeniyle kaygı yaşadıkları belirlenmiştir (Byrne ve Heyman, 1997). Bu doğrultuda hasta ve yakınlarının yapılan uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi son derece önemlidir (Ekwall, 2013).

Bireyin yaşadığı kaygı ile etkin bir şekilde baş edebilmesine yardımcı olabilmek amacıyla, bireyde kaygıya neden olan faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir (Richardson ve Sunn, 1974). Ayrıca bireyin içinde bulunduğu durumu algılaması, yorumlaması ve olayların anlamlarını değerlendirmesi sağlanmalıdır. Etkin başa çıkma mekanizmalarından yararlanarak kaygılı bir bireyin öfke, depresyon ve stres gibi duygu ve düşüncelerden uzaklaştırılmalarında yardımcı olunmalıdır (Rose,1998).

2.10. Umutsuzluk

Umutsuzluk kavramı, bireyin geleceğe karşı olumsuz beklentilerinin olması, var olan sorunlarının çözümlenemeyeceğine inanması, gelecekle ilgili kötümser olması, amacına hiçbir zaman ulaşamayacağına inanması, gelecekle ilgili motivasyonunu kaybetmesi, bu doğrultuda amacı için çaba göstermemesi olarak tanımlanabilir (Akmanış, 2010; Yıldız, 2011). 1986 yılında Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (North America Nursing Diagnosis Association- NANDA), umutsuzluk kavramını “bireyin sınırlı ya da hiç alternatif göremediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum” olarak tanımlamıştır (Oktay, 2011).

Literatürde Beck ve arkadaşlarına göre umutsuzluk (1990), bireyin kapasitesinin farkında olamaması ve geleceğe dair olumsuz beklentiler içinde olmasıdır.

Frankly (2007) umutsuzluğu, bireyin temel bir güdüsü olan anlam arayışının engellenmesi olarak tanımlamıştır. Kierkegard ise (2001) umutsuzluğu, özünü yitirmiş olmak, bireyin benliğindeki sonsuzluğun ölmesi ve ölüm hastalığına yakalanmış olarak açıklamıştır (Olçay, 2016).

Birey yaşadığı sorunlara çözüm bulamazsa, gelecek için çaresiz kalırsa umutsuzluğa sürüklenebilir. Bireyi umutsuzluğa iten diğer bir neden de bir hastalığa sahip olmasıdır. Birey hastalık duygusu ile karşılaştığında sorunlarıyla baş edemez hale gelir. Hüzün, karamsarlık, içe kapanma ve umursamama gibi davranışlar gelişebilir. Hastalığını çaresizlik ve felaket olarak görür ve bu durum umutsuzluk ile sonuçlanır (Olçay, 2016). Bununla birlikte umutsuz olan bir birey geleceğinin daha kötü olacağına inanır (Akmanış, 2010; Yıldız, 2011). Umut ve umutsuzluk karşıt beklentileri olan iki kavramdır. Synder ve arkadaşlarına (1989) göre umudun, duygusal ve bilişsel olmak üzere iki boyutu vardır. Birbirleriyle bağlantılı olan bu iki boyut umudu pozitif yönde etkilemektedir.

Doğan ve Kelleci'nin (2014), fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan bireylerin bazı tanı gruplarına göre umutsuzluk düzeylerini belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışma sonrasında, kronik böbrek yetmezliği olan hastaların umutsuzluk düzeylerinin kanser ve diğer dahili hastalığı olan bireylerden daha yüksek olduğu, cerrahi sorunları olan hastalarda ise umutsuzluk düzeyinin daha düşük bulunduğu bildirilmiştir.

Güvenlik, yaşamı sürdürmek için her dönem gerekli olan insan temel gereksinimlerinden biridir. Bununla birlikte sağlıklı/hasta bireye etkili, verimli, güvenilir ve tam zamanında bakım sunma sağlık bakım profesyonellerinin öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, hastanede, evde ve toplumda güvenli bir bakım ortamı oluşturulması son derece önemlidir (Aştı ve Karadağ, 2013a; Sayek, 2011).

Hasta güvenliği risk faktörleri ile birlikte gizlenen hataların raporlanmasını sağlamak için eğitimler düzenlenmesi, hemşirelerin tıbbi hataları özgürce rapor edebilecekleri cezalandırıcı olmayan bir kurum kültürü geliştirilmesi, ilaçların verilmesi ile ilgili hataları azaltmak üzere acil servise özgü prosedür ve protokollerin hazırlanması, hemşirelerin iş yüklerini azaltmak amacıyla çalışan hemşire sayısının artırılması, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen bireysel ve

mesleki faktörlerin göz önünde bulundurulması, hasta güvenliği ile ilgili farkındalığı artırmak için de sağlık bakım sisteminde sürekli izlem ve değerlendirmelerin yapılması, kurum yöneticileri ile çalışanlar arasında açık bir iletişimin sağlanması son derece önemlidir (Avcı ve Aktan, 2015; Balanuye, 2014).

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliğini riske eden uygulamalar önemli bir sağlık bakım sistemi sorunudur (Avcı ve Aktan, 2015; Balanuye, 2014). Bu doğrultuda tıbbi hataları en aza indirebilmek ya da önleyebilmek için sağlık bakım kurumlarının gerekli önlemleri alması ve sağlık bakım profesyonellerinin bu konu ile ilgili farkındalıklarının artırılması ve bütüncül bir bakış açısına sahip olmalarının sağlanması son derece önemlidir (Avcı ve Aktan, 2015; Balanuye, 2014).

Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır. Literatürde hasta güvenliği ve kalitesini ilerletecek etkili bir kurum kültürü olmadığında, sağlık bakım sisteminde kalitenin geliştirilemeyeceği bildirilmiştir (Kalra, 2004b). Bununla birlikte bakımın kalitesini artırma ve tıbbi hataları azaltma uygun eylemleri gerektirmektedir. Sağlık bakım kuruluşları hasta güvenliğini sağlamak ve hataları azaltmak amacıyla en iyi bilinen uygulamaları hayata geçirmeli, hata önleme teknikleri ile araştırma stratejilerine odaklanmalı, disiplinlerarası deneyim, eğitim ve paylaşım önem vermelidir (Kalra, 2004c).

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili en önemli konulardan biri de, toplumun tıbbi hata algıları ile bu algılarını etkileyebilecek faktörlerin ne olduğunun tam olarak bilinmemesidir. Bu doğrultuda sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta memnuniyetini artırabilmek, hasta güvenliğini sağlayabilmek ve tıbbi hataları azaltabilmek için, sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan bireylerde tıbbi hata algısı ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir.

3.MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine çeşitli sağlık problemleri nedeniyle başvuran hastalarda tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 21.10.2016-28.04.2017 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil kliniğinde yürütülmüştür. Bu hastane Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'nde yer alan, 643 yatak kapasitesine sahip en büyük ve gelişmiş araştırma hastanesidir. Samsun ve bazı çevre illerdeki acil tedavi ve bakım gerektiren hastaların çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil kliniği muayene odası, müşahede odası, travma odası, izolasyon odası, resüsitasyon odası ve yoğun bakım ünitesi olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil kliniğinde 18 hemşire, 10 pratisyen hekim, 5 asistan hekim, 7 sağlık memuru, 4 paramedik, 6 uzman hekim, 17 acil tıp teknikeri olmak üzere toplam 67 sağlık bakım profesyoneli 8-16, 16-08 ve 8-08 olmak üzere üç vardiya şeklinde hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine çeşitli sağlık problemleri nedeniyle başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya çalışmaya katılmaya istekli, sorulara cevap verebilen, herhangi bir iletişim problemi veya mental retardasyonu olmayan, okuma ve yazma bilen, 18-65 yaş arası gönüllü hastalar alınmıştır.

Acil servise başvuran hastaların tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n=29), duyuşal değişimler nedeniyle iletişim kurulamayan (n=6) ve acil serviste gözlem ve izlemi 24 saatten daha az süren (n= 30) hastalar çalışma kapsamı dışında bırakılmış ve araştırma 986 hastanın katılımıyla tamamlanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Sayek, 2010; Beck ve ark., 1974; Durham, 1982; Seber ve ark., 1991; Durak, 1994; Beck ve Steer, 1998; Spielberger ve Gorsuch, 1964; Öner ve Le Compte, 1985; Öner, 1997) hastanın sosyodemografik ve klinik özellikleri ile tıbbi hata algılarını belirlemeye yönelik bir anket formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş; pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Veriler hastalar acil kliniğine kabul edildikten 24 saat sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra, hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile tıbbi hata algılarını belirleyici anket formu ve ölçekler hastalara uygulanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 20-25 dakika sürmüştür. Hastalara araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hastayı tanıtıcı bilgi formu, hastaların sosyodemografik bilgilerini içeren 16 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yerleşim birimi, sosyal güvencesi, çalışma durumu, aylık gelir durumu, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, evde kimlerle birlikte yaşadığı, sağlığını algılama durumu, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, sahip olduğu kronik hastalıklar, düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu vb.); klinik bilgilerini içeren 10 soru (acile başvuru nedeni, acilde aldığı tanı, acile kabul zamanı, acile başvurma saati, acile hangi gün geldiği, hastaneye ne ile ulaştığı, daha önce acile başvurma durumu, acile başvuru sıklığı, acil serviste kaldığı süre vb.); tıbbi hata algısı ve hasta güvenliği hakkındaki düşüncelerini belirlemeye yönelik 40 soru (acil serviste yapılan tıbbi uygulamaları güvenli bulma durumu, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik

uygulamaları yeterli bulma durumu, bakım ve tedavisi sırasında kaygı yaşama durumu, yapılan uygulamalar hakkında kendisine bilgi verilme durumu, daha önce bireyin veya bir yakınının tıbbi hataya maruz kalma durumu, maruz kalınan tıbbi hatanın türü, tıbbi hatanın kim tarafından yapıldığı, tıbbi hatanın hangi serviste meydana geldiği, hatalı tıbbi uygulamanın sonucu, hastanın tıbbi hatanın nedenleri hakkındaki düşünceleri, hasta ya da bir yakınının düşme olayına maruz kalma durumu vb.) olmak üzere 66 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte (1985) tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçeğin her biri 20 maddelik Durumluk ve Sürekli olmak üzere iki bölümü bulunmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini saptar. Ölçek bireysel ya da grupsal olarak uygulanabilir. Ölçeğin uygulama sürecinde zaman sınırlaması yoktur. Ölçek ortalama 10 dakikada yanıtlanabilir (Öner ve Le Compte, 1985).

Durumluk Kaygı Ölçeği'nde bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesi ve ölçeğin maddelerini okurken o anki duygularının şiddetine göre; 1 (Hemen Hiç), 2 (Biraz), 3 (Oldukça), 4 (Tamamen) gibi dört seçenekten bir tanesini işaretlemesi istenmektedir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini, duygularının sıklık derecesine göre; 1 (Hemen Hiçbir Zaman), 2 (Bazen), 3 (Çok Zaman), 4 (Hemen Her Zaman) gibi dört seçenekten bir tanesini işaretlemesi istenmektedir (Öner ve Le Compte, 1985).

Ölçeklerde, doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş iki tür ifade bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları belirtir. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16,

19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade bulunmaktadır (Öner ve Le Compte, 1985).

Ölçeğin hesaplaması yapılırken doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'dir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini ifade eder. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nden alınan puanlara göre kaygı düzeyi 0-19 puan kaygı yok, 20-39 puan hafif kaygı, 40-59 puan orta düzeyde kaygı, 60-79 puan ağır düzeyde, 80 ve üzeri puan ise panik düzeyde kaygı olarak sınıflandırılmaktadır. Öner ölçeklerin, Cronbach's α değerlerini Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,83 ile 0,92 arasında, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,86 ile 0,92 arasında bulmuştur (Öner, 1998). Bu çalışmada ise Durumluk Kaygı Ölçeği'nin Cronbach's α değeri 0,858 Sürekli Kaygı Ölçeği Cronbach's α değeri 0,876 olarak belirlendi.

3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck, Weissman, Lester ve Trexler (1974) tarafından bireylerin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek 11 doğru, 9 yanlış olmak üzere toplam 20 doğru-yanlış önermeden oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan sorular duygusal, motivasyonel ve bilişsel boyutları kapsamaktadır. Ölçek "Gelecek ile İlgili Duygular", "Motivasyon Kaybı", "Gelecekle İlgili Beklenti" olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. Ölçekte gelecekle ilgili duygular; 1, 5, 6, 13, 15, 19. maddeleri, motivasyon kaybı 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, 20. maddeleri ve gelecekle ilgili beklenti ise 4, 7, 8, 10, 14, 18. maddeleri içermektedir. 20. maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesine evet ya da hayır şeklinde cevap verilmektedir (Seber ve ark., 1993; Durak ve Palabıyık, 1994; Ceylan, 2004; Baştuğ, 2009; Akmanış, 2010; Oktay, 2011; Beki, 2015). Ölçeğin 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19 numaralı maddelerinde hayır seçeneği 1 puan alırken; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20 numaralı maddelerinde ise evet seçeneğine 1 puan verilmektedir (Beck ve ark., 1974; Seber ve ark., 1993; Durak ve Palabıyık, 1994; Baştuğ, 2009; Yayla, 2012; Beki, 2015; Çavuş, 2016; Kılıç, 2016). Yirmi sorudan oluşan ölçekten 0-20 arasında puan alınabilmektedir. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki

umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılmaktadır. 0-3 puan hiç ya da minimal umutsuzluğu, 4-8 puan düşük umutsuzluk düzeyini, 9-14 puan orta umutsuzluk düzeyini, 15 ve üzeri puan yüksek umutsuzluk düzeyini ifade etmektedir (Yıldız, 2011; Doğan, 2012; Beki,2015; Kılıç, 2016).

Seber ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,86, Durak ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında 0,85 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Cronbach's α değeri 0,904 olarak belirlendi. Beck Umutsuzluk Ölçeği Gelecekle İlgili Duygular Cronbach's α değeri 0,784 Motivasyon Kaybı Cronbach's α değeri 0,802 Gelecekle İlgili Beklenti Cronbach's α değeri 0,641 olarak belirlendi.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan hastalara ilişkin verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında IBM SPSS V23 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk ile incelendi. Normal dağılıma uymayan sürekli verilerin gruplara göre karşılaştırılmasında parametrik olmayan yöntemlerden Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen nicel veriler ortanca (minimum-maksimum) şeklinde sunuldu. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısı ile incelendi. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (24.06.2016/ sayı; B.30.2.ODM.020.08/387) onayı (Ek-4) ve Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği izni (21.10.2016/ sayı; 33646832-604.02-13162) alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-5). Bununla birlikte verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastane yönetiminden yazılı ve araştırma kapsamına alınan bireylerden de bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları;

- Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması,
- Acil serviste gözlem ve izlemi 24 saatten daha az süren hastaların araştırma kapsamına alınamaması,

- Duyusal değişimler nedeniyle iletişim kurulamayan hastaların çalışmaya dahil edilememesi,
- Örneklem gurubu ile yapılan yüz yüze görüşmelerde verilen cevaplardaki ifadelerin doğruluğunu değerlendirecek uzun süreli gözlemlerin yapılamaması.



4. BULGULAR

4.1. Acil Servise Başvuran Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=986)

Özellikler	n	%	
Yaş grupları 46,5±13,9	18-28 yaş	129	13,1
	29-39 yaş	205	20,8
	40-50 yaş	224	22,7
	51-61 yaş	245	24,8
	62 yaş ve üzeri	183	18,6
Cinsiyet	Kadın	492	49,9
	Erkek	494	50,1
Medeni durum	Evli	778	78,9
	Bekar	128	13,0
	Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor	80	8,1
Eğitim durumu	Okur yazar	190	19,3
	İlkokul	282	28,6
	Ortaokul	140	14,2
	Lise	276	28,0
	Üniversite	98	9,9
Çalışma durumu	Çalışıyor	369	37,4
	Çalışmıyor	617	62,6
Meslek	Ev hanımı	361	36,6
	Emekli	213	21,6
	İşçi	107	10,9
	Serbest meslek	83	8,4
	Memur	76	7,7
	Diğer	146	14,8
Sosyal güvencesi	Var	954	96,8
	Yok	32	3,2
Yaşadığı yerleşim yeri	İl	312	31,6
	İlçe	563	57,1

Tablo 1-devamı

		n	%
	Köy	111	11,3
Aile yapısı	Çekirdek aile	844	85,6
	Geniş aile	142	14,4
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	795	80,6
	Hayır	191	19,4
*Evde birlikte yaşadığı kişiler	Eşi ve çocukları	583	59,1
	Eşi	215	21,8
	Çocukları	42	4,3
	Anne, baba	115	11,7
	Tek başına	43	4,4
	Diğer	52	5,3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %49,9’unu kadınların, %50,1’ini erkeklerin oluşturduğu, %78,9’unun evli olduğu, %19,3’ünün okur yazar, %28,6’sının ilkokul mezunu olduğu, %37,4’ünün çalıştığı, %36,6’sının ev hanımı ve %21,6’sının emekli olduğu, %96,8’inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %31,6’sının il merkezinde yaşadığı, %85,6’sının çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %80,6’sının çocuk sahibi olduğu, %59,1’inin evde eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı belirlenmiş olup, yaş ortalamaları $46,5 \pm 13,9$ ’dur (Tablo 1).

Tablo 2. Acil servise başvuran hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (n=986)

Özellikler		n	%
Sağlığını algılama durumu	İyi	131	13,3
	Orta	555	56,3
	Kötü	300	30,4
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	455	46,1
	Hayır	531	53,9

Tablo 2-devamı

		n	%
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar (n=455)	Hipertansiyon	196	43,1
	Diyabet	116	25,5
	Koroner arter hastalığı	113	24,8
	Ateroskleroz	28	6,2
	Diğer	132	29,0
Düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme durumu	Evet	320	32,5
	Hayır	666	67,5

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %56,3’ünün sağlığını orta olarak algıladığı, %46,1’inin kronik bir hastalığa sahip olduğu, %43,1’ine hipertansiyon, %25,5’ine diyabet, %24,8’ine koroner arter hastalığı tanısı konulduğu, %32,5’inin düzenli olarak sağlık kontrollerine gittiği belirlendi (Tablo 2).

4.2. Acil Servise Başvuran Hastalarda Tıbbi Hata Algısına İlişkin Bulgular

Tablo 3. Hastaların acil servise başvurma durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=986)

Özellikler		n	%
*Şu an acil servise başvurma neden/nedenleri	Bulantı-kusma	303	30,7
	Karın ağrısı	235	23,8
	Öksürük	111	11,3
	Ateş	108	11,0
	Nefes darlığı	104	10,5
	Baş ağrısı	102	10,3
	Göğüs ağrısı	81	8,2
	Halsizlik	77	7,8
	Düşme	62	6,3
	Baş dönmesi	37	3,8
	Boğaz ağrısı	30	3,0
	İshal	29	2,9

Tablo 3-devamı

		n	%
	Mide ağrısı	27	2,7
	Bel ağrısı	23	2,3
	Kızarıklık	21	2,1
	Yan ağrısı	21	2,1
	Gaitada kan	17	1,7
	Konstipasyon	16	1,6
	Kulak ağrısı	16	1,6
	Diğer	199	20,2
Daha önce acil servise başvurma durumu	Evet	865	87,7
	Hayır	121	12,3
*Cevabı evet ise daha önce acil servise başvurma neden/nedenleri (n=865)	Karın ağrısı	161	18,6
	Baş ağrısı	126	14,6
	Göğüs ağrısı	99	11,4
	Hipertansiyon	97	11,2
	Grip	92	10,6
	Bulanti-kusma	63	7,3
	Öksürük	51	5,9
	Astım	40	4,6
	Nefes darlığı	28	3,2
	Migren	26	3,0
	Diyabet	22	2,5
	Böbrek taşı	19	2,2
	Ateş	17	2,0
	Düşme	14	1,6
	Baş dönmesi	11	1,3
	Halsizlik	11	1,3
	KOAH	11	1,3
	Bel ağrısı	10	1,2
	Boğaz ağrısı	10	1,2
	Diğer	116	13,4
Acil servise kabul zamanı	Gündüz	466	47,3
	Gece	520	52,7
Acil servise başvuru saati	6-12 arası	163	16,5
	12-18 arası	313	31,8

Tablo 3-devamı

		n	%
	18-24 arası	457	46,3
	24-06 arası	53	5,4
Acil servise başvurduğu gün	Pazartesi	117	11,9
	Salı	150	15,2
	Çarşamba	143	14,5
	Perşembe	158	16,0
	Cuma	124	12,6
	Cumartesi	165	16,7
	Pazar	129	13,1
Hastaneye ulaşım şekli	Ambulans	102	10,4
	Kendi arabası ile	658	66,7
	Yürüyerek	19	1,9
	Diğer (taksi, dolmuş)	207	21,0
Acil servise başvuru sıklığı	1 kez	117	11,9
	2 kez	116	11,8
	3 kez	377	38,2
	4 kez	262	26,6
	5 kez	68	6,9
	6 kez	11	1,1
	7 kez ve üzeri	35	3,5
Acil servise başvurusu sırasında kaygı duyma durumu	Evet	403	40,9
	Hayır	583	59,1
*Cevabı evet ise acil servise başvurusu sırasında kaygı duyduğu alan/alanlar (n=403)	Yanlış tanının konulması	308	76,4
	Kendisine uygulanacak tedavi ve bakımın diğer hastalarla karıştırılması	104	25,8
	Yanlış test ve prosedürlerin uygulanması	87	21,6
	İlaç hatası yapılması	55	13,6
	Doktor tarafından hatalı tıbbi uygulama yapılması	30	7,4
	Hemşire tarafından hatalı tıbbi uygulama yapılması	24	6,0
	Tıbbi malzemelerin yanlış uygulanması	19	4,7

Tablo 3- devamı

		n	%
Acil serviste yapılan uygulamalar hakkında kendisine bilgi verilme durumu	Evet	864	87,6
	Hayır	122	12,4
Cevabı evet ise verilen bilgiyi yeterli bulma durumu (n=864)	Yeterli	224	25,9
	Yetersiz	80	9,3
	Kısmen yeterli	560	64,8
Uygulanan tıbbi müdahalenin hastaya güven verme durumu	Evet	669	67,8
	Hayır	105	10,7
	Bir fikrim yok	212	21,5
Hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu	Evet	522	53,0
	Hayır	86	8,7
	Bir fikrim yok	378	38,3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların acil servise başvurma durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %30,7'sinin bulantı-kusma, %23,8'inin karın ağrısı, %20,2'sinin diğer nedenlerle (bayılma, böbrek ağrısı, kas ağrısı, çarpıntı, ödem, sırt ağrısı, titreme, kaşıntı, diş ağrısı, idrar şikayetleri, arı sokması, iştahsızlık, terleme, burun kanaması, mide yanması, göz şikayetleri, üşüme, ayakta yara, fistül tıkanıklığı, hipertansiyon, akrep sokması, yaralanma, zehirlenme) acil servise kabul edildiği; %87,7'sinin daha önce de bazı sağlık problemleri nedeniyle acil servise başvurduğu; %18,6'sının karın ağrısı, %14,6'sının baş ağrısı, %13,4'ünün diğer nedenlerle acil servise kabul edildiği; hastaların %47,3'ünün acil servise gündüz, %46,3'ünün 18-24 saatleri arasında başvurduğu, %16,7'sinin cumartesi günü, %16'sının perşembe, %15,2'sinin salı günü acil servise kabul edildiği, %66,7'sinin acil servise kendi arabası ile ulaştığı, %38,2'sinin acile başvuru sıklığının 3 olduğu, %40,9'unun acil servise başvuru sırasında kaygı duyduğu, hastaların acil serviste kaygı duydukları en önemli alanın %76,4'ünün yanlış tanının konulması olduğu, %87,6'sının acil serviste yapılan uygulamalar hakkında kendisine bilgi verildiği, %64,8'inin kendisine verilen bilgiyi kısmen yeterli bulduğu, hastaların %67,8'ine uygulanan tıbbi

müdahalenin onlara güven verdiği, %53'ünün hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4. Acil servise başvuran hastaların tıbbi hataya maruz kalma durumuna ilişkin bulguların dağılımı (n=986)

Özellikler		n	%
Daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumu	Evet	52	5,3
	Hayır	934	94,7
Cevabı evet ise tıbbi hataya maruz kalınan yer (n=52)	Devlet hastanesi	20	38,5
	Özel hastane	10	19,2
	Üniversite hastanesi	10	19,2
	Eğitim ve araştırma hastanesi	9	17,3
	Diğer (eczane, laboratuvar)	3	5,8
Tıbbi hatanın meydana geldiği servis (n=52)	Acil servis	10	19,2
	Cerrahi servisi	7	13,5
	Kadın doğum servisi	5	9,6
	Kardiyoloji servisi	4	7,7
	Ameliyathane	3	5,8
	Ortopedi servisi	3	5,8
	Üroloji servisi	3	5,8
	Dahiliye servisi	2	3,8
	Nöroloji servisi	2	3,8
	KBB servisi	2	3,8
	Çocuk servisi	1	1,9
	Enfeksiyon hastalıkları servisi	1	1,9
	Kalp-damar cerrahisi servisi	1	1,9
	Diğer	8	15,4
	*Maruz kalınan tıbbi hata türü (n=52)	Hastane enfeksiyonu	12
Yanlış tanı konulması		11	21,1
Yapılan ilaca bağlı yan etki ve allerjiler gelişmesi		8	15,4
Tedavinin geciktirilmesi		7	13,5
Yanlış ilacın uygulanması		6	11,5
Yanlış dozda ilaç uygulanması		5	9,6

