



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

# ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİMLERİNİ VE TUTUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek KIYMAZ

Samsun  
Eylül-2015



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

# ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİMLERİNİ VE TUTUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Dilek KIYMAZ**

**Danışman  
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun  
Eylül-2015**

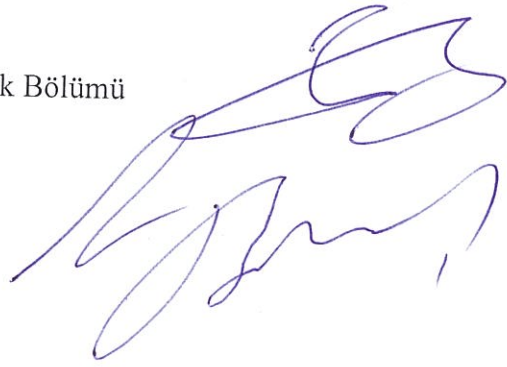
T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Dilek KIYMAZ tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 07/ 09 / 2015 tarihinde yapılan sınav ile Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Üye : Doç. Dr. Latif DURAN  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Üye : Doç. Dr. Fikret BİLDİK  
Gazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı



ONAY:

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

-- / -- / 2015

Doç. Dr. Aydın HİM  
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 Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof.Dr.Ahmet BAYDIN, Prof.Dr.Yücel YAVUZ, Doç.Dr.Latif DURAN, Doç.Dr.Türker YARDAN, Doç.Dr.H.Ufuk AKDEMİR, Doç.Dr.Celal KATI'ya,

Tez çalışmam sırasında büyük yardım ve desteğini gördüğüm Yrd.Doç.Dr Zerrin EREN'e

Tez çalışmama değerli katkılarından dolayı çok sevdiğim biricik arkadaşım Araştırma Görevlisi Tuğba ÇINARLI ve eşi İsmail ÇINARLI'ya

Doğduğum günden itibaren beni asla yalnız bırakmayan desteğini esirgemeyen canım annem ve babama,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana karşı sabır gösterip sevgisini hissettiren eşime ve yaşam kaynağım herşeyim olan canım oğluma

Sonsuz Teşekkür Ediyorum...

## ÖZET

### ACIL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİMLERİNİ VE TUTUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Amaç:** Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırma 25.07.2014-30.08.2014 tarihleri arasında Samsun ili ve ilçelerindeki hastanelerin acil servislerinde çalışan 284 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hemşireleri tanıtıcı bilgi formu ile “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ve “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde ortalama, yüzde, ki-kare, Kolmogorov Smirnov testi, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin %19,4’ünün tıbbi hata, %17,6’sının ilaç uygulama hatası yaptığı, hemşirelerin %42,0’ının yanlış ilacı uyguladığı, %8,0’ının hastanın ilaç alerjisi sorgulanmadan yan etkisi olan ilacı yaptığı ve %42,0’ının da yanlış dozda ilaç uyguladığı belirlendi. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam ortanca puan değeri 4,65’dir. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam ortanca puan değeri 3,59’dur.

**Sonuç:** Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puanı ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanı arasında 0,235’lik çok zayıf pozitif bir korelasyon bulunmuş olmakla birlikte, hemşirelerin tıbbi hatalarda tutum ölçeği puanı arttıkça, tıbbi hataya eğilim ölçeği puanının da çok az arttığı belirlenmiştir ( $p < 0,001$ ). Tıbbi hataların ortadan kaldırılması/en aza indirilebilmesi için, sağlık bakım profesyonellerinin tıbbi hata ile ilgili farkındalıklarını artırmaya yönelik hizmet içi eğitim programlarının periyodik olarak düzenlenmesi, hemşirelerin tıbbi uygulama hatalarını rapor etme konusunda cesaretlendirilmesi, hataların altında yatan esas faktörlerin belirlenmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil servis; hemşire; tıbbi hata; tutum

**Dilek KIYMAZ, Yüksek Lisans Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun,  
Eylül-2015**

## ABSTRACT

### THE FACTORS AFFECTING THE ATTITUDES AND TENDENCIES OF THE NURSES WORKING AT EMERGENCY TOWARDS MEDICAL ERRORS

**Aim:** This study has been planned as a cross-sectional research to determine the factors affecting the attitudes and tendencies of the nurses working at emergency towards medical errors.

**Material and Method:** The research has been carried out by the participation of 284 nurses working at emergencies of hospitals in the towns in Samsun province from 25.07.2014 to 30.08.2014. Data have been collected using “Scale of Tendency Towards Medical Errors ” and “Scale of Attitudes Towards Medical Errors” along with an information form introducing nurses developed prepared in accordance with literature by the researcher was used. The data were analyzed using percentage, chi-square, Kolmogorov Smirnov, Kruskall Wallis and Mann Whitney U and Spearman correlation analysis tests.

**Results:** It has been determined that of the nurses included in the research, 19.4% have made medical error, 17.6% have made medication practice errors, 42.0% have given wrong medicine, 8.0% have given the medicine which has a side effect to the patient without questioning and 42.0% have given the medicine at wrong dosage. Total median point value of Scale of Tendency Towards Medical Errors is 4.65. Total median point value of Scale of Attitude Towards Medical Errors is 3.59.

**Conclusion:** It has been determined that , although there is a slight positive correlation (0,235) between Scale of Tendency Towards Medical Errors point and Scale of Attitude Towards Medical Errors point ( $p<0,001$ ), while scale of attitude towards medical errors point increases, scale of tendency towards medical failure point increases slightly as well. To abolish/minimize medical errors, organizing in-service education programs for health professionals to raise their awareness of medical errors periodically, encouraging the nurses about reporting medical practice errors, determining the basic factors underlying errors may be recommended.

**Keywords:** Attitude; emergency; medical error; nurse

**Dilek KIYMAZ, Master’s Thesis**  
**Ondokuz Mayıs University Samsun,**  
**September-2015**

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**AAQHC:** Avustralya Sağlık Bakım Kalite Derneği (Australasian Association for Quality in Health Care)

**ABD :** Amerika Birleşik Devletleri

**AORN:** Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Association of perioperative Registered Nurses, AORN)

**ASHP:** Amerikan Hastane Farmakologlar Derneği (American Society of Health-System Pharmacists)

**JCAHO :** Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)

**JCI:** Uluslar arası Birleşik Kurul (Joint Commission International)

**ICN:** Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)

**IOM :** Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)

**NCC MERP:** Amerikan Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention)

**THEÖ:** Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

**THTÖ:** Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vii
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırmanın Soruları .....	4
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1.Hemşirelik .....	5
2.2.Sağlık Bakım Hizmetleri Sunumunda Hemşirelik Mesleğinin Önemi .....	6
2.3. Tıbbi Hatalar .....	7
2.4. Tıbbi Hataların Nedenleri .....	8
2.5. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması .....	10
2.5.1. İlaç Hataları.....	11
2.5.2. Hastane Enfeksiyonları .....	14
2.5.3. Düşmeler .....	17
2.5.4. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar .....	19
2.5.5. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar.....	20
2.5.6. Uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar.....	20
2.5.7. Hastada Yabancı Cisim Unutulması .....	21
2.5.8. Yanlış Taraf Cerrahisi .....	21
2.5.9. Kan Transfüzyonu Hataları .....	23
2.6. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar .....	24
2.7. Hemşirelik Uygulamaları ve Tıbbi Hatalar.....	26



2.8. Hasta Güvenliğinin Sağlanması ve Tıbbi Hataların Önlenmesi .....	27
2.9. Acil Servis ve Tıbbi Hatalar.....	28
<b>3.MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>31</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	33
3.4. Verilerin Toplanması .....	33
3.5. Veri Toplama Araçları .....	33
3.5.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu.....	33
3.5.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği .....	33
3.5.3. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği .....	34
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	35
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	36
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	36
<b>4.BULGULAR .....</b>	<b>37</b>
4.1.Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	37
4.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'ne (THEÖ) İlişkin Bulgular.....	45
4.3. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'ne (THTÖ) İlişkin Bulgular .....	60
<b>5.TARTIŞMA .....</b>	<b>71</b>
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>79</b>
6.1 Sonuçlar.....	79
6.2 Öneriler.....	81
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>83</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>93</b>

<b>Ek-1</b> Anket Formu.....	93
<b>Ek-2</b> Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği.....	97
<b>Ek-3</b> Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği.....	103
<b>Ek-4</b> Etik Kurul Onayı .....	104
<b>Ek-5</b> Hastane İzinleri.....	105
<b>Ek-6</b> Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni .....	107
<b>Ek-7</b> Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Kullanım İzni .....	108
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	109



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler ile yeni tanı ve tedavi yöntemleri ölüm hızını azaltarak beklenen yaşam süresini uzatmış, buna karşın sağlık bakım profesyonellerinin çalışma koşullarının ağır olması, risk grubunda bulunan hastalara bakım verme, çalışma ortamına ilişkin yaşanan yoğun stres, iş prosedürlerinin çokluğu gibi faktörler, tedavi ve bakıma bağlı hatalar ile bu hatalardan kaynaklı ölüm ve yaralanmaların artmasına neden olmuştur (Aiken ve ark, 2002; Rothschild ve ark., 2002; Berlanda ve ark., 2008; Özata ve Altuncan, 2010; Cebeci, 2012). Sağlık bakımı oldukça karmaşık bir konu olup, bakım sırasında kimi zaman tıbbi hatalar yaşanabilmekte ve bu hatalara bağlı olarak ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Kumar ve Chaudhary, 2009).

Tıbbi hatalar (malpraktis): Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tümünde son yıllarda çok tartışılan, etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetimsel yönleriyle çok boyutlu bir kavramdır (Örnek Büken ve Büken, 2003). Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) tıbbi hata kavramını; “Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu, hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (JCAHO, 2006).

Tıbbi hatalar; bir girişimin, bir tedavinin ya da bir uygulamanın yanlış, eksik yapılması olarak açıklanabildiği gibi, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem olarak da tanımlanabilmektedir (Özdilek, 2006). Bununla birlikte hatalı tıbbi uygulama, tıp bilimi ve alanlarında görev yapmakta olan, sağlık bakım profesyonellerinin hatalı ve uygun olmayan uygulamalarından hizmeti alan bireylerin zarar görmesi olarak da açıklanabilir (Özdilek, 2006). Ayrıca bilgisizlik, deneyimsizlik veya ilgisizlik sonucu ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne yol açan uygulamalar da tıbbi hata olarak açıklanabilmektedir (Wong ve Beglaryan, 2009). Tıbbi hatalar kök neden ve hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir. Hata türü yönünden tıbbi hatalar: ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar; kök

nedenlerine göre ise tıbbi hatalar: işleme bağlı hatalar, ihmale bağlı hatalar ve uygulamaya bağlı hatalar olarak sınıflandırılabilir (Akalin, 2005).

Tıbbi hatalar, dünya genelinde sağlık bakım sisteminde çözüm bulunması gereken önemli problemler arasındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2000 yılında Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine, IOM) tarafından yayımlanan rapora göre, ülkedeki sağlık kuruluşlarında her sene 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir (IOM, 2001). Nosek ve ark.'nın (2005) yaptığı bir çalışmada ise, yılda 7.000 kişinin önlenemez tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirdiği belirtilmiştir. Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsünün Ontario Hastanelerinde 1992-1997 yılları arasında yapmış olduğu araştırmanın sonucuna göre hastaneye kabul edilen hastaların %3,3-5,0'nunun tedavi sırasında tıbbi hatalara maruz kaldığı bildirilmiştir (Hunter ve Brains, 1999). Yapılan araştırmalar sonucunda ortaya çıkan bu sayılar sağlık sektöründeki tıbbi hataların çok boyutlu bir sorun olduğunu göstermektedir (Kohn ve ark.,1999).

Türkiyede'de son 10 yıl içinde tıbbi hatalar çeşitli boyutlarda ele alınmaya başlanmıştır (Örnek Büken ve Büken,2003). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, tıbbi hata oranının dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği, tıbbi hatalarla ilgili şikâyetlerin yaklaşık olarak yarısında sağlık bakım profesyonellerinin az veya çok kusurlu bulunduğu bildirilmiştir (Özata ve Aslan, 2009). Tıbbi hatalar konusu, tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Birey, aile ve toplumun sağlıklı bir hayat sürdürmesinde, sağlık bakım profesyonellerine özellikle hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Hemşirelik, her türlü sağlık bakım kurumunda sağlığın değerli kılınması ve hastalıkların önlenmesi için, beden ve ruhen hasta ya da engelli bireylerin bakımından sorumlu bir meslektir (Öztürk ve Oktay, 2002). Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses, ICN) hemşireliği, "Sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve rehabilitasyon çalışmalarında hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme yetkinliğine sahip bir meslek" olarak tanımlamaktadır (Cohen, 1984).

Sağlık bakım profesyonelleri içerisinde çoğunluğu oluşturan hemşireler; bağımlı ve bağımsız fonksiyonlarının fazlalığı, çalışma koşullarının ağır olması, risk grubunda bulunan hastalara bakım verme, çalışma ortamına ilişkin yaşanan yoğun stres, çalışma saatlerinin uzunluğu, iş prosedürlerinin çokluğu, hemşire sayısının azlığı ve hasta birey ile uzun süre birlikte olma gibi faktörler nedeniyle diğer sağlık bakım

profesyonelleriyle karşılaştırıldığında tıbbi hataya eğilimleri artabilir ve bu durum hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilir (Aiken ve ark, 2002; Berlanda ve ark., 2008; Özata ve Altuncan, 2010; Cebeci, 2012). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, hasta ölümleri ile hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir ilişki olduğu, hasta güvenliğini tehlikeye sokan ilaç hatalarının (yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış yol) genellikle hemşirelerle ilgili olduğu bildirilmiştir (Özata ve Aslan, 2009).

Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri çalıştıkları servise göre farklılık göstermekle birlikte, bu konuda yapılan bazı araştırmalarda tıbbi hataya eğilimin başta acil servisler olmak üzere, çocuk ve yetişkin bireye bakım veren hemşirelerin çalıştığı dahili ve cerrahi birimlerde de yüksek olduğu bildirilmiştir (Ersel ve ark., 2006; Ersun ve ark., 2013). Acil serviste çalışan hemşirelerin iş koşullarının ağır olması, hastaya uygulanacak müdahalelerin aciliyet gerektirmesi, hasta sayısının fazlalığı, hasta ve yakınlarının içinde bulunduğu stres düzeyinin yüksekliği gibi faktörler diğer servislerle karşılaştırıldığında sağlık bakım profesyonellerinin tıbbi hataya eğilimlerini artırabilmektedir (Ersel ve ark., 2006).

Tıbbi hataları önlemede ve güvenli sağlık hizmeti sunmada ilk koşul, sağlık bakım kurumunda hasta güvenlik kültürünün oluşturulmasıdır (Akalin, 2005). Hasta güvenliği kültürü, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden unsurların ve tıbbi hataların rapor edilmesini, hastaya zarar vermeden tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin sürdürülmesini, sağlık kurumunun çalışma felsefesi ve prosedürleri ışığında tüm sağlık çalışanlarının hasta güvenlik kültürü sorumluluğuna sahip olmasını gerektirmektedir (Altındış, 2010; Dursun ve ark., 2010). Bu bağlamda acil serviste çalışan hemşirelerin hangi konularda tıbbi hataya eğilimleri olduğunu belirlemek, büyük bir önem taşımaktadır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

1. Acil serviste çalışan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri nelerdir ?
2. Acil serviste tıbbi hata türlerinden en çok hangisi görülmektedir ?
3. Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma oranları nedir ?
4. Acil serviste çalışan hemşirelerde tıbbi hataya neden olan faktörler nelerdir?
5. Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve tutumları hangi düzeydedir ?
6. Acil serviste çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile tıbbi hataya eğilimleri ve tutumları arasında ilişki var mıdır ?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hemşirelik

Sağlık sistemi, biyo-psiko-sosyo kültürel bir varlık olan insanın sağlıklı, mutlu, üretken ve kaliteli bir yaşam sürdürmesi amacıyla, toplumun katılımı ile oluşturulan bir sistemdir. Birey, aile ve topluma sağlık veya hastalık durumunda doğrudan doğruya veya dolaylı olarak etkin ve nitelikli hizmet dağılımı sağlanmasına sağlık ekibi hizmeti, bu hizmeti verenlere de sağlık ekibi denir. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireliğin farklı tanımları yapılmış olmakla birlikte, Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of nursing-ICN) hemşireliği; “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubu” olarak tanımlamaktadır (ICN, 2006). Türk Hemşireler Derneği ise hemşireliği; “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” olarak tanımlamaktadır (Biro, 2011).

Hemşirelik; bireylerin bedensel duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin ışığında, hemşirelik bakım planını yapan, bu planı uygulamaya koyan ve uyguladığı bakım planını sistematik bir biçimde değerlendiren dinamik bir meslektir. Hemşirenin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım sağlamanın sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içermektedir (Erdemir, 1998).

Hemşireler görev alanlarına göre farklı sağlık hizmetlerinde rol almaktadırlar. Bu hizmetler tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, iş ve işçi sağlığı hizmetleri, eğitim ve yönetim hizmetleri olarak sınıflandırılabilir.

#### **Hemşirelerin Koruyucu Sağlık Hizmetlerine İlişkin**

**Fonksiyonları:** Hemşireler, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bakım verdikleri hastalar için fiziksel ve sosyal olarak güvenli bir çevre sağlarlar. Aile planlaması hizmetlerinde, çocuk sağlığı hizmetlerinde, aşılamada, beslenmede, büyüme-gelişmenin izlenmesinde, toplumsal ve bireysel sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinde,

bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunmada, istatistiksel verilerin toplanması ve değerlendirilmesinde önemli roller üstlenirler (Erdemir, 1998).

#### **Hemşirelerin Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerine İlişkin Fonksiyonları:**

Hemşirelerin tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamındaki işlevleri; hastanın servise kabulü, hastaneye uyumunun sağlanması, hastanın günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmesinde yardımcı olma, sağlıklı/hasta bireyi hastane enfeksiyonları ve kazalardan koruma, sağlıklı/hasta birey ve ailesi ile iletişim kurma, sağlıklı/hasta bireyin çevresi ile iletişim kurmasına yardımcı olma, birey taburcu olduktan sonra sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkıda bulunma, bireyin bakımını planlama, uygulama ve verilen bakımı değerlendirme olarak özetlenebilmektedir (Altuntaş ve Baykal, 2004).

**Hemşirelerin Eğitimle İlgili Fonksiyonları:** Hemşireler birey, aile ve topluma sağlığın geliştirilmesi ve korunması ile ilgili sağlık eğitimini vermekle yükümlüdür. Sağlıklı/hasta bireyin eğitimi bireyin hastaneye yatışı, cerrahi müdahale uygulaması veya rehabilitasyonuna yönelik olarak yapılan, tıbbi ya da öz bakım uygulamalarına uyum yeteneğini arttıran bir eğitimidir. Hemşire sağlıklı/hasta bireye sağlık bakımı ile ilgili kavramları açıklar; birey ve ailesinin, hemşirelik bakımında etkin rol almasını sağlar (Erdemir, 1998).

**Hemşirelerin Yönetimle İlgili Fonksiyonları:** Hemşireler, hastane ve diğer sağlık bakım kuruluşlarının hemşirelik hizmetleri yönetiminde aktif rol alırlar. Hastane ve hemşirelik hizmetleri yönetimi tarafından hemşirelik bakımını geliştirmek üzere yapılan her türlü faaliyete katılırlar (Safran, 2004).

## **2.2. Sağlık Bakım Hizmetleri Sunumunda Hemşirelik Mesleğinin Önemi**

Günümüzde toplumsal ve bilimsel gelişmeler, birey, aile ve toplumun yaşam biçiminde değişikliklere neden olmuştur. Bu duruma paralel olarak yaşamın her alanında kazanılan yenilikler hemşirelere yeni sorumluluklar ile birlikte yeni roller yüklemiştir. Hemşire, temel bir hemşirelik eğitim programını tamamlamış olan, hastalığın önlenmesi ve bireyin sağlık düzeyinin yükseltilmesi için sorumluluk alan uzman bir kişidir. Hemşirelik mesleğinin amacı, bireyin maksimum bağımsızlığa ulaşmasını sağlamak için

- İyilik halini sürdürmek,
- Hastalık/sakatlık ve yetersizliklerini önlemek,



- Sağlığını kazandırmak ve
- Sorunlarıyla başedebilmesini kolaylaştırmaktır (Hatipoğlu ve ark., 1998).

Mesleğe özel, rol ve işlevler o mesleğe profesyonel nitelik kazandırır. Bu nedenle; profesyonel statüye ulaşma tüm disiplinlerde olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de önemli bir başarı olarak kabul edilmektedir (Karagözoğlu, 2005). Hemşire, sağlık bakım hizmetlerinin planlanmasında, uygulanmasında, koordine edilmesi ve değerlendirilmesinde diğer sağlık bakım profesyonelleri ile işbirliği yaparak, güvenilir ve uyumlu bir çalışma ortamı sağlar (Arıkan, 1989; Pektekin, 1991; LeTourneau, 2004). Hemşirelik toplumda son derece önemli sorumluluklar üstlenmiş bir meslek olmakla birlikte, sağlık bakım hizmeti veren kurumlarda, hasta kabulünden taburculuk sürecine kadar geçen süre içerisinde, bireylerin en fazla iletişimde buldukları meslek grubu hemşirelerdir (Wiles, 1994).

Mesleklerin en belirgin yanlarından biri, toplumların gelişmesi ve insanlığın daha iyiye doğru gitmesinde toplumsal içerikli belirli görevler yüklenmiş olmalarıdır. Hemşirelik, yaşam içerisindeki sağlık kavramıyla özdeşleşmiş bir meslektir. Hemşireliğin temel işlevi olan bakım; hemşirelik mesleğinin doğuşunu sağlamış, çok eski ve vazgeçilmez bir insan gereksinimidir. Günümüzde hemşirelik genişleyen rolleriyle, sağlık bakım sunum sisteminin hayati ve vazgeçilmez bir unsuru olmuş, hemşirelerin verdiği bakımın niteliği arttıkça, hemşirelik mesleği sağlık bakım profesyonelleri içerisinde en çok ihtiyaç duyulan bir meslek haline gelmiştir (Ay, 2008; Sabuncu, 2011).