Tablo 4-devamı

		n	%
	Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmesi	5	9,6
	Yanlış taraf cerrahisi yapılması	1	1,9
	Son kullanma tarihi geçen ilaç kullanılması	1	1,9
	Yatak yarası gelişmesi	1	1,9
*Maruz kalınan tıbbi hatayı yapan sağlık profesyoneli (n=52)	Hekim	27	51,9
	Hemşire	22	42,3
	Ebe	4	7,7
	Eczacı	4	7,7
*Maruz kaldıkları tıbbi hatanın neden/nedenleri hakkındaki düşünceleri (n=52)	Dikkatsizlik	33	63,5
	İhmal	31	59,6
	İşine özen göstermeme	17	32,7
	Hekimlerin hastalara yeterince zaman ayırmaması	17	32,7
	Mesleki acemilik ve yetersizlik	12	23,0
	Bilgi eksikliği	8	15,4
	Sağlıklı/hasta birey ve sağlık bakım profesyonelleri arasındaki iletişim eksikliği	7	13,5
	Hemşire sayısının az olması	5	9,6
	Hekimin el yazısının okunamaması	5	9,6
	Servisin kalabalık olması	4	7,7
	Hasta sayısının fazla olması	4	7,7
	Sağlık bakım profesyonellerinin çalışma saatlerinin uzun olması	1	1,9
	Diğer	1	1,9
Tıbbi hata sonucu zarar görme durumu (n=52)	Evet	37	71,1
	Hayır	15	28,9
*Tıbbi hata sonucu görülen zararın türü (n=37)	Tedavi süresinin uzaması	22	59,5
	Sağlık harcamasının artması	15	40,5
	Önemli sorun olmadı	15	40,5
	İş gücü kaybı	4	10,8
	Organ ve uzuv kaybı	2	5,4
	Geçici veya kalıcı sakatlık	2	5,4

Tablo 4-devamı

		n	%
*Maruz kalınan tıbbi hata sonucunda ne/neler yapıldığı (n=52)	Hiçbir şey yapılmamış	25	48,1
	Hatayı yapan kişiyle görüşülmüş	13	25,0
	Hastane yönetimine şikâyet edilmiş	10	19,2
	Hukuksal yollara başvurulmuş	5	9,6
*Hatalı tıbbi uygulama yapan sağlık bakım profesyoneline uygulanan yaptırım (n=52)	Hiçbir şey yapılmamış	31	59,6
	Tazminat alınmış	3	5,8
	Yargıya intikal etmiş	1	1,9
	Bilmiyorum	17	32,7
Daha önce acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu (n=986)	Evet	10	1,0
	Hayır	976	99,0
*Cevabı evet ise düşme olayının neden/nedenleri (n=10)	Personelin dikkatsizliği	10	100,0
	Islak zemin	4	40,0
	Sedyenin kenar parmaklıklarının kaldırılmaması	2	20,0
	Fiziksel ortamın dağınık olması	1	10,0
	İhmal	1	10,0
	Bozuk sedyelerin kullanılması	1	10,0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Acil servise başvuran hastaların tıbbi hataya maruz kalma durumuna ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %5,3'ünün daha önce tıbbi hataya maruz kaldığı, tıbbi hataların %38,5'inin devlet hastanesinde, %19,2'sinin acil serviste meydana geldiği, hastaların %23,1'inde hastane enfeksiyonu geliştiği, %21,1'inde yanlış tanı konulduğu, tıbbi hataların %51,9'unun hekim, %42,3'ünün hemşire tarafından yapıldığı, tıbbi hatanın %63,5'inin dikkatsizlik, %59,6'sının ihmal nedeniyle geliştiğini düşündükleri, tıbbi hata sonucu %71,1'inin zarar gördüğü ve tıbbi hataya bağlı olarak %59,5'inde tedavi süresinin uzadığı, maruz kalınan tıbbi hata sonucunda hastaların %48,1'inin hiçbir şey yapmadığı, hatalı tıbbi uygulamayı yapan sağlık bakım profesyonellerinin %59,6'sına hiçbir yaptırım uygulanmadığı, acil serviste ki tedavisi sırasında hastaların %1,0'ının düşme olayına

maruz kaldığı, düşme olayının %100,0'ında personel dikkatsizliği ve %40'inin ıslak zemin nedeniyle meydana geldiği belirlendi (Tablo 4).

Bu çalışmada hastaların %51,1'inin meydana gelen tıbbi hata hakkında bilgilendirildiği, hastaların %57'sinin tıbbi hataların önlenebileceğini ve %23,8'inin kendilerini tıbbi hatalardan koruyabileceğini düşündüğü, %91,5'inin yapılan hataların hastaya açıklanması gerektiğini ifade ettiği, %87,2'sinin hastadan özür dilenmesi gerektiğini belirttiği, %21,3'ünün hata yapanların dava edilmesi gerektiğini ve %12,8'inin hasta zarar görmediyse hiçbir şey yapılmasına gerek olmadığını düşündüğü belirlendi (Veriler tabloda gösterilmedi).

Tablo 5. Acil servise başvuran hasta yakınlarının tıbbi hataya maruz kalma durumuna ilişkin bulguların dağılımı (n=986)

Özellikler		n	%
Daha önce herhangi bir yakınımın tıbbi hataya maruz kalma durumu	Evet	27	2,7
	Hayır	959	97,3
Cevabı evet ise tıbbi hatanın meydana geldiği yer (n=27)	Devlet hastanesi	11	40,7
	Üniversite hastanesi	7	26,0
	Özel hastane	6	22,2
	Eğitim ve araştırma hastanesi	3	11,1
Tıbbi hataya maruz kalan birey ile olan yakınlık derecesi (n=27)	Yakın akrabası	15	55,6
	Eşi	4	14,8
	Annesi	4	14,8
	Babası	3	11,1
	Çocuğu	1	3,7
Tıbbi hatanın hangi serviste meydana geldiği (n=27)	Cerrahi servisi	7	26,0
	Kadın doğum servisi	5	18,5
	Acil servis	4	14,8
	Çocuk servisi	3	11,1
	Dahiliye servisi	3	11,1
	Nöroloji servisi	1	3,7
	Beyin cerrahi servisi	1	3,7
	Ortopedi servisi	1	3,7
Diğer	2	7,4	

Tablo 5-devamı

		n	%	
*Maruz kalınan tıbbi hatanın türü (n=27)	Hastane enfeksiyonu	6	22,2	
	Ameliyat sonrası komplikasyon	5	18,5	
	Yanlış ilacın uygulanması	4	14,8	
	Düşme	4	14,8	
	Yanlış tanı konulması	3	11,1	
	Yanlış dozda ilaç uygulanması	2	7,4	
	Yanlış kan transfüzyonu yapılması	2	7,4	
	Yanlış taraf cerrahisi	1	3,7	
	Hava embolisi	1	3,7	
	Yanlış yerden ilaç uygulanması	1	3,7	
	Yan etkisi olan ilaç kullanılması	1	3,7	
	*Tıbbi hatayı yapan sağlık bakım profesyoneli (n=27)	Hekim	14	51,9
Hemşire		13	48,1	
*Tıbbi hatanın nedeni (n=27)	İhmal	19	70,4	
	Dikkatsizlik	12	44,4	
	Hekimlerin hastalara yeterince zaman ayırmaması	11	40,7	
	İşine özen göstermeme	9	33,3	
	Servisin kalabalık olması	6	22,2	
	Hasta sayısının fazla olması	5	18,5	
	Mesleki acemilik ve yetersizlik	3	11,1	
	Hekimin el yazısının okunamaması	1	3,7	
	Hemşire sayısının az olması	1	3,7	
	Tıbbi hatadan yakınının zarar görme durumu (n=27)	Evet	23	85,2
		Hayır	4	14,8
*Cevabı evet ise görülen zararın türü (n=23)	Tedavi süresinin uzaması	13	56,5	
	Sağlık harcamasının artması	12	52,2	
	Geçici veya kalıcı sakatlık	7	30,4	
	Önemli sorun olmadı	5	21,7	
	İş gücü kaybı	4	17,4	

Tablo 5-devamı

		n	%
	Organ ve uzuv kaybı	1	4,3
	Ölüm	1	4,3
*Yakınının maruz kaldığı tıbbi hata sonucunda ne/neler yaptığı (n=23)	Hastane yönetimine şikâyet etme	11	47,8
	Hiçbir şey yapmama	7	30,4
	Hatayı yapan kişiyle görüşme	7	30,4
	Hukuksal yollara başvurma	5	21,7
* Hatalı tıbbi uygulama yapan sağlık bakım profesyoneline uygulanan yaptırım (n=23)	Hiçbir şey yapılmadı	17	73,9
	Yargıya intikal etti	5	21,7
	Tazminat alındı	1	4,3
	Bilmiyorum	4	17,4
Yakınının maruz kaldığı hata ile ilgili kendisine bilgi verilme durumu (n=27)	Evet	13	48,1
	Hayır	14	51,9
*Acil serviste olası tıbbi hataların önlenmesi için öneri/önerileri (n=986)	Hemşire sayısı artırılmalı	778	78,9
	Hemşireler hastalara daha fazla zaman ayırmalı	775	78,6
	Hekimler hastalara daha fazla zaman ayırmalı	768	77,9
	Hekim başına düşen hasta sayısı azaltılmalı	645	65,4
	Acil servisteki kalabalık ortam azaltılmalı	600	60,9
	Acil serviste sessizlik sağlanmalı	539	54,7
	Tıbbi hataları önleme konusunda eğitim yapılmalı	438	44,4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Acil servise başvuran hasta yakınlarının tıbbi hataya maruz kalma durumuna ilişkin bulguların dağılımı Tablo 5’te verilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %2,7’sinin daha önce tıbbi hataya maruz kaldığı, tıbbi hatanın %40,7’sinin devlet hastanesinde meydana geldiği, tıbbi hataya maruz kalan bireylerin %55,6’sının yakın

akrabası (kardeş, dede, babaanne, dayı, hala, teyze, yeğen) olduğu, %26'sının cerrahi servisinde meydana geldiği, %22,2'sinde hastane enfeksiyonu ve %18,5'inde ameliyat sonrası komplikasyon geliştiği, tıbbi hatanın %51,9'unun hekim, %48,1'inin hemşire tarafından yapıldığı, tıbbi hatanın %70,4'ünün ihmâl, %44,4'ünün dikkatsizlik, %40,7'sinin hekimlerin hastalara yeterince zaman ayırmaması nedeniyle meydana geldiğini düşündükleri, %85,2'sinin tıbbi hata sonucu zarar gördüğü, %56,5'inde tedavi süresinin uzadığı, tıbbi hata sonucunda %47,8'inin hastane yönetimine şikâyet ettiği, hatalı tıbbi uygulama sonrasında sağlık bakım profesyonelinin %73,9'una hiç bir yaptırım uygulanmadığı, %48,1'ine yakınının maruz kaldığı tıbbi hata hakkında bilgi verildiği, acil servisteki olası tıbbi hataların önlenmesi için %78,9'unun hemşire sayısının artırılmasını önerdiği belirlendi (Tablo 5).

4.3. Durumluk-Süreklî Kaygı Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 6. Durumluk-Süreklî Kaygı Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları (n=986)

Durumluk Alt Boyut Ölçek Maddeleri	Hiç n(%)	Biraz n(%)	Çok n(%)	Tamamıyla n(%)
Şu anda sakinim	141(14,3)	703(71,3)	107(10,9)	35(3,5)
Kendimi emniyette hissediyorum	85(8,6)	690(70,0)	168(17,0)	43(4,4)
Şu anda sinirlerim gergin	255(25,9)	600(60,8)	119(12,1)	12(1,2)
Pişmanlık duygusu içindeyim	555(56,3)	378(38,3)	42(4,3)	11(1,1)
Şu anda huzur içindeyim	715(72,5)	260(26,4)	11(1,1)	---
Şu anda hiç keyfim yok	165(16,7)	574(58,2)	220(22,3)	27(2,8)
Başıma geleceklerden endişe duyuyorum	147(14,9)	649(65,9)	169(17,1)	21(2,1)
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	720(73,0)	220(22,3)	42(4,3)	4(0,4)
Şu anda kaygılıyım	84(8,5)	614(62,3)	239(24,2)	49(5,0)
Kendimi rahat hissediyorum	677(68,7)	227(23,0)	68(6,9)	14(1,4)
Kendime güvenim var	89(9,0)	642(65,1)	196(19,9)	59(6,0)
Şu anda asabım bozuk	266(27,0)	587(59,5)	115(11,7)	18(1,8)
Çok sinirliyim	601(61,0)	308(31,2)	53(5,4)	24(2,4)
Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	512(52,0)	367(37,2)	78(7,9)	29(2,9)
Kendimi rahatlamış hissediyorum	630(63,9)	269(27,3)	74(7,5)	13(1,3)
Şu anda halimden memnunum	616(62,7)	266(27,1)	94(9,6)	6(0,6)
Şu anda endişeliyim	106(10,8)	593(60,1)	226(22,9)	61(6,2)

Tablo 6- devamı

Durumluk Alt Boyut Ölçek Maddeleri	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	419(42,5)	473(48,0)	79(8,0)	15(1,5)
Şu anda sevinçliyim	873(88,5)	95(9,6)	17(1,8)	1(0,1)
Şu anda keyfim yerinde	848(86,0)	115(11,7)	21(2,1)	2(0,2)
Sürekli Alt Boyut Ölçek Maddeleri	Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her Zaman
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Genellikle keyfim yerindedir	25(2,5)	311(31,5)	557(56,5)	93(9,5)
Genellikle çabuk yoruluyorum	272(27,6)	477(48,4)	144(14,6)	93(9,4)
Genellikle kolay ağlarım	473(48,0)	386(39,1)	80(8,1)	47(4,8)
Başkaları kadar mutlu olmak isterim	124(12,6)	647(65,6)	187(19,0)	28(2,8)
Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	80(8,1)	726(73,6)	156(15,8)	24(2,5)
Kendimi dinlenmiş hissedirim	125(12,7)	435(44,1)	389(39,4)	37(3,8)
Genellikle sakin, kendime hâkim ve soğukkanlıyım	34(3,4)	370(37,6)	486(49,3)	96(9,7)
Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	137(13,9)	651(66,0)	162(16,4)	36(3,7)
Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	321(32,6)	518(52,5)	130(13,2)	17(1,7)
Genellikle mutluyum	47(4,8)	227(23,0)	587(59,5)	125(12,7)
Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	405(41,1)	393(39,9)	160(16,2)	28(2,8)
Genellikle kendime güvenim yoktur	492(49,9)	370(37,6)	97(9,8)	27(2,7)
Genellikle kendimi güvende hissedirim	51(5,2)	352(35,7)	499(50,6)	84(8,5)
Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım	104(10,5)	609(61,8)	248(25,2)	25(2,5)
Genellikle kendimi hüznü hissedirim	523(53,0)	394(40,0)	53(5,4)	16(1,6)
Genellikle hayatımdan memnunum	77(7,8)	283(28,7)	543(55,1)	83(8,4)
Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	100(10,1)	666(67,5)	179(18,2)	41(4,2)
Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	462(46,9)	340(34,5)	139(14,0)	45(4,6)
Aklı başında ve kararlı bir insanım	35(3,5)	220(22,3)	548(55,6)	183(18,6)
Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	108(11,0)	693(70,3)	154(15,6)	31(3,1)

Durumluk-Sürekli Ölçeği maddelerinin yüzdeler dağılımları Tablo 6'da verilmiştir. "Durumluk Alt Boyut" Ölçek maddelerinden "Şu anda sakinim" ifadesine araştırmaya katılan hastaların %71,3'ünün "biraz", "Kendimi emniyette hissediyorum"

ifadesine %70'inin "biraz", "Şu anda sınırlarım gergin" ifadesine %60,8'inin "biraz", "Pişmanlık duygusu içindeyim" ifadesine %56,3'ünün "hiç", "Şu anda huzur içindeyim" ifadesine %72,5'inin "hiç", "Şu anda hiç keyfim yok" ifadesine %58,2'sinin "biraz", "Başıma geleceklerden endişe duyuyorum" ifadesine %65,9'unun "biraz", "Kendimi dinlenmiş hissediyorum" ifadesine %73'ünün "hiç", "Şu anda kaygılıyım" ifadesine %62,3'ünün "biraz", "Kendimi rahat hissediyorum" ifadesine %68,7'sinin "hiç", "Kendime güvenim var" ifadesine %65,1'inin "biraz", "Şu anda asabım bozuk" ifadesine %59,5'inin "biraz", "Çok sinirliyim" ifadesine %61'inin "hiç", "Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum" ifadesine %52'sinin "hiç", "Kendimi rahatlamış hissediyorum" ifadesine %63,9'unun "hiç", "Şu anda halimden memnunum" ifadesine %62,7'sinin "hiç", "Şu anda endişeliyim" ifadesine %60,1'inin "biraz", "Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum" ifadesine %48'inin "biraz", "Şu anda sevinçliyim" ifadesine %88,5'inin "hiç", "Şu anda keyfim yerinde" ifadesine %86'sının "hiç" cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 6).

"Sürekli Alt Boyut" Ölçek maddelerinden "Genellikle keyfim yerindedir" ifadesine %56,5'inin "çok zaman", "Genellikle çabuk yoruluyorum" ifadesine %48,4'ünün "bazen", "Genellikle kolay ağlarım" ifadesine %48'inin "hemen hiçbir zaman", "Başkaları kadar mutlu olmak isterim" ifadesine %65,6'sının "bazen", "Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım" ifadesine %73,6'sının "bazen", "Kendimi dinlenmiş hissederim" ifadesine %44,1'inin "bazen", "Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım" ifadesine %49,3'ünün "çok zaman", "Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim" ifadesine %66'sının "bazen", "Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim" ifadesine %52,5'inin "bazen", "Genellikle mutluyum" ifadesine %59,5'inin "çok zaman", "Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim" ifadesine %41,1'inin "hemen hiçbir zaman", "Genellikle kendime güvenim yoktur" ifadesine %49,9'unun "hemen hiçbir zaman", "Genellikle kendimi güvende hissederim" ifadesine %50,6'sının "çok zaman", "Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım" ifadesine %61,8'inin "bazen", "Genellikle kendimi hüzünlü hissederim" ifadesine %53'ünün "hemen hiçbir zaman", "Genellikle hayatımdan memnunum" ifadesine %55,1'inin "çok zaman", "Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder" ifadesine %67,5'inin "bazen", "Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam" ifadesine %46,9'unun "hemen hiçbir zaman", "Aklı başında ve kararlı bir insanım" ifadesine %55,6'sının "çok

zaman”, “Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder” ifadesine %70,3’ünün “bazen” cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 6).

Tablo 7. Durumluk-Sürekli Ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması (n=986)

Durumluk Alt Boyut Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Min-Mak
Şu anda sakinim	2,04	0,63	1-4
Kendimi emniyette hissediyorum	2,17	0,63	1-4
Şu anda sinirlerim gergin	1,89	0,64	1-4
Pişmanlık duygusu içindeyim	1,50	0,63	1-4
Şu anda huzur içindeyim	1,29	0,48	1-4
Şu anda hiç keyfim yok	2,11	0,70	1-4
Başıma geleceklerden endişe duyuyorum	2,06	0,63	1-4
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1,32	0,57	1-4
Şu anda kaygılıyım	2,26	0,68	1-4
Kendimi rahat hissediyorum	1,41	0,68	1-4
Kendime güvenim var	2,23	0,69	1-4
Şu anda asabım bozuk	1,88	0,67	1-4
Çok sinirliyim	1,49	0,71	1-4
Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1,62	0,76	1-4
Kendimi rahatlamış hissediyorum	1,46	0,69	1-4
Şu anda halimden memnunum	1,52	0,92	1-4
Şu anda endişeliyim	2,25	0,72	1-4
Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1,69	0,68	1-4
Şu anda sevinçliyim	1,13	0,40	1-4
Şu anda keyfim yerinde	1,17	0,44	1-4
Durumluk Alt Boyut Puan Ortalaması	34,4	4,4	25-49
Sürekli Alt Boyut Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Min-Mak
Genellikle keyfim yerindedir	2,73	0,66	1-4
Genellikle çabuk yoruluyorum	2,06	0,89	1-4
Genellikle kolay ağlarım	1,70	0,81	1-4
Başkaları kadar mutlu olmak isterim	2,12	0,64	1-4
Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırıyorum	2,13	0,57	1-4
Kendimi dinlenmiş hissederim	2,34	0,74	1-4
Genellikle sakin, kendime hâkim ve soğukkanlıyım	2,65	0,70	1-4
Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	2,10	0,66	1-4

Tablo 7- devamı

Sürekli Alt Boyut Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Min-Mak
Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1,84	0,71	1-4
Genellikle mutluyum	2,80	0,71	1-4
Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1,81	0,81	1-4
Genellikle kendime güvenim yoktur	1,65	0,77	1-4
Genellikle kendimi güvende hissedirim	2,62	0,71	1-4
Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	2,20	0,65	1-4
Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	1,56	0,67	1-4
Genellikle hayatımdan memnunum	2,64	0,75	1-4
Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	2,16	0,65	1-4
Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	1,76	0,86	1-4
Aklı başında ve kararlı bir insanım	2,89	0,73	1-4
Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	2,11	0,62	1-4
Sürekli Alt Boyut Puan Ortalaması	43,9	5,0	32-63

Durumluk-Sürekli Ölçeğinin madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması Tablo 7’de verilmiştir. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Durumluk Alt Boyut Ölçeği maddelerinden “Şu anda sakinim”, ” Kendimi emniyette hissediyorum”, “Şu anda sinirlerim gergin”, “Pişmanlık duygusu içindeyim”, “Şu anda huzur içindeyim”, “Şu anda hiç keyfim yok”, “Başıma geleceklerden endişe duyuyorum”, “Kendimi dinlenmiş hissediyorum”, “Şu anda kaygılıyım”, “Kendimi rahat hissediyorum”, “Kendime güvenim var”, “Şu anda asabım bozuk”, “Çok sinirliyim”, “Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum”, “Kendimi rahatlamış hissediyorum”, “Şu anda halimden memnunum”, “Şu anda endişeliyim”, “Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum”, “Şu anda sevinçliyim”, “Şu anda keyfim yerinde” ortalama ve standart sapması sırasıyla 2,04±0,63, 2,17±0,63, 1,89±0,64, 1,50±0,63, 1,29±0,48, 2,11±0,70, 2,06±0,63, 1,32±0,57, 2,26±0,68, 1,41±0,68, 2,23±0,69, 1,88±0,67, 1,49±0,71, 1,62±0,76, 1,46±0,69, 1,52±0,92, 2,25±0,72, 1,69±0,68, 1,13±0,40, 1,17±0,44 olarak belirlendi (Tablo 7).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Alt Boyut Ölçeği maddelerinden “Genellikle keyfim yerindedir”, “Genellikle çabuk yoruluyorum”, “Genellikle kolay ağlarım”, “Başkaları kadar mutlu olmak isterim”, “Çabuk karar veremediğim için

fırsatları kaçıırım”, “Kendimi dinlenmiş hissederim”, “Genellikle sakin, kendime hâkim ve soğukkanlıyım”, “Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim”, “Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim”, “Genellikle mutluyum”, “Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim”, “Genellikle kendime güvenim yoktur”, “Genellikle kendimi güvende hissederim”, “Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım”, “Genellikle kendimi hüzünlü hissederim”, “Genellikle hayatımdan memnunum”, “Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder”, “Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam”, “Akli başında ve kararlı bir insanım”, ”Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder” ortalama ve standart sapması sırasıyla 2,73±0,66, 2,06±0,89, 1,70±0,81, 2,12±0,64, 2,13±0,57, 2,34±0,74, 2,65±0,70, 2,10±0,66, 1,84±0,71, 2,80±0,71, 1,81±0,81, 1,65±0,77, 2,62±0,71, 2,20±0,65, 1,56±0,67, 2,64±0,75, 2,16±0,65, 1,76±0,86, 2,89±0,73, 2,11±0,62 olarak belirlendi (Tablo 7).