### **2.3. Tıbbi Hatalar**

Günümüzde sağlık bakım hizmeti sunan kurumlarda verilen hizmetin, yüksek güvenilirliğe sahip olması son derece önemlidir (Tütüncü ve ark., 2007). Sağlık bakım hizmetlerinin özelliklerinden biri olan “güvenli” kelimesi, sunulan hizmetin hastaya zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının önlenmesi, hata yapılmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde hedef “sıfır hata”dır (Tütüncü ve ark., 2007). Sağlık bakım profesyonellerinin hem yaptıkları uygulamalara bağlı olarak gelişen hemde standart uygulamayı yapmamaları nedeni ile oluşan tıbbi hatalar, dünya genelinde çözüm bulunması gereken problemler arasında yer almaktadır (Karagözoğlu, 2005).

Tıbbi hatalar (malpraktis), son 30 yılda özellikle bazı gelişmiş ülkelerde ve son yıllarda da tüm dünyada sıkça tartışılan, etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle çok boyutlu bir kavramdır. Türkiye’de ise son on yıl içerisinde tıbbi hatalar çeşitli boyutlarda ele alınmıştır (Örnek Büken ve Örnek, 2003). Sağlık Hizmeti Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO) tıbbi hata kavramını; “Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (JCAHO, 2006).

Tıbbi uygulama hataları, sağlık bakım hizmeti sunan hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık bakım profesyonellerinin öneri ve uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmenin gecikmesinden hastanın yaşamının sona ermesine kadar giden uygulamaların tamamını içermektedir. Tıbbi uygulama hataları, sağlık bakım hizmeti sunumu açısından bir başarısızlık ve yetersizlik olarak da tanımlanabilmektedir. Bu başarısızlık veya yetersizliklerin sonuçları; sağlıklı/hasta bireyin yatış süresinde uzama, sağlıklı/hasta birey ve yakınlarının gördüğü zarar ve bunlara bağlı olarak gelişen hukuksal sorunlar, mortalite ve morbiditede artış şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Güven, 2007). Tıbbi hatalar, aynı zamanda sistemin kalitesinin bir göstergesi niteliğini de taşımaktadır (Çolak, 2002). Tıbbi hataların bir çok olumsuz sonucu bulunmakla birlikte sağlık bakım profesyonellerinde moral ve motivasyon kaybına; sağlıklı/hasta bireylerde, sağlık bakım profesyonellerine karşı güvensizliğe, sağlık bakım sisteminden ve verilen hizmetlerden memnuniyetsizliğe neden olabilmektedir (Kohn, 1999).

#### **2.4. Tıbbi Hataların Nedenleri**

Tıbbi hatalar birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Bunlar, üç ana başlık altında toplanabilir:

- İnsana bağlı faktörler (yorgunluk, yetersiz eğitim, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, zamansızlık, yanlış karar verme, mantık hatası, tartışmacı kişilik yapısına sahip olma vb.),
- Kurumsal faktörler (iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik,

personelin yanlış dağıtımı vb.) ve

- Teknik faktörler (yetersiz otomasyon, yetersiz veya eksik cihazlar, karar vermeye yönelik destek eksikliği, integrasyon eksikliği vb.) (Akalın, 2005).

Literatürde hemşirelik hizmetleri bakımından tıbbi hataların kaynakları dikkatsizlik, tedbirsizlik, mesleki acemilik-yetersizlik, özen eksikliği, emir ve yönetmeliklere uymamak şeklinde sıralanmaktadır (Tümer, 2003; Birtek, 2007;). İhmal; bir işi eksik yapma, bir şeyi yapabilirken yapmama, boş verici tutum olarak tanımlanabilir. Dikkatsizlik, yapılmaması gerekeni yapma; tedbirsizlik ise, önlenemez bir tehlikenin önlenmesinde gösterilen kusurluluk olarak açıklanabilir. Mesleki acemilik ise; kişinin meslek ve sanatının esaslarını bilmemesi, beceriden yoksun olması bununla birlikte kanun, tüzük, emir ve yönetmeliklere, idare tarafından belirlenen kurallara uymama olarak tanımlanabilir (Farquhar ve ark., 2007).

Hasta güvenliğini tehdit eden, kaynak, işgücü ve can kaybına yol açabilen tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkün olabilir (Farquhar ve ark., 2007). Hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getiren tıbbi hatalar; hastaların yaşam bulgularındaki değişikliklerin yeterince izlenmemesi ve değerlendirilmemesi, ilaç uygulama hataları, ilaç reaksiyonlarının yeterince gözlenmemesi, hastaya zarar verecek durumların ve yetersizliklerin uygun şekilde denetlenmemesi, ameliyatta yabancı cisim unutulması, hastanın durumundaki değişikliklerin erken dönemde fark edilerek doktora bildirilmemesi, doktor istemlerinin yanlış yorumlanması, yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımı, mevcut protokollere uyulmaması, hastane enfeksiyonları, iletişim eksikliği, hasta düşmeleri, yatak yaraları ve kan transfüzyonu ile ilgili problemler olarak sıralanabilir (Giordano, 2003; Larson ve Elliott, 2009).

Sağlık bakım kurumlarında çalışma ortamlarının giderek daha yoğun bir hale gelmesi de önemli bir sorun olmakla birlikte (Demir, 1990), vardiyalı ve nöbetli çalışan sağlık bakım profesyonelleri üzerinde yapılan bazı araştırmalarda, sağlık bakım profesyonellerinin uzun süre ve yoğun tempoda çalıştırılmalarının, çalışanların fizyolojik ve psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını, bireysel güvenliklerini ve hasta güvenliğini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Wilson, 2002; Yüksel, 2004). Nitekim uzun çalışma saatleri sağlık bakım profesyonellerinde, dikkat azlığı ve muhakeme bozukluklarına neden olmakta; sağlıklı/hasta bireydeki değişikliklerin erken dönemde fark edilmesini

engellemekte ve bu durum tıbbi hatalara yol açabilmektedir. Ayrıca performansa dayalı ücret sisteminin uygulanması nedeniyle fazladan yapılan tahlil, tetkik ve cerrahi müdahaleler de hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir (Demir, 1990).

Blendon ve arkadaşlarının (2002) önlenabilir tıbbi hataların nedenleri ve olası çözüm önerileri konusunda hekimlerin ve sağlık bakım hizmeti alan bireylerin görüşlerini belirlemek üzere, yapmış oldukları bir çalışmada; katılımcıların büyük çoğunluğu “tıbbi hataları hastanedeki ölümlerin önemli bir nedeni olarak gördüklerini” hekimlerin %35’i, sağlık bakım alıcılarının %42’si “kendisine veya yakınlarına uygulanan tedavi veya tıbbi bakımda hata yapıldığını” belirtmiş olmalarına karşın; ne hekimler ne de sağlık bakım hizmeti alan bireylerin tıbbi hataları sağlık bakım sisteminin önemli bir problemi olarak algılamadıklarını ortaya çıkarmışlardır. Bu konuda yapılan diğer bir araştırmada ise tıbbi hataların %39 ile %49’unun hekim isteminden, %26 ile %35’inin hemşirelik uygulamalarından kaynaklandığı bildirilmiştir (Blendon ve ark., 2002).

## **2.5. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması**

Tıbbi hatalar kök neden veya hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir.

Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar;

- ✓ İşleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma),
- ✓ İhmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve
- ✓ Uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanabilir.

Hata türü açısından ise;

- ✓ İlaç hataları,
- ✓ Cerrahi hatalar,
- ✓ Tanı koymada hatalar,
- ✓ Sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve
- ✓ Diğer hatalar olmak üzere beş grupta incelenebilir (Akalin, 2005) .

İlacın yanlış dozda ve yanlış şekilde verilmesi, verilen ilacın başka ilaçlarla etkileşime geçmesi, alerji hikayesi olan bireylere sorgulanmadan ilacın verilmesi gibi hatalar ilaç hatalarına; yanlış taraf cerrahisi ve yanlış organ cerrahisi gibi hatalar cerrahi

hatalara; laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması ile ilgili hatalar tanı koymada hatalara; sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça güç olan hatalar sistem yetersizliklerine bağlı hatalara; hastane enfeksiyonları ve yanlış kan transfüzyonu ise diğer hatalara örnek olarak verilebilir (Akalin, 2005).

### 2.5.1. İlaç Hataları

İlaç hatası hasta güvenliğini etkileyen yaygın olarak görülen hata tiplerinden biridir. Amerikan Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCC MERP) ilaç hatasını; “ilacın sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilahtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenebilir bir olay” olarak tanımlamıştır (NCCMERP, 2009).

İlaç hatalarının bildirilebilmesi için ilaç hata tiplerinin bilinmesi gerekmektedir. Amerikan Hastane Farmakologlar Derneği (ASHP) tarafından geliştirilen standart ilaç hatası tipleri şunlardır (JCAHO, 2006)

**Reçete Etme Hatası:** Yanlış ilacın seçilmesidir (endikasyonu, kontrendikasyonu, ilaç alerjisi, yanlış ilaç yazılması vb.).

**Doz Atlama Hatası:** Hasta için order edilen ilacın uygulanması gereken dozunun bir sonraki uygulama zamanına kadar uygulanmamasıdır.

**Yanlış Zaman Hatası:** İlacın hasta için daha önceden uygulaması gereken zamanın dışında uygulanmasıdır.

**Resmi Olmayan İlaç Uygulaması:** Yasal olarak bir hekim tarafından order edilmeyen ilacın uygulanmasıdır.

**Yanlış/Uygun Olmayan Doz Hatası:** Hastaya order edilen ilaç miktarından daha az ya da daha çok dozun uygulanması ya da hastaya aynı dozun ikinci kez uygulanmasıdır.

**Yanlış Dozaj-Form Hatası:** Doktor tarafından order edilen ilacın, farklı olan formunun hastaya uygulanmasıdır. Örneğin, intravenöz olarak order edilen bir ilacın intramüsküler formunun hastaya uygulanmasıdır.

**Yanlış Yol Hatası:** İlacın doğru formunun hastanın vücudunda yanlış alana uygulanmasıdır.

**Yanlış Uygulama Hızı Hatası:** İntravenöz ya da enteral sıvıların gönderilme hızından kaynaklanan hatalardır.

**Yanlış İlaç Hazırlama Hatası:** İlacı uygulamadan önce hazırlarken yapılan yanlışlıklardır (İlacın hazırlanmasında ya da sulandırılmasında yanlışlık yapılması gibi).

**Yanlış Uygulama Tekniği Hatası:** İlacı uygularken uygun olmayan tekniğin kullanılmasıdır. Örneğin, ilacın infüzyon şeklinde gönderilmesi gerekirken bolus şeklinde verilmesidir.

**Bozulmuş İlacın Uygulanması:** Tarihi geçmiş, kimyasal ve fiziksel içeriği etkilenmiş olan ilacın verilmesidir.

**İzlem Hatası:** Order edilen tedavi sonrası, hastanın tedaviye yanıtının yetersiz değerlendirilmesi, klinik ve laboratuvar verilerinin takibinde ve reçete edilen rejimin uygunluğunu değerlendirmede oluşan yetersizliklerdir.

**Diğer İlaç Hataları:** Daha önce tanımlanan ilaç hatalarının içinde yer almayan, farklı bir hatayı kapsamaktadır.

JCAHO (2005) yayınlamış olduğu bir raporunda istenmeyen olaylar sıralamasında, ilaç hatalarının dördüncü sırada yer aldığını bildirmiştir (JCAHO, 2006). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'inde 1995 yılında yayınlanan diğer bir çalışma raporunda ise, insanların hastanede kaldıkları süre içerisinde, en az bir kez ilaç hatası ile karşılaşma oranlarının %2-14 arasında değiştiği belirtilmiştir (Chang ve Mark, 2009).

İlaç uygulamaları, hemşirelik uygulamalarında hata yönünden en riskli uygulamalardan biridir. İlaç uygulamaları multidisipliner bir süreç olmasına karşın, etkin rol almaları nedeniyle hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır (Sezgin ve Yıldırım, 2007). Hemşirelerden kaynaklanan başlıca ilaç hata tiplerinin;

- ✓ Yasal olmayan isteme göre ilacın verilmesi,
- ✓ Hekim istemi olmadan ilacın verilmesi,
- ✓ İstemin sözlü verilmesi,
- ✓ İlacın okunuş ve görünüş benzerliği sonucunda yanlış ilacın verilmesi,
- ✓ İlaç dozunun yanlış hesaplanması ya da yanlış dozda ilaç verilmesi,
- ✓ İlaç kutusu ve paketi üzerindeki bilgilere dikkat etmeme ve
- ✓ İlaç uygulamasının unutulmasından kaynaklandığı bildirilmektedir (İnce ve ark., 2005; Mete ve Ulusoy, 2006).

Hemşirelerin yapmış oldukları ilaç hata tiplerini belirlemek üzere Sezgin ve Yıldırım (2007) tarafından yapılan bir araştırmada, hemşireler arasında en yaygın görülen ilaç hata tiplerinin yanlış ilaç, yanlış uygulama yolu, yanlış doz, yanlış hasta, yanlış uygulama zamanı olduğu ortaya çıkarılmıştır. Bu konuda Durmaz ve Mete (2007) tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise hastaların %47,6'sında ilaç atlama hatasının olduğu ve %44,7'sinde doktor isteminin olmadığı ve hemşire gözlem formunun boş olduğu bildirilmiştir.

Hemşireler, mesleki görevlerini yerine getirirken yasa ve yönetmeliklere uyarak, mesleğin etik kurallarına bağlı kalmak zorundadırlar (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Yasalara göre hemşireler uyguladığı herhangi bir ilaçla ilgili temel bilgiye sahip olmakla yükümlüdür. İlaç hakkında tam ve doğru bilgiye sahip olmadan yapılan uygulamalar, hemşireyi yasalar önünde suçlu konuma düşürebilir (Aştı ve Acaroğlu, 2000). 2007 yılında çıkarılan hemşirelik kanununa göre; hemşirelerin hastaya uygulayacağı tüm girişimlerde bilgi sahibi olması gerekmektedir. Bu kanunda hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları; hekim tarafından önerilen tıbbi isteklerin, belirlenen bilimsel esaslara göre sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri çerçevesinde hasta bireye uygulanması olarak ele alınmaktadır. Bu yönetmeliğe göre hemşirenin hekim istemi veya protokollere uymaması meslekten men cezası ile başlayan yasal problemlere neden olabilmektedir. Bu nedenle yasalar ilaçlar hakkında bilgi sahibi olunmasını zorunlu kılmaktadır ( THD, 2007).

Hemşireler ilaç istemlerini hastada herhangi bir zarar oluşturmayacağından emin olmadıkça uygulamamalıdırlar. Aynı zamanda hemşireler uyguladıkları ilaçların hasta üzerine etkiside bilmelidirler. Hemşireler hekimlerin verdiği istem hakkında şüpheye düştüklerinde istemi hekime sormalı, hekim verdiği istemde kararlı ise hemşireler kurum protokolleri dahilinde yönetici hemşiresi ya da hastane yöneticisine bu sorunu iletmelidir (Ertemür, 2012).

Sağlık bakım kuramlarında hemşireler hekim tarafından verilen istemin prosedüre uygun olup olmadığının incelenmesi ve istemin doğruluğundan emin olduktan sonra istemin yerine getirilmesi gerektiği konusunda bilgilendirilmelidirler (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Bununla birlikte yeterince açık olmayan, sorun oluşturabilecek istemler, hekimin yazılı açıklamasından sonra kayıt altına alınarak uygulanmalıdır. Net olmayan istemler rapor edilmelidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

Sözlü istemlerde ise ilaç uygulanmadan önce hekim istemi tekrarlanmalı, hekim servisten ayrılmadan önce istemi yazılı hale getirmesi rica edilmelidir. Hekim istemi yazmadan ayrılmış ise hemşire hastaya ne yaptığını, istemin kim tarafından, hangi iletişim yolu ile verildiğini, ilacın hastaya nasıl uygulandığını, tarih ve saat belirtilerek kayıt etmelidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

### **2.5.2. Hastane Enfeksiyonları**

Hastaneye yatan bir hastada, yattığı süre içerisinde gelişen enfeksiyona hastane enfeksiyonu (Nazokomiyal enfeksiyon) denir. Hastane enfeksiyonu, hastanın hastaneye girdiği gün mevcut olmayan ve en erken 72 saat sonra ortaya çıkan enfeksiyondur. Bazen hastanede kazanılan bir enfeksiyon, birey taburcu olduktan sonra da ortaya çıkabilir. Bu enfeksiyonlarda benzer şekilde hastane enfeksiyonu olarak kabul edilmektedir (Hatipoğlu ve ark., 1998).

Hastane enfeksiyonları sağlık bakım profesyonellerinin uygulama başarılarını olumsuz etkilemekte, doğrudan ya da dolaylı olarak hasta ölümlerine neden olabilmektedir. Bununla birlikte bu enfeksiyonlar, tedavi ve bakım harcamalarını artırmakta, kişiye, kuruma ve ekonomiye yüksek maliyetler sunmaktadır (Wilke ve Gundes, 2001). Bu konuda yapılan bazı çalışmalardan elde edilen bulgular, hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40'ının önlenbilir olduğunu (WHO, 2005) ve her hastane enfeksiyonunun temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün bir tıbbi hata olduğunu göstermektedir (IOM, 2001).

Hastane kökenli enfeksiyonlar görülme sıklıklarına göre:

- ✓ Hastane kökenli üriner sistem enfeksiyonları
- ✓ Hastane kökenli pnömoni
- ✓ Cerrahi alan enfeksiyonu ve
- ✓ Damar içi kateterin yol açtığı enfeksiyonlar olarak sıralanmaktadır (Beduk, 2000).

Hastane kaynaklı enfeksiyonlardan dünyada 1,4 milyondan fazla insanın zarar gördüğü bildirilmektedir. Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonlar dünyanın her yerinde meydana gelmekte, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeleri etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde hastaların %5-10'unun bir yada daha fazla enfeksiyona maruz kaldığı ve bunların %15-40'ının enfeksiyondan etkilenerek yoğun bakım ünitelerine alındıkları



belirtilmektedir. ABD’de 136 hastadan birinin hastane enfeksiyonu sebebiyle hastalığını daha ağır ve uzun bir dönemde geçirdiği, bu durumun yıllık yaklaşık 4,5-5,7 milyon dolarlık ek maliyet ile birlikte 90.000 hastanın ölümüne sebep olduğu belirtilmektedir. İngiltere’de hastane enfeksiyonlarının maliyetinin minimum bir milyon sterlini bulduğu ve yıllık olarak 5000’den fazla ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir(Berkem, 2007).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada; hastaların %5 ile %35’inde bir ya da daha fazla sayıda hastane enfeksiyonu yaşandığı, bu duruma bağlı olarak yatış süresinin ortalama 20 gün uzadığı, tedavi maliyetinde ortalama 1500 dolar kadar arttığı bildirilmektedir(Beduk, 2000). Türkiye’de bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise hastane enfeksiyonlarının hasta yatış süresini 23 gün artırdığı ve 2026,7 dolar ek maliyet getirdiği belirtilmiştir (Esatoğlu ve ark., 2006). Zhan ve Miller’in (2003) sağlık bakımından kaynaklanan problemlerin sonuçlarını belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, hasta yatış süresini en çok uzatan (8-10 gün), en fazla ek tedavi maliyetine (57.727 dolar) neden olan ve en büyük ölüm riski (%21,92) taşıyan olayın ameliyat sonrası gelişen hastane enfeksiyonları (sepsis) olduğu belirtilmiştir. Elde edilen bu araştırma sonuçlarına karşın, literatürde etkili bir enfeksiyon kontrol politikası ile hastane enfeksiyonlarının %30 oranında önlenebileceği bildirilmektedir (Beduk, 2000). Hastane enfeksiyonları dünyanın her yerinde görüldüğü için bu konudaki ilk küresel çağrı, “Temiz Bakım Güvenli Bakımdır” olarak belirlenmiştir. Bu çağrının ana amaçları şunlardır:

- ✓ Hasta güvenliğinde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların etkisi hakkında farkındalığı arttırmak ve önleyici stratejileri desteklemek,
- ✓ Ülkelerin sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların azaltılmasına öncelik vermelerini sağlamak, temiz ürün (kan güvenliği), temiz uygulama (güvenli klinik işlemler), temiz ekipman (enjeksiyon ve immünizasyon güvenliği) ve temiz çevre (sağlık hizmetinde güvenli su ve arıtma) alanlarında var olan Dünya Sağlık Örgütü stratejilerini uygulamaktır (Berkem, 2007). Yurtdışındaki çalışmalara paralel olarak ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından enfeksiyonu önleme programları yürütülmektedir. Bu programlar;
- ✓ Ellerin yıkanması (Hijyenik, cerrahi el yıkama ve kurulama)
- ✓ Uygun dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemlerinin kullanılması

- ✓ Personelin eğitimi
- ✓ Koruyucu ekipman kullanımı
- ✓ Temizliğin doğru yapılması
- ✓ Kirli çamaşır ve atık toplanması/atık yönetimini içermektedir (Berkem, 2007).