Durumluk Alt Boyut Ölçeği madde ortalamaları 1,13 ile 2,26 arasında değişmektedir. En düşük ortalama değer “Şu anda sevinçliyim” ifadesine ait iken en yüksek değer “Şu anda kaygılıyım” ifadesine aittir. Sürekli Alt Boyut Ölçeği ortalama değerleri 1,56 ile 2,89 arasında değişmektedir. En düşük ortalama değer “Genellikle kendimi hüzünlü hissederim” maddesine ait iken en yüksek ortalama değer “Akli başında ve kararlı bir insanım” ifadesine aittir. Durumluk Alt Boyut Ölçeği puan ortalaması 34,4±4,4 olarak elde edilmiştir. En düşük değer 25 iken en yüksek değer 49 olarak elde edilmiştir. Sürekli Alt Boyut Ölçeği puan ortalaması 43,9±5,0 olarak elde edilirken bu değer 32 ile 63 arasında değişmektedir. (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği alt boyut ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (n=986)

Sosyodemografik Özellikler	Durumluk		Sürekli	
	Med	(Min-Max)	Med	(Min-Max)
Yaş grupları	18-28 yaş	36 (29 - 45)a	44 (34 - 63)abc	
	29-39 yaş	36 (28 - 49)a	45 (33 - 62)a	
	40-50 yaş	34 (27 - 49)a	43 (33 - 55)ac	
	51-61 yaş	33 (25 - 48)b	42 (32 - 63)c	
	62 yaş ve üzeri	33 (27 - 48)b	43 (32 - 55)bc	

Tablo 8-devamı

		Durumluk Med(Min-Max)	Sürekli Med(Min-Max)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 57,6$	$\chi^2 = 22,6$
	P	<0,001	<0,001
Cinsiyet	Kadın	34 (25 - 49)	45 (33 - 63)
	Erkek	34 (27 - 48)	42 (32 - 61)
	Test istatistiği	U=115100	U=92335
	P	0,149	<0,001
Medeni durum	Evli	34 (25 - 49)a	43 (32 - 63)a
	Bekar	36,5 (29 - 45)b	45 (34 - 63)b
	Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor	33,5 (27 - 48)a	45 (35 - 62)ab
	Test istatistiği	$\chi^2 = 35,7$	$\chi^2 = 12,8$
	P	<0,001	0,002
Eğitim durumu	Okur yazar	32 (27 - 48)ab	44 (33 - 55)
	İlkokul	33 (25 - 49)a	43 (32 - 63)
	Ortaokul	33 (29 - 48)a	42 (32 - 62)
	Lise	36 (27 - 47)c	43 (34 - 63)
	Üniversite	36 (28 - 47)bc	44 (36 - 53)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 71,3$	$\chi^2 = 5,3$
	P	<0,001	0,262
Çalışma durumu	Çalışıyor	36 (27 - 47)	43 (33 - 61)
	Çalışmıyor	33 (25 - 49)	43 (32 - 63)
	Test istatistiği	U=75235	U=114289
	P	<0,001	0,916
Meslek	Ev hanımı	33 (25 - 49)a	44 (33 - 63)a
	İşçi	34 (29 - 42)b	43 (33 - 61)ab
	Memur	36 (28 - 47)b	45 (34 - 54)a
	Emekli	33 (27 - 46)a	41 (32 - 54)b
	Serbest meslek	36 (27 - 48)b	43 (37 - 55)ab
	Diğer	36 (28 - 47)b	44,5 (33 - 63)a
	Test istatistiği	$\chi^2 = 84,1$	$\chi^2 = 28,8$
P	<0,001	<0,001	
Sosyal güvencesi	Var	34 (25 - 49)	43 (32 - 63)
	Yok	35 (31 - 47)	43,5 (36 - 62)

Tablo 8-devamı

		Durumluk Med(Min-Max)	Sürekli Med(Min-Max)
	Test istatistiği	U=19213,5	U=16170,5
	P	0,012	0,566
Yaşadığı yerleşim yeri	İl	35 (27 - 45)a	43 (33 - 63)
	İlçe	33 (25 - 49)b	43 (32 - 61)
	Köy	34 (27 - 47)b	42 (32 - 55)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 19,0$	$\chi^2 = 3,3$
	P	<0,001	0,195
Aile yapısı	Çekirdek aile	34 (25 - 49)	43 (32 - 63)
	Geniş aile	35 (27 - 48)	44 (32 - 55)
	Test istatistiği	U=70066,5	U=57859
	P	0,001	0,509
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	34 (25 - 49)	43 (32 - 63)
	Hayır	36 (29 - 48)	44 (34 - 63)
	Test istatistiği	U=92813	U=82585
	P	<0,001	0,059
*Evde birlikte yaşadığı kişiler	Eşi	33 (25 - 48)a	42 (32 - 61)a
	Eşi ve çocukları	34 (25 - 49)ab	43 (32 - 63)ab
	Çocukları	33 (27 - 47)ab	44,5 (35 - 56)ab
	Tek başına	36 (27 - 47)b	46 (37 - 54)ab
	Anne-baba	37 (29 - 48)c	45 (34 - 63)b
	Diğer	34 (27 - 46)ab	43 (32 - 55)ab
	Test istatistiği	$\chi^2 = 56,8$	$\chi^2 = 18,5$
	P	<0,001	0,005

*Birden fazla cevap verilmiştir. χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği, a-b-c:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyodemografik özellikleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 8’de karşılaştırılmıştır. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Durumluk Alt Boyut ortanca puan değerinin hastaların yaş grubu ($\chi^2 = 57,6$, $p < 0,001$), medeni durum ($\chi^2 = 35,7$, $p < 0,001$), eğitim durumu ($\chi^2 = 71,3$, $p < 0,001$), çalışma durumu (U=75235, $p < 0,001$), meslek ($\chi^2 = 84,1$, $p < 0,001$), sosyal güvencesi (U=19213,5, $p = 0,012$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2 = 19,0$,

p<0,001), aile yapısı (U=70066,5, p=0,001), çocuk sahibi olma durumu (U=92813, p<0,001) ve evde birlikte yaşadığı kişi gibi özellikler yönünden ($\chi^2 =56,8$, p<0,001) istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda 18-28 yaş, 29-39 yaş ve 40-50 yaş grubunda yer alan, bekar, lise ve üniversite mezunu, çalışan, memur, serbest meslek sahibi ve işçi, sosyal güvencesi olmayan, il merkezinde yaşayan, geniş aile yapısına sahip, çocuğu olmayan, anne ve babası ile birlikte yaşayan hastalarda durumluk kaygı puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların cinsiyetleri (U=115100, p=0,149) ile durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 8).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Alt Boyut ortanca puan değerinin hastaların yaş grubu ($\chi^2 =22,6$, p<0,001), cinsiyet (U=92335, p<0,001), medeni durum ($\chi^2 =12,8$, p=0,002), meslek ($\chi^2 =28,8$, p<0,001) ve evde birlikte yaşadığı kişi gibi özellikler yönünden ($\chi^2 =18,5$, p=0,005) istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda 29-39 yaş grubunda yer alan hastaların sürekli kaygı puanlarının 51-61 yaş ve 62 yaş ve üzerinde olan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca sürekli kaygı puanının kadınlarda erkeklerden, bekarlarda evlilerden, ev hanımı ve memurlarda emeklilerden, anne-babası ile yaşayanlarda, eşi ile yaşayanlardan daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların eğitim durumu ($\chi^2 =5,3$, p= 0,262), çalışma durumu (U=114289, p=0,916), sosyal güvencesi (U=16170,5, p=0,566), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2 =3,3$, p=0,195), aile yapısı (U=57859, p=0,509), çocuk sahibi olma durumu (U=82585, p=0,059) ile sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların klinik özellikleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği alt boyut ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (n=986)

Klinik Özellikler		Durumluk	Sürekli
		Med(Min-Max)	Med(Min-Max)
Sağlığını algılama durumu	İyi	36 (29 – 48)a	44 (33 – 63)
	Orta	34 (25 – 49)b	43 (32 – 62)
	Kötü	33 (25 – 46)c	42 (33 – 61)
	Test istatistiği	$\chi^2 =39,9$	$\chi^2 =3,3$
	P	<0,001	0,192

Tablo 9-devamı

		Durumluk Med(Min-Max)	Sürekli Med(Min-Max)
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	34 (25 – 49)	43 (32 – 55)
	Hayır	34 (25 – 49)	43 (33 – 63)
	Test istatistiği	U=127916,5	U=120732,5
	P	0,109	0,987
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar	Hipertansiyon	34 (27 - 48)	43 (32 - 55)
	Diyabet	33 (25 - 47)	43 (32 - 55)
	Koroner arter hastalığı	33 (25 - 49)	43 (32 - 55)
	Ateroskleroz	33 (27 - 46)	43 (32 - 50)
	Diğer	34 (28 - 48)	43,5 (33 - 55)
	Test İstatistiği	$\chi^2 =7,6$	$\chi^2 =5,2$
P	0,108	0,386	
Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitme durumu	Evet	34 (27 – 49)	45 (32 – 63)
	Hayır	34 (25 – 48)	43 (33 – 62)
	Test istatistiği	U=99538	U=87975,5
	P	0,092	<0,001

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği a-b:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların klinik özellikleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 9’da karşılaştırılmıştır. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Durumluk Alt Boyut ortanca puan değerinin hastaların sağlığını algılama durumu ($\chi^2 =39,9$, $p<0,001$) yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda sağlığın iyi olarak algılayan hastaların durumluk kaygı puanının daha yüksek olduğu görüldü. Hastaların kronik bir hastalığa sahip olma (U=127916,5, $p=0,109$), sahip olunan kronik hastalıklar ($\chi^2 =7,6$, $p=0,108$) ve düzenli sağlık kontrollerine gitme (U=99538, $p=0,092$) ile durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 9).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Alt Boyut ortanca puan değerinin hastaların düzenli sağlık kontrollerine gitme (U=87975,5, $p<0,001$) yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda

düzenli olarak sağlık kontrollerine giden hastaların sürekli kaygı puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların sağlığını algılama durumu ($\chi^2 = 3,3$, $p=0,192$), kronik bir hastalığa sahip olma ($U=120732,5$, $p=0,987$) ve sahip olunan kronik hastalıklar ($\chi^2 = 5,2$, $p=0,386$) ile sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların acil servise başvurma durumları ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği alt boyut ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (n=986)

Özellikler		Durumluk	Sürekli
		Med(Min-Max)	Med(Min-Max)
Acil servise kabul zamanı	Gündüz	34 (25 – 49)	43 (33 – 63)
	Gece	34 (25 – 48)	43 (32 – 62)
	Test istatistiği	U=122544,5	U=114677
	P	0,755	0,145
Acil servise başvuru saati	6-12 arası	33 (24 – 47)a	45 (33 – 62)
	12-18 arası	34 (25 – 49)a	44 (33 – 63)
	18-24 arası	34 (25 – 48)a	43 (34 – 61)
	24-06 arası	37 (29 – 48)b	45 (32 – 53)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 21,2$	$\chi^2 = 6,1$
	P	<0,001	0,107
Acil servise başvurduğu gün	Pazartesi	34 (27 - 45)	45 (32 - 55)
	Salı	34 (25 - 47)	43 (33 - 62)
	Çarşamba	34 (27 - 46)	42 (33 - 55)
	Perşembe	34 (28 - 48)	44 (34 - 63)
	Cuma	33 (28 - 48)	43 (32 - 63)
	Cumartesi	34 (25 - 49)	44 (32 - 61)
	Pazar	34 (25 - 48)	43 (33 - 56)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 6,4$	$\chi^2 = 4,2$
	P	0,379	0,650
Hastaneye ulaşım şekli	Ambulans	34 (28 – 46)	41 (32 – 56)a
	Kendi arabası ile	34 (25 – 49)	43 (33 – 63)ab
	Yürüyerek	32 (27 – 40)	45 (34 – 55)ab
	Diğer (dolmuş, taksi)	33 (27 - 48)	45 (33 – 55)b
	Test istatistiği	$\chi^2 = 3,9$	$\chi^2 = 14,8$

Tablo 10-devamı

		Durumluk Med(Min-Max)	Sürekli Med(Min-Max)
	P	0,265	0,002
Daha önce acil servise başvurma durumu	Evet	34 (25 – 49)	43 (32 – 63)
	Hayır	35 (29 – 44)	44 (33 – 61)
	Test istatistiği	U=61485	U=52135
	P	0,002	0,946
Acil servise başvuru sıklığı	1 kez	29 (29 - 29)a	40 (40 - 40)ab
	2 kez	34 (27 - 48)aba	44 (33 - 61)a
	3 kez	34 (27 - 49)ab	43 (34 - 63)ab
	4 kez	33 (25 - 48)ab	43 (33 - 55)b
	5 kez	33 (25 - 48)ab	43 (32 - 55)ab
	6 kez	37 (29 - 45)b	48 (40 - 51)ab
	7 kez ve üzeri	33 (29 - 44)ab	45 (32 - 55)ab
	Test istatistiği	$\chi^2 = 21,1$	$\chi^2 = 21,2$
	P	0,004	0,003
Uygulanan tıbbi müdahalenin güven verme durumu	Evet	34 (25 – 49)a	43 (32 – 63)
	Hayır	36 (29 – 47)b	43 (33 – 54)
	Bir fikrim yok	34 (25 – 48)a	44 (35 – 61)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 30,3$	$\chi^2 = 1,4$
	P	<0,001	0,485
Hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu	Evet	33 (27 – 48)a	43 (32 – 63)
	Hayır	36 (29 – 47)b	43 (39 – 63)
	Bir fikrim yok	34 (25 – 49)c	43 (33 – 61)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 22,0$	$\chi^2 = 1,9$
	P	<0,001	0,396
Acil servise başvurusu sırasında kaygı duyma durumu	Evet	34 (25 – 49)	44 (32 – 63)
	Hayır	33 (25 – 48)	43 (32 – 63)
	Test istatistiği	U=100274	U=109433
	P	<0,001	0,066
Acil serviste yapılan uygulamalar hakkında kendisine bilgi verilme durumu	Evet	34 (25 – 49)	43 (32 – 63)
	Hayır	35 (25 – 47)	44 (32 – 62)
	Test istatistiği	U=57356,5	U=53877,5

Tablo 10-devamı

		Durumluk Med(Min-Max)	Sürekli Med(Min-Max)
	P	0,113	0,689
Cevabı evet ise acil serviste verilen bilgiyi yeterli bulma durumu	Yeterli	33 (27 – 47)a	43 (34 – 61)
	Yetersiz	36 (25 – 49)b	42 (33 – 56)
	Kısmen yeterli	34 (25 – 49)ab	44 (32 – 63)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 10,9$	$\chi^2 = 3,8$
	P	0,004	0,151

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği a-b-c:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların acil servise başvurma durumları ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Durumluk Alt Boyut ortanca puan değerinin hastaların acil servise başvuru saati ($\chi^2 = 21,2$, $p < 0,001$), daha önce acil servise başvuru durumu ($U=61485$, $p=0,002$), acil servise başvuru sıklığı ($\chi^2 = 21,1$, $p=0,004$), uygulanan tıbbi müdahalenin güven verme durumu ($\chi^2 = 30,3$, $p < 0,001$), hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu ($\chi^2 = 22,0$, $p < 0,001$), acil servise başvurusu sırasında kaygı duyma durumu ($U=100274$, $p < 0,001$) ve acil serviste verilen bilgiyi yeterli bulma durumu ($\chi^2 = 10,9$, $p=0,004$) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda acil servise başvuru saati 24-06 arası olan, daha önce acil servise başvuruda bulunmamış, uygulanan tıbbi müdahalenin kendisine güven vermediği, hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulmayan ve acil servise başvuru sırasında kaygı duyan hastalarda durumluk kaygı puanının daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca acil servise başvuru sıklığı 6 kez olan hastaların durumluk kaygı puanlarının 1 kez olan hastaların puanından ve acil serviste verilen bilgiyi yetersiz bulan hastaların durumluk kaygı puanının acil serviste verilen bilgiyi yeterli bulan hastaların puanından daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların acil servise kabul zamanı ($U=122544,5$, $p=0,755$), acil servise başvurduğu gün ($\chi^2 = 6,4$, $p=0,379$), acil servise ulaşım şekli ($\chi^2 = 3,9$, $p=0,265$), acil serviste yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilme durumu ($U=57356,5$, $p=0,113$) ile durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 10).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Alt Boyut ortanca puan değerinin hastaların acil servise ulaşım şekli ($\chi^2 = 14,8$, $p=0,002$) ve acil servise başvuru sıklığı ($\chi^2 = 21,2$, $p=0,003$) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda acil servise ulaşım şekli dolmuş- taksi ile olan hastaların sürekli kaygı puanının acil servise ulaşım şekli ambulans ile olan hastaların puanından daha yüksek olduğu ve acil servise başvuru sıklığı 4 kez olan hastaların sürekli kaygı puanının, acil servise başvuru sıklığı 2 kez olan hastaların puanından daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların acil servise kabul zamanı ($U=114677$, $p=0,145$), acil servise başvuru saati ($\chi^2 = 6,1$, $p=0,107$), acil servise başvurduğu gün ($\chi^2 = 4,2$, $p=0,650$), daha önce acil servise başvurma durumu ($U=52135$, $p=0,946$), uygulanan tıbbi müdahalenin güven verme durumu ($\chi^2 = 1,4$, $p=0,485$), hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu ($\chi^2 = 1,9$, $p=0,396$), acil servise başvuru sırasında kaygı duyma durumu ($U=109433$, $p= 0,066$), acil serviste yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilme durumu ($U=53877,5$, $p=0,689$), acil serviste verilen bilgiyi yeterli bulma durumu ($\chi^2 = 3,8$, $p=0,151$) ile sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 10).

Tablo 11. Hasta ve yakınlarının tıbbi hataya maruz kalma özellikleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği alt boyut ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (n=986)

Özellikler		Durumluk	Sürekli
		Med(Min-Max)	Med(Min-Max)
Daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumu	Evet	36 (29 - 47)	45 (33 - 61)
	Hayır	34 (25 - 49)	43 (32 - 63)
	Test istatistiği	U=20706	U=20515
	P	0,072	0,059
Cevabı evet ise tıbbi hataya maruz kalınan yer	Üniversite hastanesi	34 (29 - 47)	48 (42 - 55)a
	Devlet hastanesi	37 (31 - 46)	46 (39 - 61)a
	Eğitim ve Araştırma hastanesi	33 (29 - 44)	45,5 (41 - 49)ab
	Özel hastane	32 (29 - 44)	41 (33 - 45)b
	Diğer (eczane, laboratuvar)	29 (29 - 34)	44 (40 - 50)ab
	Test istatistiği	$\chi^2 = 11,3$	$\chi^2 = 15,2$

Tablo 11-devamı

		Durumluk Med(Min-Max)	Sürekli Med(Min-Max)
	P	0,050	0,004
Tıbbi hata sonucu zarar görme durumu	Evet	36 (29 – 47)	45 (36 – 61)
	Hayır	32 (29 – 40)	46,5 (33 – 51)
	Test istatistiği	U=108	U=193,5
	P	0,046	0,828
Maruz kalınan tıbbi hata hakkında bilgilendirilme durumu	Evet	36,5 (29 – 47)	46 (39 – 55)
	Hayır	34 (29 – 44)	43 (33 – 61)
	Test istatistiği	U=224	U=228,5
	P	0,266	0,310
Daha önce acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu	Evet	37 (29 – 46)	48,5 (40 – 61)
	Hayır	34 (25 – 49)	43 (32 – 63)
	Test istatistiği	U=2865	U=2627,5
	P	0,024	0,012
Daha önce herhangi bir yakınının tıbbi hataya maruz kalma durumu	Evet	36 (28 – 46)	43 (33 – 54)
	Hayır	34 (25 – 49)	43 (32 – 63)
	Test istatistiği	U=11709,5	U=12827,5
	P	0,395	0,935
Tıbbi hatada yakınının zarar görme durumu	Evet	36 (28 – 46)	43 (33 – 54)
	Hayır	36 (28 – 44)	49 (43 – 50)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 35,5$	$\chi^2 = 52,0$
	P	0,940	0,182
Yakınının maruz kaldığı hata ile ilgili kendisine bilgi verilme durumu	Evet	36 (28 – 46)	47 (33 – 50)
	Hayır	34 (28 – 39)	43 (34 – 54)
	Test istatistiği	U=65	U=55
	P	0,336	0,139
Yakınının acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu	Evet	36 (28 – 44)	47 (36 – 54)
	Hayır	34 (25 – 49)	43 (32 – 63)
	Test istatistiği	U=4980	U=4501
	P	0,376	0,169
Tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşünceleri	Tıbbi hatalar önlenebilir	35 (27 – 47)a	45 (32 – 63)a
	Tıbbi hatalar önlenemez	32 (27 – 49)a	43 (36 – 52)ab
	Bir fikrim yok	32 (25 – 48)b	42 (33 – 61)b

Tablo 11-devamı

		Durumluk Med(Min-Max)	Sürekli Med(Min-Max)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 71,3$	$\chi^2 = 28,5$
	P	<0,001	<0,001
Hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilme durumuna ilişkin düşünceleri	Evet	35 (27 – 46)	45 (32 – 63)
	Hayır	33 (25 – 49)	43 (34 – 62)
	Test istatistiği	U=72776	U=79783,5
	P	<0,001	0,038

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği a-b-c:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hasta ve yakınlarının tıbbi hataya maruz kalma özellikleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 11’de karşılaştırılmıştır. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Durumluk Alt Boyut ortanca puan değerinin hastaların tıbbi hata sonucu zarar görme durumu (U=108, p=0,046), daha önce acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu (U=2865, p=0,024), tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşünceler ($\chi^2 = 71,3$, p<0,001) ve hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilme durumuna ilişkin düşünceler (U=72776, p<0,001) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda tıbbi hata sonucu zarar görenlerde, daha önce acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalanlarda ve kendilerini tıbbi hatalardan koruyabileceğini düşünen hastalarda durumluk kaygı puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca tıbbi hataların önlenebileceğini düşünen hastalar ile önlenemeyeceğini düşünen hastaların durumluk kaygı puanının, tıbbi hataların önlenebileceğine ilişkin bir fikri olmayan hastaların puanından daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=20706, p=0,072), tıbbi hataya maruz kalınan yer ($\chi^2 = 11,3$, p= 0,050), maruz kalınan tıbbi hata hakkında bilgilendirilme durumu (U=224, p=0,266), daha önce herhangi bir yakınının tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=11709,5, p=0,395), tıbbi hatada yakınının zarar görme durumu ($\chi^2 = 35,5$, p=0,940), yakınının maruz kaldığı hata ile ilgili kendisine bilgi verilme durumu (U=65, p=0,336) ve yakınının acil servisteki tedavisi sırasında düşme

olayına maruz kalma durumu (U=4980, p=0,376) ile durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 11).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Alt Boyut ortanca puan değerinin tıbbi hataya maruz kalınan yer ($\chi^2 = 15,2$, p=0,004), daha önce acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma (U=2627,5, p=0,012), tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşünceler ($\chi^2 = 28,5$, p<0,001) ve hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilme durumuna ilişkin düşünceler (U=79783,5, p=0,038) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda üniversite ve devlet hastanelerinde tıbbi hataya maruz kalan hastaların sürekli kaygı puanının özel hastanelerde tıbbi hataya maruz kalan hastaların puanından, daha önce acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalan hastaların sürekli kaygı puanının düşme olayına maruz kalmayan hastaların puanından, tıbbi hataların önlenebileceğini düşünen hastaların sürekli kaygı puanının tıbbi hataların önlenebileceğine ilişkin bir fikri olmayan hastaların puanından ve kendilerini tıbbi hatalardan koruyabileceğini düşünen hastaların puanının kendilerini tıbbi hatalardan koruyamayacağını düşünen hastalardan daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=20515, p=0,059), tıbbi hata sonucu zarar görme durumu (U=193,5, p=0,828), maruz kalınan tıbbi hata hakkında bilgilendirilme durumu (U=228,5, p=0,310), daha önce herhangi bir yakınının tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=12827,5, p=0,935), tıbbi hatada yakınının zarar görme durumu ($\chi^2 = 52,0$, p=0,182), yakınının maruz kaldığı hata ile ilgili kendisine bilgi verilme durumu (U=55, p=0,139) ve yakınının acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu (U=4501, p=0,169) ile sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 11).

4.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği'ne (BUÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 12. Beck Umutsuzluk Ölçeği maddelerinin yüzdelerle dağılımları (n=986)

Ölçek Maddeleri	Evet	Hayır
	n(%)	n(%)
Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum	724(73,4)	262(26,6)
Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur	257(26,1)	729(73,9)
İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor	864(87,6)	122(12,4)
Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum	270(27,4)	716(72,6)
Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var	638(64,7)	348(35,3)
Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum	422(42,8)	564(57,2)
Geleceğimi karanlık görüyorum	203(20,6)	783(79,4)
Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum	278(28,2)	708(71,8)
İyi fırsatlar yakalayamıyorum	656(66,5)	330(33,5)
Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe hazırladı	794(80,5)	192(19,5)
Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor	279(28,3)	707(71,7)
Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum	363(36,8)	623(63,2)
Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum	451(45,7)	535(54,3)
İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor	441(44,7)	545(55,3)
Geleceğe büyük inancım var	434(44,0)	552(56,0)
Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur	320(32,5)	666(67,5)
Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi	300(30,4)	686(69,6)
Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor	321(32,6)	665(67,4)
Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum	688(69,8)	298(30,2)
İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim	218(22,1)	768(77,9)

Beck Umutsuzluk Ölçeği maddelerinin yüzdelerle dağılımları Tablo 12’de verilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği maddelerinden “Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum” ifadesine araştırmaya katılan hastaların %73,4’ünün “evet”, “Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur” ifadesine %73,9’unun “hayır”, “İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni

rahatlatıyor” ifadesine %87,6’sının “evet”, “Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum” ifadesine %72,6’sının “hayır”, “Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var” ifadesine %64,7’sinin “evet”, “Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum” ifadesine %57,2’sinin “hayır”, “Geleceğimi karanlık görüyorum” ifadesine %79,4’ünün “hayır”, “Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum” ifadesine %71,8’inin “hayır”, “İyi fırsatlar yakalayamıyorum” ifadesine %66,5’inin “evet”, “Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe hazırladı” ifadesine %80,5’inin “evet”, “Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor” ifadesine %71,7’sinin “hayır”, “Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum” ifadesine %63,2’sinin “hayır”, “Geleceğe baktığımda şimdikiye oranla daha mutlu olacağımı umuyorum” ifadesine %54,3’ünün “hayır”, “İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor” ifadesine %55,3’ünün “hayır”, “Geleceğe büyük inancım var” ifadesine %56’sının “hayır”, “Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur” ifadesine %67,5’inin “hayır”, “Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi” ifadesine %69,6’sının “hayır”, “Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor” ifadesine %67,4’ünün “hayır”, “Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum” ifadesine %69,8’inin “evet”, “İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim” ifadesine %77,9’unun “hayır” cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 12).