Enfeksiyon kontrolünde, doğru veya uygun malzeme kullanımı son derece önemlidir. Hastaya bakım verilirken yararlanılacak araç gereçler temiz veya steril olmalı, özellikle tek kullanımlık steril enjektör, kateter ve benzeri alet paketleri kullanılmadan önce delinme, yırtılma, nem ve kullanım tarihleri açısından kontrol edilmelidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

Hastane enfeksiyonlarını önlemek için üriner ve venöz kateter uygulamalarında sağlık bakım profesyonellerinin gerekli hijyen ve asepsi kurallarını göz önünde bulundurmaları son derece önemlidir. Literatürde intravenöz kateter uygulamalarında enfeksiyonu önlemek için kateterin tipi, uygulanacak yer, kateterin 72 saatten fazla kalmaması, acil durumlarda kateter yerleştirilmesi ve kateteri uygulayan kişinin el becerisi gibi faktörlerin hastane enfeksiyonlarının görülme sıklığını etkilediği bildirilmiştir (O'Grady ve ark., 2002; Cunha, 2006).

Sağlık bakım hizmeti veren kurumların enfeksiyon kontrol ve önleme programları olmalı, bu programda ilgili kuruluş kendi hastane enfeksiyon risklerini takip etmeli, sonuçlarını çalışanlarıyla paylaşmalı ve hastane enfeksiyonu riskini azaltmak için sağlık bakım profesyonellerine hizmet içi eğitim vermelidir. Hastane enfeksiyonunu önlemede el hijyeni, en etkili ve en temel hasta güvenliği uygulamasıdır (WHO, 2007). Bu nedenle sağlık bakım profesyonelleri hastaya dokunmadan önce başta olmak üzere hangi durumlarda ve nasıl bir teknikle el yıkamaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidirler (WHO, 2007).

Literatürde hemşirelerin tedaviden önce ve sonra el yıkama durumlarını değerlendirmek amacıyla Alparslan ve Erdemir (1997) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %10'unun tedaviden önce, %48'inin de tedaviden sonra ellerini yıkamadıkları bildirilmiştir (Şardan, 2002). Hastanelerde enfeksiyonun kontrol altında tutulabilmesi için izolasyon önlemlerinin uygulanması bir zorunluluktur. İzolasyon önlemleri, izolasyon gerektiren hastanın ayrı ve tek yataklı bir odaya alınmasını, belirlenmiş bir hemşire tarafından bakım verilmesini ve sağlık bakım profesyonellerinin

bariyer önlemleri (eldiven, önlük, maske vb.) kullanmasını içermektedir (Postnote, 2005). Sağlık bakım profesyonelleri hastane enfeksiyonlarının yayılmasında önemli bir enfeksiyon kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık bakım profesyonelleri içerisinde hasta ile sürekli temasta bulunan ve hastanın bakımından sorumlu olan hemşireler diğer sağlık bakım profesyonelleriyle karşılaştırıldığında enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde önemli bir role sahiptir (Günaydın, 2002).

### 2.5.3. Düşmeler

Düşmeler hastanelerde en yaygın görülen tıbbi hatalardan biri olup (Kohn ve ark., 2007), sağlık kurumlarında meydana gelen yaralanmaların yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır (Dreschnack ve ark., 2005). Düşme, "bireyin durduğu, bulunduğu, tutunduğu yerden ayrılarak, dayanağını veya dengesini yitirerek yukardan aşağıya inmesidir"(Duman, 2012). Düşmeler, yumuşak doku zedelenmesi, kırık ve çıkık gibi problemlere neden olmakta ve sık olarak meydana gelen düşmeler ölümle sonuçlanabilmektedir. Düşmeye neden olan faktörler bireysel ve çevresel olmak üzere iki grupta toplanabilir. Çoklu ilaç kullanımı, görme kaybı, duyma kaybı, baş dönmesi, nörolojik bir hastalığa bağlı olarak gelişen ekstremiteler ya da duyu kayıpları, bilinç durumu değişiklikleri bireysel faktörlere; kaygan ve ıslak zemin varlığı, ortamın yetersiz aydınlatılması, çevrede eşyaların bulunması, giyeceklerin bireyin hareketini engelleyecek bir biçimde uygunsuz olması ve yürüme için kullanılan yardımcı araçların güvenilir olmaması ise çevresel faktörlere örnek olarak verilebilir (Duman, 2012).

Düşmeleri önlemek amacıyla sağlık/hasta birey hastaneye kabul edildiğinde, bireyin başka bir klinik yada hastaneye transferinde, bireyin fizyolojik, fonksiyonel ya da bilişsel durumu ile ilgili herhangi bir değişiklik olduğunda düşme tanılması yapılması son derece önemlidir. Hendrich'e göre sağlıklı/hasta bireyin düşmesinin önlenmesinde ve sağlık durumunun değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken bazı temel ilkeler şunlardır:

- ✓ Sağlık bakım kurumunda ve ilgili birimde düşme risk faktörlerinin araştırılması,
- ✓ Sağlıklı/hasta bireye çevresel risklerin tanıtılması,
- ✓ Hemşirelik bakımı ve diğer tıbbi girişimlerde bireyde oluşabilecek risk faktörlerinin azaltılması,

- ✓ Düşme olayları ile ilgili periyodik olarak veri toplanması ve sağlık bakım profesyonelleriyle paylaşılması.
- ✓ Sağlık/hasta birey ve sağlık bakım profesyonelleri arasında etkili iletişimin sağlanmasıdır (Hendrich, 2006).

Düşme olayına en sık yaşlılarda rastlanmakla birlikte, kas-iskelet sistemi ve sinir sistemi bozukluğu olan yaşlılarda bu durum daha sık görülmektedir (Savcı ve ark., 2007). Literatürde düşmelerin dörtte birinden fazlasının, kesik ya da kırık gibi fiziksel yaralanma ile sonuçlandığı (Hendrich ve ark. 1995), en sık gelişen komplikasyonun kırık olduğu bildirilmiştir. Nyberg ve Gustafson (1995) tarafından yapılan bir çalışmada, 153 düşme olgusunda, hastaların %24'ünde küçük (çürük, yumuşak doku yaralanması, sütür gerektirmeyen yaralanmalar vb), %4'ünde ise ciddi yaralanmalar (kalça, pelvis, radius kırığı, sütür gerektiren yaralanma, intraserebral hematoma ya da ölüm vb.) ortaya çıktığı bildirilmiş olmakla birlikte (Hitcho ve ark., 2004; Çapacı, 2006; Işık, 2006) bu durum düşme riski yüksek olan bireylerin belirlenmesini ve bu konuda önlemler alınması gerektirmektedir (Savcı ve ark., 2007). Sağlık bakım hizmeti sunan kurumlar düşmeyi önlemeye yönelik olarak programlar geliştirmeli ve tüm personelin bu programlara katılımı sağlanmalıdır. Başarılı bir düşme engelleme programı, hastanenin hangi bölümünde olursa olsun hasta güvenliğini garanti altına almalıdır (Dreschnack ve ark., 2005). Düşme olayını önlemeye yönelik olarak alınacak bu önlemler;

- ✓ Sağlıklı/hasta bireye bulunduğu ortamın tanıtılması,
- ✓ Birey ilk kez ayağa kalktığında destek/yardım sağlanması,
- ✓ Bireyin ayakta durabilme durumunun değerlendirilmesi,
- ✓ Ortamın aydınlatılmasına gerekli özenin gösterilmesi,
- ✓ Bireyin bulunduğu birimdeki araç/gereçlerin yatağa yakın bir yere yerleştirilmesi,
- ✓ Düşme tehlikesi için uyarı sistemlerinin kullanımının sağlanması,
- ✓ Tabure, sandalye gibi malzemelerin ayaklarının lastikli olması,
- ✓ Sedyeye yada hasta yatağının ayaklarının ve tekerlekli sandalyelerinin kilitlenebilir olması,
- ✓ Hasta yatağının ve sedyenin kenarlıklarının kaldırılmış olması,
- ✓ Hastane zemininin, merdiven basamaklarının ve banyo küveti için kaymayı

- engelleyici malzemelerle kaplı olması,
- ✓ Sağlıklı/hasta bireyin odasının düzenli olması ve gereksiz eşya/malzeme bulunmaması,
  - ✓ Tespit ediciler ve baston gibi düşmeyi engelleyici malzemelerin kullanılması,
  - ✓ Birey ve yakınlarının düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgilendirilmesi olarak sıralanabilir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

Hastanede yatmakta olan hastaların, düşme sonucunda yaralanması hemşirelerin çok sık karşılaştıkları bir problem olması nedeniyle risk faktörlerine ilişkin bilgilerin, hemşirelik uygulamalarıyla bütünleştirilmesi başarılı sonuçlar alınmasını sağlayacaktır (Quigley ve ark., 2007; Morse, 2008).

#### **2.5.4. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar**

Hasta güvenliğine yönelik uygulamaların başarılı olabilmesi için en temel faktör ekip içi iletişimin sağlanmasıdır. Sağlık bakım profesyonellerinin ekip içi iletişim eksiklikleri sağlık bakım kalitesini, hasta güvenliğini ve tıbbi hata oranını doğrudan etkilemektedir (Mitchell, 2008). Bu doğrultuda hemşirelerin, sağlıklı/hasta bireyin durumu ile ilgili bir değişiklik meydana geldiğinde, bu duruma hemen müdahale edebilmeleri için diğer sağlık ekibi üyeleri ile iş birliği içerisinde olmaları son derece önemlidir. Nitekim hemşirelerin bütünleştirici ve koordinasyon rolü sayesinde sağlık bakım profesyonelleri arasında işbirliği artmakta gelişebilecek tıbbi hata ile mortalite oranı azalmaktadır (Mitchell, 2008). Hemşireler sağlık bakım gereksinimi olan bireye en yakın ekip üyesidir. Birey ile sürekli iletişim kuran, bireyin sağlık bakım gereksinimlerini tüm boyutları ile tanılayan, bireyin gereksinimlerini diğer ekip üyelerine ileten ve hasta haklarını savunan bir profesyoneldir (Ardahan, 2003).

İletişim; bir kaynaktan (kişi, kişiler veya organizasyon), bir araçla (yazılı, sözlü, görsel veya beden dili ile), bilgi, haber, düşünce, durum, duygu veya kültürün bir başka insan yada insan topluluklarına iletilmesi olarak tanımlanabilir (Canbolat ve Ayaz, 2011). Sağlık bakım profesyonelleri arasında etkin iletişimin sağlanmasında, kullanılan tıbbi terimlerin bütün sağlık bakım profesyoneli tarafından biliniyor olması ve anlamının herkes tarafından aynı şekilde anlaşılması önemli bir faktördür. Sağlık ekibi içerisinde iletişimi engelleyen faktörler çevresel ve bireysel nedenler olarak iki grupta incelenebilir. Algılama farklılıkları, dinleyen kişinin gergin, kaygılı, sıkıntılı olması, yanlış sözcüklerin

kullanılması, söylenen tıbbi terimin anlamının bilinmemesi, eğitim farklılıkları, duyma kaybının olması bireysel nedenlere, gürültülü hastane ortamı çevresel nedenlere örnek olarak verilebilir (Mitchell, 2008).

### **2.5.5. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar**

Sağlık bakım hizmeti veren kurumlarda hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle, çoğu zaman hastalara yeterli zaman ayıramamakta ve bireyin ihtiyaç duyduğu hemşirelik bakımına istenilen özen gösterilememektedir. Bu durum hemşirelerin iş baskısı yaşamalarına neden olarak hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Berlanda ve ark., 2008; Özata ve Altuncan, 2010).

Hastaların yetersiz izlenmesine bağlı olarak bireylerin gereksinim duyduğu değerlendirmenin etkili bir şekilde yapılamaması nedeniyle istenmeyen pek çok durum ile karşı karşıya kalılabilmektedir. Hemşirelerin bireyin durumunda meydana gelen herhangi bir değişimi, diğer sağlık bakım profesyonellerine bildirme zorunluluğu bulunduğu için, bireyle ilgili gözlemlerin düzenli olarak kaydedilmesi, belirlenen istemlerin açık, belirgin ve okunaklı olması büyük önem arz etmektedir. Bununla birlikte eğer hastanın sık aralıklarla gözlem ve değerlendirilmesine ihtiyaç duyuluyorsa, zaman aralığı tüm ekip üyelerinin ortak kararıyla belirlenmelidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

### **2.5.6. Uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar**

Sağlık bakım hizmeti sunulurken bireye uygulanacak tanı ve tedavi hizmetlerinde kullanılacak olan malzemenin uygun kullanılmaması ya da yanlış malzeme kullanılması hastanın güvenliğini tehdit etmekte, enfeksiyonlara ve yaralanmalara sebep olabilmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Hasta güvenliğini tehdit edebileceği için, tanı ve tedavi işlemlerinde kullanılan alet, cihaz ve malzemelerin kontrolünün yapılması, sterilizasyon önlemlerinin alınması, malzemelerin son kullanma tarihlerinin gözden geçirilmesi, ortamın ısı ve nem seviyesinin normal düzeyde tutulması önemlidir. Özellikle kullanıma sunulan tüm sarf malzemelerinin son kullanma tarihleri ve sterilizasyon süreleri kontrol edilmeli, herhangi bir problem yaşanmaması için başta sterilizasyon cihazları olmak üzere tıbbi cihazların periyodik bakım, onarım ve kalibrasyonları yetkili firma tarafından yapılmalıdır (Karan, 1999).

Hastadan alınan doku materyallerinin etiketlenmemesi, yanlış etiketlenmesi

veya kaybolması hasta güvenliğini tehdit eden diğerk risk faktörleri arasında yer almaktadır. Laboratuvar sonuçları öngöröldüğü şekliyle zamanında verilmeli, klinik laboratuvar sonuçlarını yorumlamak ve raporlamak için her teste ait referans aralıkları belirlenmelidir. Örneklerin toplanması, tanımlanması, güvenli bir şekilde taşınması ve atılması için süreçler oluşturulmalıdır. Alınan doku örneklerinin korunması ve hazırlanması aşamasında yapılabilecek hatalar yanlış tanı, tedavi ve operasyonun tekrarına neden olabileceği için, olası hataları önlemeye yönelik olarak hastadan alınan doku örnekleri, özellikleri bozulmayacak şekilde korunmalı, kayıtlar doğru ve eksiksiz tutulmalıdır. Ayrıca doku örnekleri hemen barkotlanmalı ve ilgili birimlere gönderilmelidir (Göçmen, 2003). Sağlık bakım hizmeti verirken kullanılacak malzemenin güvenliği ile ilgili herhangi bir şüphe duyulduğunda bu malzemeler kullanılmamalıdır. Bununla birlikte malzemelerin istenilen amaçlar doğrultusunda kullanıldığından emin olunmalı ve bu durum periyodik aralıklarla denetlenmelidir (Çetin, 2006).

#### **2.5.7. Hastada Yabancı Cisim Unutulması**

Hasta güvenliğini tehdit eden durumlardan biride bireyde yabancı cisim unutulmasıdır. Sağlıklı/hasta bireyde yabancı cisim unutulması başta enfeksiyon olmak üzere ciddi komplikasyonlara yol açarak hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Bu nedenle cerrahi girişim öncesinde, sırasında ve insizyon kapanmadan önce alet, iğne, bistüri ve spanç gibi ameliyatta kullanılan tüm malzemelerin sayılıp kaydedilmesi son derece önemlidir (Göçmen ve Dinç, 2003).

#### **2.5.8. Yanlış Taraf Cerrahisi**

Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Association of perioperative Registered Nurses, AORN) yanlış taraf cerrahisini, “yanlış hasta, yanlış parça, yanlış vücut tarafı, doğru işaretlenmiş anatomik tarafın yanlış düzeyi üzerinde gerçekleşen tüm cerrahi uygulamalar” olarak tanımlamaktadır. Yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi ve güvenli cerrahi uygulamaların gerçekleşebilmesi için ameliyathane ekibi hastayı birimden ayrılmadan önce, anestezi verilmeden önce, anestezi kesilmeden önce ve ameliyattan çıkmadan önce olmak üzere 4 farklı aşamada değerlendirmelidir (TC Sağlık Bakanlığı, 1998).

Birimden ayrılmadan önce;

- ✓ Hasta kimliğini, ameliyat yerini, gerçekleştirilecek girişimi teyit etti mi?
- ✓ Hastanın rızası teyit edildi mi?
- ✓ Hastanın yapılan tüm tetkikleri yanında mı?

Anestezi verilmeden önce;

- ✓ Hasta kimliğini, ameliyat yerini, gerçekleştirilecek girişimi teyit etti mi?
- ✓ Ameliyat yeri işaretlenmiş mi ?
- ✓ Anestezi güvenlik kontrolü tamamlandı mı?
- ✓ Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?

Ameliyat kesisinden önce;

- ✓ Tüm ekip üyeleri ad ve görevlerini belirterek kendilerini tanıtmalıdır.
- ✓ Cerrah, anestezi görevlisi ve hemşire; hastanın doğru hasta olduğunu, ameliyat yerinin doğruluğunu, gerçekleştirilecek girişimi sözlü olarak teyit etmelidir.
- ✓ Gerçekleştirilebilecek kritik olaylar gözden geçirilmelidir.

Ameliyattan çıkmadan önce;

- ✓ Hemşire sözlü olarak cerrahi ekip ile gerçekleştirilen girişimi teyit etmelidir.
- ✓ Alet, spanç/kompres ve iğne sayımlarının doğruluğu, numunenin ne şekilde etiketlendiği (hasta adı, alınan bölge vb) kontrol edilmelidir.

Cerrahi girişim öncesi hastanın onamının alınması da, hastanın karar verme özgürlüğüne duyulan saygının bir göstergesidir. Son yıllarda detaylı bir şekilde geliştirilen onam formları hastaya durumu, cerrahi girişimin gerekliliği, yapılacak cerrahi girişimin şekli, yarar/ zararları ve yan etkileri, cerrahi girişim dışı diğer tedavi seçenekleri, cerrahi girişim uygulanmadığı durumlarda hastalığın prognozunu içerecek bilgilerin fazla tıbbi terim kullanmadan ayrıntılı olarak verilmesini ve hastanın cerrahi girişimle ilgili tam olarak aydınlatılmasını içermektedir (Değerli, 2002). Sağlıklı/hasta bireyden aydınlatılmış onam alınırken, bireyin genel durumu değerlendirilmeli, bilinç düzeyine ve yapılan işlemi ne kadar algıladığına dikkat edilmelidir (Aşçıoğlu,1982). Eğer kişi reşit değilse aydınlatılmış onam velisi veya yasal temsilcisinden yazılı olarak



hekim tarafından alınmalıdır (Değerli, 2002).

### **2.5.9. Kan Transfüzyonu Hataları**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) güvenli kanı, “verildiği kişide herhangi bir tehlike ya da hastalık oluşturmeyen, enfeksiyon etkenleri veya zararlı yabancı maddeleri içermeyen kan” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2001). Güvenli kan, hastaya verildiğinde herhangi bir problem yaratmayacak şekilde uygun donör seçimi ile uygun koşullarda toplanmış, komponentlerine ayrılmış, transfüzyon öncesi serolojik testleri yapılmış, uygun koşullarda saklanmış, hasta ve donör arasında çapraz karşılaştırılmaları yapılmış ve uygun şekilde transfüzyonu gerçekleştirilmiş olan kandır (Bayık, 2005).

Güvenli kan transfüzyonu için nerede, nasıl bir hata ve uygulama bozukluğu yaşandığının bilinmesi son derece önemlidir. Bu nedenle donör seçiminden hastaya kanın verilmesine kadar geçen tüm evrelerde, tüm kan ve kan ürünlerinin kalite ve güvenliği sağlanmalıdır (WHO, 2001). Bu doğrultuda:

- ✓ İyi organize edilmiş, kalite sistemi olan bir kan transfüzyon servisi kurulmalı,
- ✓ Kan yalnızca düşük riskli, gönüllü ve karşılıksız seçilmiş donörlerden toplanmalı,
- ✓ Tüm bağış kanlarda transfüzyon ile geçen enfeksiyonlar taramalı HIV, hepatit virüsleri, sifiliz ve uygun olduğu yerlerde malarya gibi diğer enfeksiyon ajanlarının varlığı kontrol edilmeli,
- ✓ Kan gruplama, uygunluk testleri, bileşen hazırlama ile kanın ve kan ürünlerinin depolama ve saklanmasına dikkat edilmeli,
- ✓ Transfüzyonun basit alternatifleri kullanılarak gereksiz transfüzyonlardan kaçınılmalı,
- ✓ Güvenli kan transfüzyonu için hastane çalışanları kurum tarafından belirlenen standartları izleyecek şekilde eğitilmeli,
- ✓ Klinisyenler ile kan bankası çalışanları arasında açık bir iletişim ve işbirliği sağlanmalı,
- ✓ Kan bankası, hastadan gelen kan örneğine ait etiket bilgilerinin ve kan ürünü istek formunun tam ve doğru olarak doldurulmadığı durumlarda istenen kan ürününü vermemeli,
- ✓ İşlev kaybı ve bakteriyel bulaşmanın engellenebilmesi için kan ürünleri

nakledilirken ve transfüzyon öncesi kliniklerde bekletilirken doğru saklama koşullarının sağlanmasına dikkat edilmeli,

- ✓ Kanın güvenli olarak transfüze edilmesi için hastaya ait kimlik bilgileri, tam ve doğru olarak kaydedilmeli,
- ✓ Test için alınan kan örneği üzerine hastaya ait kimlik bilgileri doğru olarak yazılmalı,
- ✓ Transfüzyon öncesi doğru kanın doğru hastaya verildiğinden emin olmak için son bir kez daha hasta bilgileri ile kan ürünü torbası üzerindeki bilgiler karşılaştırılmalı,
- ✓ Kan transfüzyonu öncesinde, sırasında ve işlem sonrasında hasta, eğitimli sağlık bakım profesyoneli tarafından takip edilmelidir.

Pehlivanoğlu ve ark. (2010)'nın yapmış oldukları bir çalışmada hemşirelerin %75'inin kan transfüzyonu konusunda eğitim almış olmalarına karşın, %20'sinin hasta onayının gerekliliği konusunda kararsız olduğunu, %25'inin kan ve torbanın fizik özellikleri, kanın ısıtılması gibi kan verme koşulları ile ilgili yanlış bilgilere sahip olduğunu, transfüzyona bağlı reaksiyonu düşündüren ateş, koyu renk idrar, ajitasyon, solunum sıkıntısı, hipotansiyon, şok, kanama ve hipertansiyon bulgularından en az beş tanesini tanımlayabilen hemşire oranının %40 olduğunu, ankete katılanların yaklaşık olarak yarısının transfüzyon reaksiyonlarında tam olarak ne yapmaları gerektiğini bilmediklerini belirlemişlerdir.