Tablo 13. Beck Umutsuzluk Ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması (n=986)

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Min-Mak
Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum	1,27	0,44	1-2
Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur	1,74	0,44	1-2
İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor	1,12	0,33	1-2
Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum	1,73	0,45	1-2
Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var	1,35	0,48	1-2

Tablo 13-devamı

	Ortalama	Standart Sapma	Min-Mak
Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum	1,57	0,50	1-2
Geleceğimi karanlık görüyorum	1,79	0,40	1-2
Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum	1,72	0,45	1-2
İyi fırsatlar yakalayamıyorum	1,33	0,47	1-2
Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe hazırladı	1,19	0,40	1-2
Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor	1,72	0,45	1-2
Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum	1,63	0,48	1-2
Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum	1,54	0,50	1-2
İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor	1,55	0,50	1-2
Geleceğe büyük inancım var	1,56	0,50	1-2
Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur	1,68	0,47	1-2
Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi	1,70	0,46	1-2
Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor	1,67	0,47	1-2
Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum	1,30	0,46	1-2
İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim	1,78	0,42	1-2
Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalaması	6,8	4,9	(0-17)
Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puan değeri (min-mak)	5 (0-17)		

Beck Umutsuzluk Ölçeğinin madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması Tablo 13'de verilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeğinde “Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum”, “Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur”, “İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor”, “Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum”, “Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var”, “Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum”, “Geleceğimi karanlık görüyorum”, “Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok

yararlanacağımı umuyorum”, “İyi fırsatlar yakalayamıyorum”, “Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe hazırladı”, “Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor”, “Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum”, “Geleceğe baktığımda şimdiki oranla daha mutlu olacağımı umuyorum”, “İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor”, “Geleceğe büyük inancım var”, “Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur”, “Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi”, “Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor”, “Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum”, “İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim” ortalama ve standart sapması sırasıyla 1,27±0,44, 1,74±0,44, 1,12±0,33, 1,73±0,45, 1,35±0,48, 1,57±0,50, 1,79±0,40, 1,72±0,45, 1,33±0,47, 1,19±0,40, 1,72±0,45, 1,63±0,48, 1,54±0,50, 1,55±0,50, 1,56±0,50, 1,68±0,47, 1,70±0,46, 1,67±0,47, 1,30±0,46, 1,78±0,42 olarak belirlendi (Tablo 13).

Beck Umutsuzluk Ölçeği gelecekle ilgili duygular alt boyut ortanca puanı 2,2 (0-5), Motivasyon Kaybı Alt Boyut ortanca puanı 2,6 (0-8), Gelecekle İlgili Beklenti Alt Boyut ortanca puanı 1,9 (0-5) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puanı 6,8 (0-17) olarak belirlendi. En düşük puan alan katılımcı 0 puan alırken en yüksek puan alan katılımcı 17 puan almıştır (Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (n=986)

Sosyodemografik özellikler	Gelecek İle İlgili Duygular Med(Min-Max)	Motivasyon Kaybı Med(Min-Max)	Gelecekle İlgili Beklenti Med(Min-Max)	Beck Umutsuzluk Ölçeği Med(Min-Max)
18-28 yaş	1 (0 - 5)a	1 (0 - 8)a	1 (0 - 5)a	4 (0 - 17)a
29-39 yaş	1 (0 - 5)ab	1 (0 - 8)a	1 (0 - 5)a	5 (0 - 17)a
40-50 yaş	2 (0 - 5)b	1 (0 - 7)a	1 (0 - 5)a	5 (0 - 17)a
51-61 yaş	3 (0 - 5)c	2 (0 - 8)b	2 (0 - 5)b	6 (0 - 17)b
62 yaş ve üzeri	3 (0 - 5)c	4 (0 - 8)c	3 (0 - 5)c	10 (1 - 17)c
Test istatistiği	$\chi^2 = 171,1$	$\chi^2 = 84,1$	$\chi^2 = 95,6$	$\chi^2 = 136,9$
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Tablo 14-devamı

		Gelecek İle İlgili Duygular Med(Min-Max)	Motivasyon Kaybı Med(Min-Max)	Gelecekle İlgili Beklenti Med(Min-Max)	Beck Umutsuzluk Ölçeği Med(Min-Max)
Cinsiyet	Kadın	2 (0 - 5)	1 (0 - 8)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Erkek	3 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	6 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=108713,5	U=106594,5	U=102304	U=104068
	P	0,003	0,001	<0,001	<0,001
Medeni durum	Evli	2 (0 - 5)a	2 (0 - 8)a	1 (0 - 5)a	5 (0 - 17)a
	Bekar	1 (0 - 5)b	1 (0 - 7)b	1,5 (0 - 5)a	4 (0 - 17)b
	Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor	4 (0 - 5)c	4 (0 - 8)c	2 (0 - 5)b	11 (1 - 17)c
	Test istatistiği	$\chi^2 = 81,8$	$\chi^2 = 41,4$	$\chi^2 = 26,3$	$\chi^2 = 54,8$
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Eğitim durumu	Okur yazar	3 (0 - 5)a	3 (0 - 8)a	2 (0 - 5)a	9 (1 - 17)a
	İlkokul	3 (0 - 5)a	2 (0 - 8)b	1 (0 - 5)bc	5 (0 - 17)b
	Ortaokul	3 (0 - 5)a	2 (0 - 8)ab	2 (0 - 5)b	6 (0 - 17)b
	Lise	1 (0 - 5)b	1 (0 - 7)c	1 (0 - 5)c	5 (0 - 17)c
	Üniversite	0 (0 - 5)c	1 (0 - 6)d	1 (0 - 4)d	2 (0 - 13)d
	Test istatistiği	$\chi^2 = 176,9$	$\chi^2 = 106,6$	$\chi^2 = 87,9$	$\chi^2 = 155,4$
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Çalışma durumu	Çalışıyor	1 (0 - 5)	1 (0 - 8)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Çalışmıyor	3 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	6 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=76813,5	U=90505	U=91178	U=146022
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Meslek	Ev hanımı	2 (0 - 5)b	1 (0 - 8)a	1 (0 - 5)a	5 (0 - 17)a
	İşçi	3 (0 - 5)b	3 (0 - 8)b	2 (0 - 5)b	6 (0 - 17)a
	Memur	0 (0 - 5)a	1 (0 - 7)a	1 (0 - 4)a	2 (0 - 16)b
	Emekli	3 (0 - 5)b	4 (0 - 8)b	3 (0 - 5)b	10 (0 - 17)d
	Serbest meslek	1 (0 - 5)a	1 (0 - 7)a	2 (0 - 5)b	5 (0 - 17)ac
	Diğer	1 (0 - 5)a	1 (0 - 7)a	1 (0 - 5)a	4 (0 - 17)bc
	Test istatistiği	$\chi^2 = 179,3$	$\chi^2 = 104,8$	$\chi^2 = 108,9$	$\chi^2 = 161,4$
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

Tablo 14-devamı

		Gelecek İle İlgili Duygular Med(Min-Max)	Motivasyon Kaybı Med(Min-Max)	Gelecekle İlgili Beklenti Med(Min-Max)	Beck Umutsuzluk Ölçeği Med(Min-Max)
Sosyal güvencesi	Var	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Yok	0 (0 - 3)	1 (0 - 6)	1 (0 - 4)	3 (0 - 10)
	Test istatistiği	U=7310,5	U=9925	U=11401,5	U=8342
	p	<0,001	0,001	0,012	<0,001
Yaşadığı yerleşim yeri	İl	1 (0 - 5)a	1 (0 - 8)a	1 (0 - 5)a	4 (0 - 17)a
	İlçe	3 (0 - 5)b	2 (0 - 8)b	1 (0 - 5)a	6 (0 - 17)b
	Köy	3 (0 - 5)b	4 (0 - 8)c	2 (0 - 5)b	10 (1 - 17)c
	Test istatistiği	$\chi^2 = 93,5$	$\chi^2 = 73,0$	$\chi^2 = 30,9$	$\chi^2 = 79,1$
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Aile yapısı	Çekirdek aile	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Geniş aile	3 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	6 (1 - 17)
	Test istatistiği	U=54251,5	U=55260	U=48842,5	U=67427,5
	p	0,065	0,129	<0,001	0,016
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	3 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	6 (0 - 17)
	Hayır	1 (0 - 5)	1 (0 - 7)	1 (0 - 5)	4 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=48996,5	U=58338	U=65835,5	U=54684,5
	P	<0,001	<0,001	0,003	<0,001
*Evde birlikte yaşadığı kişiler	Eşi ve çocukları	2 (0 - 5)dc	1 (0 - 8)e	1 (0 - 5)d	5 (0 - 17)e
	Eşi	3 (0 - 5)e	2 (0 - 8)d	2 (0 - 5)c	7 (0 - 17)f
	Çocukları	4 (0 - 5)d	6 (1 - 8)c	4 (0 - 5)c	13 (3 - 17)cd
	Anne-baba	0 (0 - 5)abcde	1 (0 - 8)a	1 (0 - 5)bd	3 (0 - 17)b
	Tek başına	3 (0 - 5)ce	2 (0 - 5)bcde	2 (0 - 5)abcd	6 (2 - 17)ae
	Diğer	3 (0 - 5)acd	2 (0 - 8)bcd	2 (0 - 5)ac	8 (1 - 17)adf
	Test istatistiği	$\chi^2 = 125$	$\chi^2 = 77,4$	$\chi^2 = 59,3$	$\chi^2 = 104,1$
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

*Birden fazla cevap verilmiştir. χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği a-b-c-d-e-f.Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması Tablo 14’de verilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puan değerinin hastaların yaş grupları ($\chi^2 = 171,1$, $p < 0,001$), cinsiyet ($U = 108713,5$, $p < 0,001$), medeni durum ($\chi^2 = 81,8$, $p < 0,001$), eğitim durumu ($\chi^2 = 176,9$, $p < 0,001$), çalışma durumu ($U = 76813,5$, $p < 0,001$), meslek ($\chi^2 = 179,3$, $p < 0,001$), sosyal güvence ($U = 7310,5$, $p < 0,001$), yaşadığı yerleşim yeri ($\chi^2 = 93,5$, $p < 0,001$), çocuk sahibi olma durumu ($U = 48996,5$, $p < 0,001$) ve evde birlikte yaşadığı kişiler ($\chi^2 = 125$, $p < 0,001$) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda 51-61 yaş ve 62 yaş ve üzeri grubunda yer alan, erkek, dul/boşanmış/ayrı yaşayan, okur yazar, ilkokul ve ortaokul mezunu, çalışmayan, ev hanımı, işçi ve emekli, sosyal güvencesi olan, ilçe ve köyde yaşayan, çocuğu olan hastalarda “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca çocukları ile yaşayan hastaların “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puanın tek başına ve eşi ile yaşayan hastaların ortanca puanından daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların aile yapısı ($U = 54251,5$, $p = 0,065$) ile “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 14).

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Motivasyon Kaybı” ortanca puan değerinin hastaların yaş grupları ($\chi^2 = 84,1$, $p < 0,001$), cinsiyet ($U = 106594,5$, $p < 0,001$), medeni durum ($\chi^2 = 41,4$, $p < 0,001$), eğitim durumu ($\chi^2 = 106,6$, $p < 0,001$), çalışma durumu ($U = 90505$, $p < 0,001$), meslek ($\chi^2 = 104,8$, $p < 0,001$), sosyal güvence ($U = 9925$, $p = 0,001$), yaşadığı yerleşim yeri ($\chi^2 = 73,0$, $p < 0,001$), çocuk sahibi olma durumu ($U = 58338$, $p < 0,001$) ve evde birlikte yaşadığı kişiler ($\chi^2 = 77,4$, $p < 0,001$) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda 62 yaş ve üzeri grubunda yer alan, erkek, dul/boşanmış/ayrı yaşayan, çalışmayan, işçi ve emekli, sosyal güvencesi olan, köyde yaşayan, çocuğu olan hastalarda “Motivasyon Kaybı” ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca okuryazar olan hastaların “Motivasyon Kaybı” ortanca puanının, ilkokul, lise ve üniversite mezunu olan hastaların ortanca puanından daha yüksek olduğu ve çocukları ile yaşayan hastaların “Motivasyon Kaybı” ortanca puanının eşi ve çocukları, eşi ve anne-baba ile yaşayan hastaların ortanca puanından daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastaların aile yapısı (U=55260, p=0,129) ile “Motivasyon Kaybı” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 14).

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puan değerinin hastaların yaş grupları ($\chi^2 =95,6$, p<0,001), cinsiyet (U=102304, p<0,001), medeni durum ($\chi^2 =26,3$, p<0,001), eğitim durumu ($\chi^2 =87,9$, p<0,001), çalışma durumu (U=91178, p<0,001), meslek ($\chi^2 =108,9$, p<0,001), sosyal güvence (U=11401,5, p=0,012), yaşadığı yerleşim yeri ($\chi^2 =30,9$, p<0,001), aile yapısı (U=48842,5, p<0,001), çocuk sahibi olma durumu (U=65835,5, p=0,003) ve evde birlikte yaşadığı kişiler ($\chi^2 =59,3$, p<0,001) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda 62 yaş ve üzeri grubunda yer alan, erkek, dul/boşanmış/ayrı yaşayan, çalışmayan, işçi, emekli ve serbest meslek sahibi olan, sosyal güvencesi olan, köyde yaşayan, geniş aile yapısına sahip, çocuk sahibi olan hastalarda “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca okuryazar ve ilkökul mezunu olan hastaların “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puanının, lise ve üniversite mezunu olan hastaların ortanca puanından daha yüksek olduğu ve çocukları ile yaşayan hastaların “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puanının, anne-baba ile yaşayan hastaların ortanca puanından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 14).

“Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puan değerinin hastaların yaş grupları ($\chi^2 =136,9$, p<0,001), cinsiyet (U=104068, p<0,001), medeni durum ($\chi^2 =54,8$, p<0,001), eğitim durumu ($\chi^2 =155,4$, p<0,001), çalışma durumu (U=146022, p<0,001), meslek ($\chi^2 =161,4$, p<0,001), sosyal güvence (U=8342, p<0,001), yaşadığı yerleşim yeri ($\chi^2 =79,1$, p<0,001), aile yapısı (U=67427,5, p=0,016), çocuk sahibi olma durumu (U=54684,5, p<0,001) ve evde birlikte yaşadığı kişiler ($\chi^2 =104,1$, p<0,001) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda 62 yaş ve üzeri grubunda yer alan, erkek, dul/boşanmış/ayrı yaşayan, okur yazar, çalışmayan, emekli, sosyal güvencesi olan, köyde yaşayan, geniş aile yapısına sahip, çocuk sahibi olan hastalarda “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca çocukları ile yaşayan hastaların “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puanının, eşi, eşi ve çocukları, anne-baba ve tek başına yaşayan hastaların ortanca puanından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 14).

Tablo 15. Hastaların klinik özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (n=986)

Klinik Özellikler		Gelecek İle İlgili Duygular Med(Min-Max)	Motivasyon Kaybı Med(Min-Max)	Gelecekle İlgili Beklenti Med(Min-Max)	Beck Umutsuzluk Ölçeği Med(Min-Max)
Sağlığını algılama durumu	İyi	1 (0 - 5)a	2 (0 - 7)ab	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)a
	Orta	2 (0 - 5)a	1 (0 - 8)b	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)a
	Kötü	3 (0 - 5)b	2 (0 - 8)a	2 (0 - 5)	6 (0 - 17)b
	Test istatistiği	$\chi^2 = 47,4$	$\chi^2 = 11,6$	$\chi^2 = 4,0$	$\chi^2 = 20,8$
	p	<0,001	0,003	0,139	<0,001
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	3 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	7 (0 - 17)
	Hayır	2 (0 - 5)	1 (0 - 8)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=85305,5	U=92790	U=92727	U=86848
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar	Hipertansiyon	3 (0 - 5)	3 (0 - 7)	2 (0 - 5)	9 (0 - 17)
	Diyabet	3 (0 - 5)	3 (0 - 8)	2 (0 - 5)	8 (0 - 17)
	Koroner arter hastalığı	3 (0 - 5)	3 (0 - 8)	2 (0 - 5)	8 (0 - 17)
	Ateroskleroz	3 (0 - 5)	4 (1 - 7)	3 (0 - 5)	9 (2 - 17)
	Diğer	3 (0 - 5)	2,5 (0 - 8)	2 (0 - 5)	6 (0 - 17)
	Test İstatistiği	$\chi^2 = 9,9$	$\chi^2 = 3,1$	$\chi^2 = 6,9$	$\chi^2 = 7$
	p	0,050	0,547	0,142	0,135
Düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu	Evet	3 (0 - 5)	3 (0 - 8)	2 (0 - 5)	7 (0 - 17)
	Hayır	2 (0 - 5)	1 (0 - 8)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=80234,5	U=88179	U=83271,5	U=80910,5
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği a-b:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların klinik özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması Tablo 15’de verilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puan değerinin hastaların sağlığını algılama durumu ($\chi^2 = 47,4$, $p < 0,001$), kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=85305,5, $p < 0,001$) ve düzenli sağlık kontrollerine

gitme durumu (U=80234,5, p<0,001) yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda sağlığını kötü olarak algılayanların, kronik bir hastalığa sahip olanların, düzenli sağlık kontrollerine gidenlerin “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların sahip oldukları kronik hastalıklar ($\chi^2 =9,9$, p=0,050) ile “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 15).

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Motivasyon Kaybı” ortanca puan değerinin hastaların sağlığını algılama durumu ($\chi^2 =11,6$, p=0,003), kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=92790, p<0,001) ve düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu (U=88179, p<0,001) yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların “Motivasyon Kaybı” ortanca puanının sağlık durumunu orta olarak algılayan hastaların ortanca puanından daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca kronik bir hastalığa sahip olan, düzenli sağlık kontrollerine giden hastaların “Motivasyon Kaybı” ortanca puanının daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların sahip oldukları kronik hastalıklar ($\chi^2 =3,1$, p=0,547) ile “Motivasyon Kaybı” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 15).

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puan değerinin hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=92727, p<0,001) ve düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu (U=83271,5, p<0,001) yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda kronik bir hastalığa sahip olanların ve düzenli sağlık kontrollerine gidenlerin “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların sağlığını algılama durumu ($\chi^2 =4$, p=0,139), sahip oldukları kronik hastalıklar ($\chi^2 =6,9$, p=0,142) ile “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 15).

“Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puan değerinin hastaların sağlığını algılama durumu ($\chi^2 =20,8$, p<0,001), kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U = 86848, p<0,001) ve düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu (U = 80910,5, p<0,001) yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık durumunu kötü olarak algılayanların, kronik bir hastalığa sahip olanların, düzenli sağlık kontrollerine gidenlerin “Beck Umutsuzluk Ölçeği”

ortanca puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların sahip oldukları kronik hastalıklar ($\chi^2 =7$, $p=0,135$) ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 15).

Tablo 16.Hastaların acil servise başvurma durumları ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (n=986)

Özellikler		Gelecek İle İlgili Duygular Med(Min-Max)	Motivasyon Kaybı Med(Min-Max)	Gelecekle İlgili Beklenti Med(Min-Max)	Beck Umutsuzluk Ölçeği Med(Min-Max)
Acil servise kabul zamanı	Gündüz	3 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Gece	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=116679,5	U=120173,5	U=120135	U=117755
	p	0,306	0,821	0,812	0,444
Acil servise başvuru saati	6-12 arası	2 (0 - 5)a	1 (0 - 7)c	1 (0 - 5)a	5 (0 - 17)a
	12-18 arası	3 (0 - 5)b	2 (0 - 8)a	2 (0 - 5)b	6 (0 - 17)b
	18-24 arası	2 (0 - 5)a	1 (0 - 8)b	2 (0 - 5)b	5 (0 - 17)ab
	24-06 arası	2 (0 - 5)ab	3 (0 - 8)a	2 (0 - 5)b	9 (0 - 17)b
	Test istatistiği	$\chi^2 =13,7$	$\chi^2 =42$	$\chi^2 =25,7$	$\chi^2 =34,4$
p	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	
Acil servise başvurduğu gün	Pazartesi	3 (0 - 5)	2 (0 - 7)	1 (0 - 5)	6 (0 - 17)
	Salı	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Çarşamba	2 (0 - 5)	1 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Perşembe	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5,5 (0 - 17)
	Cuma	3 (0 - 5)	2 (0 - 8)	1 (0 - 5)	5,5 (0 - 17)
	Cumartesi	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Pazar	2 (0 - 5)	1 (0 - 7)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	$\chi^2 =6,7$	$\chi^2 =3,8$	$\chi^2 =6,4$	$\chi^2 =2,3$
p	0,351	0,698	0,379	0,893	
Hastaneye ulaşım şekli	Ambulans	3 (0 - 5)a	2,5 (0 - 8)	2 (0 - 5)a	6,5 (0 - 17)
	Kendi arabası	2 (0 - 5)b	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)b	5 (0 - 17)
	Yürüyerek	3 (0 - 5)ab	4 (0 - 7)	2 (1 - 5)a	9 (1 - 17)
	Diğer	2 (0 - 5)ab	2 (0 - 8)	1 (0 - 5)b	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	$\chi^2 =10,7$	$\chi^2 =11,8$	$\chi^2 =15,5$	$\chi^2 =13,3$

Tablo 16-devamı

		Gelecek İle İlgili Duygular Med(Min-Max)	Motivasyon Kaybı Med(Min-Max)	Gelecekle İlgili Beklenti Med(Min-Max)	Beck Umutsuzluk Ölçeği Med(Min-Max)
p		0,014	0,050	0,001	0,050
Daha önce acil servise başvurma durumu	Evet	3 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	6 (0 - 17)
	Hayır	1 (0 - 5)	1 (0 - 8)	1 (0 - 5)	4 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=31523	U=36094	U=41879,5	U=33679
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Acil servise başvuru sıklığı	1 kez	3 (3 - 3)b	1 (1 - 1)a	1 (1 - 1)a	5 (5 - 5)ab
	2 kez	2 (0 - 5)b	2 (0 - 7)b	1,5 (0 - 5)a	5 (0 - 16)abc
	3 kez	2 (0 - 5)bc	1 (0 - 7)a	1 (0 - 5)a	5 (0 - 17)bcd
	4 kez	3 (0 - 5)d	2 (0 - 8)b	2 (0 - 5)bc	6 (0 - 17)be
	5 kez	3 (0 - 5)cd	2,5 (0 - 8)b	2 (0 - 5)bc	7,5 (0 - 17)bde
	6 kez	2 (0 - 5)acd	3 (1 - 7)c	2 (0 - 5)bc	7 (2 - 17)abcde
	7 kez ve üzeri	3 (0 - 5)d	4 (0 - 8)d	3 (0 - 5)c	11 (0 - 17)be
	Test istatistiği	$\chi^2 = 85,5$	$\chi^2 = 52,2$	$\chi^2 = 36,2$	$\chi^2 = 64,7$
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Uygulanan tıbbi müdahalenin hastaya güven verme durumu	Evet	2 (0 - 5)a	1 (0 - 8)a	1 (0 - 5)a	5 (0 - 17)a
	Hayır	1 (0 - 5)ab	2 (0 - 8)ab	2 (0 - 5)b	6 (0 - 17)ab
	Bir fikrim yok	3 (0 - 5)b	3 (0 - 8)b	2 (0 - 5)b	6 (0 - 17)b
	Test istatistiği	$\chi^2 = 8,6$	$\chi^2 = 14,7$	$\chi^2 = 20,3$	$\chi^2 = 12,7$
p	0,013	0,001	<0,001	0,002	
Hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu	Evet	3 (0 - 5)	1 (0 - 8)a	1 (0 - 5)a	5 (0 - 17)
	Hayır	2 (0 - 5)	2 (0 - 7)b	2 (0 - 5)b	5 (0 - 17)
	Bir fikrim yok	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)b	2 (0 - 5)b	6 (0 - 17)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 2,9$	$\chi^2 = 10,4$	$\chi^2 = 9,7$	$\chi^2 = 4,2$
p	0,229	0,006	0,008	0,121	
Acil servise başvurusu sırasında kaygı duyma durumu	Evet	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Hayır	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=106992,5	U=113430	U=114008	U=121761
p	0,050	0,347	0,415	0,327	

Tablo 16-devamı

		Gelecek İle İlgili Duygular Med(Min-Max)	Motivasyon Kaybı Med(Min- Max)	Gelecekle İlgili Beklenti Med(Min- Max)	Beck Umutsuzluk Ölçeği Med(Min-Max)
Acil serviste yapılan uygulamalar hakkında kendisine bilgi verilme durumu	Evet	2 (0 - 5)	1,5 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Hayır	3 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	7 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=47985,5	U=46545,5	U=50074,5	U=57957,5
	P	0,102	0,032	0,356	0,073
Cevabı evet ise acil serviste verilen bilgiyi yeterli bulma durumu	Yeterli	2 (0 - 5)	1 (0 - 8)a	1 (0 - 5)a	5 (0 - 17)
	Yetersiz	3 (0 - 5)	2 (0 - 7)b	1 (0 - 5)a	5 (0 - 17)
	Kısmen yeterli	2 (0 - 8)	2 (0 - 8)b	2 (0 - 5)b	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 2,2$	$\chi^2 = 8,2$	$\chi^2 = 16,7$	$\chi^2 = 7,1$
P	0,336	0,016	<0,001	0,050	

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği a-b-c-d:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların acil servise başvurma durumları ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 16’da karşılaştırılmıştır. Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puan değerinin hastaların acil servise başvuru saati ($\chi^2 = 13,7$, $p=0,003$), acil servise ulaşım şekli ($\chi^2 = 10,7$, $p=0,014$), daha önce acil servise başvuru durumu ($U=31523$, $p<0,001$), acil servise başvuru sıklığı ($\chi^2 = 85,5$, $p<0,001$), uygulanan tıbbi müdahalenin güven verme durumu ($\chi^2 = 8,6$, $p=0,013$) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda acil servise başvuru saati 12-18 arası olan hastaların “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puanının acil servise başvuru saati 6-12 ve 18-24 arası olan hastalardan, hastaneye ambulans ile başvuran hastaların kendi arabası ile başvuranlardan, daha önce acil servise başvuruda bulunmuş hastaların başvuruda bulunmayanlardan, acil servise 4 ve 7 kez ve üzeri başvuranların 1,2 ve 3 kez başvuranlardan, uygulanan tıbbi tedavinin güven verme durumu ile ilgili bir fikri olmayanların güven verdiğini düşünenlerden “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların acil servise kabul zamanı

(U=116679,5, p=0,306), acil servise başvurduğu gün ($\chi^2 =6,7$, p=0,351), hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu ($\chi^2 =2,9$, p=0,229), acil servise başvurusu sırasında kaygı duyma durumu (U=106992,5, p=0,050), acil serviste yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilme durumu (U=47985,5, p=0,102) ve acil serviste verilen bilgiyi yeterli bulma durumu ($\chi^2 =2,2$, p=0,336) ile “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 16).