## **2.6. Dünya'da ve Türkiye'de Tıbbi Hatalar**

Günümüzde teknolojideki ilerlemeler, tıp alanında hastalıkların tanı ve tedavisinde daha komplike araç-gereç, yöntemlerin kullanılmasını ve beklenen yaşam umudunun yükselmesini sağlamasına karşın, tedavi ve bakıma bağlı hatalar ile bu hatalardan kaynaklı ölüm ve yaralanmaların artmasına neden olmuştur. Literatür incelendiğinde Harvard Practice Study tarafından 1991 yılında yapılan bir çalışmada, New York Eyaleti'nde hastane başvurularının %3.7'sinde hastaya zarar veren bir hata yapıldığı ve bu hataların yarısından fazlasının önlenbilir olduğu (Rothschild ve ark., 2002); büyük bir hata meydana gelmeden önce yaklaşık olarak 300 kez benzer bir hatanın gerçekleştiği ancak önemsenmediği bildirilmektedir (Göktaş ve Oktay, 2007; Sezgin ve Yıldırım, 2007). ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine, IOM) 1999'da

yayımladığı bir raporda, sağlık bakım kurumlarında tedavi alan hastalar üzerinde yapılan iki çalışmada, yan etki ya da tıbbi tedavi sırasında bir hata görülme sıklığının %2.9 ve %3.7 arasında değiştiğini, bunların %53'ü ile %58'inin önlenabilir tıbbi hatalar olduğunu, her yıl otomobil kazalarında ölenlerden daha fazla sayıda insanın tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirdiğini ve hastaneye yatışların %2'sinde önlenabilir ilaç hatalarının görüldüğünü bildirmiştir. Bununla birlikte ABD'de 1997 yılı içerisinde hastaneye yatan 33,6 milyon hasta esas alınarak yapılan diğer bir çalışmada, her yıl 4498 bin kişinin tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybettiği, hatalı tıbbi uygulamaların maliyetinin 37,6-50 milyar dolar arasında değiştiği, önlenabilir hataların maliyetinin ise 17-29 milyar dolar arasında olduğu bildirilmektedir (IOM, 2001).

İngiltere'de her yıl 40.000, Kanada'da 5.000 ile 10.000 arasında değişen sayıda kişinin tıbbi hatalar sonucunda yaşamını yitirdiği, Almanya'da ise her sene 100.000 tıbbi hata meydana geldiği ve 25.000 kişinin bu hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmektedir (IOM, 2001). Avustralya Sağlık Bakım Kalite Derneği (Australasian Association for Quality in Health Care, AAQHC) ise 1995 yılında hastanede yatan hastalarda tıbbi hata görülme oranını %16,6 olarak bildirmiştir (Eşer, 2007). Literatürde Amerika Birleşik Devletleri'nde hastanelerin %65'inde ölüm ya da ciddi zarar ile sonuçlanan hatalı tıbbi olayların ortaya çıktığı, 6.000 kişinin yanlış ilaç verilmesinden veya hiç ilaç verilmemesinden, 7.000 kişinin ise farklı uzmanlık alanlarında (anestezi, kadın doğum, ortopedi vb.) gerçekleşen tıbbi uygulama hataları nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir (Oğuz ve Aktaş, 2007). Benzer şekilde İsrail'de bir üniversite hastanesinde dört aylık süre içinde 554'ten fazla ilaç hatasının yapıldığı ve bir hastanın günlük 1.7 oranında hataya maruz kaldığı belirtilmiştir (Sezgin ve Yıldırım, 2007).

Türkiye'de tıbbi uygulama hatalarıyla ilgilenen kurum Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu olup, 1990-2000 yılları arasında tıbbi hata iddiasıyla Adli Tıp Kurumu'na sunulan dosya sayısının 653 olduğu, bunların 122'sini kadın-doğum alanının oluşturduğu, 122 vakanın %70'inde hekim, %22'sinde ise hemşirelerin suçlandığı belirtilmektedir (Örnek Büken ve Büken, 2003). Ayrıca 2000- 2004 yılları arasında acil servis hizmetleri ile ilgili olarak Yüksek Sağlık Şurası'nda görüşülen ve tıbbi uygulama hatalarını kapsayan 112 olgudan 57'sinde kusur bulunmadığı, buna karşın 55'inde tıbbi uygulama hatasının olduğu belirtilmiştir (Türkan ve Tuğcu, 2004). Literatürde

günümüzde sağlıklı/hasta bireylerin insan ve hasta haklarını daha iyi bildiği ve bu duruma bağlı olarak hatalı tıbbi uygulamalar nedeniyle hemşirelerin dava edilme oranlarının %10 arttığı belirtilmiştir (Sinclair, 2000). Bununla birlikte bu konuda yapılan bazı araştırmalarda, hemşirelerin cezalandırılmaktan, iş kaybından, disiplin işlemlerinden ve hata yapan kişi olarak görülmekten korktukları için yapılan tıbbi hataların %95'inin rapor edilmediğinin tahmin edildiği bildirilmektedir. Ayrıca yönetici hemşirelerin ve servis sorumlularının, kurumlarının ya da bölümlerinin adının duyulmasını istemedikleri için ilaç hatalarını raporlamak istemedikleri de düşünülmektedir (Özata ve Altuncan, 2010; Tanrıku, 2010).

## **2.7. Hemşirelik Uygulamaları ve Tıbbi Hatalar**

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusu tüm sağlık bakım profesyonelleri için önemli bir konu olmakla birlikte hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır (Özata ve Altuncan, 2010). Hemşireler sağlıklı/hasta bireyin bakımında önemli görevler üstlenmekte, insan sağlığının korunması için gerekli olan bilgi ve beceriden yoksun olduklarında, tıbbi hata yaparak insan hayatını tehlikeye sokma riskleri artabilmektedir. Hemşirelerin görev yaptıkları kuruma, çalışma ortamına ve koşullarına bağlı olarak yaşadıkları problemlerden bazıları şunlardır;

**Yetki devri:**Dünyada'kiekonomik krizler hastanelerde maliyetin düşürülmesine yönelik çalışmaların yapılmasına neden olmuştur. Daha az sayıda hemşire ile aynı işi yapma zorunluluğu, hemşirelerin bazı görevlerinin mesleki bilgisi olmayan hasta bakıcı niteliğindeki personele devredilmesine yol açmıştır. Hemşirelerin bazı görevlerini devretmesi hasta bakım standartlarının düşmesine ve hatalı tıbbi uygulamaların artmasına yol açtığı düşünülmektedir (Croke, 2003).

**Erken taburculuk:** Hemşireler taburculuk öncesinde hem hasta bakım hizmeti veremedikleri için hemde hastanın durumuna uygun önerilerde bulunamadıkları için dava edilebilmektedirler (Croke, 2003).

**Hemşire eksikliği:** Hastanelerin maliyet azaltma kaygıları hemşire sayının azaltılmasına ve bu duruma bağlı olarak hemşire iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Kapasitelerinin üzerinde bir iş yüküyle çalışan hemşirelerin hata yapma olasılıkları daha yüksektir (Croke, 2003).

**Teknolojik ilerlemeler:** Teknolojik gelişmelere bağlı olarak hemşirelik

bakımında kullanılan tıbbi araç-gereç sayısı artmıştır. Bu araçların kullanımı ile ilgili bilgi eksikliği hasta güvenliği ile ilgili sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir. Ayrıca uzmanlık yada ileri uzmanlık isteyen hemşirelik uygulamaları da günden güne artmakta, bu durumda hemşirelerin mesleki sorumluluğunu ve hata yapma olasılıklarını arttırmaktadır (Croke, 2003).

**Hasta haklarının yaygınlaşması:** Hasta haklarına yönelik gelişmeler, bireylerin hatalı tıbbi uygulamalar konusunda bilgilerinin artmasına neden olarak, birey ve yakınlarının yetersiz ve uygun olmayan sağlık bakım hizmeti almaları durumunda hak arayışlarının artmasına neden olmuştur (Croke, 2003).

Hemşirelerin görev yaptıkları kuruma, çalışma ortamına ve koşullarına bağlı olarak yaşadıkları yukarıda sayılan bu problemlere karşın hem yasaların hem de mesleğin etik ilkelerinin hemşirelere yüklediği sorumluluklar, bireyin zarar görmesini engelleyerek hasta güvenliğini sağlayan önlemlerin alınmasını gerektirmektedir (Tutuarima ve ark., 1997; Aştı ve Acaroğlu, 2000; Sezgin ve Yıldırım, 2007).

## **2.8. Hasta Güvenliğinin Sağlanması ve Tıbbi Hataların Önlenmesi**

Sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık bakım hizmeti veren kuruluşlar ve bu kuruluşlarda çalışan sağlık bakım profesyonelleri tarafından alınan önlemlerin tamamı hasta güvenliği olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliğinde amaç hasta ve yakınları için fiziksel ve psikolojik açıdan olumlu bir ortam sağlamaktır. Böyle bir ortamda tıbbi hataların hastalara ulaşmadan önce belirlenmesi, bildirilmesi, düzeltilmesi ve gerekli önlemlerin alınmasıyla tıbbi hataların önüne geçilerek hastaların zarar görmesi engellenebilmektedir (Sezgin ve Yıldırım, 2007). Etkili güvenlik kültürü oluşturmada, hataların bildirilmesi ve hataların açıklanması önemlidir. Güvenlik kültürü hatalı tıbbi uygulamaların belirlenmesi, kabullenilmesi, ilgili kişilere bildirilmesi sonucu oluşur (Filiz ve Bodur, 2009).

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataların hastalara verdiği zararları engellemek ve azaltmak için kullanılan en önemli yöntem hataların bildirim ve analizidir (Göktaş ve Oktay, 2007; Saray Kılıç ve Elbaş, 2009). Hataların bildirilmesi, altta yatan sebeplerin belirlenmesini, tartışılmasını ve tekrarlanmaması için gerekli bilgilerin elde edilmesini sağlar. Hataların bildirim hem hastaların yaşam kalitelerinin artırılması hem de kaliteli hasta bakımı ile hasta güvenliğinin sağlanması için de önemlidir (Sezgin ve

Yıldırım, 2007; Filiz ve Bodur, 2009).

Kurum yöneticilerinin, sağlık bakım profesyonellerinin hasta güvenliği konusundaki tutum ve davranışlarını bilmesi, organizasyondaki zayıf noktaları, hataları ve bunlara etken olan faktörleri belirlemesi son derece önemlidir (Altındış, 2010; Dursun ve ark., 2010; Akalın ve Çakmakçı, 2011). Türkiye’de hasta güvenlik kültürüyle ilgili yapılan çalışmaların sayısı oldukça az olmakla birlikte (Dursun ve ark., 2010), Vural (2014) 200 sağlık bakım profesyoneli üzerinde yapmış olduğu çalışmada, çalışanların %75.5’inin yaşanan olumsuz olayların sistem hatasıyla ilgili olduğunu ve bireylere mal edilemeyeceğini düşündüklerini ortaya çıkarmıştır (Vural, 2014). Ayrıca bu konuda yapılan diğer araştırmalarda, hemşirelerin vermiş oldukları kaliteli sağlık bakımı ile bireylerin genel durumunda gelişebilecek olumsuz sonuçların büyük ölçüde azaltılabileceği ve önlenilebileceği, hemşirelik bakımının sıklığı ve süresi arttıkça, bireyin hastanede kalma süresinin azalacağı, idrar yolu enfeksiyonları, pnömoni, şok ve kalp krizi vakalarının görülme sıklığının düşeceği bildirilmiştir (Göktaş ve Oktay, 2007).

## **2.9. Acil Servis ve Tıbbi Hatalar**

Acil geciktirilmemesi, ertelenmemesi ve özenle yerine getirilmesi gereken durumlar için kullanılan bir terimdir (Kuğuoğlu ve ark., 2004). Tıbbi anlamda acil, “kişinin fiziksel ya da psikolojik yönden tehlike içerisinde bulunan hasta yada ailesine gereksinim duyduğu tıbbi tedavinin hemen verilmesi” olarak tanımlanabilir (Kuğuoğlu ve ark., 2004). Acil servis hastanenin diğer bölümleriyle karşılaştırıldığında hasta yatışının ve taburculuğunun en yoğun olduğu bir birim olmakla birlikte, bu serviste kaybedilen zaman bireyin yaşamını tehlikeye sokabilmektedir. Bu doğrultuda acil servis diğer servislerle karşılaştırıldığında çalışma koşullarının ağır olması, hastaya uygulanacak müdahalelerin aciliyetgerektermesi, hasta ve yakınlarının içinde bulunduğu stres düzeyinin yüksekliği gibi nedenlerle önemli farklılıklar göstermektedir (Ersel ve ark., 2006). Bununla birlikte Türkiye’de olduğu gibi dünyanın birçok ülkesinde de acil serviste sağlık bakım profesyonellerinin çok yoğun bir tempoda çalıştıkları bildirilmektedir (Tekşam, 2009).

Acil servis aynı zamanda şiddet olayının da sık yaşandığı birimlerdir (Grossman ve Mcnair, 2003). Genellikle hastaların uyumsuz davranışlar göstermesi, zor durumda olan, acı çeken, bağırarak hastalarla çalışmak zorunda kalma, hasta yakınlarının

endişelerini acil servis personeline yansıtması, hastalarının yanından ayrılmak istememeleri ve hastalarına hızlı müdahale yapılmasını beklemeleri çoğu zaman acil serviste çalışan sağlık bakım profesyonelleri ile hasta ve yakınları arasında sorun yaşanmasına neden olmaktadır (Çevik ve ark., 2003). Bu durum verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesini de etkilemekte, hastaların aldıkları bakım ve hizmetten memnun kalmamalarına, çalışanların ise yaptıkları işten yeterli doyum sağlayamamalarına neden olmaktadır. Ayrıca acil birimlerin karmaşık bir yapıya sahip olmasının, profesyonel olan ve olmayan meslek gruplarının birlikte çalışmasının da sağlık bakım hizmeti sunumunda tıbbi hatalara neden olduğu bildirilmektedir (ICN, 2006). Uluslararası Acil Hemşireleri Derneği'nin (Emergency Nursing Association, ENA) acilde hasta güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik ilkeleri bulunmakla birlikte bunlardan bazıları şunlardır (Çevik ve ark., 2003);

- ✓ Hasta ve ailesi güvenli, etkin ve kaliteli bir acil sağlık bakımı alma hakkına sahiptir. Acil hemşiresinin hastanın güvenli bir hizmet almasında önemli bir rolü vardır. Bu nedenle kurumda hasta güvenliğiyle ilgili politika ve standartlar oluşturulurken komitede bir acil hemşiresi de kesinlikle görev almalıdır.
  - ✓ Sağlık bakım hizmetiyle ilgili programlar düzenlenerek ekip içi iletişim artırılmalı, bu tür programlarda organizasyon kültürü, liderlik stratejileri, yönetim ve işgücü ile ilgili konulara önem verilmelidir.
  - ✓ Kurumun güvenlik kültürü cezalandırıcı olmayan yaklaşımlar içermeli, hataların altında yatan esas faktörler belirlenebilmelidir. Örneğin hata yapan kişi cezalandırılmamalı ve neden yaptığı araştırılmalıdır.
  - ✓ Acil serviste çalışan hemşireler, acilde hasta güvenliğini sağlamak üzere planlanan çalışmalara dahil edilmelidir.
  - ✓ Acil servis hemşirelerinin bilgi ve becerilerini artırmak amacıyla konuyla ilgili sürekli eğitimler düzenlenmeli, hemşirelerin bakım süreci, çevresel faktörler ve riskleri sorgular hale gelmeleri sağlanmalıdır.
- S Hasta bakımında kullanılan ekipmanlar standardize edilmeli, daha etkili ve güvenli bakım vermek için sağlık bakımı veren kurum ile sağlık bakım malzemesi üreten kurum birlikte çalışmalıdır.

Acil serviste görev alan sağlık bakım profesyonellerinin tıbbi hatalarla karşılaşma olasılıkları oldukça yüksek olduğundan sağlık bakım profesyonelleri arasında etkili bir hasta güvenliği kùltürü oluşturulmalıdır. Bu amaçla sağlık hizmeti veren kurumlarda yüksek riskli uygulamalar belirlenmeli, tıbbi hataların korkusuzca, çekinmeden bildirilebildiği bir ortam yaratılmalı ve hasta güvenliği için gerekli koşullar sağlanmalıdır (Çırpı ve ark., 2008). IOM (2006)'da yayınladığı bir raporda, acil servisteki kalabalığın hasta güvenliğini riske ettiğini ve sağlık bakım profesyonellerinin hata yapma olasılığını arttırdığını bildirmiştir (IOM, 2006). Özellikle acil serviste yetersiz sağlık çalışanının istihdam edilmesi sağlık hizmetinin kalitesini etkilemekte ve hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir (Tanrıku lu ve Elbaş, 2010).





### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Samsun Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerin acil servisleri ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 25/07/2014-30/08/2014 tarihleri arasında Samsun Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerin acil servislerinde çalışmakta olan hemşireler ile Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Samsun Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Samsun merkez ve ilçelerinde 18 tane hastane ( Tablo 1.) bulunmakta ve bu hastanelerin acil servislerinde 281 hemşire görev yapmaktadır. Araştırma verilerinin toplandığı diğer bir hastane olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ise Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'nde yer alan en büyük ve en gelişmiş üniversite araştırma hastanesi olup, Samsun ve çevre illerden gelen acil tedavi ve bakım gerektiren hastaların çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir. Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezi acil servisinde çalışan hemşire sayısı ise 29'dur.

**Tablo 1.** Samsun İl ve İlçe Hastanelerinin Acil Servislerinde Çalışan Hemşire Sayısı

Sağlık Kurum Adı	Çalışan Hemşire Sayısı	Raporlu/İzinli Hemşire Sayısı	Örnekleme Oluşturan Hemşire Sayısı
Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	25	2	23
Gazi Devlet Hastanesi	26	2	24
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	27	1	26
OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	29	1	28

**Tablo 1 Devam.** Samsun İl ve İlçe Hastanelerinin Acil Servislerinde Çalışan Hemşire Sayısı

<b>Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi</b>	7	2	5
<b>Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi</b>	12	2	10
<b>Salıpazarı Devlet Hastanesi</b>	14	2	12
<b>Kavak Devlet Hastanesi</b>	14	2	12
<b>Vezirköprü Devlet Hastanesi</b>	16	1	15
<b>Havza Devlet Hastanesi</b>	14	1	13
<b>Ayvacak Devlet Hastanesi</b>	16	1	15
<b>Terme Devlet Hastanesi</b>	14	1	13
<b>Asarcık Devlet Hastanesi</b>	13	2	11
<b>Ladik Devlet Hastanesi</b>	12	1	11
<b>Çarşamba Devlet Hastanesi</b>	17	1	16
<b>Alaçam Devlet Hastanesi</b>	14	1	13
<b>19 Mayıs Devlet Hastanesi</b>	14	2	12
<b>Bafra Devlet Hastanesi</b>	26	1	25
<b>Toplam</b>	310	26=%8,39	284=%91,61

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Samsun merkez ve ilçelerinde Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerin acil servisleri ile Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezi acil servisinde çalışmakta olan toplam 310 hemşire oluşturmuştur. Araştırma, çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu hastanelerin acil servislerinde çalışan hemşirelerin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak yıllık izinde ve doğum izninde olan 26 hemşireye ulaşamaması nedeniyle araştırma 284 hemşirenin katılımıyla ile tamamlanmıştır (%91.61).

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Oğuz ve Akdaş, 2007; Altuncan ve Özata, 2009) geliştirilen hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini tanıtıcı bilgi formu ile “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ve “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir hemşire grubunda ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş; pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Veriler hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler hemşirelere uygulanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 15-20 dakika sürmüştür. Hemşirelere 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. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin sosyodemografik bilgilerini içeren 4 soru (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum), mesleki özelliklerini içeren 12 soru (çalışma yılı, servisteki toplam hemşire sayısı, çalışma şekli, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı vb.) ve

tıbbi hatalarla ilgili 13 soru (tıbbi hata ile karşılaşma durumu, tıbbi hataların nedenleri, ilaç uygulama hata tipleri vb.) olmak üzere toplam 29 sorudan oluşmaktadır.

### **3.5.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği**

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Özata ve Altuncan (2010) tarafından sağlıklı/hasta bireyin tedavi ve bakımında doğrudan görev alan sağlık bakım profesyonellerinin (hemşire, ebe, A.T.T) tıbbi hata yapma eğilimlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan beşli likert tipi bir ölçektir. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplamda 49 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu 18, hastane enfeksiyonları alt boyutu 12, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu 9, düşme alt boyutu 5 ve iletişim alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Her bir alt boyut ve toplam tıbbi hataya eğilim puanları maddelere verilen cevapların madde sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. Ölçekteki puanlama düzeni; (1) Hiç, (2) Çok nadir, (3) Zaman zaman, (4) Genellikle ve (5) Her zaman şeklindedir. Skorum yapılrken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapma eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Özata ve Altuncan yapmış oldukları çalışmada Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0.95 olarak bulmuştur (Wilke ve Gündeş, 2001; Aştı ve Kıvanç, 2003). Bu çalışmada ise Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak belirlenmiştir. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutlarından İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,69, Hastane Enfeksiyonları alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,69 , Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,88, Düşmeler alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,85, İletişim alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,88 olarak belirlenmiştir. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin kullanılabilmesi için Özata ve Altuncan'dan izin alınmıştır(Ek-2).