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Motivasyon Kaybı” ortanca puan değerinin hastaların acil servise başvuru saati ($\chi^2 =42$, p<0,001), daha önce acil servise başvuru durumu (U=36094, p<0,001), acil servise başvuru sıklığı ($\chi^2 =52,2$, p<0,001), uygulanan tıbbi müdahalenin güven verme durumu ($\chi^2 =14,7$, p=0,001), hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu ($\chi^2 =10,4$, p=0,006), acil serviste yapılan uygulamalar hakkında kendisine bilgi verilme durumu (U=46545,5, p=0,032) ve acil serviste verilen bilgiyi yeterli bulma durumu ($\chi^2 =8,2$, p=0,016) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda acil servise başvuru saati 12-18 ve 24-06 arası olanların, daha önce acil servise başvuruda bulunanların, acil servise başvuru sıklığı 7 kez ve üzeri olanların, uygulanan tıbbi tedavinin güven verme durumu ile ilgili bir fikri olmayanların güven verdiğini düşünenlerden, hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulmayanların ve bir fikri olmayanların, acil serviste yapılan uygulamalar hakkında kendisine bilgi verilmeyenlerin ve acil servisteki verilen bilgiyi yetersiz veya kısmen yeterli bulan hastaların “Motivasyon Kaybı” ortanca puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların acil servise kabul zamanı (U=120173,5, p=0,821), acil servise başvurduğu gün ($\chi^2 =3,8$, p=0,698), hastaneye ulaşım şekli ($\chi^2 =11,8$, p=0,050) ve acil servise başvurusu sırasında kaygı duyma durumu (U=113430, p=0,347) ile “Motivasyon Kaybı” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 16).

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puan değerinin hastaların acil servise başvuru saati ($\chi^2 =25,7$, p<0,001), acil servise ulaşım şekli ($\chi^2 =15,5$, p=0,001), daha önce acil servise başvuru durumu (U=41879,5, p<0,001), acil servise başvuru sıklığı ($\chi^2 =36,2$, p<0,001), uygulanan tıbbi müdahalenin güven verme durumu ($\chi^2 =20,3$, p<0,001), hasta güvenliğine yönelik

uygulamaları yeterli bulma durumu ($\chi^2 =9,7$, $p=0,008$), acil serviste verilen bilgiyi yeterli bulma durumu gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda acil servise başvuru saati 12-18 arası, 18-24 arası ve 24-06 arası olanların, hastaneye ulaşım şekli ambulans ve yürüyerek olanların, kendi arabası ile diğer (dolmuş,taksi) yollarla hastaneye ulaşan hastalara göre, daha önce acil servise başvuruda bulunmuş, acil servise başvuru sıklığı 7 kez ve üzeri olanların 1, 2 ve 3 kez olanlardan, uygulanan tıbbi müdahalenin güven verme durumu ile ilgili güven vermediğini düşünen ve bir fikri olmayan, hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulmayan ve bir fikri olmayan, acil serviste verilen bilgiyi kısmen yeterli bulan hastalarda “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların acil servise kabul zamanı ($U=120135$, $p=0,812$), acil servise başvurduğu gün ($\chi^2 =6,4$, $p=0,379$), acil servise başvurusu sırasında kaygı duyma durumu ($U=114008$, $p=0,415$) ve acil serviste yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilme durumu ($U=50074,5$, $p=0,356$) ile “Gelecekle İlgili Beklentiler” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 16).

“Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puan değerinin hastaların acil servise başvuru saati ($\chi^2 =34,4$, $p<0,001$), daha önce acil servise başvuru durumu ($U=33679$, $p<0,001$), acil servise başvuru sıklığı ($\chi^2 =64,7$, $p<0,001$), uygulanan tıbbi müdahalenin güven verme durumu ($\chi^2 =12,7$, $p=0,002$) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda acil servise başvuru saati 24-06 arası olanların 6-12 arası olanlardan, daha önce acil servise başvuruda bulunmuş olanların, acil servise başvuru sıklığı 4 kez, 7 kez ve üzeri olanların 1 kez başvuranlardan, uygulanan tıbbi müdahale güven verenlere göre güven verip vermediği hakkında bir fikri olmayanların “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların acil servise kabul zamanı ($U=117755$, $p=0,444$), acil servise başvurduğu gün ($\chi^2 =2,3$, $p=0,893$), hastaneye ulaşım şekli ($\chi^2 =13,3$, $p =0,050$) hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu ($\chi^2 =4,2$, $p=0,121$), acil servise başvurusu sırasında kaygı duyma durumu ($U=121761$, $p=0,327$), acil serviste yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilme durumu ($U=57957,5$, $p=0,073$) ve acil serviste verilen bilgiyi yeterli bulma durumu ($\chi^2 =7,1$, $p=0,050$) ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 16).

Tablo 17. Hasta ve yakınlarının tıbbi hataya maruz kalma özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (n=986)

Özellikler		Gelecek İle İlgili Duygular Med(Min-Max)	Motivasyon Kaybı Med(Min-Max)	Gelecekle İlgili Beklenti Med(Min-Max)	Beck Umutsuzluk Ölçeği Med(Min-Max)
Daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumu	Evet	2 (0 - 5)	2 (0 - 7)	2 (0 - 5)	6 (0 - 17)
	Hayır	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=23413	U=24239	U=23671,5	U=25077
	P	0,657	0,982	0,751	0,690
Cevabı evet ise tıbbi hataya maruz kalınan yer	Üniversite hastanesi	4 (0 - 5)	3 (0 - 7)	3 (0 - 5)	9 (0 - 16)
	Devlet hastanesi	2 (0 - 5)	3 (0 - 7)	1 (0 - 5)	6 (1 - 17)
	Eğitim ve Araştırma	0,5 (0 - 5)	1 (0 - 7)	1 (0 - 5)	2,5 (0 - 16)
	Özel hastane	1 (0 - 5)	2 (0 - 7)	2 (0 - 4)	5 (0 - 16)
	Diğer (eczane, laboratuvar)	0 (0 - 3)	1 (0 - 2)	1 (1 - 1)	3 (1 - 5)
	Test istatistiği	$\chi^2 = 3,8$	$\chi^2 = 3,2$	$\chi^2 = 3,4$	$\chi^2 = 3,1$
	P	0,435	0,519	0,495	0,550
	Tıbbi hata sonucu zarar görme durumu	Evet	3 (0 - 5)	2 (0 - 7)	2 (0 - 5)
Hayır		0,5 (0 - 3)	1 (0 - 2)	1 (0 - 3)	2,5 (0 - 17)
Test istatistiği		U=106,5	U=78,5	U=92,5	U=90
P		0,040	0,004	0,014	0,012
Maruz kalınan tıbbi hata hakkında bilgilendirilme durumu	Evet	3 (0 - 5)	2,5 (0 - 7)	2 (0 - 5)	7,5 (0 - 16)
	Hayır	1 (0 - 5)	2 (0 - 7)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=263,5	U=243	U=249	U=248
	P	0,784	0,475	0,553	0,550
Acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu	Evet	2 (0 - 5)	3 (0 - 7)	2 (0 - 5)	8 (0 - 17)
	Hayır	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=4505,5	U=3879,5	U=4302,5	U=3947,5
	P	0,670	0,254	0,505	0,296
Herhangi bir yakınımın daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumu	Evet	1 (0 - 5)	2 (0 - 8)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Hayır	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=11739,5	U=12146,5	U=12726,5	U=14037,5

Tablo 17-devamı

		Gelecek İle İlgili Duygular Med(Min-Max)	Motivasyon Kaybı Med(Min-Max)	Gelecekle İlgili Beklenti Med(Min-Max)	Beck Umutsuzluk Ölçeği Med(Min-Max)
	P	0,399	0,575	0,876	0,453
Yakınının maruz kaldığı tıbbi hatadan zarar görme durumu	Evet	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Hayır	1 (0 - 2)	3 (1 - 3)	2 (1 - 4)	7 (2 - 8)
	Test istatistiği	U=27	U=31,5	U=29	U=33,5
	P	0,594	0,821	0,705	0,940
Yakınının maruz kaldığı hata ile ilgili kendisine bilgi verilme durumu	Evet	2 (0 - 5)	3 (0 - 7)	2 (0 - 5)	7 (0 - 16)
	Hayır	1 (0 - 5)	1 (0 - 8)	1 (0 - 4)	3 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=79	U=73	U=60	U=71
	P	0,801	0,579	0,223	0,511
Yakınının acildeki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu	Evet	2 (0 - 5)	3 (0 - 8)	3 (0 - 5)	7,5 (2 - 17)
	Hayır	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)	5 (0 - 17)
	Test istatistiği	U=5677,5	U=4150,5	U=4448,5	U=4253,5
	P	0,862	0,078	0,141	0,103
Tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşünceleri	Tıbbi hatalar önlenebilir	2 (0 - 5)a	2 (0 - 8)a	2 (0 - 5)a	5 (0 - 17)a
	Tıbbi hatalar önlenemez	4 (0 - 5)b	3 (0 - 7)b	2 (0 - 4)a	8 (2 - 16)b
	Bilmiyorum	3 (0 - 5)c	1 (0 - 8)a	1 (0 - 5)b	5 (0 - 17)a
	Test istatistiği	$\chi^2 = 39,4$	$\chi^2 = 14,6$	$\chi^2 = 17,2$	$\chi^2 = 16,4$
	P	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
	Hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilme durumuna ilişkin düşünceleri	Evet	1 (0 - 5)	2 (0 - 8)	2 (0 - 5)
Hayır		3 (0 - 5)	2 (0 - 8)	1 (0 - 5)	5 (0 - 17)
Test istatistiği		U=70062	U=87292,5	U=80955	U=81432
P		<0,001	0,927	0,069	0,100

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği a-b-c:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hasta ve yakınlarının tıbbi hataya maruz kalma özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puan değerlerinin

karşılaştırılması Tablo 17’de verilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puan değerinin hastaların tıbbi hata sonucu zarar görme durumu (U=106,5, p=0,040), tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşünceler ($\chi^2 =39,4$, p<0,001) ve hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilme durumuna ilişkin düşünceler (U=70062, p<0,001) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda tıbbi hata sonucu zarar görenlerde, tıbbi hataların önlenemeyeceğini ve hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyamayacağını düşünenlerde “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=23413, p=0,657), tıbbi hataya maruz kalınan yer ($\chi^2 =3,8$, p=0,435), maruz kalınan tıbbi hata hakkında bilgilendirilme durumu (U=263,5, p=0,784), acildeki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu (U=4505,5, p=0,670), daha önce herhangi bir yakınının tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=11739,5, p=0,399), tıbbi hatada yakınının zarar görme durumu (U=27, p=0,594), yakınının maruz kaldığı hata ile ilgili kendisine bilgi verilme durumu (U=79, p=0,801) ve yakınının acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu (U=5677,5, p=0,862) ile “Gelecekle İlgili Duygular” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 17).

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Motivasyon Kaybı” ortanca puan değerinin hastaların tıbbi hata sonucu zarar görme durumu (U=78,5, p=0,004), tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşünceler ($\chi^2 =14,6$, p<0,001) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda tıbbi hata sonucu zarar görenlerde ve tıbbi hataların önlenemeyeceğini düşünenlerde “Motivasyon Kaybı” ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=24239, p=0,982), tıbbi hataya maruz kalınan yer ($\chi^2 =3,2$, p=0,519), maruz kalınan tıbbi hata hakkında bilgilendirilme durumu (U=243, p=0,475), acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu (U=3879,5, p= 0,254), daha önce herhangi bir yakınının tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=12146,5, p=0,575), yakınının maruz kaldığı tıbbi hatadan zarar görme durumu (U=31,5, p=0,821), yakınının maruz kaldığı hata ile ilgili kendisine bilgi verilme durumu (U=73, p=0,579), yakınının acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu (U=4150,5, p=0,078) ve hastaların kendilerini tıbbi

hatalardan koruyabilme durumuna ilişkin düşünceleri (U=87292,5, p=0,927) ile “Motivasyon Kaybı” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 17).

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puan değerinin hastaların tıbbi hata sonucu zarar görme durumu (U=92,5, p=0,014), tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşünceler ($\chi^2 =17,2$, p<0,001) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda tıbbi hata sonucu zarar görenlerde ve tıbbi hataların önleneyeceğini ve önlenemeyeceğini düşünenlerde “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=23671,5, p=0,751), tıbbi hataya maruz kalınan yer ($\chi^2 =3,4$, p=0,495), maruz kalınan tıbbi hata hakkında bilgilendirilme durumu (U=249, p=0,553), acildeki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu (U=4302,5, p=0,505), daha önce herhangi bir yakınının tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=12726,5, p=0,876), tıbbi hatada yakınının zarar görme durumu (U=29, p=0,705), yakınının maruz kaldığı hata ile ilgili kendisine bilgi verilme durumu (U=60, 0,223), yakınının acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu (U=4448,5, p=0,141) ve hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilme durumuna ilişkin düşünceleri (U=80955, p=0,069) ile “Gelecekle İlgili Beklenti” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 17).

“Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puan değerinin hastaların tıbbi hata sonucu zarar görme durumu (U=90, p=0,012), tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşünceler ($\chi^2 =16,4$, p<0,001) gibi özellikler yönünden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda tıbbi hata sonucu zarar görenlerde ve tıbbi hataların önlenemeyeceğini düşünenlerde “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puanın daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=25077, p=0,690), tıbbi hataya maruz kalınan yer ($\chi^2 =3,1$, p =0,550), maruz kalınan tıbbi hata hakkında bilgilendirilme durumu (U=248, p=0,550), acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu (U=3947,5, p=0,296), daha önce herhangi bir yakınının tıbbi hataya maruz kalma durumu (U=14037,5, p=0,453), tıbbi hatada yakınının zarar görme durumu (U=33,5, p=0,940), yakınının maruz kaldığı hata ile ilgili kendisine bilgi verilme durumu (U=71, p=0,511), yakınının

acil servisteki tedavisi sırasında düşme olayına maruz kalma durumu ($U=4253,5$, $p=0,103$) ve hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilme durumuna ilişkin düşünceleri ($U=81432$, $p=0,100$) ile “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 17).

Tablo 18. Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği arasındaki ilişki ($n=986$)

	Gelecekle İlgili Duygular	Motivasyon Kaybı	Gelecekle İlgili Beklenti	Beck Umutsuzluk Ölçeği
Durumluk Kaygı Ölçeği	$r=-0,172$ $p<0,001$	$r=0,087$ $p=0,007$	$r=0,071$ $p=0,026$	$r=-0,017$ $p=0,597$
Sürekli Kaygı Ölçeği	$r=-0,001$ $p=0,976$	$r=0,162$ $p<0,001$	$r=0,125$ $p<0,001$	$r=0,108$ $p=0,001$

r:Spearman korelasyon katsayısı

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 18’de verilmiştir. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Durumluk Alt Boyutu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle İlgili Duygular Alt Boyutu ” arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,172$, $p<0,001$), Beck Umutsuzluk Ölçeği “Motivasyon Kaybı Alt Boyutu” ile pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,087$, $p=0,007$) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle İlgili Beklentiler Alt Boyutu” ile pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki ($r=0,071$, $p=0,026$) olduğu belirlendi. Durumluk -Sürekli Kaygı Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($r=-0,017$, $p=0,597$) (Tablo 18).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Sürekli Alt Boyutu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği “Motivasyon kaybı alt boyutu” arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,162$, $p<0,001$), Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle İlgili Beklentiler Alt Boyutu” ile pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki ($r=0,125$, $p<0,001$) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Sürekli Alt Boyutu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0,108$, $p=0,001$). Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Sürekli Alt Boyutu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle İlgili Duygular Alt Boyutu “ arasında

negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($r=-0,001$, $p=0,976$) (Tablo 18).

Bu çalışmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nin "Durumluk Kaygı Ölçeği Alt Boyutu" ile Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin "Gelecekle İlgili Duygular Alt Boyutu" arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu, "Durumluk Kaygı Ölçeği Alt Boyutu'ndan" alınan puanın arttıkça "Gelecekle İlgili Duygular Alt Boyutu'ndan" alınan puanın azaldığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma kapsamına alınan bireylerin kaygı düzeyleri arttıkça gelecekle ilgili olumsuz beklentilerinin azaldığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nin "Durumluk Kaygı Ölçeği Alt Boyutu" ile Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin "Motivasyon Kaybı Alt Boyutu" arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu, "Durumluk Kaygı Ölçeği Alt Boyutu'ndan" alınan puan arttıkça Motivasyon Kaybı Alt Boyutu'ndan alınan puanın arttığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma kapsamına alınan bireylerin kaygı düzeyleri arttıkça motivasyon kaybının arttığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nin "Durumluk Kaygı Ölçeği Alt Boyutu" ile Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin "Gelecekle İlgili Beklentiler Alt Boyutu" arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu, "Durumluk Kaygı Ölçeği Alt Boyutu'ndan" alınan puan arttıkça "Gelecekle İlgili Beklentiler Alt Boyutu'ndan" alınan puanın arttığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma kapsamına alınan bireylerin kaygı düzeyleri arttıkça gelecekle ilgili olumsuz beklentilerinin arttığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nin "Durumluk Kaygı Ölçeği Alt Boyutu" ile "Beck Umutsuzluk Ölçeği" arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.

Bu çalışmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nin "Sürekli Kaygı Ölçeği Alt Boyutu" ile Beck Umutsuzluk Ölçeği "Gelecek ile İlgili Duygular Alt Boyutu" arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.

Bu çalışmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nin "Sürekli Kaygı Ölçeği Alt Boyutu" ile Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin "Motivasyon Kaybı Alt Boyutu" arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu, "Sürekli Kaygı Ölçeği Alt Boyutu'ndan" alınan

puan arttıkça Motivasyon Kaybı Alt Boyutu'ndan alınan puanın arttığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma kapsamına alınan bireylerin sürekli kaygı düzeyleri arttıkça motivasyon kaybının arttığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nin "Sürekli Kaygı Ölçeği Alt Boyutu" ile Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin "Gelecekle İlgili Beklentiler Alt Boyutu" arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu, "Sürekli Kaygı Ölçeği Alt Boyutu'ndan" alınan puan arttıkça "Gelecekle İlgili Beklentiler Alt Boyutu'ndan" alınan puanın arttığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma kapsamına alınan bireylerin sürekli kaygı düzeyleri arttıkça gelecekle ilgili olumsuz beklentilerinin arttığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nin "Sürekli Kaygı Ölçeği Alt Boyutu" ile "Beck Umutsuzluk Ölçeği" arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu, "Sürekli Kaygı Ölçeği Alt Boyutu'ndan" alınan puan arttıkça "Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden" alınan puanın arttığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma kapsamına alınan bireylerin sürekli kaygı düzeyleri arttıkça umutsuzluk düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

5.1. Hastaların Klinik Özellikleri İle Acil Servise Başvurma Durumuna İlişkin Bulgularının Tartışılması

Acil servise başvuran hastalarda tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyini belirlemek üzere yapılan bu araştırmada hastaların %46,1'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu, hastalara sırasıyla hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalığı tanısı konulduğu belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Öztürk (2014) tarafından acil servise başvuran olguların aciliyet konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan bir çalışmada, hastaların %32,8'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu bildirilmiştir. Akyol ve arkadaşlarının (2006) acil servise aynı şikayet ile tekrar başvuran hastaların durumlarını değerlendirmek üzere yapmış oldukları diğer bir araştırmada acil servise başvuran hastaların en çok hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalığı, diyabet ve kanser tanısı almış oldukları saptanmıştır. Danacı ve Koç (2016) tarafından yapılmış olan diğer bir araştırmada da, acil servise başvuran hastaların %46,9'unun kronik bir hastalığa sahip olduğu ve hastalara sırasıyla hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı tanılarının konulduğu bildirilmiştir. Acil servise başvuran hastaların klinik özellikleri yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, endokrin sistem hastalıkları ve onkolojik aciller nedeniyle acil servise başvuran hasta sayısının oldukça fazla olduğu görülmektedir. Bu durum hastaların kronik hastalıkları ile nasıl baş edeceklerini bilememelerinden ve hastalıkları ile ilgili tedavilerinin tam olarak düzenlenmemiş olmasından kaynaklanabilir. Bu doğrultuda sağlık bakım profesyonellerinin hastalıklar ile nasıl baş edebilecekleri konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirmelerinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların sırasıyla bulantı-kusma, karın ağrısı, öksürük, ateş ve diğer nedenlerle acil servise başvurduğu belirlendi. Uğrak ve arkadaşlarının (2016) hastaların sürekli kaygı düzeyleri ile acil sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerini belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada, hastaların acil servise en çok soğuk algınlığı, halsizlik, kronik hastalıklar ve bölgesel ağrı gibi sağlık problemleri nedeniyle başvurdukları bildirilmiştir. Köse ve arkadaşlarının (2011) bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profilleri ile başvuru uygunluklarını

belirlemek üzere yapmış oldukları bir araştırmada da, hastaların acil servise başvuru nedenleri karın ağrısı, üst solunum yolu hastalıkları, darp, düşme, astım, KOAH, bronşit, kesi, açık yaralar veya yaralanmalar, baş dönmesi ve hipotansiyon olarak sıralanmıştır. Kılıçaslan ve arkadaşları'nın (2005) Türkiye'de acil servise başvuran hastaların demografik özelliklerini belirlemek üzere yapmış oldukları diğer bir araştırmada da, hastaların acil servise sırasıyla göğüs ağrısı, karın ağrısı, nefes darlığı ve baş ağrısı gibi şikayetler nedeniyle kabul edildikleri bildirilmiştir. Hastaların acil servise başvuru nedenleri yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu durumun göğüs ağrısı, karın ağrısı, nefes darlığı ve baş ağrısı gibi travma dışı şikayetler ile düşme, minör travma, kesi ve darp gibi travmatik şikayetler nedeniyle olduğu görölmektedir. Bununla birlikte araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (%87,7) daha önce de bazı sağlık problemleri nedeniyle acil servise başvurduğu ve başvuru sıklığının üç ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da hastaların daha önce acile başvurma oranının %11,4 ile %87,5 arasında değiştiği (Danacı ve Koç, 2016; Öztürk, 2014; Akyol ve ark., 2006) ve acile başvuru sıklığının birden fazla olduğu bildirilmiştir (Danacı ve Koç, 2016; Çevik ve Tekir, 2014).