### **3.5.3. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği**

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Güleç ve İntepeler (2013) tarafından sağlık bakım profesyonellerinin tıbbi hatalara karşı tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan 16 maddeden oluşan bir ölçektir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği, tıbbi hata algısı (1. ve 2. maddeler) tıbbi hata yaklaşımı (3. 8. 10. 11. 12. 13. ve 14.maddeler), tıbbi hata nedenleri

(4. 5. 6. 7. 9. 15. ve 16. maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Puanlama (1) Hiç katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum ve (5) Tamamen katılıyorum şeklindedir. Ölçekteki iki madde (10. ve 13. madde) ters olarak puanlanmaktadır. Skorlamada ölçek toplam puanı alınmakta ve elde edilen ham puan ölçek madde sayısına bölünerek ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyut puan hesaplamasında da alt boyut puanı toplanarak alt boyut madde sayısına bölünmekte ve elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan sağlık bakım profesyonellerinin tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan sağlık bakım profesyonellerinin ise tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum; sağlık bakım profesyonellerinin, tıbbi hata ile hata bildirimini önemi ile ilgili farkındalıklarının düşük olduğu anlamına gelirken, olumlu tutum; sağlık bakım profesyonellerinin, tıbbi hata ile hata bildirimini önemi ile ilgili farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tamamı için belirtilen puanlama ve değerlendirme, ölçeğin tüm alt boyutları için de aynı şekilde kabul edilmektedir. Güleç ve İntepeler yapmış oldukları çalışmada Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,75 olarak bulmuştur (Akalin, 2005; Oktay ve Aksayan, 1998). Bu çalışmada ise Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,70 olarak belirlenmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyutlarından Tıbbi Hata Algısı alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,60, Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,69, Tıbbi Hata Nedenleri alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,61 olarak belirlenmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin kullanımı için İntepeler ve Güleç'ten izin alınmıştır (Ek-3).

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve tutumlarına ilişkin verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 21 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde ortalama, yüzde, ki-kare, Kolmogorov Smirnov Mann-Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurul (24.07.2014/ sayı; B.30.2.ODM.020.08/ 1128) onayı alındıktan sonra başlanmıştır. Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastanelerdeki yöneticilerden ve üniversite hastane yönetiminden yazılı ve araştırma kapsamına alınan hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-4).

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sınırlılıkları;

- ✓ Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve tutumları ile ilgili elde edilen bilgilerin kendi bildirimlerine dayanmış olması ve bu konuda gözlem yapılamaması
- ✓ Doğum izni ve yıllık izinde olan hemşirelerin çalışmaya dahil edilememesi
- ✓ Acil servisteki hemşirelerin eğitim, deneyim, bilgi ve beceri yönünden farklılık göstermesi

## 4. BULGULAR

### 4.1. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=284)

Özellikler	n	%
Yaş grupları 30,36±6,68	18-28 yaş	43,7
	29-39 yaş	46,5
	40 yaş ve üzeri	9,9
Cinsiyet	Kadın	66,5
	Erkek	33,5
Medeni durum	Evli	63,4
	Bekar	36,6
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	30,3
	Önlisans	34,5
	Lisans	32,0
	Yüksek Lisans	3,2

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2’de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan 284 hemşirenin, %66,5’ ini kadınların, %33,5’ini erkeklerin oluşturduğu, %63,4’ünün evli, %36,6’sının bekar olduğu, %30,3’ünün sağlık meslek lisesi, %34,5’inin ön lisans, %32,0’ının lisans, %3,2’sinin ise yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiş olup hemşirelerin yaş ortalaması 30,36±6,68’dir.

Acil serviste çalışan hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 3’te gösterilmektedir. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %93,3’ünün servis hemşiresi, %6,7’sinin servis sorumlu hemşiresi olarak çalıştığı, %79,9’unun kadrolu, %20,1’inin sözleşmeli olarak görev yaptığı, %16,9’unun sürekli gündüz, %83,1’inin vardiyalı olarak çalıştığı, %68,7’sinin mesleğini sevdiği, %44,4’ünün çalıştığı servisten memnun olduğu, %54,2’sinin iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirdiği, %43,7’sinin çalıştıkları kurumda iş doyum düzeylerini orta olarak tanımladıkları belirlenmiş olup, hemşirelerin çalışma yılı ortalaması 9,16±6,64 yıl, acil serviste çalışma yılı ortalaması 4,94±3,71 yıl, haftalık toplam çalışma saati ortalaması 46,01±6,76 saat, acil serviste

çalışan toplam hemşire sayısı ortalaması  $19,39 \pm 8,96$ , hemşirelerin acilde günlük bakım verdikleri toplam hasta sayısı ortalaması  $266,71 \pm 260,66$  olarak belirlendi.

**Tablo 3.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=284)

Özellikler	n	%	
Acil servisteki görevi	Servis hemşiresi	265	93,3
	Servis sorumlu hemşiresi	19	6,7
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	227	79,9
	Sözleşmeli	57	20,1
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	48	16,9
	Vardiyalı	236	83,1
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	195	68,7
	Sevmiyor	40	14,1
	Kararsız	49	17,2
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	126	44,4
	Memnun değil	42	14,8
	Kısmen memnun	116	40,8
İş yaşam kalitesi	Mükemmel	5	1,8
	Çok iyi	16	5,6
	İyi	154	54,2
	Kötü	94	33,1
	Çok kötü	15	5,3
Çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri	Çok iyi	9	3,2
	İyi	63	22,2
	Orta	124	43,7
	Kısmen Kötü	52	18,3
	Kötü	36	12,7



**Tablo 4.** Hemşirelerin Tıbbi Hatayla Karşılaşma Durumları ile Tıbbi Hata Nedenlerine İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (N=284)

Özellikler	n	%
<b>Daha önce tıbbi hata ile karşılaşma durumu</b>		
Evet	114	40,1
Hayır	170	59,9
<b>Tıbbi hata nedenleri*</b>		
İş yükünün fazla olması	235	82,7
Çalışan hemşire sayısının az olması	222	78,2
Stres	215	75,7
Yorgunluk/bitkinlik/tükenmişlik	188	66,2
Hemşirelik dışı işlerin yüklenmesi	185	65,1
Çalışma süresinin uzun olması	128	45,1
Aylık nöbet sayısının fazla olması	124	44,7
Fiziksel ortamın uygun olmaması	113	39,8
Bakım verilen hasta sayısının fazla olması	106	37,3
İletişim eksikliği	102	35,9
Dikkatsizlik	61	21,5
Görev, yetki ve sorumlulukların tam olarak belirlenmemiş olması	54	19,0
Meslekte acemilik/yetersizlik	54	19,0
Bilgi eksikliği	53	18,7
Vardiyalı çalışma	46	16,2
Mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması	27	9,5
İhmal	21	7,4
Acile özgü prosedür ve protokollerin eksikliği	14	4,9

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin tıbbi hatayla karşılaşma durumları ile tıbbi hata nedenlerine ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo 4'te gösterilmektedir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %40,1'inin daha önce tıbbi hata ile karşılaştığı, acil serviste tıbbi hataya yol açan faktörlere hemşirelerin %82,7'sinin yükünün fazla olması, %78,2'sinin çalışan hemşire sayısının az olması, %75,7'sinin stres, %66,2'sinin yorgunluk/ bitkinlik/ tükenmişlik, %65,1'inin hemşirelik dışı işlerin yüklenmesi, %45,1'inin çalışma süresinin uzun olması, %44,7'sinin aylık nöbet sayısının fazla olması, %39,8'inin fiziksel ortamın uygun olmaması, %37,3'ünün bakım verilen hasta sayısının fazla olması, %35,9'unun iletişim eksikliği, %21,5'inin dikkatsizlik, %19,0'ının görev, yetki ve sorumlulukların tam olarak belirlenmemiş olması, %19,0'ının meslekte acemilik ve yetersizlik, %18,7'sinin bilgi eksikliği, %16,2'sinin vardiyalı çalışma, %9,5'inin mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması, %7,4'ünün ihmal ve %4,9'unun acile özgü prosedür ve protokollerin eksikliği cevabını verdikleri belirlenmiştir.

**Tablo 5.** Hemşirelerin Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Durumlara İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (N=284)

	n	%
<b>Hasta güvenliğini tehdit eden durumlar*</b>		
<b>Bakım ve tedavinin uygun olmayan koşullarda verilmesi</b>	100	35,2
<b>Çalışılan fiziki ortamın yetersiz olması</b>	99	34,9
<b>Hastane infeksiyonları</b>	97	34,2
<b>Hastanın bakım ve tedavisinde el hijyenine dikkat edilmemesi</b>	80	28,2
<b>Hastanın bakım ve tedavisinde aseptik kurallara uyulmaması</b>	75	26,4
<b>Yanlış dozda ilaç uygulanması</b>	70	24,6
<b>Hasta düşmeleri</b>	59	20,8
<b>Tedavinin geç uygulanması</b>	53	18,7
<b>Yanlış ilaç uygulama</b>	49	17,3
<b>Tanı koymada hata</b>	35	12,3
<b>Yanlış yoldan ilaç uygulama</b>	29	10,2

**Tablo 5 Devam.** Hemşirelerin Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Durumlara İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı

Uygun olmayan kısaltmaların kullanılması	27	9,5
Son kullanma tarihi geçen ilaçların kullanılması	20	7,0

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit eden durumlara ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo 5’te gösterilmektedir. Acil serviste en sık karşılaştıkları ve hasta güvenliğini tehdit eden olayları hemşirelerin %35,2’si bakım ve tedavinin uygun olmayan koşullarda verilmesi, %34,9’u çalışılan fiziki ortamın yetersiz olması, %34,2’si hastane enfeksiyonları, %28,2’si hastanın bakım ve tedavisinde el hijyenine dikkat edilmemesi, %26,4’ü hastanın bakım ve tedavisinde aseptik kurallara uyulmaması, %24,6’sı yanlış dozda ilaç uygulanması, %20,8’i hasta düşmeleri, %18,7’si tedavinin geç uygulanması, %17,3’ü yanlış ilaç uygulama, %12,3’ü tanı koymada hata, %10,2’si yanlış yoldan ilaç uygulama, %9,5’i uygun olmayan kısaltmaların kullanılması ve %7,0’ı son kullanma tarihi geçen ilaçların kullanılması cevaplarını verdikleri belirlenmiştir.

**Tablo 6.** Hemşirelerin Acil Serviste En Sık Karşılaştıkları İlaç Uygulama Hatalarının Dağılımı (N=284)

İlaç uygulama hataları*	n	%
Hastanın ilaç alerjisinin sorgulanmaması	80	28,2
Tedaviyi uygulama saatinin geciktirilmesi	65	22,9
Yanlış doz	60	21,1
Yanlış uygulama yolu	56	19,7
Yanlış hasta	43	15,1
Yanlış uygulama zamanı	42	14,8
Yanlış ilaç	33	11,6

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Acil serviste çalışan hemşirelerin en sık karşılaştıkları ilaç uygulama hatalarının dağılımı Tablo 6'da gösterilmektedir. Çalışma ortamında karşılaşılan ilaç uygulama hatalarını hemşirelerin %28,2'si hastanın ilaç alerjisinin sorgulanmaması, %22,9'u tedaviyi uygulama saatinin geciktirilmesi, %21,1'i hastaya yanlış dozda ilaç uygulanması, %19,7'si ilacın yanlış yoldan uygulanması, %15,1'i ilacın yanlış hastaya verilmesi, %14,8'i ilacın yanlış zamanda yapılması ve %11,6'sının da yanlış ilacın uygulanması olarak ifade ettikleri ortaya çıkarıldı.

**Tablo 7.** Hemşirelerin Acil Serviste Görülen İlaç Uygulama Hatalarının Neden/Nedenlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (N=284)

<b>İlaç Uygulama Hataları*</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması</b>	158	55,6
<b>Hastanın ilaç alerjileri hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması</b>	97	34,2
<b>Hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması</b>	52	18,3
<b>Yoğun çalışma temposu nedeniyle dikkatin dağılması ve işe konsantre olamama</b>	104	36,6
<b>İlaç uygulaması sırasında çalışma ortamında meydana gelen karışıklıklar</b>	93	32,7
<b>Çalışma saatlerinin uzun olması</b>	84	29,6
<b>Hastaya yapılan ilaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması</b>	72	25,4
<b>Uygulanacak ilaç dozunun en az iki kez kontrol edilmemesi</b>	40	14,1
<b>İhtiyaç duyulan araç-gerecin serviste bulunmaması</b>	31	10,9
<b>İlaç etiketlerinin okunamaması</b>	17	6,0

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin acil serviste görülen ilaç uygulama hatalarının neden/nedenlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 7'de gösterilmektedir. Acil serviste görülen ilaç uygulama hatalarının neden/nedenlerini hemşirelerin %55,6'sı hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, %34,2'si hastanın ilaç alerjileri hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması, %18,3'ü hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması, %36,6'sı yoğun çalışma temposu nedeniyle dikkatin dağılması ve işe konsantre olamama, %32,7'si ilaç uygulaması sırasında çalışma ortamında meydana gelen karışıklıklar, %29,6'sı çalışma saatlerinin uzun olması, %25,4'ü hastaya yapılan ilaç hakkında yeterli bilgi sahibi

olunmaması, %14,1'i uygulanacak ilaç dozunun en az iki kez kontrol edilmemesi, %10,9'uihtiyaç duyulan araç-gerecin serviste bulunmaması ve %6,0'ı ilaç etiketlerinin okunamaması olarak ifade ettikleri belirlenmiştir.

**Tablo 8.** Hemşirelerin Hasta Düşmelerinin Nedenlerine İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (N=284)

Hasta düşme nedenleri*	n	%
Sedyelerin uygun olmaması ve kenarlıklarının kaldırılmaması	85	29,9
Hastanın bilincinin kapalı olması	84	29,6
Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması	84	29,6
Hastanın yanında refakatçi bulunmaması	70	24,6
Zeminin ıslak olması	53	18,7
Hastaların düşme risklerini artırabilecek ilaçlar alması	43	15,1
Çalışma ortamının dağınık olması	41	14,4
Sağlık bakım profesyonellerinin dikkatsiz/özensiz ve ihmalkar davranması	34	12,0

Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta düşme olaylarının nedenlerine ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir. Acil serviste yaşanan düşme olaylarının nedenlerini hemşirelerin%29,9'u sedyelerin uygun olmaması ve kenarlıklarının kaldırılmaması, %29,6'sı hastanın bilincinin kapalı olması, %29,6'sı hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, %24,6'sı hastanın yanında refakatçi bulunmaması, %18,7'si zeminin ıslak olması, %15,1'i hastaların düşme risklerini artırabilecek ilaçlar alması, %14,4'ü çalışma ortamının dağınık olması ve %12,0'ı sağlık bakım profesyonellerinin dikkatsiz/özensiz ve ihmalkar davranması olarak

bildirmişlerdir.

**Tablo 9.** Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Durumlarının Dağılımı (N=284)

Özellikler		n	%
<b>Tıbbi hata yapma durumu</b>	Evet	55	19,4
	Hayır	229	80,6
<b>İlaç uygulama hatası yapma durumu</b>	Evet	50	17,6
	Hayır	234	82,4
<b>Cevabı evet ise yapılan ilaç hatasının türü (n=50)</b>	Tarihi geçen ilacı uygulama	1	2,0
	Yanlış ilacı uygulama	21	42,0
	İlaç doğru yoldan vermeme	3	6,0
	Hastanın ilaç alerjisi sorgulanmadan yan etkisi olan ilacı uygulama	4	8,0
	İlaç yanlış dozda uygulama	21	42,0

Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma durumlarının dağılımı Tablo 9'da gösterilmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin %19,4'ünün tıbbi hata, %17,6'sının ilaç uygulama hatası yaptığı, %2,0'nin tarihi geçen ilacı uyguladığı, %42,0'nin yanlış ilacı uyguladığı, %6,0'nin ilacı doğru yoldan vermediği, %8,0'nin hastanın ilaç alerjisi sorgulanmadan yan etkisi olan ilacı uyguladığı ve %42,0'nin ilacı yanlış dozda uyguladığı belirlenmiştir.

#### 4.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'ne (THEÖ) İlişkin Bulgular

Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği 5 alt boyut ve genel eğilim puanlarına ilişkin ortanca puan (min-max) değerleri Tablo 10 'da sunulmuştur. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam ortanca puan değeri 4,65'dir. İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları, Hastane Enfeksiyonları, Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği, Düşmeler ve İletişim alt boyutları ortanca puan değerleri ise sırasıyla 4,78, 4,75, 4,56, 4,60 ve 5,0 olarak belirlenmiştir. Bu ölçekten alınan toplam puandaki yükselme hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin yüksek olduğunu göstermekle birlikte bu çalışmada hemşirelerin 5 alt boyut ve genel eğilim puanlarının 3 ve üzeri ortanca puan değerine sahip olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 10.** Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortanca Puan Değerleri

Alt boyutlar	Madde sayısı	Ortanca	Min-Max
<b>İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları</b>	18	4,78	3,22-5,00
<b>Hastane Enfeksiyonları</b>	12	4,75	3,00-5,00
<b>Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği</b>	9	4,56	2,89-5,00
<b>Düşmeler</b>	5	4,60	2,60-5,00
<b>İletişim</b>	5	5,00	2,60-5,00
<b>Ölçek Toplam</b>	49	4,65	3,24-5,00

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 11 'de karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanlarının yaş ( $p=0,107$ ), cinsiyet ( $p=0,431$ ), medeni durum ( $p=0,334$ ) ve eğitim durumu ( $p=0,202$ ) özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

**Tablo 11.** Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		THEO Ortanca (min-max)	Test ve P Değeri
Yaş	18-28 yaş	4,7(3,2-5,0)	$X^2= 4,467$
	29-39 yaş	4,6(3,3-5,0)	p= 0,107
	40 yaş ve üzeri	4,7(4,4-5,0)	
Cinsiyet	Kadın	4,7 (3,3- 5,0)	u=8464
	Erkek	4,6 (3,2- 5,0)	p=0,431
Medeni durum	Evli	4,6 (3,3- 5,0)	u= 10003
	Bekar	4,7 (3,2- 5,0)	p=0,334
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	4,7 (3,9- 5,0)	$X^2=4,62$
	Önlisans	4,7 (3,2- 5,0)	p=0,202
	Lisans	4,6 (3,8- 5,0)	
	Yüksek lisans	4,3 (4,0- 4,9)	

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 12’de karşılaştırmıştır. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanlarının çalışma yılı ( $p=0,96$ ), acil serviste çalışma yılı ( $p=0,635$ ), iş yaşam kalitesi ( $p=0,204$ ) ve iş doyum düzeyi ( $p=0,054$ ) özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanları hastanedeki çalışma statülerine ( $p=0,002$ ) göre farklılık göstermekle birlikte, kadrolu çalışan hemşirelerin ortanca puan değeri 4,6 iken, sözleşmeli çalışan hemşirelerin ortanca puan değeri 4,8’dir. Sözleşmeli hemşirelerdeki ortanca puan değeri kadrolu hemşirelerden daha yüksektir.

Hemşirelerin mesleğini sevme durumlarına ( $p=0,005$ ) göre de Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ortanca puan değerleri değişim göstermektedir. Mesleğini seven hemşirelerle, mesleğini sevme konusunda kararsız olan hemşireler arasında farklılık bulunmakla birlikte, mesleğini seven hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ortanca puan değeri daha yüksektir. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanları çalıştıkları servisten memnun olma durumlarına ( $p=0,006$ ) göre de değişmektedir. Çalıştıkları servisten memnun olan hemşirelerde ortanca puan değeri 4,7, çalıştıkları



servisten memnun olmayan hemşirelerde ortanca puan değer 4,5 ve kısmen memnun olan hemşirelerde ise ortanca puan değeri 4,6'dan daha yüksektir. Hemşirelerin çalışma şekline (p=0,021) göre de Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ortanca puan değerleri arasında farklılık bulunmaktadır. Sürekli gündüz çalışan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ortanca puan değeri 4,8, vardiyalı çalışan hemşirelerin ortanca puan değeri 4,6 olmakla birlikte vardiyalı çalışan hemşirelerin ortanca puan değeri daha düşük bulunmuştur (Tablo 12).