Hastalar acil servise başvurma özellikleri yönünden değerlendirildiğinde ise %46,3'ünün 18-24 saatleri arasında, en çok cumartesi, perşembe ve salı günleri acil servise kabul edildiği ve acil servise kendi özel araçları ile geldikleri belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da hastaların acil servise en çok 16-24 saatleri ile (Akyol ve arkadaşları, 2016; Danacı ve Koç, 2016; Payza ve Karakaya, 2014; Zeytin ve Çevik, 2010; Kılıçaslan ve ark., 2005), 18-08 saatleri arasında (Ersel ve ark., 2006), Cumartesi (Ersel ve ark., 2006) ve Pazar günü (Zeytin ve Çevik, 2010), kendi özel araçları ile başvurdukları (Kılıçaslan ve ark., 2005; Payza ve Karakaya, 2014; Ersel ve ark., 2006) ve başvuru oranının mesai saati sonrasında artış gösterdiği saptanmıştır. Acil servise başvuru saatinin 16-24 saatleri arasında daha fazla olmasının, hasta ve yakınlarının son derece yoğun olan polikliniklerde sıra beklemek istememelerinden, acil servislere ulaşılabilirlik ve hizmet alma düzeyinin yüksek olmasından, hasta ve yakınlarının acil servise başvurduklarında daha hızlı sonuç almalarından kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

5.2. Acil Servise Başvuran Hastaların Tıbbi Hataya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Bulgularının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların %5,3'ünün daha önce tıbbi hataya maruz kaldığı görüldü. Blendon ve arkadaşlarının (2002) ABD'de toplumun tıbbi hatalarla ilgili görüşlerini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların %42'sinin kendilerinin veya bir yakınlarının tıbbi hataya maruz kaldığı saptanmıştır. Schoen ve arkadaşlarının (2005) hastaların sağlık problemleri ile ilgili deneyimlerini belirlemek üzere altı ülkede yapmış oldukları bir çalışmada da, kendisine veya bir yakınına tıbbi hata yapıldığına inananların oranının ABD'de %34, Kanada'da %30, Avustralya'da %27, Yeni Zelanda'da %25, Almanya'da %23 ve Birleşik Krallık'da %22 olduğu bildirilmiştir. Bodur ve arkadaşlarının (2011) sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerini karşılaştırmak amacıyla yapmış oldukları bir çalışmada da, katılımcıların %22,1'inin kendisinin ya da bir aile üyesinin tıbbi hataya maruz kaldığı saptanmıştır. Mülayimoğlu ve Ayaz'ın (2012) halk eğitim merkezine devam eden bireylerin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve tıbbi hatalarla ilgili deneyimlerini belirlemek üzere yapmış oldukları diğer bir çalışmada ise, bireylerin tıbbi hataya maruz kalma oranı %32,2 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada acil servise başvuran hastaların tıbbi hataya maruz kalma oranlarının bu konuda yapılan diğer araştırmalardan daha düşük olduğu görülmüştür (Mülayimoğlu ve Ayaz, 2012; Bodur ve ark., 2011; Blendon ve ark., 2002; Schoen ve ark., 2005). Tıbbi hataya maruz kalma oranı yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte sağlık bakım profesyonellerinin mesleki bilgi, beceri ve tutumlarının, iş ortamının özelliklerinin ve çalışma koşullarının bu durumu etkileyebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte bu çalışmada tıbbi hata oranının düşük bulunması hasta ve yakınlarının bu konudaki farkındalık düzeyinin düşük olmasından kaynaklanabilir.

Tıbbi hataların en çok devlet hastanesinde (%38,5) ve acil serviste (%19,2) meydana geldiği belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Tekinarslan ve Erdem'in (2015) tıbbi malpraktisin hasta ve hasta yakınları üzerindeki psikolojik, sosyal ve ekonomik etkilerini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, araştırmaya katılan hastaların en çok devlet hastanesinde tıbbi hataya maruz kaldıkları saptanmıştır. Araştırma bulgularına karşın Ertem ve arkadaşlarının (2009) hatalı tıbbi uygulamaları belirlemek üzere yapmış oldukları retrospektif bir çalışmada da, tıbbi hataların en çok

ameliyathane ve cerrahi bölümlerinde meydana geldiği ve tıbbi hata oranının özel hastanelerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Acil servislerde tıbbi hata görülme oranının yüksek olması ortamın kalabalık olmasından, hasta yoğunluğunun fazla olmasından ve çalışan sağlık bakım profesyoneli sayısının az olmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada hastaların %21,1'ine yanlış tanı konulduğu, tıbbi hataların %51,9'undan hekimin ve %42,3'ünden hemşirenin sorumlu olduğu ve hastaların yaklaşık olarak dörtte birinde hastane enfeksiyonu geliştiği belirlendi (%23,1). Araştırma bulgularını destekler nitelikte tıbbi hatalarla ilgili olarak yapılan diğer çalışmalarda da tıbbi hataların en çok hekim (Bodur ve ark., 2011; Blendon ve ark., 2002; Mülayimoğlu, 2012) ve hemşireden (Bodur ve ark., 2011; Mülayimoğlu, 2012) kaynaklandığı bildirilmiştir. Bununla birlikte tıbbi hata türlerinin, hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar, tanı hatası, ilaç uygulama hataları, kimlik doğrulama hataları ve yanlış teşhis ile ilişkili olduğu ortaya çıkarılmıştır (Bodur ve ark., 2011; Özata ve Altuncan, 2010; Çırpı ve ark., 2009; Mülayimoğlu, 2012). Tıbbi hata oranından en çok hekim ve hemşirelerin sorumlu olmasının diğer sağlık meslek grupları ile karşılaştırıldığında hastaların bakım ve tedavisini üstlenmelerinden ve hastayla daha fazla zaman geçirmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların tıbbi hataların özellikle dikkatsizlik ve ihmal nedeniyle geliştiğini düşündükleri, tıbbi hata sonucu %71,2'sinin zarar gördüğü ve tıbbi hataya bağlı olarak tedavi sürelerinin uzadığı belirlendi. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise tıbbi hata nedenlerinin hekimlerin hastalara yeteri kadar zaman ayırmaması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, uzun çalışma saatleri, yorgunluk, stres, sağlık bakım profesyonelleri arasındaki iletişim bozuklukları, iş yükünün fazla olması, tedbirsizlik, dikkatsizlik, bilgi eksikliği ve mesleki acemilik olduğu (Bodur ve ark., 2011; Mülayimoğlu, 2012; Özata ve Altuncan, 2010; Sayek, 2010; Blendon ve ark., 2002; Ertem ve ark., 2009); tıbbi hataların fiziksel ve psikolojik sorunlar, iş gücü kaybı, sakatlık, ölüm, şiddetli ağrı, uzun süreli tedaviler ve sağlık harcamasının artışı ile sonuçlandığı bildirilmiştir (Bodur ve ark., 2011; Mülayimoğlu, 2012; Sayek, 2010; Ertem ve ark., 2009). Tıbbi hataların azaltılabilmesi ya da tamamen ortadan

kaldırılabilmesi için sistemdeki eksikliklerin giderilmesinin, sağlık bakım profesyonellerine yönelik hizmet içi eğitim ve oryantasyon programlarının düzenlenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Maruz kalınan tıbbi hata sonucunda hastaların yaklaşık olarak yarısının (%48,1) hiçbir şey yapmadığı ve hatalı tıbbi uygulamayı yapan sağlık bakım profesyonellerine hiçbir yaptırım uygulanmadığı görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Mülâyimoğlu'nun (2012) çalışmasında da tıbbi hata sonrasında hastaların yarıdan fazlasının hiçbir şey yapmadığı, araştırma bulgularına karşın Ertem ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise hataların büyük bir bölümünün yargıya intikal ettiği bildirilmiştir.

Bu çalışmada hastaların yaklaşık olarak yarısının meydana gelen tıbbi hatalar hakkında bilgilendirildiği, tıbbi hataların önlenebileceğini ve tıbbi hatalardan korunabileceklerini düşündükleri saptandı. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hastaların tıbbi hatalar hakkında bilgilendirilme oranının %17 ile %33,6 arasında değiştiği (Mülâyimoğlu, 2012; Sayek, 2010); araştırma bulgularıyla uyumlu olarak toplumun hataları önlemede hastaların da sorumluluğu olduğuna inandığı (Bodur ve ark., 2011) ve kendilerini tıbbi hatalardan koruyabileceklerini düşündükleri saptanmıştır (Mülâyimoğlu, 2012).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların büyük çoğunluğunun hataların hastaya açıklanması, hastadan özür dilenmesi ve tıbbi hatadan sorumlu kişinin dava edilmesi gerektiğini belirttikleri, eğer hasta zarar görmediyse "hiçbir şey yapılmasına gerek olmadığını" düşündükleri belirlendi. Bununla birlikte acil serviste uygulanan tıbbi tedavilerin hastaların yaklaşık olarak üçte birine güven vermediği saptandı. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, hataların hastalara açıklanarak özür dilenmesi gerektiği, hastaların sağlık bakım profesyonellerine uygulanan tıbbi tedaviler konusunda güven duymasını sağlamak için hasta ve yakınlarının yapılan uygulamalar hakkında bilgilendirilmesinin son derece önemli olduğu vurgulanmıştır (Bodur ve ark., 2011; Mülâyimoğlu, 2012). Elings'in (2014) acil servise başvuran hastalarda kaygı düzeyini azaltmaya yönelik olarak yaptığı bir çalışmada, hasta memnuniyetini arttırabilmek ve hastaların kaygı oranını düşürebilmek için bu konuda hazırlanmış hemşirelik protokolleri kullanımının

son derece yararlı olduğu, bu protokollerin hastalarda kaygıyı azaltarak daha iyi hasta bakımı ve sonuçları sağlayacağı bildirilmektedir (Elings, 2014; Castner ve ark., 2013).

Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırmada hasta yakınlarının (kardeş, dede, babaanne, dayı, hala, teyze, yeğen) %2,7'sinin daha önce tıbbi hataya maruz kaldığı, tıbbi hatanın en çok cerrahi servisinde meydana geldiği, hastane enfeksiyonu ve ameliyat sonrası komplikasyon ile sonuçlandığı ve tıbbi hatadan sırasıyla hekim ve hemşirenin sorumlu olduğu belirlendi. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hasta yakınlarının tıbbi hataya maruz kalma oranının %21,1 ile %44,5 arasında değiştiği (Mülayimoğlu, 2012; Adams ve Boscarino, 2004; Tekinarslan ve Erdem, 2015); tıbbi hata türlerinin ilaç uygulama hatası, hastane enfeksiyonu, yanlış teşhis ve ameliyat ile ilgili olduğu, tıbbi hataların en çok doktor ve hemşireden kaynaklandığı bildirilmiştir (Mülayimoğlu, 2012). Bu araştırmadan elde edilen bulgular sağlık bakım profesyonellerinin bakım, tedavi ve uygulamaları sırasında asepsi, antisepsi ve sterilizasyon tekniklerine daha çok önem vermeleri gerektiğini göstermektedir.

Tıbbi hata sonrasında hasta yakınlarının %85,2'sinin zarar gördüğü, hatalı tıbbi uygulama sonrasında sağlık bakım profesyonellerinin %73,9'una hiç bir yaptırım uygulanmadığı, tıbbi hataya bağlı olarak tedavi süresinin uzadığı belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bir çalışmada da, hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun tıbbi hata sonucunda zarar gördüğü, hasta yakınlarına ek ve uzun süreli tedavi uygulandığı ve bireylerde psikolojik sorunlar geliştiği bildirilmiştir (Mülayimoğlu, 2012).

Bu çalışmada hastaların %40,9'unun acil servise başvuru sırasında kaygı duyduğu, hastaların acil serviste kaygı duydukları en önemli alanın %76,4 ile yanlış tanının konulması ile ilgili olduğu görüldü. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da hastaların acil servise başvuruları sırasında yüksek kaygı düzeyine sahip olduğu (Uğrak ve ark., 2016) ve hastaların tıbbi hatalarla ilgili endişe yaşadıkları bildirilmiştir (Burroughs ve ark., 2005). Bu doğrultuda hastalara uygulanan bakım, tedavi ve uygulamaların sağlık bakım profesyonelleri tarafından açıklanmasının onların kaygı düzeylerini azaltabileceği düşünölmektedir.

5.3. Acil Servise Başvuran Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'ne İlişkin Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Durumluk Alt Boyut puan ortalaması $34,4\pm 4,4$, Sürekli Alt Boyut puan ortalaması $43,9\pm 5,0$ olarak belirlendi. Bununla birlikte Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Alt Boyut ortanca puanının hastaların yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, meslek ve evde birlikte yaşadığı kişi gibi özellikler yönünden farklılık gösterdiği görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda 29-39 yaş grubunda yer alan hastaların sürekli kaygı puanlarının 51-61 yaş ve 62 yaş ve üzerinde olan hastaların kaygı puanından daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca sürekli kaygı puanının kadınlarda erkeklerden, bekarlarda evlilerden, ev hanımı ve memurlarda emeklilerden, anne-babası ile yaşayanlarda, eşi ile birlikte yaşayanlardan daha yüksek olduğu belirlendi. Bu çalışmada erkeklerle karşılaştırıldığında acil servise başvuran kadınlarda ve ev hanımlarında kaygı düzeyinin yüksek olması, kadınların doğası gereği kaygı düzeylerini daha rahat ifade etmelerinden ve geleneksel yapı doğrultusunda genellikle kadınların çalışmamalarından ve sosyal yaşantılarının kısıtlı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma bulgularını destekler nitelikte Ekwall'in (2013) acil servisteki hastaların bakış açısıyla aciliyet ve kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik araştırmasında, kaygı ortalama değerinin ilk yatışta erkeklerde 42,4 ve kadınlarda 47,9, taburculukta erkeklerde 23,0 kadınlarda 27,3 olarak belirlendiği bildirilmiştir. Patel ve arkadaşlarının (2014) acil serviste ağrılı durumlar için tedavi gören hastalar tarafından tanımlanan ağrı, stres ve anksiyete düzeyinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik bir çalışmada da, hastalar tarafından bildirilen stres ve kaygının, erkek hastalarla karşılaştırıldığında kadın hastalarda daha yüksek olduğu, buna karşın ağrı ve memnuniyetin cinsiyetlere göre farklılık göstermediği ve cinsiyetin tek başına ağrının değişimine etki eden eden bir faktör olmadığı, kaygı ve stresin, ağrı-cinsiyet ilişkisini potansiyel olarak daha çok etkileyebileceği bildirilmiştir.

Acil serviste hastaların yaşadıkları kaygı düzeylerini belirlemek üzere yapılan diğer bir çalışmada da, hastaların en çok "başına ne geleceğini bilememek", "rahatsızlık verici uygulamalara maruz kalmak", "ağrı hissetme" ve "neyin yanlış olduğunu bilememe" gibi psikolojik, sosyal ve fiziksel faktörler nedeniyle kaygı yaşadıkları, erkek, yaşlı ve durumu hafif olan hastalar ile karşılaştırıldığında kadın, genç

ve durumu ciddi hastaların daha fazla kaygı yaşadıkları bildirilmiştir (Byrne ve Heyman, 1997). Aynı çalışmada kadınlarda kaygı durumu yüksekliğinin tıbbi muayene yaptırmaktan utanmalarından, gençlerin kaygı durumu yüksekliğinin kaygılarını daha kolay ifade etmelerinden ve durumu ciddi hastaların kaygı durumu yüksekliğinde akrabalarından ayrılma olasılıklarından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Byrne ve Heyman, 1997). Bu doğrultuda acil servisteki hastalara bakım veren hemşirelerin hastaların fizyolojik, sosyal ve fiziksel durumlarını dikkate alarak hastaları bütünsel olarak değerlendirmeleri, hastaların mevcut durumları ile ilgili duygusal tepkilerini gözönünde bulundurarak hemşirelik bakımı sunmaları, hastaların kaygılarını ayrıntılı bir şekilde tanılamak için onlara zaman ayırmalarının son derece önemli olduğu düşünülmektedir (Byrne ve Heyman, 1997).

Uğrak ve arkadaşlarının (2016) hastaların sürekli kaygı düzeyleri ile acil sağlık hizmetlerini kullanma durumlarını belirlemek üzere yapmış oldukları araştırma sonrasında, hastaların büyük çoğunluğunun, yüksek kaygı düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak aynı çalışmada hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterdiği, 18-34 yaş grubu ile karşılaştırıldığında 65-85 yaş grubu hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların sürekli kaygı puanları eğitim düzeylerine göre farklılık göstermemesine karşın Uğrak ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) lise, üniversite ve lisansüstü mezunlarla karşılaştırıldığında ilkökul mezunu hastaların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve gelir durumu yetersizliğinin de hastaların sürekli kaygı puanlarını arttırdığı bildirilmiştir.

Bununla birlikte bu çalışmada Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Alt Boyut ortanca puanının hastaların acil servise başvuru sıklığına göre de farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda acil servise başvuru sıklığı dört olan hastaların sürekli kaygı puanının, acil servise başvuru sıklığı iki olan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Uğrak ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada ise daha önce acil servise hiç başvurmayanlarla karşılaştırıldığında altı ve daha fazla başvuran hastaların sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu durumun acil servise başvuran hastaların kendileri için düzenlenmiş olan bakım ve tedaviden memnun olmamaları nedeniyle acil servise sık başvurmalarından, aldıkları bakım ve tedavi konusunda yeterince

bilgilendirilmemelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca acil servise göğüs ağrısı, baş dönmesi, baş ağrısı ve solunum problemleri nedeniyle başvurma durumu hastalarda kaygı düzeyi ile kaygılarını azaltmak için gereksinim duydukları desteğe olan ihtiyaçlarının da artırmaktadır (Ekwall, 2013).

5.4. Acil Servise Başvuran Hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği'ne İlişkin Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmada Beck Umutsuzluk Ölçeği Gelecekle İlgili Duygular Alt Boyut ortanca puanı 2,2 (0-5), Motivasyon Kaybı Alt Boyut ortanca puanı 2,6 (0-8), Gelecekle İlgili Beklenti Alt Boyut ortanca puanı 1,9 (0-5) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği geneli ortanca puanı 6,8 (0-17) olarak belirlendi. Literatür incelendiğinde acil servise başvuran hastaların umutsuzluk düzeyini belirlemeye yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamış olmakla birlikte, bu durum bu konuda yapılacak olan araştırma sayısının artırılması gerektiğini göstermektedir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puanının hastaların yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yerleşim yeri, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu ve evde birlikte yaşadığı kişiler gibi özellikler yönünden farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda 62 yaş ve üzeri grupta yer alan, erkek, dul/boşanmış/ayrı yaşayan, okur yazar, çalışmayan, emekli, sosyal güvencesi olan, köyde yaşayan, geniş aile yapısına sahip, çocuğu olan hastalarda Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puanının daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca çocukları ile yaşayan hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puanının, eşi, eşi ve çocukları, anne-baba ve tek başına yaşayan hastaların ortanca puanından daha yüksek olduğu saptandı. Yaşlılık döneminde umutsuzluk düzeyinin artmasının bu döneme ilişkin fizyolojik ve emosyonel problemlerden, çalışmayan bireylerde umutsuzluk düzeyinin artmasının gelecek korkusundan, köyde yaşayan bireylerde umutsuzluk düzeyinin artmasının yaşadıkları yerleşim alanında yeterli sağlık olanaklarına sahip olmamalarından ve çocuk sahibi olan bireylerde umutsuzluk düzeyinin artmasının ise çocuklarının geleceği ile ilgili korku ve belirsizlikten kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puanının hastaların sağlığını algılama durumu, kronik bir hastalığa sahip olma durumu ve düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu yönünden farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda

sağlık durumunu kötü olarak algılayan, kronik bir hastalığa sahip olan ve düzenli sağlık kontrollerine giden hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Sağlık durumunu kötü algılayan bireylerde umutsuzluk düzeyinin yüksek olması, sahip oldukları kronik hastalıklara ilişkin başatma yöntemlerinin yetersiz olmasından kaynaklanabilir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puanının hastaların acil servise başvuru saati, daha önce acil servise başvuru durumu, acil servise başvuru sıklığı, uygulanan tıbbi müdahalenin güven verme durumu gibi özellikler yönünden farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda acil servise başvuru saati 24-06 arası olanların 6-12 arası olanlardan, daha önce acil servise başvuruda bulunmuş olanların, acil servise başvuru sıklığı dört kez, yedi kez ve üzeri olanların bir kez başvuranlardan, tıbbi müdahalenin güven verdiği hastalarla karşılaştırıldığında bu konuda bir fikri olmayan hastalarda Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puanın daha yüksek olduğu görüldü. Acil servise başvuru sıklığı dört ile yedi ve üzeri olan hastalarda umutsuzluk düzeyinin yüksek olması hastalara sunulan bakım, tedavi ve uygulamaların onların beklentilerini karşılamamasından kaynaklanabilir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puanının hastaların tıbbi hata sonucu zarar görme durumu, tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşünceler gibi özellikler yönünden farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda tıbbi hata sonucu zarar görenlerde ve tıbbi hataların önlenemeyeceğini düşünenlerde Beck Umutsuzluk Ölçeği ortanca puanın daha yüksek olduğu görüldü. Bu durum daha önce tıbbi hata nedeniyle kendisi veya bir yakını zarar görenlerde, kendilerinde benzer bir duruma maruz kalabileceklerini düşünmelerinden ve hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulmamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Durumluk Alt Boyutu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle İlgili Duygular Alt Boyutu ” arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki, Beck Umutsuzluk Ölçeği “Motivasyon Kaybı Alt Boyutu” ile pozitif yönde zayıf bir ilişki ve Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle İlgili Beklentiler Alt Boyutu” ile pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Durumluk -Sürekli Kaygı Ölçeği ile

Beck Umutsuzluk Ölçeği arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Sürekli Alt Boyutu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği “Motivasyon Kaybı Alt Boyutu” arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki, Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle İlgili Beklentiler Alt Boyutu” ile pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Sürekli Alt Boyutu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Sürekli Alt Boyutu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle İlgili Duygular Alt Boyutu” arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

Bu çalışmada hastaların acil servise kabul zamanının, acil servise gelinen günün, acil servise yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilmesinin, daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumunun, maruz kalınan tıbbi hatalar hakkında bilgilendirilmesinin, herhangi bir yakınının tıbbi hataya maruz kalmasının, yakınının maruz kaldığı hatadan dolayı zarar görmesinin, yakınının maruz kaldığı hata ile ilgili bilgilendirilmesinin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkilemediği saptandı. Buna karşın hastaların yaşlarının, medeni durumlarının, mesleklerinin, evde birlikte yaşadığı kişilerin, acil servise başvuru sıklıklarının ve hastaların tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşüncelerinin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkilediği görüldü.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların %30,7'sinin bulantı-kusma, %23,8'inin karın ağrısı ile acil servise kabul edildiği; hastaların %47,3'ünün acil servise gündüz, %46,3'ünün 18-24 saatleri arasında başvurduğu, %38,2'sinin acil servise başvuru sıklığının 3 olduğu, %40,9'unun acil servise başvuru sırasında kaygı duyduğu, hastaların acil serviste kaygı duydukları en önemli alanın %76,4'ünde yanlış tanının konulması ile ilgili olduğu, hastaların, %67,8'ine uygulanan tıbbi müdahalenin güven verdiği ve %53'ünün hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların %5,3'ünün daha önce tıbbi hataya maruz kaldığı, tıbbi hataların %38,5'inin devlet hastanesinde, %19,2'sinin acil serviste meydana geldiği, hastaların %23,1'inde hastane enfeksiyonu geliştiği, %21,1'ine yanlış tanı konulduğu, tıbbi hataların %51,9'undan hekimlerin, %42,3'ünden hemşirelerin sorumlu olduğu, tıbbi hata sonucu %71,2'sinin zarar gördüğü ve tıbbi hataya bağlı olarak %59,5'inde tedavi süresinin uzadığı saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların Durumluk Alt Boyut Ölçeği madde ortalamaları 1,13 ile 2,26 arasında değişmektedir. En düşük ortalama değer “Şu anda sevinçliyim” maddesine ait iken en yüksek değer “Şu anda kaygılıyım” maddesine aittir. Sürekli Alt Boyut Ölçeği ortalama değerleri ise 1,56 ile 2,89 arasında değişmektedir. En düşük ortalama değer “Genellikle kendimi hüzünlü hissederim” maddesine ait iken en yüksek ortalama değer “Akli başında ve kararlı bir insanım” maddesine aittir. Durumluk Alt Boyut Ölçeği puan ortalaması 34,4±4,4 ve Sürekli Alt Boyut Ölçeği puan ortalaması 43,9±5,0 olarak saptanmıştır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği Gelecekle İlgili Duygular alt boyut ortanca puanı 2,2 (0-5), Motivasyon Kaybı Alt Boyut ortanca puanı 2,6 (0-8), Gelecekle İlgili Beklenti Alt Boyut ortanca puanı 1,9 (0-5) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği geneli ortanca puanı 6,8 (0-17) olarak belirlendi.

Bu çalışmada hastaların daha önce tıbbi hataya maruz kalma durumunun kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkilemediği saptandı. Buna karşın hastaların sosyodemografik (yaş, medeni durum, meslek, evde birlikte yaşadığı kişiler), acil servise başvurma (acile başvuru sıklığı) ve tıbbi hataya maruz kalma durumuna

(hastaların tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili düşünceleri) ilişkin bazı özelliklerinin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkilediği görüldü.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Durumluk Alt Boyutu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle İlgili Duygular Alt Boyutu ” arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,172$, $p<0,001$), Beck Umutsuzluk Ölçeği “Motivasyon Kaybı Alt Boyutu” ile pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,087$, $p=0,007$) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle İlgili Beklentiler Alt Boyutu” ile pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki ($r=0,071$, $p=0,026$) olduğu belirlendi. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($r=-0,017$, $p=0,597$).



6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda ;

- Acil serviste sağlık bakım hizmetleri planlanırken, acil servise başvuran hastaların tıbbi hata algılarını etkileyen faktörler ile tıbbi hataların nedenlerine ilişkin görüşlerinin göz önünde bulundurulması,
- Acil servise başvuran hastaların kaygı ve umutsuzluk düzeyini azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Acil serviste yapılan uygulamalar hakkında hasta ve yakınlarının yeterli düzeyde bilgilendirilmesi,
- Acil serviste hasta güvenliğini sağlamak ve düşmeleri önlemek amacıyla gerekli önlemlerin alınması,
- Hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik protokoller geliştirilmesi,
- Hasta sayısı ve yoğunluğuna bağlı olarak gelişebilecek yanlış tanı konulma durumunu önlemek amacıyla triaj sistemine önem verilmesi,
- İlaç uygulamalarına bağlı yan etki ve allerjileri önlemek için hastalarda allerji durumunun sorgulanması ve ilaç uygulaması sonrasında hastaların sık aralıklarla gözlenmesi,
- Tıbbi hataları önlemek ve uygun hasta yaklaşımında bulunmalarını sağlamak amacıyla acil serviste çalışan sağlık bakım profesyonellerine yönelik eğitimler düzenlenmesi,
- Acil servislerde tıbbi hataların en aza indirilebilmesi için araştırmaların yapılması ve bu konuda uygun çözüm önerilerinin üretilmesi,
- Acil servislerde hasta ve iş yoğunluğunu arttıran gereksiz başvuruları önlemek amacıyla, toplumun bu konudaki farkındalık düzeyinin arttırılması,
- Tıbbi hataların raporlanmasını destekleyen bir kurum kültürünün geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Adams R.E, Boscarino J.A. A Community Survey of Medical Errors in New York. *International Journal for Quality in Health Care* 2004;16(5):353-362.
- Akalın H.E. Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz. *ANKEM dergisi*. 2004;18(2):12-13.
- Akalın H.E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun bakım Dergisi*. 2005;5(3):141-146.
- Akdağ M. SHKS Ameliyathane Bilgilendirme El Kitabı. Medicalpark. www.medicalpark.com.tr/i/Assets/ameliyathanebilgilendirme. Erişim tarihi: 28/11/2016.
- Akdeniz M, Kavukçu E, Yaman H. Yaşlılarda Düşmeler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2010;19(4):3-5.
- Akkoyunlu C. Tip 2 diyabet mellit ve romatoid artrit hastalarında hastalık algısının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi*. 2012; 3-15.
- Akman A.B. Hasta güvenliği kültürü ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. 2010;1-136.
- Akmanış B. Otistik çocuğu olan annelerin algıladıkları sosyal desteğe göre umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. 2010;1-30.
- Aktaş B. Yaşlı bireylerde düşmeleri önlemeye yönelik rehber geliştirme ve geliştirilen rehber doğrultusunda verilen eğitimin düşmeyi önlemeye etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi*. 2012; 6-17.
- Akyol C, Oktay C, Hakbilir O, Akyol A.J, Tür F.Ç. Acil servise aynı şikayet ile tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 2006;6(3):108-116.
- Alemdar D.K, Aktas Y.Y. Nurses' tendency of malpractice in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, September-December 2014;7(3): 955-963.
- Alp E. Enfeksiyon Kontrol Programı. *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri*. 2012; 1-183.
- Alp F.Y. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. 2011;1-177.
- Andsoy II, Kar G, Öztürk Ö. A study on trendstomedicalerrorfornurses. *Journal of*

- Health Sciences and Professions. 2014;1; 17–27.
- Aştı T.A, Karadağ A. Hemşirelik Esasları 1. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık. 2013a; 262-274.
- Aştı T.A, Karadağ A. Hemşirelik Esasları 2. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık. 2013b; 870-881.
- Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000;4(2): 22-27.
- Avcı K, Aktan T. Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015; 5 (2): 48-54.
- Aygin D, Cengiz H. İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumlulukları. Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011;45(3):110-114.
- Aytaç S. İnsanı anlama çabası. 1. Baskı. Bursa. Ezgi Kitabevi. 2000;107-123.
- Baker GR, Norton P. Patient Safety and Healthcare Error in the Canadian Healthcare System:A Systematic Review and Analysis of Leading Practices in Canada with Reference to Key Initiatives Elsewhere, 2001.
- Balanuye B. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2014;1-62.
- Ballard, K.A. (2003). Patient safety: A shared responsibility. The Online Journal of Issues in Nursing, 8, Available from. <http://www.nursingworld.org>. Erişim tarihi: 15/12/2015
- Barrett J, Gifford J, Morey J, Risser D, Salisbury M. Enhancing patient safety through Team work training. Fall, 2011;61-69. www.ashrm.org
- Baştuğ G. Bayan voleybolcuların müsabaka dönemi kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi. 2009;11(3):15-20.
- Beki F. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2015:29-34.
- Berg KO, Maki BE, Williams JI, Holliday PJ, Wood-Dauphinee SL. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1992a;73; 1073-1080.
- Beck AT, Brown G, Robert MS, Berchick RJ, Stewart BL, And Steer RA. Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication with

- Psychiatric Outpatient. The American Journal of Psychiatry. 1990. 147:190-195.
- Beck A.T, Lester D, Trexler M. The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1974: 42;861-874.
- Beck AT, Ster RA, Kovacs M. Hopelessness and eventual suicide. A 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry. 1985:142; 559-563.
- Beck AT, Steer, RA. Beck Hopelessness Scale Manual. San Antonio, TX:Psychological Corporation. 199
- Berg K.O, Wood-Dauphinee S.L, Williams J.I, Maki B.Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. Canadian Journal of Public Health. 1992b;(83):2;7-11.
- Bilge Y, Geçim İ.E. Medikolegal düzlem tıpta uygulama hataları. 1. Baskı.Baskı Evi Matbaa Promosyon ve Reklam Hizm. San. Tic. Ltd. Şti. Ankara.2011:7-104.
- Blendon R,J, Desrosches C.M, Brodie M, Benson J.M. Views of practicing physicians and the public on medical errors. The New England Journal of Medicine. 2002;347(24):1933-1940.
- Bodur S, Filiz E, Durduran Y. Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi. Genel Tıp Dergisi. 2011;21(4):123-130.
- 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.
- Burroughs TE, Waterman AD, Gallagher TH, Waterman B, Adams D, Jeffe DB, Dunagan WC, Garbutt J, Cohen MM, Cira J, Inguanzo, J, Fraser VJ. Patient concerns about medical errors in emergency departments. Academic Emergency Medicine 2005; 12 (1):57–64.
- Byrne G, Heyman R. Patient anxiety in the accident and emergency department. Journal of Clinical Nursing. 1997;6:289-295.
- Cander B. Oxford Acil Tıp El Kitabı. 4. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi. 2013; 2-10.
- Castner J, Grinslade S, Guay J, Hettinger Z, Seo J.Y, Boris L. Registered nurse scope of practice and ed complaint-specific protocols. 2013;39(5):467-473).
- Can G. Onkoloji Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 1087-1093.
- Can İÖ, Özkara E, Can M. Medical malpractice verdicts of high court in Turkey. DEU Journal of Medical Faculty. 2011: 25; 69–76.

- Cebeci F, Gürsoy E, Tekindüz S. Determination of medical error tendency of nurses. *Anadolu Journal of Nursing and Health Sciences*. 2012 ;15: 188–196.
- Cebeci F, Karazeybek E, Dağ G.S. Öğrenci hemşirelerin hastane uygulamaları sırasında tanık oldukları tıbbi hata durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;3(2): 736-745.
- Cengiz C. Hasta güvenliğinde kimlik doğrulama, hastaların doğru tanımlanmasının önemi, karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri ve bir üniversite hastanesi uygulaması. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek lisans Tezi*. 2014;3-182.
- Ceyhan A.A. Ortaöğretim alan öğretmenliği tezsiz yüksek lisans programına devam eden öğretmen adaylarının umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Sosyal bilimler dergisi*. 2004:91-101.
- Ceylan R. Entegre eğitime katılan ve katılmayan engelli çocukların annelerinin depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi*. 2004; 59-63.
- Croke EM. Nurses, negligence, and malpractice. *American Journal of Nursing*, 2003; 103(9):54-63.
- Çakmak B.C. Hastanede çalışan sağlık personelinin hastane enfeksiyonu ve korunma yolları konusunda eğitim, bilgi ve uygulama becerileri. *Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. 2014; 8-36.
- Çakmakçı M, Akalın HE. Hasta Güvenliği:Türkiye ve Dünya. Füsün Sayek Türk Tabipler Birliği Raporları/Kitapları, 1. Baskı, Ankara. 2011:13-190.
- Çavuş B. Öğretim elemanlarının örgütsel adalet algılarıyla umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki. *Adnan Menderes Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. 2016; 11-35.
- Çetin G. Tıbbi malpraktis. *Sempozyum Dizisi*. 2006;48(2): 31-42.
- Çevik C, Tekir Ö. Acil servis başvurularının tanı kodları, triyaj ve sosyodemografik açıdan değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;3(2):102-107.
- Çırpı F, Merih D, Kocabey M. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*2009; 2(3): 26-34.
- Çoban İ, Yardımcı F. Ailelerin hasta güvenliği konusundaki görüşlerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi*, 2012:10-33.

- Danacı E, Koç Z. Acil servise başvuran onkoloji hastalarının bakımdan sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyumu ilişkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi. Sağlık bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2016;15-72.
- De Vries EN1, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care*. 2008;17(3): 216-223.
- Deilkas E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Services Research* 2010,10:85.
- Deniz M.E, Dilmaç B, Arıca O.T. Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin durumluluk-sürekli kaygı ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009;6(1):953-968.
- Dikmen Y.D, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;44-56.
- Doğan P. Resim öğretmeni adaylarının umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2012;36:115-127.
- Doğan S, Kelleci M. Fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan bireylerin bazı tanı gruplarına göre umutsuzluk düzeyleri. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*. 2004;13(52):23-37.
- Durak A. Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*.1994;9(31); 1-11.
- Durak A, Palabıyık A.Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*. 1994;2(2);311-319.
- Durham JW. Norms, reliability and item analysis of the Hopelessness Scale in general bychiatnc, forensic psychiatnc and college populations *Journal of Clinical Psychology*.1982;38 (3) 597-600.
- Ehsani SR, Cheraghi MA, Nejati A, Salari A, Esmailpoor AH, Nejad EM. Medication errors of nurses in the emergency department. *Journal of Medical Ethics And History of Medicine*. 2013;6,11.
- Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *Journal of emergency nursing*. 2013;39(6):534-538.
- Elbüken B, İnanıcı MA. Analysis of the malpractice of health care professionals and cases sent to the supreme council of health. *Marmara University, Institute of Health Sciences, Department of Surgical Disease Nursing Postgraduate Thesis*, İstanbul. 2010.

- Elings S. Relieving anxiety in the emergency department for our patient population. *Journal of emergency nursing*. 2014; 40(3):210.
- Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç M.A. Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. 2006;6(1):25-35.
- Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D. Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013, 29(2):33-45.
- Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2009;84(1):1-10.
- Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. Falls risk factors in the hospital setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*. 2001;7; 38–45.
- Eyigör S. Düşmelere yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi*. 2012;51: 43-51.
- Fordyce J., Blank D., Pekow P., Smithkline H., Ritter G., Gehlbach S., Benjamin E., Henneman P.L. Errors in a busy emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 2003;42:324– 333.
- France R, Robson M. *Cognitive Behavioural Therapy in Primary Care*, London: Jessica Kingsley Publishers. 1997.
- Frankly E.V. İnsan Anlam Arayışı. Çeviri: Budak S. Ankara. Öteki Yayınevi. 2007;15-120.
- Fuller G. Falls in the elderly. *American Family Physician*. 2006;1:2159–2168, 2173–2174.
- Ganz D.A, Bao Y, Shekelle P.G, Rubenstein L.Z. Will my patient fall? *The Journal of the American Medical Association*. 2007: 297; 77–86.
- Gökçe T, Dünder C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;15(1):25-28.
- Guse C.E, Porinsky R. Risk factors associated with hospitalization for unintentional falls: Wisconsin Hospital discharge data for patients aged 65 and over. *Wisconsin Medical Journal*. 2003;(102):37–42.
- Gülhan S. Trabzon il merkezinde yaşayan yaşlılarda düşme riski, düşme prevalansı ve düşmeye bağlı işlevsel yetersizlik. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2013; 14-22.
- Günday R. Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk.

- Adalet Yayınevi. Ankara.2012;3-407.
- Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S. Nursing and midwifery malpractice in Turkey based on the Higher Health Council records.Nursing Ethics. 2004;11(5):489-499.
- Halfon P, Eggli Y, Van Melle G, Vagnair A. Risk of falls for hospitalized patients: A predictive model based on routinely available data. Journal of Clinical Epidemiology. 2001;54, 1258–1266.
- Hancı İ.H, Ünver Y. 2. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi 1. Oturum. Seçkin Yayıncılık. 2015;41-53.
- Hennemann, E.A, Blank F.S.J, Gawlinski A, Hennemann P.L. Strategies used by nurses to recover medical errors in an academic emergency department setting. Applied Nursing Research. 2006;19:70–77.
- Henneman, P. L., Blank, F. S., Smithline, H. A., Li H., Santoro, S. J., Schmidt, Benjamin E, Hennemann E.A. Voluntarily reported emergency department errors. Journal of Patient Safety. 2005;1: 126– 32.
- Hill K.D, Vu M, Walsh W. Falls in hospital—Impact on resource utilization. Australian Health Review. 2007;31; 471–477.
- Hitcho E.B, Krauss M.J, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: A prospective analysis. Journal of General Internal Medicine. Et al. 2004: 19; 732–739.
- Hughes R.G. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. 2008;1-40.
- Hurley A.C, Dykes P.C, Carroll D.L, Dykes J.S, Middleton B. Fall TIP: Validation of icons to communicate fall risk status and tailored interventions to prevent patient falls. Studies in Health Technology and Informatics.2009;146; 455–459.
- IOM- Institute of Medicine . Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press. Washington. 2001; 1-8.
- Işık O, Akbolat M, Çetin M. Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi.TAF Prev Med Bull 2012; 11(4): 421-430.
- Işık A.T, Cankurtaran M, Doruk H, Mas M.R. Geriatrik Olgularda Düşmelerin Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2006; 9 (1): 45-50.
- İntepeler Ş.S, Soydemir D, Güleç D. Medical error tendencies and the factors affecting these tendencies in nurses.Ege University Journal of Nursing Faculty. 2014;30: 1-18.
- Joint Comission International, National Patient Safety Goals.

https://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Erişim Tarihi:28/11/16.

- Kagan I, Barnoy S. Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 2013;(45):3:273–280.
- Kalra J. Medical errors: impact on clinical laboratories and other critical areas *Clinical Biochemistry*. 2004a;37:1052-1062.
- Kalra J. Medical errors: overcoming the challenges. *Clinical Biochemistry*. 2004b;37:1063-1071.
- Kalra J. Medical errors: an introduction to concepts. *Clinical Biochemistry*. 2004c;37:1043-1051.
- Kallberg A.S. Patient safety in the emergency department - errors, interruptions and staff experience. Thesis for doctoral degree, Karolinska Institutet. Stockholm. Sweden. 2015.
- Kannus P, Khan K.M, Lord, S.R. Preventing falls among elderly people in the hospital environment. *The Medical Journal of Australia*. 2006;184;372–373.
- Karahocagil M.K, Yaman G, Göktaş U, Sünnetçioğlu M, Çıkman A. Hastane Enfeksiyon Etkenlerinin ve Direnç Profillerinin Belirlenmesi. *Van Tıp Dergisi*. 2011;18(1):27-31.
- Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010;17(3): 233-236.
- Kayış A. Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri. *Haliç üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. 2009;26-30.
- Kelek N. Bir göğüs hastalıkları hastanesinde cerrahi girişim uygulanan hastalarda hastane enfeksiyonunun retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. 2012;5-32.
- Kılıç N. Hafif şişman ve şişman kadınlara diyet tedavisinin vücut kompozisyonu, benlik algısı ve umutsuzluk düzeyine etkisi. *Ankara Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü*. 2016;41-43.
- Kılıç S.P., Karadağ G, Oyucu S, Kale Ö, Zengin S, Özdemir E, Korhan E.A. Effect of music on pain, anxiety and patient satisfaction in patients who present to the emergency department in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science*. 2015;12:44-53.
- Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 2005;5(1):5-13.

- Kırılmaz H. 2. Uluslararası sağlıkta performans ve kalite kongresi. Bildiriler kitabı. 1.Baskı. Ankara. 2010;3-628.
- Kıymaz D, Koç Z. Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2015; 7-30.
- Kierkegaard, S. Ölümçül Hastalık Umutsuzluk, Çeviri: Yakupoğlu M.M. İstanbul. Ayrıntı Yayınları. 2001; 10-80.
- Kohn L.T, Corrigan J.M, Donaldson M.S. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine, Washington, DC : The National Academy Press. 1999;1-35.
- Köse A, Köse B, Öncü M.R, Tuğrul F. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. Gaziantep Tıp Dergisi. 2011;17(2):57-62.
- Krauss M.J, Evanoff B, Hitcho E, Nquqi K.E, Dunagan W.C, Fischer I. A case-control study of patient, medication, and care related risk factors for inpatient falls. Journal of General Internal Medicine. Et al. 2005;20; 116–122.
- Lee W.C, Wung H.Y, Liao H.H, Lo C.M, Chang F.L, Wang F.C, Fan A, Chen H.H, Yang H.C, Hou S.M. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. BMC Health Services Research 2010, 10:234.
- Lindsay P.H, Norman D.A. Human information processing: an introduction to psychology. New York, Academic P.1997.
- Madak K.U. Bir üniversitesi hastanesindeki hastaların düşme risk düzeylerinin ve düşme önleme uygulamalarının değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2010;6-14.
- Martin F.C. Falls risk factors: Assessment and management to prevent falls and fractures. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement. 2011;30;33–44.
- Moylan K.C, Binder E.F. Falls in older adults: Risk assessment, management, and prevention. The American Journal of Medicine. 2007;120; 493–497.
- Mülayımoğlu A, Ayaz S. Halk eğitim merkezine devam eden bireylerin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve tıbbi hatalarla ilgili deneyimleri. Gazi üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2012;1-58.
- Naharcı H. Adana ilindeki çeşitli hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde etkili olan önlemlere ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Yüksek Lisans Tezi. Adana. 2006; 1-61.
- Nakai A, Akeda M, Kawabata I. Incidence and risk factors for inpatient falls in an academic acute-care hospital. *Journal of Nihon Medical School*. 2006;73;265–270.
- NCCMERP (2009) About Medication Errors, www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html, Erişim tarihi: 21/11/2016.
- Newton R.A. Balance and falls among older people. *Generations Journal of the American Society on Aging*. 2003;27:27–31.
- Nieva V.F, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12(Suppl II):ii17–ii23.
- Nosek AR, McMeekin J, Rake GW. Standardizing Medication Error Event Reporting in The U.S. Department of Defense. *Advances in Patient Safety*. 2005; 4: 361-374.
- Oktay A.A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2011; 34-38.
- Olçay G.U. Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerde algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Haliç Üniveritesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2016; 41-60.
- Orucu M, Geyik M.F. Yoğun bakım ünitesinde sık görülen enfeksiyonlar. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008;1:40-43.
- Öner, N. and Le Compte, A. Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı.2. Basım. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.1998;8-20.
- Öner N, Le Compt A. State-trait anxiety inventory manual. Boğaziçi university publications, İstanbul. 1985;333:1-26.
- Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım, 1997; 365-373.
- Örüş N.E, Yenicesu İ. Ulusal kan ve kan bileşenleri hazırlama, kullanım ve kalite güvencesi rehberi. 2016;25-56.
- Özata M, Altuncan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2010;8(2):100-111.
- Özbay Y. Akademik erteleme davranışının benlik saygısı, dumululuk kaygı ve öz yeterlilik ile açıklanabilirliği. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2008;1-57.
- Özdemir H. Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algılarının

- belirlenmesi:Afyonkarahisar'da bir uygulama. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2014;1-92.
- Özdemir F.K, Şahin Z.A. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars ili örneği. *Odü Tıp dergisi*. 2015;2:139-144.
- Özer Ö, Taştan K, Set T. Tıbbi hatalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015;42(3):394-397.
- Özlu Z.K, Tuğ Ö, Yayla A.Ç. Inevitable problems of older people: presurgery information effect on anxiety levels in patients undergoing cataract surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;25:1388-1394.
- Öztunç M, Vural G. Kadın Doğum Kliniklerinde çalışan hemşire ve ebelerin hatalı tıbbi uygulama yapma durumları ve hatalı yıbbi uygulama nedenlerinin önemine ilişkin görüşleri. Gazi Üniveritesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2012:6-30.
- Öztürk, Y. Acil servise başvuran olguların aciliyet konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2014;12(1):20-25.
- Patel R, Biros M.H, Moore J, Miner J.R. gender differences in patient-described pain, stress and anxiety among patients undergoing treatment for painful conditions in the emergency department. *Akademik Emergency Medicine*. 2014:1478.
- Payza U, Karakaya Z. Acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri, aciliyet algıları, bu algıyı etkileyen faktörler ve acil servise bakış açıları. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi. Acil Tıp Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2014:3-42.
- Peel, N.M.Epidemiology of falls in older age.*CanadianJournal on Aging / La Revue canadienne de gériatrie*. 2011: 30; 7–19.
- Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG. Evaluation the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center: *Qual Saf Health Care*.2003;12(6):405-410.
- Rasmussen K, Pedersen AHM, Pape L, Mikkelsen KL, Madsen MD, Nielsen KJ. Work environment influences adverse events in an emergency department. *Danish Medical Journal* 2014;61(5):A4812.
- Resmi gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. 6 Nisan 2011. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>, Erişim Tarihi: 18/11/2016.
- Richardson F.C, Sunn R.M.Effects of Two Short-Term Desensitization Methods in the Treatment of Test Anxiety, *Journal of Counseling Psychology*. 1974;21 (5):457-458.

- Rubenstein, L.Z. (2006). Falls in older people: Epidemiology, risk factors, and strategies for prevention. *Age and Ageing*. 2006;35(2), ii37–ii41.
- Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*. 2004;23(4):202-212.
- Rose S.D. *Group Therapy with Troubled Youth (A Cognitive- Behavioral Interactive Approach)*, U.S.A: Sage Publications. 1989.
- Rubenstein, L.Z., & Josephson, K.R. The epidemiology of falls and syncope. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2002;18; 141–158.
- Sayek F. *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*. 1. Baskı. Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2011;3-180.
- Savaş H. *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları. Tıbbi Malpraktis-Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları*. Seçkin Yayıncılık. 3. Baskı. Ankara. 2013;25-311.
- Schenkel, S. Promoting patient safety and preventing medical error in emergency departments. *Academic Emergency Medicine*, 2000;(7):1204–1222.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty Z. Ve ark. Taking the pulse of health care systems: experiences of patient with health problems in six countries. *Health Affairs*. 2005;16:509-25.
- Seber G. *Beck Umutsuzluk Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği üzerine bir çalışma*. Doktora Tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 1991.
- Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik. *Depresyon ve intiharda Önemi*. *Kriz Dergisi*. 1993;1(3);139-142.
- Snyder, C. R. “Reality Negotiation From Excuses to Hope and Beyond”, *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1989;8(2):130-157
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for .Stait-Trait Anxiety Inventory*, California. Consulting Psychologist Pres. 1970.
- Stevens J.A. Falls among older adults—Risk factors and prevention strategies. *Journal of Safety Research*. 2005;(36):409 – 411.
- Tanrikulu F. *Acil servise başvuran hastalarda düşme riskinin belirlenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2016;1-55.
- Tanrıöver M.D, Serteser M, Ünsal İ, Akalın H.E. *Tanı hataları*. 1. Baskı, İstanbul, Acıbadem Üniversitesi Yayını. 2016;2-72.
- Tanrıverdi B. *İstanbul İli, Küçükçekmece İlçesi’nde Engelli Çocuğa Sahip Anne ve*

- Babaların Durumluluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Ebeveyn Stilleri Arasındaki İlişki. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2015;23-34.
- Taylor S.E, Kemeny M.E, Reed G.M. Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol* 2000; 55(1): 99-109.
- Tekinarslan M, Erdem R. Tıbbi malpraktisin hasta ve hasta yakınları üzerindeki psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri. Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2015;3-87.
- Terzi Ö, Aker S, Terzi Ö, Sünter A.T, Pekşen Y. Hastane temizlik elemanları ve mesleki enfeksiyon riski: Bilgi ve davranışlar üzerine bir çalışma. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2009;16(1):7-12.
- Thomas E.J, Brennan T.A. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: Population based review of medical records. *British Medical Journal*. 2000;320;741–744.
- Todd C, Skelton D. What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, 2004; WHO Regional Office for Europe [Health Evidence Network report] About Retrieved from www.euro.who.int/document/e82552.pdf.
- Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2013;1-60.
- Turkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2004;46(3);226-231
- Uğrak U, Cihangiroğlu N, Uzuntarla Y, Teke A. Hastaların sürekli Kaygı Düzeyleri ile Acil Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimlerinin Analizi. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*. 2016;7(13):209-225.
- Van C.L. Relationship between balance and falls among older adults living in the community. Unpublished master's thesis, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada. 2001.
- Vassallo M, Sharma J.C. Incidence and prognostic implications of falls associated with acute medical illness: A medical inpatient study. *International Journal of Clinical Practice*. 1998; 52; 233–235.
- Vassallo M, Amersey R.A, Sharma J.C, Allen, S.C. Falls on integrated medical wards. *Gerontology*. 2000a; 46; 158–162.
- Vassallo M, Azeem T, Pirwani M.F, Sharma J.C, Allen S.C. An epidemiological study

- of falls on integrated general medical wards. *International Journal of Clinical Practice*. 2000b;54;654–657.
- Vassallo M, Sharma J.C, Briggs R.S, Allen S.C. Characteristics of early fallers on elderly patient rehabilitation wards. *Age and Ageing*. 2003; 32; 338–342.
- Vassallo M, Stockdale R, Wilkinson C, Malik N, Sharma J, Baker R. Acceptability of fallprevention measures for hospital inpatients. *Age and Ageing*. Et al 2004: 33;400–401.
- World Healt Organization. What are the main risk factors for fallsamongst older people and what are themost effective interventions to preventthese falls?How should interventions to prevent falls be implemented?.2004;2-28.
- Yayla A. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ansiyete, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin baş etme tutumlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2012; 19-25.
- Yıldız M. Tutuklu ve hükümlülerde umutsuzluk, ölüme ilişkin depresyon ve ölüm Kaygısı ilişkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2011;35(1):1-7.
- Yılmaz İ.A, Dursun S, Güzeler E.G, Pektaş K. Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi: Bir Örnek Çalışma. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. 2014;16-26.
- Young HM, Gray SL, McCormick WC, Sikma SK, Reinhard S, Trippett LJ, Christlieb C, Allen T. Types, prevalence, and potential clinical significance of medication administration errors in assisted living. *Journal of the America Geriatrics Society*. 2008;56(7):1199–1205.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA TIBBİ HATA ALGISI İLE KAYGI VE UMUTSUZLUK DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bu çalışmadaki bütün bilgiler saklı tutulacak ve yalnızca tıbbi çalışma için kullanılacaktır. Bu çalışmadaki amaç acil servise başvuran hastalarda tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek ve anket sonuçları doğrultusunda uygun stratejiler geliştirmektir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılımınız için teşekkürler...