**Tablo 12.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		THEO	Test ve P Değeri
		Ortanca (min-max)	
<b>Çalışma yılı</b>	0-4 yıl	4,6 (3,2- 5,0)	X <sup>2</sup> = 0,081 p=0,96
	5-9 yıl	4,7 (3,8- 5,0)	
	10 yıl ve üzeri	4,7 (3,3- 5,0)	
<b>Acil serviste çalışma yılı</b>	0-4 yıl	4,7 (3,2- 5,0)	X <sup>2</sup> =0,909 p= 0,635
	5-9 yıl	4,7 (3,7- 5,0)	
	10 yıl ve üzeri	4,7 (3,3- 5,0)	
<b>Çalışma statüsü</b>	Kadrolu	4,6 (3,2- 5,0)	u=8147,5 p=0,002
	Sözleşmeli	4,8 (3,9- 5,0)	
<b>Mesleğini sevme durumu</b>	Seviyor	4,7 (3,8- 5,0)	X <sup>2</sup> =10,618 p=0,005
	Sevmiyor	4,6 (3,3- 5,0)	
	Kararsız	4,5 (3,2- 5,0)	
<b>Çalıştığı servisten memnun olma durumu</b>	Memnun	4,7 (3,9-5,0)	X <sup>2</sup> =10,227 p= 0,006
	Memnun değil	4,5 (3,2-5,0)	
	Kısmen memnun	4,6(3,3- 5,0)	
<b>Çalışma şekli</b>	Sürekli gündüz	4,8 (3,7- 5,0)	u=4451 p=0,021
	Vardiya	4,6 (3,2- 5,0)	

**Tablo 12 Devam.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

<b>İş yaşam kalitesi</b>	Mükemmel	4,7 (4,6-5,0)	$\chi^2=5,93$ p= 0,204
	Çok iyi	4,8 (4,2- 5,0)	
	İyi	4,7 (3,2-5,0)	
	Kötü	4,6 (3,7-5,0)	
	Çok kötü	4,8 (3,8-5,0)	
<b>Kurumdaki iş doyum düzeyi</b>	Çok iyi	5,0 (4,2- 5,0)	$\chi^2=11,844$ p= 0,054
	İyi	4,8 (3,3-5,0)	
	Orta	4,7 (3,2-5,0)	
	Kısmen kötü	4,5 (3,8-5,0)	
	Kötü	4,5 (3,7- 5,0)	

**Tablo 13.** Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

<b>Özellikler</b>	<b>Ortanca, (min-max)</b>	<b>Test ve p değeri</b>
<b>Yaş grupları</b>	18-28 yaş	4,7 (3,5- 5,0)
	29-39 yaş	4,7 (3,2-5,0)
	40 yaş ve üzeri	4,9 (4,5-5,0)
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	4,8 (3,2-5,0)
	Erkek	4,7 (3,5-5,0)
<b>Medeni durum</b>	Evli	4,8 (3,2- 5,0)
	Bekar	4,8 (3,5-5,0)
<b>Eğitim düzeyi</b>	Sağlık Meslek Lisesi	4,9 (3,7- 5,0)
	Önlisans	4,7 (3,2- 5,0)
	Lisans	4,8 (3,7- 5,0)
	Yüksek lisans	4,7 (3,9- 5,0)

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutu ortanca puan değerleri Tablo 13'te karşılaştırmıştır. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve

Transfüzyon Uygulamaları alt boyutu ortanca puan değerleri hemşirelerin yaşlarına göre farklılık göstermekle birlikte, 40 yaş ve üzeri hemşirelerin ortanca puan değeri, 18-28 yaş arası hemşirelerin ortanca puan değerlerinden daha yüksek bulunmuştur (p=0,039). Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut ortanca puan değerinin cinsiyet (p=0,907), medeni durum (p=0,617) ve eğitim durumuna (p=0,252) göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 14'te karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut ortanca puan değerleri, hemşirelerin çalışma yılı (p=0,198), acil serviste çalışma yılı (p=0,219), hastanedeki çalışma statüsü (p=0,204), çalıştığı servisten memnun olma durumu (p=0,235) ve iş yaşam kalitesi (p=0,076) özelliklerine göre farklılık göstermemektedir. Hemşirelerin mesleğini sevmeye durumlarına göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulama alt boyut ortanca puan değerleri arasında farklılık bulunmakla birlikte (p=0,017), mesleğini seven hemşirelerin ortanca puan değeri, mesleğini sevmeye konusunda kararsız olan hemşirelerin ortanca puan değerinden daha yüksektir. Hemşirelerin çalışma şekline (p=0,022) göre, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin ortanca puan değeri, vardiyalı çalışan hemşirelerin ortanca puan değerinden daha yüksektir. Hemşirelerin çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri yönünden de Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon uygulamaları alt boyut ortanca puan değerleri arasında farklılık bulunmakla birlikte (p=0,047), iş doyum düzeyini iyi olarak tanımlayan hemşirelerin ortanca puan değeri 4,9, iş doyum düzeyini kısmen kötü olarak tanımlayan hemşirelerin ortanca puanı değeri 4,6 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 14.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Ozellikler	Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Çalışma yılı	0-4 yıl	X <sup>2</sup> =3,242 p= 0,198
	5-9 yıl	
	10 yıl ve üzeri	

**Tablo 14 Devam.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

<b>Acil serviste çalışma yılı</b>	0-4 yıl	4,7 (3,5- 5,0)	$X^2=3,036$ p= 0,219
	5-9 yıl	4,8 (3,7- 5,0)	
	10 yıl ve üzeri	4,8 (3,2-5,0)	
<b>Çalışma statüsü</b>	Kadrolu	4,7 (3,2- 5,0)	u=7167
	Sözleşmeli	4,9 (3,7-5,0)	p=0,204
<b>Mesleğini sevme durumu</b>	Seviyor	4,8 (3,7-5,0)	$X^2=8,132$ p= 0,017
	Sevmiyor	4,7 (3,2-5,0)	
	Kararsız	4,6 (3,5- 5,0)	
<b>Çalıştığı servisten memnun olma durumu</b>	Memnun	4,8 (3,9-5,0)	$X^2=2,894$
	Memnun değil	4,6 (3,5- 5,0)	p=0,235
	Kısmen memnun	4,8 (3,2-5,0)	
<b>Çalışma şekli</b>	Sürekli gündüz	4,9 (3,7- 5,0)	u=4469
	Vardiya	4,7 (3,2-5,0)	p=0,022
<b>İş yaşam kalitesi</b>	Mükemmel	4,6 (4,4- 5,0)	$X^2=8,458$
	Çok iyi	4,9 (4,2-5,0)	
	İyi	4,8 (3,2-5,0)	p=0,076
	Kötü	4,7 (3,7-5,0)	
	Çok kötü	5,0 (3,8- 5,0)	
<b>Kurumdaki iş doyumu düzeyi</b>	Çok iyi	4,9 (4,2- 5,0)	$X^2=9,648$
	İyi	4,9 (3,2- 5,0)	
	Orta	4,8 (3,5- 5,0)	p=0,047
	Kısmen kötü	4,6 (3,7- 5,0)	
	Kötü	4,8 (3,7- 5,0)	

**Tablo 15.** Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Yaş	18-28 yaş	4,8 (3,0-5,0)	$X^2=2,654$
	29-39 yaş	4,6 (3,2-5,0)	$p=0,265$
	40 yaş ve üzeri	5,0 (3,0-5,0)	
Cinsiyet	Kadın	4,8 (3,0- 5,0)	$u=8895$
	Erkek	4,8 (3,0-5,0)	$p=0,897$
Medeni durum	Evli	4,7 (3,0- 5,09)	$u=10268$
	Bekar	4,8 (3,0- 5,0)	$p=0,165$
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	4,8 (3,8- 5,0)	$X^2=4,639$
	Önlisans	4,7 (3,0- 5,0)	
	Lisans	4,7 (3,0- 5,0)	$p=0,200$
	Yüksek Lisans	4,5 (3,3-5,0)	

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 15’te karşılaştırmıştır. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları alt boyut ortanca puan değerlerinin yaş ( $p=0,265$ ), cinsiyet ( $p=0,897$ ), medeni durum ( $p=0,165$ ) ve eğitim durumu ( $p=0,200$ ) özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 16’da karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları alt boyut ortanca puan değerlerinin çalışma yılı ( $p=0,984$ ), acil serviste çalışma yılı ( $p=0,339$ ), mesleğini sevme durumu ( $p=0,053$ ), hemşirelerin çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $p=0,056$ ), çalışma şekli ( $p=0,372$ ), iş yaşam kalitesi ( $p=0,123$ ) ve iş doyum düzeyi ( $p=0,052$ ) özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Hemşirelerin hastanedeki çalışma statülerine ( $p=0,024$ ) göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları alt boyut ortanca puan değerleri yönünden farklılık bulunmakla birlikte, kadrolu hemşirelerin ortanca puan değerinin (4,7), sözleşmeli hemşirelerin ortanca puan değerinden (4,8) daha düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 16.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
<b>Çalışma yılı</b>	0-4 yıl	4,8 (3,0-5,0)	$X^2=0,032$ p= 0,984
	5-9 yıl	4,7 (3,3-5,0)	
	10 yıl ve üzeri	4,7 (3,0-5,0)	
<b>Acil serviste çalışma yılı</b>	0-4 yıl	4,8 (3,0- 5,0)	$X^2=2,165$ p= 0,339
	5-9 yıl	4,6 (3,2-5,0)	
	10 yıl ve üzeri	4,9 (3,3- 5,0)	
<b>Çalışma statüsü</b>	Kadrolu	4,7 (3,0- 5,0)	u=7693
	Sözleşmeli	4,8 (3,3- 5,0)	P=0,024
<b>Mesleğini sevme durumu</b>	Seviyor	4,8 (3,2- 5,0)	$X^2=6,012$ p=0,053
	Sevmiyor	4,5 (3,0-5,0)	
<b>Çalıştığı servisten memnun olma durumu</b>	Memnun	4,8 (3,3- 5,0)	$X^2=6,785$ p=0,056
	Memnun değil	4,6 (3,0- 5,0)	
	Kısmen memnun	4,6 (3,0-5,0)	
<b>Çalışma şekli</b>	Sürekli gündüz	4,8 (3,0-5,0)	u=5188
	Vardiya	4,7 (3,0-5,0)	p=0,372
<b>İş yaşam kalitesi</b>	Mükemmel	4,8 (4,8-5,0)	$X^2=7,254$ p=0,123
	Çok iyi	4,9 (4,1-5,0)	
	İyi	4,8 (3,0-5,0)	
	Kötü	4,6 (3,3-5,0)	
	Çok kötü	4,6 (3,3-5,0)	
<b>Kurumdaki iş doyum düzeyi</b>	Çok iyi	5,0 (4,3-5,0)	$X^2=9,38$ p=0,052
	İyi	4,9 (3,2- 5,0)	
	Orta	4,7 (3,0-5,0)	
	Kısmen kötü	4,6 (3,7-5,0)	
	Kötü	4,6 (3,3-5,0)	

**Tablo17.** Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Yaş	18-28 yaş	4,6 (2,9- 5,0)	$X^2=7,61$
	29-39 yaş	4,4 (2,9- 5,0)	p= 0,022
	40 yaş ve üzeri	4,8 (3,7- 5,0)	
Cinsiyet	Kadın	4,6 (2,9-5,0)	u=8002
	Erkek	4,6 (2,9-5,0)	p=0,130
Medeni durum	Evli	4,5 (2,9-5,0)	u=9861,5
	Bekar	4,6 (2,9-5,0)	p=0,446
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	4,6 (3,0-5,0)	$X^2=6,659$
	Önlisans	4,4 (3,0-5,0)	p= 0,084
	Lisans	4,6 (2,9-5,0)	
	Yüksek Lisans	4,2 (3,4-4,8)	

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 17’de karşılaştırmıştır. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin yaşlarına göre değişmektedir (p=0,022). 2939 yaş arası hemşireler ile 40 yaş ve üzeri hemşirelerin ortanca puan değerleri farklılık göstermekle birlikte, 40 yaş ve üzeri hemşirelerin ortanca puan değerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut ortanca puan değerleri, cinsiyet (p=0,130), medeni durum (p=0,446) ve eğitim durumu (p=0,084) gibi özellikler yönünden farklılık göstermemektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin acil servisteki çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 18’ de karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut ortanca puan değerleri çalışma yılı (p=0,854), acil serviste çalışma yılı (p=0,154) ve iş yaşam kalitesi (p=0,518) gibi özellikler yönünden farklılık göstermemektedir. Elde edilen bulgular

doğrultusunda hemşirelerin çalıştığı servisten memnun olma durumları ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut ortanca puan değerleri arasında farklılık bulunmaktadır ( $p=0,013$ ). Çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin ortanca puan değeri çalıştığı servisten kısmen memnun olan hemşirelerin ortanca puan değerinden daha yüksektir. Benzer şekilde çalışma şeklinin de Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut ortanca puan değerlerini etkilediği belirlenmiş olup ( $p=0,049$ ), sürekli gündüz çalışan hemşirelerin ortanca puan değeri daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin iş doyum düzeylerine göre de farklılık göstermektedir ( $p=0,015$ ).

Çalıştıkları kurumda iş doyum düzeylerini çok iyi olarak tanımlayan hemşireler ile kısmen kötü olarak tanımlayan hemşirelerin ortanca puan değerleri arasında fark bulunmakla birlikte, iş doyum düzeylerini çok iyi olarak tanımlayan hemşirelerin aldıkları puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hastanede çalışma statüleri bakımından da ortanca puan değerleri arasında fark bulunmaktadır ( $p=0,002$ ). Sözleşmeli çalışan hemşirelerin ortanca puan değerinin, kadrolu çalışan hemşirelerin ortanca puan değerinden daha yüksek olduğu ortaya çıkarılmıştır. Benzer şekilde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin mesleğini sevme durumuna göre de farklılık göstermekle birlikte ( $p=0,000$ ), mesleğini sevme noktasında kararsız olan hemşirelerin ortanca puan değeri, mesleğini seven ve sevmeyen hemşirelerden daha düşük bulunmuştur (Tablo 18).

**Tablo 18.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Çalışma yılı	0-4 yıl	4,6 (2,9-5,0)	$X^2=0,315$ $p=0,854$
	5-9 yıl	4,6 (3,3-5,0)	
	10 yıl ve üzeri	4,6 (2,9-5,0)	
Acil serviste çalışma yılı	0-4 yıl	4,6 (2,9-5,0)	$X^2=3,741$ $p=0,154$
	5-9 yıl	4,4 (2,9-5,0)	
	10 yıl ve üzeri	4,8(3,1-5,0)	
Çalışma statüsü	Kadrolu	4,4 (2,9-5,0)	$u=8192$ $p=0,002$
	Sözleşmeli	4,8 (3,6-5,0)	



**Tablo 18 Devam.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği  
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin  
Karşılaştırılması

<b>Mesleğini sevme durumu</b>	Seviyor	4,7 (2,9-5,0)	$X^2=16,8$ p= 0,000
	Sevmiyor	4,6 (2,9-5,0)	
	Kararsız	4,2 (3,0-5,0)	
<b>Çalıştığı servisten memnun olma durumu</b>	Memnun	4,7 (2,9- 5,0)	$X^2=8,743$
	Memnun değil	4,3 (3,0- 5,0)	p=0,013
	Kısmen memnun	4,4 (2,9- 5,0)	
<b>Çalışma şekli</b>	Sürekli gündüz	4,8 (3,3- 5,0)	u=4635,5
	Vardiya	4,4 (2,9- 5,0)	p=0,049
<b>İş yaşam kalitesi</b>	Mükemmel	4,6 (4,6- 5,0)	$X^2=3,245$
	Çok iyi	4,8 (3,6-5,0)	
	İyi	4,6 (2,9-5,0)	p=0,518
	Kötü	4,4 (3,3-5,0)	
	Çok kötü	4,6 (2,9-5,0)	
<b>Kurumdaki iş doyum düzeyi</b>	Çok iyi	5,0 (4,2- 5,0)	$X^2=12,314$
	İyi	4,8 (2,9-5,0)	
	Orta	4,6 (3,0-5,0)	p= 0,015
	Kısmen kötü	4,2 (3,3-5,0)	
	Kötü	4,4 (2,9-5,0)	

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 19’da karşılaştırmıştır. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler alt boyutu ortanca puan değerleri yaş (p=0,377), cinsiyet (p=0,076), medeni durum (p=0,075) ve eğitim düzeyi (p=0,219) gibi özellikler yönünden farklılık göstermemektedir.

**Tablo 19. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması**

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Yaş	18-28 yaş	4,8 (2,8- 5,0)	$X^2=1,953$ p= 0,377
	29-39 yaş	4,6 (2,6-5,0)	
	40 yaş ve üzeri	4,7 (3,8- 5,0)	
Cinsiyet	Kadın	4,8 (2,8-5,0)	u=7841,5 p=0,076
	Erkek	4,6 (2,6-5,0)	
Medeni durum	Evli	4,6 (2,6-5,0)	u= 10523,5 p=0,075
	Bekar	4,8 (2,8-5,0)	
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	4,6 (2,8-5,0)	$X^2=4,423$ p=0,219
	Önlisans	4,6 (3,0-5,0)	
	Lisans	4,8 (3,2-5,0)	
	Yüksek Lisans	4,2(2,6-5,0)	

Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin çalışma özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşme alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 20’de karşılaştırmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşme alt boyut ortanca puan değerinin, çalıştığı servisten kısmen memnun olan hemşirelerin ortanca puan değerinden daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,004). Hemşirelerin çalışma şekli yönünden de farklılık saptanmış olmakla birlikte, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşme alt boyutu ortanca puan değeri, vardiyalı çalışan hemşirelerin ortanca puan değerinden daha yüksek saptanmıştır (p=0,005). Hemşirelerin hastanedeki çalışma statüsü yönünden de Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşme alt boyutu ortanca puan değeri yönünden farklılık olduğu belirlenmiş olmakla birlikte sözleşmeli hemşirelerin orta puan değerinin kadrolu hemşirelerin ortanca puan değerinden daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,008). Bununla birlikte mesleğini sevme durumu da hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşme alt boyutu ortanca puan değerini etkilemekle birlikte, mesleğini seven hemşirelerin ortanca puan değeri, mesleğini sevme konusunda kararsız olan hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur (p=0,030). Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşme alt boyutu ortanca puan değerleri, hemşirelerin çalışma yılı (p=0,609), acil serviste çalışma yılı (p=0,921), iş yaşam kaliteleri (p=0,494) ve iş doyum düzeyi (p=0,505) gibi özellikleri yönünden farklılık göstermemektedir.

**Tablo 20.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler  
Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
<b>Çalışma yılı</b>	0-4 yıl	4,6 (2,8-5,0)	$X^2=0,993$ $p=0,609$
	5-9 yıl	4,8 (3,0-5,0)	
	10 yıl ve üzeri	4,6 (2,6-5,0)	
<b>Acil serviste çalışma yılı</b>	0-4 yıl	4,6 (2,6-5,0)	$X^2=0,164$ $p=0,921$
	5-9 yıl	4,6 (3,0-5,0)	
	10 yıl ve üzeri	4,6 (3,2-5,0)	
<b>Çalışma statüsü</b>	Kadrolu	4,6 (2,6-5,0)	$u=7917$ $p=0,008$
	Sözleşmeli	4,8 (3,6-5,0)	
<b>Mesleğini sevme durumu</b>	Seviyor	4,6 (2,6-5,0)	$X^2=7,002$ $p=0,030$
	Sevmiyor	4,8 (3,2-5,0)	
	Kararsız	4,4 (3,0-5,0)	
<b>Çalıştığı servisten memnun olma durumu</b>	Memnun	4,8 (2,8- 5,0)	$X^2=11,17$ $p=0,004$
	Memnun değil Kısmen memnun	4,4(3,0-5,0) 4,4 (2,6-5,0)	
<b>Çalışma şekli</b>	Sürekli gündüz	4,8 (3,0-5,0)	$u=4214$ $p= 0,005$
	Vardiya	4,6 (2,6-5,0)	
<b>İş yaşam kalitesi</b>	Mükemmel	4,6 (4,2-5,0)	$X^2=3,394$ $p=0,494$
	Çok iyi	4,8 (3,8-5,0)	
	İyi	4,6 (2,8-5,0)	
	Kötü	4,6 (3,0-5,0)	
	Çok kötü	4,2 (2,6-5,0)	

**Tablo 20 Devam. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması**

Kurumdaki iş doyumu düzeyi	Çok iyi	4,8 (4,0-5,0)	$X^2=3,323$ $p=0,505$
	İyi	4,8 (2,8-5,0)	
	Orta	4,6 (3,2-5,0)	
	Kısmen kötü	4,5 (3,0-5,0)	
	Kötü	4,3 (2,6-5,0)	

**Tablo 21. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması**

Özellikler	Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Yaş	18-28 yaş	5,0 (2,6- 5,0)
	29-39 yaş	5,0 (2,6- 5,0)
	40 yaş ve üzeri	5,0 (4,0-5,0)
Cinsiyet	Kadın	5,0 (2,6-5,0)
	Erkek	5,0 (2,6-5,0)
Medeni durum	Evli	5,0 (2,6-5,0)
	Bekar	5,0 (2,6-5,0)
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	4,8 (2,6-5,0)
	Önlisans	5,0 (2,6-5,0)
	Lisans	5,0 (2,6-5,0)
	Yüksek Lisans	5,0 (4,0-5,0)

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 21’de karşılaştırmıştır. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin yaş ( $p=0,795$ ), cinsiyet ( $p=0,265$ ) ve medeni durum ( $p=0,979$ ) gibi özellikleri yönünden farklılık göstermemektedir. Buna karşın hemşirelerin eğitim durumları Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim alt boyut ortanca puan değerlerini etkilemekle birlikte ( $p=0,004$ ), sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ortanca puan değeri, lisans mezunu hemşirelerin ortanca puan değerinden daha düşük bulunmuştur. Benzer şekilde önlisans mezunu hemşirelerin ortanca puan değeriyle, lisans mezunu hemşirelerin ortanca puan değerleri arasında fark bulunmakla birlikte, lisans mezunu hemşirelerin sıra puanlarının (163,48), önlisans mezunu hemşirelerin sıra puanlarından (132,70) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 22.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim Alt Boyutu Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Çalışma yılı	0-4 yıl	5,0 (2,6-5,0)	$X^2=0,197$ p=0,906
	5-9 yıl	5,0 (3,0-5,0)	
	10 yıl ve üzeri	5,0 (2,6-5,0)	
Acil serviste çalışma yılı	0-4 yıl	5,0 (2,6-5,0)	$X^2=0,73$ p= 0,694
	5-9 yıl	5,0 (2,6-5,0)	
	10 yıl ve üzeri	5,0 (3,2-5,0)	
Çalışma statüsü	Kadrolu	5,0 (2,6-5,0)	u=7690 p=0,014
	Sözleşmeli	5,0 (3,2-5,0)	
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	5,0 (2,6-5,0)	$X^2=5,983$ p=0,057
	Sevmiyor	4,8 (2,6-5,0)	
	Kararsız	5,0 (2,6-5,0)	
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	5,0 (2,8-5,0)	$X^2= 4,551$ p=0,103
	Memnun değil Kısmen memnun	5,0 (3,4-5,0) 5,0 (2,6-5,0)	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	5,0 (3,4-5,0)	u=5431,5 p=0,651
	Vardiya	5,0(2,6-5,0)	
İş yaşam kalitesi	Mükemmel	5,0 (4,6-5,0)	$X^2=5,463$ p=0,243
	Çok iyi	5,0 (3,8-5,0)	
	İyi	5,0 (2,6-5,0)	
	Kötü	5,0 (3,0-5,0)	
	Çok kötü	5,0 (2,6-5,0)	
Kurumdaki iş doyum düzeyi	Çok iyi	5,0 (3,8-5,0)	$X^2=4,439$ p= 0,350
	İyi	5,0 (2,8-5,0)	
	Orta	5,0 (2,6-5,0)	
	Kısmen kötü	5,0 (3,0-5,0)	
	Kötü	5,0 (2,6-5,0)	

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 22’de karşılaştırmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma yılı ( $p=0,906$ ), acil serviste çalışma yılı ( $p=0,694$ ) mesleğini sevme durumu ( $p=0,057$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $p=0,103$ ), çalışma şekli ( $p=0,651$ ), iş yaşam kalitesi ( $p=0,243$ ) ve iş doyum düzeyi ( $p=0,350$ ) gibi özellikler yönünden farklılık göstermemektedir. Hemşirelerin hastanedeki çalışma statüleri de Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim alt boyut ortanca puan değerlerini etkilemekle birlikte, sözleşmeli çalışan hemşirelerde sıra puanlarının (163,91), kadrolu çalışan hemşirelerin sıra puanlarından (137,12) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,014$ ).