Doç.Dr. Zeliha KOÇ

OMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Esasları ABD Başkanı

Danışman

YL Öğrencisi Nida KIYICI

OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Acil Tıp Hemşireliği YL Öğrencisi

1)Yaş:

2)Cinsiyet: ()Kadın ()Erkek

3)Medeni durum: ()Evli ()Bekar ()Dul/ Boşanmış/ Ayrı yaşıyor

4)Eğitim Durumu:

()Okur-yazar değil ()Okuryazar ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite

5)Mesleği:

()Ev hanımı ()İşçi ()Memur ()Emekli ()Serbest Meslek ()Diğer (belirtiniz):

6)Yaşadığı Yerleşim Birimi: ()İl ()İlçe () Köy

7)Sosyal Güvencesi: ()Var ()Yok

8)Çalışma Durumu: () Evet ()Hayır

9)Aylık Gelir Durumu:.....

10)Aile yapısı: ()Çekirdek aile () Geniş aile

11)Çocuk sahibi olma durumu: ()Evet ()Hayır

12)Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler:

()Eşi ()Eşi ve çocukları ()Çocukları ()Tek başına () Anne-baba ()Diğer(belirtiniz):

13)Sağlığını nasıl algıladığı: () İyi ()Orta ()Kötü

14)Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu: () Evet () Hayır

15)Cevabınız evet ise bu hastalık/hastalıkların ne/neler olduğu?

()Kalp hastalığı ()Şeker hastalığı ()Yüksek tansiyon ()Damar sertliği
()Diğer(belirtiniz):

16)Düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu: ()Evet ()Hayır

17)Şu an acile başvurma neden/nedenleri:

18)Tanısı:

19)Acile kabul zamanı: ()Gündüz ()Gece

20)Acile başvurma saati:()6-12 arası()12-18 arası()18-24 arası()24-06 arası

21)Acile hangi gün geldiği:.....

22)Hastaneye ne ile geldiği: ()Ambulans ()Kendi arabaları ()Yürüyerek ()
Diğer.....

23) Daha önce acile başvurma durumu:()Evet ()Hayır

24)Cevabı evet ise daha önce acile başvurma neden/nedenleri:

25) Acile başvurma sıklığı:

()1 kez ()2 kez ()3 kez ()4 kez ()5kez()6 kez ()7 ve üzeri

26) Acil serviste kaldığı süre.....(saat)

27) Başvurduğunuz bu sağlık kuruluşunda size yapılan tıbbi uygulamalar size güven veriyor mu?

() Evet() Hayır() Bir fikrim yok

28) Tedavi görmekte olduğunuz bu acil serviste hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaları yeterli buluyor musunuz?

()Evet ()Hayır ()Bir fikrim yok

29)Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların en üst düzeyde uygulandığını düşündüğünüz sağlık bakım kuruluşu aşağıdakilerden hangisidir?

()Üniversite hastanesi ()Devlet hastanesi()Eğitim ve araştırma hastanesi ()Özel hastane ()Diğer(belirtiniz):

30) Acil serviste kaldığınız süre içerisinde bakım ve tedaviniz sağlanırken kaygı duyduunuz mu?()Evet ()Hayır

31)Cevabınız evet ise kaygı duyduğunuz alan/alanlar nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir):

()Yanlış tanının konulması ()Doktor tarafından hatalı tıbbi uygulama yapılması

() İlaç hatası yapılması ()Hemşireler tarafından hatalı tıbbi uygulama yapılması

() Yanlış test ve prosedürlerin uygulanması () Tıbbi malzemelerin yanlış uygulanması

Tedavi ve bakımının diğer hastalarla karıştırılması

Düşme korkusu yaşama Diğer (belirtiniz):

32) Acil serviste size yapılan uygulamalar hakkında bilgi verildi mi?

33) Cevabınız evet ise size verilen bilgiyi yeterli buldunuz mu?

Yeterli Kısmen yeterli Yetersiz

34)Daha önce herhangi bir tıbbi hataya maruz kaldınız mı?

Evet Hayır (Cevabınız hayır ise 48. Soruya geçiniz)

35)Cevabınız evet ise bu hatalı tıbbi uygulamanın hangi hastanede meydana geldiği:

Üniversite hastanesi Devlet hastanesi Özel hastane Eğitim ve araştırma hastanesi Diğer(belirtiniz):

36) Maruz kaldığınız bu tıbbi hatanın türü (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

Hastane enfeksiyonu gelişmesi Yatak yarası olması

Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmesi

Yanlış taraf cerrahisi yapılması Hava embolisi

Son kullanma tarihi geçen ilaç kullanılması Yanlış yerden ilaç uygulanması

Yan etkisi olan ilaç kullanılması Yanlış ilacın uygulanması

Yanlış dozda ilaç uygulanması Yapılan ilaca bağlı yan etki ve alerjiler gelişmesi

Tanı testlerinin yetersizliğine bağlı hata yaşama

Yanlış tanı konulması Tedavimin geciktirilmesi Tedavimin yapılmaması

Yanlış kan transfüzyonu uygulanması Düşme Kimlik doğrulamamın yapılmaması

Uygun olmayan koşullarda (sedye üstünde) bakım ve tedavi sunulması

Diğer (belirtiniz):

37) Maruz kaldığınız bu hatalı tıbbi uygulama hangi serviste meydana geldi?

Dahiliye Cerrahi Kadın-doğum Çocuk Ameliyathane Acil Ortopedi

Üroloji Kardiyoloji Nefroloji Enfeksiyon hastalıkları Nöroloji

Beyin cerrahi KBB Göz Kalp-damar cerrahisi Kan bankası

Diğer(belirtiniz)

38) Maruz kaldığınız bu tıbbi hata kim/kimler tarafından yapıldı? (Birden fazla seçenek)

İşaretlevebilirsiniz)

- Hemşire Ebe Hekim Eczacı Laboratuvar görevlisi Hasta bakıcı
 Temizlik personeli Anestezi uzmanı Diş hekimi Acil tıp teknisyeni
 Acil tıp teknikeri Diğer (Lütfen açıklayınız.....)

39) Tıbbi hata sonucunda zarar gördünüz mü? Evet Hayır

40) Cevabınız evet ise gördüğünüz zararın türü nedir?

- Önemli sorun olmadı Bulaşıcı hastalık Organ ve uzuv kaybı
Geçici veya kalıcı sakatlık İş gücü kaybı Tedavi süresinin uzaması
Daha fazla harcama yapmak zorunda kalma Diğer(belirtiniz):

41) Sizde maruz kaldığınız bu tıbbi hatanın neden /nedenleri nelerdir?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Hemşire sayısının az olması
 İhmal
 Sağlık bakım profesyonellerinin çalışma saatlerinin uzun olması
 İşine özen göstermeme
 Servisin kalabalık olması
 Serviste yüksek ses olması
 Sağlık çalışanlarının yoğun çalışma temposuna bağlı bağlı yorgunluk ve stres
 Sağlıklı/hasta birey ve sağlık bakım profesyonelleri arasındaki iletişim eksikliği
 Mesleki acemilik ve yetersizlik
 Hastanenin fiziksel ortamının uygun olmaması
 Hekimlerin hastalara yeterince zaman ayırmaması
 Hekimin el yazısının okunamaması
 Dikkatsizlik
 Hasta sayısının fazla olması
 Bilgi eksikliği
 Diğer (Belirtiniz):

42) Maruz kaldığınız bu tıbbi hata sonucunda ne yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Hiçbir şey yapmadım

- Hukuksal yollara başvurdum
 Hastane yönetimine şikayet ettim
 Hatadan sorumlu kişiyle görüştüm
 Diğer (belirtiniz):

43)Hatalı tıbbi uygulamayı yapan sağlık bakım profesyoneline hangi yaptırım uygulandı?

- Yargıya intikal etti Hapis Tazminat Görevden men edildi
 Kademe ilerleme durdurulması cezası aldı Hiçbir şey yapılmadı Bilmiyorum
 Diğer(belirtiniz):

44)Sağlık bakım profesyonelleri maruz kaldığınız bu tıbbi hata hakkında sizi ya da yakınlarınızı bilgilendirdi mi?

- Evet Hayır

45)Sizce sağlıklı/hasta bireylerde tıbbi hata gelişmesi durumunda sağlık bakım profesyonellerinin tutumları nasıl olmalıdır?

- Hasta zarar görmediyse hiçbir şey yapılmamalıdır
 Yapılan hatalar hastaya açıklanmalıdır
 Hastadan özür dlenmelidir
 Hata yapanlar dava edilmelidir
 Diğer(belirtiniz):

46) Şu anda yada daha öncesinde hastanede tedavi olduğunuz süre içerisinde düşme olayına maruz kaldınız mı? ()Evet ()Hayır

47)Cevabınız evet ise sizce bu düşme olayının neden/nedenleri nelerdir?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Sedyenin kenar parmaklıklarının kaldırılmaması Bozuk sedyelerin kullanılması
 Islak zemin Personelin dikkatsizliği Bilincimin kapalı olması
 Fiziksel ortamın dağınık olması Yeterli bilgi verilmemesi İhmal
 Dikkatsizlik Mesleki acemilik ve yetersizlik Bilmiyorum
 Diğer (Belirtiniz):

48)Daha önce herhangi bir yakınınız tıbbi hataya maruz kaldı mı?:

- Evet Hayır (Cevabınız hayır ise 60. Soruya geçiniz)

49)Cevabınız evet ise tıbbi hataya maruz kalan kişinin size olan yakınlık derecesinedir(Birden fazla seçenek işaretlenebilir):

- Eşi Çocukları Anne Baba Komşu Yakın akraba
Diğer(belirtiniz):

50) Yakınınızın karşılaştığı tıbbi hata türü (Birden fazla seçenek işaretlenebilir):

- Hastane enfeksiyonu gelişmesi Yatak yarası olması
Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmesi
Yanlış taraf cerrahisi yapılması Hava embolisi
Son kullanma tarihi geçen ilaç kullanılması Yanlış yerden ilaç uygulanması
Yan etkisi olan ilaç kullanılması Yanlış ilacın uygulanması
Yanlış dozda ilaç uygulanması İlacı bağı yan etki ve alerjiler gelişmesi
Tanı testlerinin yetersizliğine bağlı hata yaşama
Yanlış tanı konulması Tedavinin geciktirilmesi Tedavinin yapılmaması
 Yanlış kan transfüzyonu uygulanması Düşme Kimlik doğrulamasının yapılmaması
 Uygun olmayan koşullarda (sedye üstünde) bakım ve tedavi sunulması
Diğer (belirtiniz):

51) Bu tıbbi hata kim/kimler tarafından yapıldı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Hemşire Ebe Hekim Eczacı Laboratuvar görevlisi Hasta bakıcı Temizlik personeli Anestezi uzmanı Diş hekimi
 Acil tıp teknisyeni Acil tıp teknikeri Diğer (belirtiniz):

52)Hatalı tıbbi uygulamanın hangi hastanede meydana geldiği:

- Üniversite hastanesi Devlet hastanesi Özel hastane
Eğitim ve araştırma hastanesi Diğer(Belirtiniz):

53) Hatalı tıbbi uygulamanın hangi serviste meydana geldiği:

- Dahiliye Cerrahi Kadın-doğum Çocuk Ameliyathane Acil
Ortopedi Üroloji Kardiyoloji Nefroloji Enfeksiyon hastalıkları
Nöroloji Beyin cerrahi KBB Göz Kalp-damar cerrahisi Kan bankası
Diğer(belirtiniz):

54)Sizce yakınınızın maruz kaldığı bu tıbbi hatanın neden /nedenleri nelerdir?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Hemşire sayısının az olması
- İhmal
- Sağlık bakım profesyonellerinin çalışma saatlerinin uzun olması
- İşine özen göstermeme
- Servisin kalabalık olması
- Serviste yüksek ses olması
- Sağlık çalışanlarının yoğun çalışma temposuna bağlı yorgunluk ve stres
- Sağlıklı/hasta birey ve sağlık bakım profesyonelleri arasındaki iletişim eksikliği
- Mesleki acemilik ve yetersizlik
- Hastanenin fiziksel ortamının uygun olmaması
- Hekimlerin hastalara yeterince zaman ayırmaması
- Hekimin el yazısının okunamaması
- Dikkatsizlik
- Hasta sayısının fazla olması
- Bilgi eksikliği
- Diğer (Belirtiniz):

55) Yakınınız yaşadığı bu tıbbi hata sonrasında zarar gördü mü? Evet Hayır

56) Cevabınız evet ise yakınınızın gördüğü zararın türü nedir?

- Önemli sorun olmadı Bulaşıcı hastalık Organ ve uzuv kaybı Ölüm
- Geçici veya kalıcı sakatlık İş gücü kaybı Tedavi süresinin uzaması
- Daha fazla harcama yapmak zorunda kalma Diğer(belirtiniz):

57)Sağlık bakım profesyonelleri yakınınızın maruz kaldığı bu tıbbi hata hakkında sizi bilgilendirdi mi?

- Evet Hayır

58) Hatalı tıbbi uygulamayı yapan sağlık bakım profesyoneline hangi yaptırım uygulandı?

- Yargıya intikal Hapis Tazminat Görevden men edilme
- Kademe ilerleme durdurulması cezası aldı Hiçbir şey yapılmadı Bilmiyorum
- Diğer(belirtiniz):

59) Yakınınızın maruz kaldığı bu tıbbi hata sonucunda siz ne yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Hiçbir şey yapmadım

- Hukuksal yollara başvurdum
 Hastane yönetimine şikayet ettim
 Hatadan sorumlu kişiyle görüştüm
 Diğer (belirtiniz):

60) Daha önce herhangi bir yakınınız hastanede tedavi olduğu süre içinde düşme olayına maruz kaldı mı? ()Evet ()Hayır

61) Cevabınız evet ise bu düşme olayının neden/nedenleri nelerdir?

- Sedyenin kenar parmaklıklarının kaldırılmaması Bozuk sedyelerin kullanılması
 Islak zemin Personelin dikkatsizliği Yakınımın bilincinin kapalı olması
 Fiziksel ortamın dağınık olması Yeterli bilgi verilmemesi İhmal
 Dikkatsizlik
 Mesleki acemilik ve yetersizlik Bilmiyorum Diğer (Belirtiniz):

62) Hasta güvenliğini tehdit eden bir tıbbi hata meydana geldiğinde, hatayı yapan kişi ya da kişilere sizce ne yapılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Hasta zarar görmediyse hiçbir şey yapılmamalı
 Yapılan hatalar hastaya açıklanmalıdır
 Hastadan özür dilenmelidir
 Hata yapanlar dava edilmelidir
 Hata yapan kişi ya da kişiler iş yerinden uzaklaştırılmalıdır
 Fikrim yok
 Kişi cezalandırılmadan sadece olay raporlanmalıdır
 Diğer (belirtiniz):

63) Sizce tıbbi hataların önlenmesi mümkün müdür?

- Evet Hayır Bilmiyorum

64) Sizce hastalar kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilirler mi?

- Evet Hayır

65) Sizce tıbbi hataların önlenmesinde kim ya da kimler görev almalıdır?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Hastane yönetimi
 Hemşire
 Hekim
 Eczacı

- Laboratuvar görevlisi
- Hasta bakıcı
- Hastanın kendisi veya yakınları
- Diğer (belirtiniz):

66) Acil serviste olası tıbbi hataların önlenmesi için öneri ya da önerileriniz nelerdir?

- Hemşire sayısı artırılabilir
- Sağlık bakım profesyonellerinin çalışma saatleri düzenlenebilir
- Hastaları dinlemek için zaman ayrılabilir
- Acil servisteki kalabalık ortam azaltılabilir
- Acil serviste sessizlik sağlanabilir
- Sağlıklı/hasta birey ve sağlık bakım profesyonelleri arasındaki iletişim artırılabilir
- Tıbbi hataları önleme konusunda eğitim yapılabilir
- Hekim başına düşen hasta sayısı azaltılabilir
- Hekimler hastaları dinlemek için daha çok zaman ayırabilir
- Diğer (belirtiniz):

Ek-2-Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği

DURUMLULUK	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.Şu anda sakinim				
2.Kendimi emniyette hissediyorum				
3.Şu anda sınırlarım gergin				
4.Pişmanlık duygusu içindeyim				
5.Şu anda huzur içindeyim				
6.Şu anda hiç keyfim yok				
7.Başıma geleceklerden endişe duyuyorum				
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9.Şu anda kaygılıyım				
10.Kendimi rahat hissediyorum				
11.Kendime güvenim var				
12.Şu anda asabım bozuk				
13.Çok sinirliyim				
14.Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum				
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16.Şu anda halimden memnunum				
17.Şu anda endişeliyim				
18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19.Şu anda sevinçliyim				
20.Şu anda keyfim yerinde				

SÜREKLİLİK	HEMEN HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
21.Genellikle keyfim yerindedir				
22.Genellikle çabuk yoruluyorum				
23.Genellikle kolay ağlarım				
24.Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum				
26.Kendimi dinlenmiş hissedirim				
27.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım				
28.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
29.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
30.Genellikle mutluyum				
31.Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
32.Genellikle kendime güvenim yoktur				
33.Genellikle kendimi güvende hissedirim				
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim				
36.Genellikle hayatımdan memnunum				
37.Olur olmaz düşünceler beni				

rahatsız eder				
38.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam				
39.Aklı başında ve kararlı bir insanım				
40.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder				



Ek-3-Beck Umutsuzluk Ölçeği

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örn; okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “EVET”, uygun değil ise “ Hayır” ifadesinin yanındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum. () Evet () Hayır
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.
() Evet () Hayır
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.
() Evet () Hayır
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.
() Evet () Hayır
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.
() Evet () Hayır
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.
() Evet () Hayır
7. Geleceğimi karanlık görüyorum () Evet () Hayır
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.
() Evet () Hayır
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum () Evet () Hayır
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe hazırladı. () Evet () Hayır
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.
() Evet () Hayır
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.
() Evet () Hayır
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.
() Evet () Hayır
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor. () Evet () Hayır
15. Geleceğe büyük inancım var. () Evet () Hayır
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.

Evet Hayır

17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi. Evet Hayır


18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor. Evet Hayır

19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum Evet Hayır

20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim. Evet Hayır



Ek-4-Etik Kurul Onayı



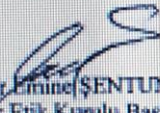
T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/387 24.06.2016

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil servise başvuran hastalarda tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörler** başlıklı OMÜ KAİK 2016/ 259 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 23.06.2016 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Doç.Dr. Emine ŞENTUNÇ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan Yrd.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fak. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/387-49/2016 Onmaka2@onm.edu.tr
Hastane 1. Kat (Acil Servis Karan) 54080/54081/54082

Ek-5-Kamu Hastaneler Birliği İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 54103609-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Nida
KIYICI)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : 21/10/2016 tarihli ve 33646832-604.02-13162 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hemşire Nida KIYICI'nın "Acil Servise Başvuran Hastalarda Tıbbi Hata Algısı İle Kaygı Ve Umutsuzluk Düzeyini Etkileyen Faktörler" konulu araştırmalarını, sağlık tesisinizin acil servisine müracat eden hastalara yapmaları uygun görülmüş olup, araştırmanın yapılabilmesi için Genel Sekreterliğimiz ile ilgili kişi arasında "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Yılmaz DÜNDAR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

- 1-Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu
- 2-Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği/
Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) Merkezi
Adalet Mahallesi 100.Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN
(0362) 311 2500 (1428)
Faks No:0(362) 311 25 28
e-Posta:kursat.yurdakos@saglik.gov.tr İnt.Adresi: -

Bilgi için:KÜRŐAT YURDAKOŐ

Unvan:UZMAN

Telefon No:0362 311 25 00/1428

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b4532336-8458-4c1a-ab5d-6d7960d9e498 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanama göre güvenli elektronik imza ile imzalanmuştur.

Ek-6-Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Kullanım İzni

Merhaba. Sayın Necla Öner hocamın mail adresine ulaşabilme ihtimalim var mı acaba ? Kaygı ölçeği kullanımı için izin almak istiyorum. Teşekkür ederim...

Merhaba,
Kaynak gösterme şartıyla kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar....

Sayın Necla Öner hocam,

Acil servise başvuran hastaların tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörleri değerlendirmek üzere Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen, Türk toplumuna uyarlanması 1985 yılında Le Compte ile birlikte tarafınızdan yapılmış bulunan, Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeğini Yüksek Lisans tez çalışmamda kullanmak için gerekli iznin verilmesini arz ve rica ederim.

Saygılarımla.



Merhaba Nida,

Prof. Dr. Necla Öner emekli olduğundan artık BÜREM'e gelmiyor ve kendisine ulaşamıyoruz. Araştırmalarda artık tez izni kullanılmadığını iletmişti kendisi bize. Hocalarınıza iletebilirsiniz.

Teşekkürler.

BÜREM

Ek-7-Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

Sayın hocam,

Acil servise başvuran hastaların tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörleri değerlendirmek üzere Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirliği 1993 yılında Dilbaz, Kaptanoğlu ve Tekin ile birlikte tarafınızdan yapılmış bulunan, Beck Umutsuzluk Ölçeğini Yüksek Lisans tez çalışmamda kullanmak için gerekli iznin verilmesini arz ve rica ederim.

Saygılarımla.

Nida Kıyıcı
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Sayın Yetkili,

Nida Kıyıcı

Acil servise başvuran hastaların tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörleri ele alacaktır. Bu nedenle "Beck Umutsuzluk Ölçeği"ni kullanmak için izin istemektedir.

T tez çalışmasında kaynak göstererek ve etik kurallara uyarak ölçeği kullanması uygundur. Eskişehir/Ocak 2017

Saygılarımla



Prof. Dr. Gülten Sönmez Seber

Klinik Psikolog

E-posta: gsonmezseber@gmail.com

Mobile: 0 (535) 477 07 87

ÖZGEÇMİŞ

Ad:	NİDA
Soyad:	KIYICI
Doğum Yeri:	BAFRA
Doğum Tarihi:	08.07.1989
Görev Yeri:	SAMSUN
Yabancı Dil:	İNGİLİZCE
E-Posta Adresi	nidakyc@hotmail.com

Tarih	Akademik Eğitim
03.09.2007- 06.06.2011	Omü Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
10.09.2012- halen devam	Omü Allerji ve İmmünoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans
18.09.2015-halen devam	Omü Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans
Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.	
Akademik Ünvanları	
	Yüksek lisans öğrencisiyim. Tez aşaması.
İş Tecrübesi	
16.01.2012-halen devam	Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak çalışmaktayım.
	Varsa, Araştırmacı Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar
2011	Samsundaki huzur evindeki yaşlılıkların psikolojik durumları
2015-devam Ediyor	Onkoloji hastalarında uyku kalitesini etkileyen faktörler

2015-devam ediyor	Stomalı hastalarda benlik saygısı, yaşam doyumu ile anksiyete ve depresyon düzeyinin belirlenmesi
2015-devam ediyor	Samsun'daki erkek ve bayan kuaförlerde allerjik hastalıkların prevalansının araştırılması (Tez konusu)
2016-2017	Yaşlı bireylerde sosyodemografik ve klinik özellikler ile kognitif fonksiyonların yaşam kalitesi üzerine etkisi(4. Temel hemşirelik Bakım Kongresi Poster Bildiri)
2016-devam ediyor	Acil servise başvuran hastalarda tıbbi hata algısı ile kaygı ve umutsuzluk düzeyini etkileyen faktörler (Tez konusu)
2016-2017	Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin değer yönelimleri ile mutluluk düzeylerini etkileyen faktörler (4. Temel hemşirelik Bakım Kongresi Sözel Bildiri)