### 4.3. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ)’ne İlişkin Bulgular

**Tablo 23.** Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortanca Puan Değerleri

THTÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ortanca	Min-Max
Tıbbi Hata Algısı	2	3,00	1,00- 5,00
Tıbbi Hataya Yaklaşım	7	3,71	2,14- 4,86
Tıbbi Hata Nedenleri	7	3,71	1,00- 5,00
Ölçek Toplam	16	3,59	1,69 -4,50

Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 23'te gösterilmiştir. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam ortanca puan değeri 3,59'dur. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı, Tıbbi Hataya Yaklaşım ve Tıbbi Hata Nedenleri alt boyut ortanca puan değerleri ise sırasıyla 3,00, 3,71 ve 3,71 olarak belirlenmiştir. Tıbbi Hatalar Tutum Ölçeğinde kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan hemşirelerin tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan hemşirelerin tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin hem alt boyut hem de genel tıbbi hata tutumu ortanca puan değerleri 3 ve üzeri olarak elde edilmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu görülmüştür.

**Tablo 24.** Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		THTÖ Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Yaş	18-28 yaş	3,6 (2,5-4,4)	$X^2=2,146$ $p=0,342$
	29-39 yaş	3,6 (1,7-4,5)	
	40 yaş ve üzeri	3,6 (3,0-4,5)	
Cinsiyet	Kadın	3,6 (2,5-4,5)	$u=8424,5$ $p=0,396$
	Erkek	3,6 (1,7-4,5)	
Medeni durum	Evli	3,6 (2,5-4,5)	$u=9521,5$ $p=0,808$
	Bekar	3,6 (1,7-4,5)	
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	3,5 (2,6-4,3)	$X^2=8,798$ $p=0,052$
	Önlisans	3,6 (2,7-4,5)	
	Lisans	3,6 (1,7-4,4)	
	Yüksek Lisans	3,8 (3,4-4,0)	

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 24'te karşılaştırılmıştır. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri hemşirelerin yaş ( $p=0,342$ ), cinsiyet ( $p=0,396$ ), medeni durum ( $p=0,808$ ) ve eğitim durumu ( $p=0,052$ ) özellikleri yönünden farklılık göstermemektedir.

**Tablo 25.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		THTÖ Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
<b>Çalışma yılı</b>	0-4 yıl	3,6 (2,5-4,4)	$X^2=0,875$
	5-9 yıl	3,6 (2,7-4,3)	p=0,646
	10 yıl ve üzeri	3,6 (1,7-4,5)	
<b>Acil serviste çalışma yılı</b>	0-4 yıl	3,6 (2,5-4,5)	$X^2=1,225$
	5-9 yıl	3,6 (1,7-4,5)	p=0,542
	10 yıl ve üzeri	3,5 (2,9-4,4)	
<b>Çalışma statüsü</b>	Kadrolu	3,6 (1,7-4,5)	u=7130
	Sözleşmeli	3,7 (2,7-4,4)	p=0,233
<b>Mesleğini sevme durumu</b>	Seviyor	3,6 (1,7-4,5)	$X^2=1,864$
	Sevmiyor	3,5 (2,5-4,5)	p= 0,394
	Kararsız	3,6 (3,0-4,3)	
<b>Çalıştığı servisten memnun olma durumu</b>	Memnun	3,6 (1,7-4,4)	$X^2=2,678$
	Memnun değil	3,5 (3,1-4,4)	p=0,264
	Kısmen memnun	3,6 (2,5-4,5)	
<b>Çalışma şekli</b>	Sürekli gündüz	3,7 (1,7-4,4)	u=4408,
	Vardiya	3,6 (2,5-4,5)	p=0,017
<b>İş yaşam kalitesi</b>	Mükemmel	3,5 (3,5-3,8)	$X^2=4,826$ p=0,306
	Çok iyi	3,6 (2,9-4,4)	
	İyi	3,6 (1,7-4,5)	
	Kötü	3,6 (2,7-4,2)	
	Çok kötü	3,8 (2,5-4,3)	
<b>Kurumdaki iş doyum düzeyi</b>	Çok iyi	3,5 (3,1-3,9)	$X^2=6,056$ p=0,195
	İyi	3,6 (1,7-4,5)	
	Orta	3,6 (2,6-4,4)	
	Kısmen kötü	3,5 (2,9-4,3)	
	Kötü	3,6 (2,5-4,3)	



Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 25'te karşılaştırmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri hemşirelerin çalışma yılı (p=0,646), acil serviste çalışma yılı (p=0,542), hastanedeki çalışma statüsü (p=0,233), mesleğini sevme durumu (p=0,394), çalıştığı servisten memnun olma durumu (p=0,264), iş yaşam kalitesi (p=0,306) ve iş doyum düzeyi (p=0,195) gibi özellikleri yönünden farklılık göstermemektedir. Buna karşın hemşirelerin çalışma şekli (p=0,017). Bununla birlikte bu çalışmada sürekli gündüz çalışan hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ortanca puan değeri 3,7, vardiya çalışan hemşirelerin ortanca puan değeri 3,6 olarak belirlenmiş olmakla birlikte, vardiyalı çalışan hemşirelerde ortanca puan değeri daha düşük bulunmuştur.

**Tablo 26.** Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Yaş	18-28 yaş	3,0(1,0-5,0)	X <sup>2</sup> =4,131
	29-39 yaş	3,0(1,5-5,0)	p=0,127
	40 yaş ve üzeri	3,5 (1,0-5,0)	
Cinsiyet	Kadın	3,0 (1,0-5,0)	u=10340,5
	Erkek	3,0 (1,0-5,0)	p=0,032
Medeni durum	Evli	3,0(1,0-5,0)	u=10173
	Bekar	3,0(1,0-5,0)	p=0,211
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	3,0 (1,0-5,0)	X <sup>2</sup> =3,509
	Önlisans	3,0( 1,0-5,0)	
	Lisans	3,0(1,0-4,5)	p= 0,320
	Yüksek Lisans	3,5 (3,0-4,0)	

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 26'da karşılaştırılmıştır. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin yaş (p=0,127), medeni durum (p=0,211), eğitim düzeyi (p=0,320) özelliklerine göre farklılık göstermemektedir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı alt boyutu ortanca puan değeri sadece cinsiyete (p=0,032) göre farklılık

göstermekle birlikte erkek ve kadın hemşirelerin ortanca puan değerleri 3 olarak belirlenmiştir. Erkek hemşirelerin puanları ile kadın hemşirelerin puanlarına ait sıra puanları karşılaştırıldığında, erkek hemşirelerin sıra puanları (156,85), kadın hemşirelerin sıra puanlarından (135,29) daha yüksek bulunmuştur. Bu durum erkek hemşirelerin hata algısı puanlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

**Tablo 27.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Çalışma yılı	0-4 yıl	3,0 (1,0-5,0)	$X^2=0,299$ p=0,861
	5-9 yıl	3,0 (1,0-4,5)	
	10 yıl ve üzeri	3,0 (1,0-5,0)	
Acil serviste çalışma yılı	0-4 yıl	3,0 (1,0-5,0)	$X^2=1,397$ p=0,497
	5-9 yıl	3,0 (1,0-5,0)	
	10 yıl ve üzeri	3,5 (1,0-4,5)	
Çalışma statüsü	Kadroolu	3,0 (1,0-5,0)	u=6411,5 p= 0,915
	Sözleşmeli	3,0 (1,0-5,0)	
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	3,0 (1,0-5,0)	$X^2=0,346$ p=0,841
	Sevmiyor	3,0 (2,0-5,0)	
	Kararsız	3,0 (1,5-4,5)	
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	3,0 (1,0-5,0)	$X^2=1,242$ p= 0,537
	Memnun değil	3,0 (1,5-4,5)	
	Kısmen memnun	3,0 (1,0-5,0)	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	3,0 (1,0-5,0)	u=5081 p=0,267
	Vardiya	3,0 (1,0-5,0)	
İş yaşam kalitesi	Mükemmel	4,0 (3,0-4,5)	$X^2=6,829$ p= 0,145
	Çok iyi	3,0 (2,0-4,0)	
	İyi	3,0 (1,0-5,0)	
	Kötü	3,0 (1,0-4,5)	
	Çok kötü	3,0 (2,0-4,5)	

**Tablo 27 Devam.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

<b>Kurumdaki iş doyum düzeyi</b>	Çok iyi	3,0 (1,5-4,5)	$\chi^2=3,732$ p=0,444
	İyi	3,0 (2,0-5,0)	
	Orta	3,0 (1,0-5,0)	
	Kısmen kötü	3,0 (1,0-4,5)	
	Kötü	3,0 (1,5-4,5)	

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 27’de karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma yılı (p=0,861), acil serviste çalışma yılı (p=0,497), hastanedeki çalışma statüsü (p=0,915), mesleğini sevme durumu (p=0,841) çalıştığı servisten memnun olma durumu (p=0,537), çalışma şekli (p=0,267), iş yaşam kalitesi (p=0,145) ve iş doyum düzeyi (p=0,444) gibi özellikler yönünden farklılık göstermemektedir.

**Tablo 28.** Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Yaklaşımı Alt Boyutu Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
<b>Yaş</b>	18-28 yaş	3,7 (2,4-4,99)	$\chi^2=0,575$ p=0,75
	29-39 yaş	3,7 (2,1-4,7)	
	40 yaş ve üzeri	3,6 (2,9-4,6)	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	3,7 (2,2-4,99)	u=7550,5 p=0,028
	Erkek	3,6 (2,1-4,7)	
<b>Medeni durum</b>	Evli	3,7 (2,2-4,7)	u=9373 p=0,984
	Bekar	3,7 (2,1-4,9)	
<b>Eğitim düzeyi</b>	Sağlık Meslek Lisesi	3,5 (2,5- 4,9)	$\chi^2=13,871$ p=0,003
	Önlisans	3,7 (2,2-4,79)	
	Lisans	3,7 (2,1-4,7)	
	Yüksek Lisans	3,9 (3,4-4,4)	

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 28'de karşılaştırmıştır. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin yaş ( $p=0,75$ ) ve medeni durum ( $p=0,984$ ) gibi özellikleri yönünden farklılık göstermemektedir. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin cinsiyetine ( $p=0,028$ ) göre farklılık göstermekle birlikte, erkek hemşirelerin ortanca puan değeri 3,6, kadın hemşirelerin ortanca puan değeri 3,7 olarak bulunmuştur. Bu bulgu erkek hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hataya Yaklaşım puanlarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hataya Yaklaşım ortanca puan değeri hemşirelerin eğitim durumlarına ( $p=0,003$ ) göre de farklılık göstermekle birlikte, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ortanca puan değeri 3,5, önlisans mezunu hemşirelerin ortanca puan değeri 3,7 olarak belirlenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma özellikleri ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyutu ortanca puan değerleri Tablo 29'de karşılaştırılmıştır. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin çalışma yılı ( $p=0,812$ ), acil serviste çalışma yılı ( $p=0,948$ ), hastanedeki çalışma statüsü ( $p=0,669$ ), mesleğini sevme durumu ( $p=0,382$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $p=0,483$ ), çalışma şekli ( $p=0,101$ ), iş yaşam kalitesi ( $p=0,560$ ) ve iş doyum düzeyleri ( $p=0,567$ ) gibi özellikler yönünden farklılık göstermemektedir.

**Tablo 29.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hataya Yaklaşım Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min- max)	Test ve P Değeri
Çalışma yılı	0-4 yıl	3,7 (2,6-4,7)	$X^2=0,415$ $p=0,812$
	5-9 yıl	3,7 (2,4-4,9)	
	10 yıl ve üzeri	3,7 (2,1-4,7)	
Acil serviste çalışma yılı	0-4 yıl	3,7 (2,2-4,9)	$X^2=0,108$ $p=0,948$
	5-9 yıl	3,7 (2,1-4,7)	
	10 yıl ve üzeri	3,7 (2,9-4,6)	

**Tablo 29 Devam.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hataya Yaklaşım Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

<b>Çalışma statüsü</b>	Kadrolu	3,7 (2,1-4,9)	u=6705,5
	Sözleşmeli	3,7 (2,6-4,7)	p=0,669
<b>Mesleğini sevme durumu</b>	Seviyor	3,7 (2,1-4,7)	$\chi^2=1,923$
	Sevmiyor	3,7 (2,4-4,9)	p=0,382
	Kararsız	3,6 (2,8-4,6)	
<b>Çalıştığı servisten memnun olma durumu</b>	Memnun	3,7 (2,1-4,7)	$\chi^2=1,454$
	Memnun değil	3,7 (2,4-4,9)	p=0,483
	Kısmen memnun	3,7 (2,2-4,7)	
<b>Çalışma şekli</b>	Sürekli gündüz	3,8 (2,1-4,7)	u=4796,5
	Vardiya	3,7 (2,2-4,9)	p=0,101
<b>İş yaşam kalitesi</b>	Mükemmel	3,3 (3,3-4,0)	$\chi^2=2,986$
	Çok iyi	3,7 (3,0-4,6)	
	İyi	3,7 (2,1-4,7)	p=0,560
	Kötü	3,7 (2,2-4,9)	
	Çok kötü	3,9 (2,6-4,7)	
<b>Kurumdaki iş doyum düzeyi</b>	Çok İyi	3,6 (2,7-4,0)	
	İyi	3,7 (2,1-4,7)	$\chi^2=2,944$
	Orta	3,7 (2,2-4,7)	p=0,567
	Kısmen kötü	3,7 (2,4-4,7)	
	Kötü	3,7 (2,6-4,9)	

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Nedenleri alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 30'da karşılaştırmıştır. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Nedenleri alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin yaş (p=0,088), cinsiyet (p=0,675), medeni durum (p=0,767) ve eğitim durumu gibi (p=0,108) özellikler yönünden farklılık göstermemektedir.

**Tablo 30.** Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min-max)	Test ve P Değeri
Yaş	18-28 yaş	3,7 (2,4-4,9)	$\chi^2=4,865$
	29-39 yaş	3,7 (1,0-5,0)	$p=0,088$
	40 yaş ve üzeri	4,1 (3,1-5,0)	
Cinsiyet	Kadın	3,7 (2,4-5,0)	$u=8705$
	Erkek	3,7 (1,0-5,0)	$p=0,675$
Medeni durum	Evli	3,7 (2,4-5,0)	$u=9163,5$
	Bekar	3,7 (1,0-5,0)	$p=0,767$
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	3,6 (2,7-4,4)	$\chi^2=6,07$
	Önlisans	3,7 (2,6-5,0)	$p=0,108$
	Lisans	3,7 (1,0-4,9)	
	Yüksek Lisans	3,6 (3,1-4,1)	

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Nedenleri alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 31’de karşılaştırmıştır. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Nedenleri alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin çalışma yılı ( $p=0,424$ ), acil serviste çalışma yılı ( $p=0,291$ ), hastanedeki çalışma statüsü ( $p=0,122$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu ( $p=0,63$ ), iş yaşam kalitesi ( $p=0,247$ ) ve iş doyum düzeyi ( $p=0,648$ ) gibi özellikler yönünden farklılık göstermemektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Nedenleri alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin çalışma şekline ( $p=0,017$ ) göre farklılık göstermekle birlikte sürekli gündüz çalışan hemşirelerin ortanca puan değerinin (3,9), vardiyalı çalışan hemşirelerin ortanca puan değerinden (3,7) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Nedenleri alt boyut ortanca puan değerleri mesleğini sevme durumuna ( $p=0,041$ ) göre de farklılık göstermektedir. Mesleğini seven hemşirelerin ortanca puan değeri (3,7), mesleğini sevmeyen hemşirelerin ortanca puan değerinden (3,4) daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 31.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri İle Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca, (min- max)	Test ve P Değeri
Çalışma yılı	0-4 yıl	3,7 (2,4-4,9)	$\chi^2=1,716$ p=0,424
	5-9 yıl	3,7 (2,6-4,6)	
	10 yıl ve üzeri	3,7 (1,0-5,0)	
Acil serviste çalışma yılı	0-4 yıl	3,7 (2,4-5,0)	$\chi^2=2,468$ p=0,291
	5-9 yıl	3,7 (1,0-5,0)	
	10 yıl ve üzeri	3,6 (2,9-5,0)	
Çalışma statüsü	Kadrolu	3,7 (1,0-5,0)	u=7322,5 p=0,122
	Sözleşmeli	3,7 (2,9-4,9)	
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	3,7 (1,0-5,0)	$\chi^2=6,391$ p= 0,041
	Sevmiyor	3,4 (2,4-5,0)	
	Kararsız	3,7 (2,9-4,6)	
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	3,7 (1,0-5,0)	$\chi^2=0,925$ p=0,63
	Memnun değil	3,7 (2,6-5,0)	
	Kısmen memnun	3,6 (2,4-5,0)	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	3,9 (1,0-4,9)	u=4413 p=0,017
	Vardiya	3,7 (2,4-5,0)	
İş yaşam kalitesi	Mükemmel	3,6 (3,1-3,9)	$\chi^2=5,422$ p=0,247
	Çok iyi	3,6 (2,9-4,6)	
	İyi	3,7 (1,0-5,0)	
	Kötü	3,6 (2,6-4,4)	
	Çok kötü	4,0 (2,4-4,7)	

**Tablo 31 Devam.** Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Nedenleri Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

<b>Kurumdaki iş doyum düzeyi</b>	Çok iyi	3,6 (2,9-4,1)	$X^2=2,484$ $p= 0,648$
	İyi	3,7 (1,0-5,0)	
	Orta	3,7 (2,6-5,0)	
	Kısmen kötü	3,7 (2,7-4,7)	
	Kötü	3,7 (2,4-4,4)	

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puanı ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanı arasında 0,235'lik çok zayıf pozitif bir korelasyon bulunmuş olmakla birlikte, hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puanı arttıkça, Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanında da çok az artışı belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).



## 5. TARTIŞMA

Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi hatalar tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Son yıllarda tıbbi hatalara bağlı olarak tüm dünyada çok sayıda ölüm ve yaralanma meydana gelmekte, tedavide gecikmeler yaşanmakta ve bakım kalitesinde düşme gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Özellikle acil birimlerde çalışan hemşirelerin çalışma şartlarının ağır olması, kritik hastalarla karşılaşılması, yaşanılan yoğun stres, olumsuz çalışma şartları ve uyulması gereken prosedürlerin çokluğu hata yapma olasılıklarını artırabilmektedir. Tıbbi hataların önlenebilmesi için yapılması gereken en önemli uygulama, tıbbi hata türlerinin ve hataya yol açan faktörlerin belirlenmesidir.

Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %40,1'inin daha önce tıbbi hata ile karşılaştığı belirlenmiştir. Özata ve Altuncan (2010)'ın hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesine yönelik olarak yapmış oldukları bir çalışmada ise hemşirelerin %10,4'ünün hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir tıbbi hata ile karşılaştığı bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise tıbbi hata ile karşılaşma oranı %61,0 olarak belirtilmiştir (Ersun ve ark., 2013). Hemşirelerin tıbbi hata ile karşılaşma oranları yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte literatür incelediğinde tıbbi hata türleri ve nedenlerinin birbirine benzerlik gösterdiği görülmektedir (Pekuslu ve ark., 2009; Aştı ve Kıvanç 2003).

Bu çalışmada hemşirelerin %19,4'ünün tıbbi hata yaptığı belirlenmiştir. Öztunç ve Vural (2012)'inkadın doğum kliniklerinde çalışan hemşire ve ebelerin hatalı tıbbi uygulama yapma durumları ve hatalı tıbbi uygulama nedenlerinin önemine ilişkin olarak görüşlerini belirlemek amacıyla yapmış oldukları bir çalışmada ise, hemşire ve ebelerin %14,2'sinin hatalı tıbbi uygulama yaptıklarını ortaya çıkarmışlardır. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda tıbbi hata yapma oranının %6,2 ile %35,5 arasında değiştiği bildirilmiştir (Glaheb ve ark., 2010; zata ve Altuncan, 2010; zkan ve ark., 2011). Hemşirelerin tıbbi hata yapma oranındaki bu farklılıkların iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması ve hemşirelik dışı işlerin yüklenmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada tıbbi hata ile karşılaşan hemşireler (%40,1) hatayı yapan sağlık bakım profesyonellerini hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni, paramedik, acil tıp teknikeri ve öğrenci hemşire olarak sıralamışlardır. Bu çalışmada tıbbi hatayı yapan sağlık bakım profesyonelleri arasında hemşirelerin ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Ersun ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada ise tıbbi hataların %51,5'inin hekimlerden kaynaklandığı ve hemşirelerin (%48,5) ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir. Araştırma bulgularımıza karşın Cebeci ve ark. (2014)'ünün yapmış oldukları çalışmada ise tıbbi hata yapan sağlık bakım profesyonelleri arasında hemşirelerin %55,6'lık bir oran ile ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Henneman ve ark. (2004)'da acil birimde yapılan tıbbi hataların %33,0'ının hemşirelerden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Ertem ve ark. (2009)'ünün hatalı tıbbi uygulamaları belirlemek amacıyla yapmış oldukları retrospektif bir çalışmada ise tıbbi hataların %65,2'sinin hekimler, %12,2'sinin hemşireler, %9,9'unun ise hekim ve hemşirelerin beraber yapmış oldukları vurgulanmıştır. Tıbbi hatayı yapan sağlık bakım profesyonellerindeki bu farklılığın, araştırmanın yapıldığı kurumdan ve çalışma ortamının özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada acil serviste çalışan hemşireler tıbbi hataya yol açan faktörleri iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, stres, yorgunluk/bitkinlik/tükenmişlik, hemşirelik dışı işlerin yüklenmesi, çalışma süresinin uzun olması, aylık nöbet sayısının fazla olması, fiziksel ortamın uygun olmaması, bakım verilen hasta sayısının fazla olması ve iletişim eksikliği olarak sıralamışlardır. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte literatürde de tıbbi hata nedenleri; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, çalışma saatlerinin fazla olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, dikkatsizlik, stres ve yorgunluk, işini umursamama ve motivasyon eksikliği, çalışma şekli, eğitim yetersizliği ve hemşire- hasta arasındaki iletişim eksikliği olarak bildirilmektedir (Aştı ve Kıvanç, 2003; Pekuslu ve ark., 2009; Gökdoğan ve Yorgun, 2010; Özata ve Altuncan, 2010; Bodur ve ark. 2011; Alemdar ve Yaman, 2013; Aksoy ve ark., 2014). Ertem ve ark. (2009)'nın hatalı tıbbi uygulamaları belirlemek üzere yapmış oldukları retrospektif bir çalışmada hatalı tıbbi uygulama nedenleri, tükenmişlik, ihmal, dikkatsizlik, tedbirsizlik, bilgi eksikliği ve meslekte acemilik olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Öztunç ve Vural (2012) bakım verilen hasta sayısının hatalı tıbbi uygulama durumunu

etkilediğini buna karşın, Göktaş ve Oktay (2007 ) hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısı ile tıbbi hataların risk dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadığını bildirmişlerdir.

Tıbbi hatalarla yakından ilgili olan bir konuda hasta güvenliği olmakla birlikte Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşirelik uygulamalarını, hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun anahtarı olarak görmektedir (Durmaz ve Mete, 2007; Öztunç ve Vural 2012). Bu çalışmada acil serviste çalışan hemşireler en sık karşılaştıkları ve hasta güvenliğini tehdit eden olayları hastaya bakım ve tedavinin uygun olmayan koşullarda verilmesi, hastane enfeksiyonları, hasta düşmeleri, hasta bakım ve tedavisinde el hijyenine dikkat edilmemesi ve yanlış dozda ilaç uygulanması olarak sıralamışlardır. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer araştırmalarda da hasta güvenliğini tehdit eden durumlar hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar, araç-gerecin bozuk olmasına bağlı hatalar, ilaç uygulama hataları, tanı testlerinin yetersizliği, tanı hataları, düşmeler, hasta bakım uygulamalarında hekim istemine veya mevcut protokollere uymama, tedavi ve hemşirelik bakım uygulamalarını ihmal etme, hastayı yetersiz takip etme yada kontrol etmeme, hasta ve diğer kişilerle iletişim sorunu yaşama, yabancı cisim unutma, malzeme kullanımına bağlı hatalar ve ventilatöre ilişkin hatalar olarak bildirilmiştir (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Sezgin ve Yıldırım, 2007; Özata ve Altunkan, 2010). Sağlık bakım hizmeti sunumunda gelişebilecek hataları engelleyecek önlemler alarak, bu hataların sağlıklı/hasta bireye ulaşmadan belirlenmesi, raporlanması ve düzeltilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

İlaç uygulama hataları hasta güvenliğini tehdit eden en önemli faktörlerden biri olmakla birlikte bu çalışmada hemşirelerin %17,6'sının ilaç uygulamalarıyla ilgili tıbbi hata yaptığı (tarihi geçen ilacı uygulama, yanlış ilacı uygulama, yanlış yoldan ilaç uygulama, hastanın ilaç alerjisi sorgulanmadan yan etkisi olan ilacı kullanma ve yanlış dozda ilaç verme vb) belirlenmiştir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı araştırmalarda da ilaç uygulama hata oranının %27,7-%57,8 arasında değiştiği bildirilmiş olmasına karşın (Mayo ve Duncan, 2004; Durmaz ve Mete, 2007; Young ve ark., 2008; Öztunç ve Vural, 2012; Ersun ve ark., 2013), literatürde de belirtildiği gibi ilaç hataları genellikle sağlık bakım profesyonelleri tarafından tam olarak bildirilmemekte, sadece %25,0 gibi oldukça düşük bir oranda rapor edilmektedir (Aştı ve Kıvanç, 2003). Bu araştırmada hemşireler acil serviste en sık karşılaştıkları ilaç uygulama

hatalarını hastanın ilaç alerjisinin sorgulanmaması, tedaviyi uygulama saatinin geciktirilmesi, yanlış ilacın uygulanması, doğru dozda ilaç uygulanmaması, ilacın yanlış yoldan uygulanması, ilacın yanlış hastaya verilmesi ve ilacın doğru zamanda yapılmaması olarak sıralamışlardır. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı araştırmalarda da en sık karşılaşılan ilaç uygulama hata türlerinin ilaç atlama hatası, ilacın yanlış dozda uygulaması, infüzyon hızının yanlış ayarlanması ve yanlış ilaç uygulamasını içerdiği bildirilmiştir (Ross ve ark., 2000; Durmaz ve Mete 2007; Ersun ve ark., 2013; Cebeci ve ark., 2014). Bu çalışmada hemşirelerin ilaç uygulamaları ile ilgili hata yapma durumlarının acil serviste yoğun çalışma temposu nedeniyle dikkatin dağılması, işe konsantreolamama ve ilaç uygulaması sırasında hasta yoğunluğuna bağlı olarak çalışma ortamında meydana gelen karışıklıklardan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada hemşireler acil serviste en sık görülen ilaç uygulama hata nedenlerini hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, yoğun çalışma temposu nedeniyle dikkatin dağılması ve işe konsantreolamama, ilaç uygulaması sırasında çalışma ortamında meydana gelen karışıklıklar, hastanın ilaç alerjileri hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması, çalışma saatlerinin uzun olması, hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması olarak sıralamışlardır. Bu konuda yapılan bazı araştırmalarda hasta sayısının fazla olmasının ilaç uygulama hatalarını arttırdığı (Blegen ve ark. 1998), servislerde çalışan hemşire sayısının artması ile ilaç uygulama hatalarının azaldığı (Chang ve Mark, 2009) ve hekimlerin ilaç istemlerini zamanında vermemesinin, ilaçların eczaneden zamanında alınmasını ve doğru zamanda hastaya uygulanmasını engellediği bildirilmiştir (Eşer, 2007). Ersun ve ark.(2013)'nın yapmış oldukları bir çalışmada ise mesleki acemilik ve deneyimsizliğin ilaç uygulama hatasına neden olduğu belirtilmiştir. Literatürde de bildirildiği gibi (Bilazer ve ark., 2008) ilaç uygulama hatalarının oluşumuna etki eden birçok faktör bulunmakla birlikte, hemşirelerin çalışma saatlerinin uzun olması, ilaçlar hakkındaki bilgi eksikliği, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması gibi nedenlerin bu durumu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşireler acil serviste yaşanan düşme olaylarının nedenlerini sedyelerin uygun olmaması ve kenarlıklarının kaldırılmaması, hastanın bilincinin kapalı olması, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, hastanın yanında refakatçi bulunmaması, zeminin ıslak olması, hastaların düşme risklerini artırabilecek ilaçlar alması, çalışma ortamının dağınık olması ve sağlık bakım profesyonellerinin

dikkatsiz/özensiz ve ihmalkar davranması olarak bildirmişlerdir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı araştırmalarda düşme nedenleri, hemşire sayısının azlığı ve hastaların düşme risklerini artıracabilecek ilaçlar alması (Tutuarima ve ark. 1997; Tanrıku ve Elbaş, 2010; Duman ve Kitiş, 2013), araştırma bulgularına karşın Perell ve ark. (2001)'nin yapmış olduğu bir çalışmada ise hastaların duyu kayıplarının bulunması (görme, işitme, hissetme vb) ve hastanın daha önce düşme hikayesinin olması olarak bildirilmiştir. Literatürde de belirtildiği gibi sağlık bakım kurumlarında düşmeleri önlemek amacıyla, bir düşme ekibinin oluşturulması, düşmeleri önlemeye yönelik politikalar geliştirilmesi, hastaların düşme risklerinin tamlanması, çevresel faktörlerin göz önünde bulundurulması, sağlık bakım profesyonellerinin bu konuda eğitilmesi, düşmelerle ilgili kayıt tutma ve raporlamanın yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir (Hendrich, 2003; Ecri, 2014).

Bu çalışmada Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam ortanca puan değeri 4,65'dir. İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları, Hastane Enfeksiyonları, Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği, Düşmeler ve İletişim alt boyutları ortanca puan değerleri ise sırasıyla 4,78, 4,75, 4,56, 4,60 ve 5,0 olarak belirlenmiştir. Bu ölçekten alınan toplam puandaki yükselme hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin yüksek olduğunu göstermekle birlikte bu çalışmada hemşirelerin 5 alt boyut ve genel eğilim puanlarının 3 ve üzeri ortanca puan değerine sahip olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ortanca puan değerlerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma statülerine ( $p=0,002$ ), mesleğini sevme durumlarına ( $p=0,005$ ), çalıştıkları servisten memnun olma durumlarına ( $p=0,006$ ) ve çalışma şekline ( $p=0,021$ ) göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, sözleşmeli çalışan, mesleğini seven, çalıştıkları servisten memnun olan ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ortanca puan değerinin daha yüksek olduğu, bu doğrultuda tıbbi hataya eğilimleri ve hata olasılıklarının daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularımıza paralel bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük düzeyde olduğu (Cebeci ve ark., 2012; Dikmen ve ark., 2014), araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise (Ersun ve ark., 2013) hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bu araştırmada sürekli gündüz çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında vardiyalı çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin daha fazla olmasının, literatürde de belirtildiği gibi insan organizmasının gündüz çalışmaya ve gece uyumaya eğilimli olmasından, vardiya sisteminde çalışmanın bireylerin biyolojik ritmini bozmasından, fizyolojik, mental ve sosyal sağlıklarını olumsuz etkilemesinden ve dikkat düzeyini azaltmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Peker ve Karaöz, 2011). Bununla birlikte bu çalışmada tıbbi hataya eğilim ve hata olasılığının mesleğini sevmeyen, çalıştığı klinikten memnun olmayan, vardiyalı ve kadrolu çalışan hemşirelerde daha yüksek olmasının hemşirelerin mesleğine ve çalışma ortamına ilişkin olarak besledikleri olumsuz duygu ve düşüncelerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu alışmada Tıbbi Hataya Eğilim leği ortanca puan değerinin hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Cebeci ve ark (2012)'nın yapmış olduğu bir çalışmada da Tıbbi Hataya Eğilim leği toplam puan ortalamaları ile hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunamadığı bildirilmiştir. Mayo ve Duncan (2004) tarafından yapılan diğer bir araştırmada da benzer şekilde hemşirelerin yaşları ile hatalı tıbbi uygulama yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadığı belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim leği'nden en yüksek ortanca puan değerini İletişim alt boyutundan, en düşük ortanca puan değerini ise Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Cebeci ve ark. (2012)'nin yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin en yüksek puanı iletişim alt boyutundan, en düşük puanı hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler alt boyutundan; Andsoy ve ark. (2014)'nin yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin en yüksek puanı iletişim ve enfeksiyon alt boyutundan, en düşük puanı hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutundan; araştırma bulgularına karşın Altuncan ve zata (2009)'ın çalışmasında ise hemşirelerin en yüksek puanı ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutundan, en düşük puanı ise düşmeler alt boyutundan aldıkları bildirilmiştir. Yapılan bu çalışmalarda Tıbbi Hataya Eğilim leği alt boyut puan ortalamaları arasındaki bu farklılığın, araştırmaların farklı örneklem grubu üzerinde gerçekleştirilmesinden, hemşirelerin kişisel, mesleki ve çalışma ortamına ilişkin özelliklerinin aynı olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte bu çalışmada, İletişim alt boyut ortanca puan değerinin diğer alt boyutlarla

karşılaştırıldığında daha yüksek olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmekle birlikte, Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut ortanca puan değerinin daha düşük olması acil serviste bu alt boyuta yönelik tıbbi hata riskinin daha fazla olabileceğini düşündürmektedir. Bu doğrultuda iş gücünün iyi planlanmasının, tanı ve tedavi işlemlerinde kullanılan alet, cihaz ve malzemelerin kontrolünün yapılmasının, sterilizasyon önlemlerinin alınmasının, malzemelerin son kullanma tarihlerinin gözden geçirilmesinin, ortamın ısı ve nem seviyesinin normal düzeyde tutulmasının, tıbbi cihazların periyodik bakım, onarım ve kalibrasyonlarının yapılmasının ve hemşirelere bu konuda hizmet içi eğitimler verilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam ortanca puan değeri 3,59'dur. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı, Tıbbi Hataya Yaklaşım ve Tıbbi Hata Nedenleri alt boyut ortanca puan değerleri ise sırasıyla 3,00, 3,71 ve 3,71'dir. Tıbbi Hatalar Tutum Ölçeğinde kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan hemşirelerin tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan hemşirelerin tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin hem alt boyut hem de genel tıbbi hata tutumu ortanca puan değerleri 3 ve üzeri olarak elde edilmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam ortanca puan değerleri yalnızca hemşirelerin çalışma şekline ( $p=0,017$ ) göre farklılık göstermektedir. Sürekli gündüz çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında, vardiyalı çalışan hemşirelerde ortanca puan değeri daha düşük bulunmuştur. Vardiyalı çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma olasılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiş olmakla birlikte, bu durumun vardiya sisteminde çalışmanın, bireylerin biyolojik ritimleri ile birlikte fizyolojik, mental ve sosyal sağlıklarını olumsuz etkilemesinden ve buna bağlı olarak iş konsantrasyon yeteneklerini azaltmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmada Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ortanca puan değerlerinin hemşirelerin bazı sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu) ve mesleki özelliklerine (çalışma yılı, acil serviste çalışma yılı, hastanedeki çalışma statüsü, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, iş yaşam kalitesi ve iş doyum düzeyi) göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Bu araştırmada hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği en düşük ortanca

puan değerini Tıbbi Hata Algısı alt boyutundan, en yüksek ortanca puan değerini ise Tıbbi Hata Nedenleri ve Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyutlarından aldıkları belirlendi. Elde edilen bu bulgu hemşirelerin tıbbi hata kavramı algısının istenilen düzeyde olmadığını, tıbbi hata nedenleri ve tıbbi hataya yaklaşım tutumlarının olumlu olduğunu göstermektedir. Tıbbi hataları nleme amacına yönelik olarak, tıbbi hataların kayıt ve rapor altına alınmasının öneminin vurgulanması, hemşirelerin tıbbi hata algı ve farkındalıklarını artırmaya yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Tıbbi Hatalarda Tutum leği puanı ile Tıbbi Hataya Eğilim leği puanı arasında 0,235'lik çok zayıf pozitif bir korelasyon bulunmuş olmakla birlikte, hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum leği puanı arttıkça, Tıbbi Hataya Eğilim leği puanının da çok az artığı belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).

Günümüzde sağlık bakım hizmeti sunan kurumlarda verilen hizmetin, yüksek güvenilirliğe sahip olması son derece önemlidir (Tütüncü ve ark., 2007). Özellikle acil serviste yetersiz sayıda sağlık bakım profesyonellerinin istihdam edilmesi sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesini etkilemektedir (Tanrıkulu, 2010).Acil serviste görev alan sağlık bakım profesyonellerinin tıbbi hatalarla karşılaşma olasılıkları oldukça yüksek olduğu için sağlık bakım profesyonelleri arasında yüksek riskli uygulamalar belirlenmeli, tıbbi hataların korkusuzca, çekinmeden bildirilebildiği bir ortam yaratılmalı ve etkili bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır (ırpı ve ark., 2008).



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonrasında aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- Hemşirelerin %40,1'inin daha önce tıbbi hatalarla karşılaştığı, acil serviste tıbbi hataya yol açan faktörleri hemşirelerin, iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, stres, yorgunluk/ bitkinlik/ tükenmişlik, hemşirelik dışı işlerin yüklenmesi, çalışma süresinin uzun olması, aylık nöbet sayısının fazla olması, fiziksel ortamın uygun olmaması, bakım verilen hasta sayısının fazla olması olarak sıraladıkları,
- Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin %19,4'ünün tıbbi hata, %17,6'sının ilaç uygulama hatası yaptığı,
- Hemşirelerin %2,0'nin tarihi geçen ilacı uyguladığı, %42,0'nin yanlış ilacı uyguladığı, %6,0'nin doğru yoldan ilaç yapmadığı, %8,0'nin hastanın ilaç alerjisi sorgulanmadan yan etkisi olan ilacı uyguladığı ve %42,0'nin da yanlış dozda ilaç yaptığı,
- Hemşirelerin acil serviste en sık karşılaşılan ilaç uygulama hatalarını, hastanın ilaç alerjisinin sorgulanmaması, tedaviyi uygulama saatinin geciktirilmesi, hastaya yanlış dozda ilaç uygulanması, ilacın doğru yoldan yapılmaması, ilacın yanlış hastaya verilmesi, ilacın yanlış zamanda yapılması, yanlış ilacın uygulanması olarak sıraladıkları

Acil serviste görülen ilaç uygulama hatalarının nedenlerini; hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, hastanın ilaç alerjileri hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması, 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, hastaya yapılan ilaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması, uygulanacak ilaç dozunun en az iki kez kontrol edilmemesi, ihtiyaç duyulan araç-gerecin serviste bulunmaması ve ilaç etiketlerinin okunamaması olarak ifade ettikleri belirlenmiştir.

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam ortanca puan değeri 4,65'dir. İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları, Hastane Enfeksiyonları, Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği, Düşmeler ve İletişim alt boyutları ortanca puan değerleri ise sırasıyla 4,78, 4,75, 4,56, 4,60 ve 5,0 olarak belirlenmiştir.

Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ortanca puan değeri hastanedeki çalışma statülerine, mesleğini sevme durumlarına, çalıştıkları servisten memnun olma durumlarına ve çalışma şekline göre farklılık göstermekle birlikte sözleşmeli çalışan, mesleğini seven, çalıştıkları servisten memnun olan ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve hata olasılıkları daha düşük bulunmuştur. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ortanca puan değerleri yaş ( $p=0,107$ ), cinsiyet ( $p=0,431$ ), medeni durum ( $p=0,334$ ), eğitim durumu ( $p=0,202$ ), çalışma yılı ( $p=0,960$ ), acil serviste çalışma yılı ( $p=0,635$ ), iş yaşam kalitesi ( $p=0,204$ ) ve iş doyum düzeyi ( $p=0,054$ ) özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam ortanca puan değeri 3,59'dur. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Tıbbi Hata Algısı, Tıbbi Hataya Yaklaşım ve Tıbbi Hata Nedenleri alt boyut ortanca puan değerleri ise sırasıyla 3,00, 3,71 ve 3,71'dir. Bu çalışmada hemşirelerin hem alt boyut hem de genel tıbbi hata tutumu ortanca puan değerleri 3 ve üzeri olarak elde edilmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin tıbbi hatayı önlemeye yönelik tutumlarının olumlu olduğu görülmüştür.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri hemşirelerin yaş ( $p=0,342$ ), cinsiyet ( $p=0,396$ ), medeni durum ( $p=0,808$ ) ve eğitim durumu ( $p=0,052$ ) çalışma yılı ( $p=0,646$ ), acil serviste çalışma yılı ( $p=0,542$ ), hastanedeki çalışma statüsü ( $p=0,233$ ), mesleğini sevme durumu ( $p=0,394$ ), çalıştığı servisten memnun olma durumu

( $p=0,264$ ), iş yaşam kalitesi ( $p=0,306$ ) ve iş doyum düzeyi ( $p=0,195$ ) gibi özellikleri yönünden farklılık göstermemektedir. Buna karşın hemşirelerin çalışma şekli bu durumu etkilemekle birlikte ( $p=0,017$ ), sürekli gündüz çalışan hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ortanca puan değeri 3,7, vardiya çalışan hemşirelerin ortanca puan değeri 3,6 olarak belirlenmiş, vardiyalı çalışan hemşirelerde ortanca puan değeri daha düşük bulunmuştur.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puanı ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanı arasında 0,235'lik çok zayıf pozitif bir korelasyon bulunmuş olmakla birlikte, hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puanı arttıkça, Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanında çok az artışı belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Tıbbi hataların ortadan kaldırılması/ en aza indirilebilmesi için, sağlık bakım profesyonellerinin tıbbi hata ile ilgili farkındalıklarını artırmaya yönelik hizmet içi eğitim programlarının periyodik olarak düzenlenmesi,
- Sağlık bakım profesyonellerine yönelik olarak organize edilecek bu eğitimlerde uluslar arası hasta güvenliği hedeflerine yer verilmesi,
- Mesleğe yeni başlayan ve acil serviste görev alan hemşirelere yönelik olarak oryantasyon programlarında tıbbi hatalar ve nedenleri konusuna yer verilmesi,
- Acil servise özgü prosedür ve protokollerin hazırlanması, hasta güvenliğiyle ilgili politika ve standartlar oluşturulurken komitede bir acil hemşiresinin yer alması,
- Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataları önlemek üzere planlanan çalışmalara dahil edilmesi,
- Acil serviste çalışan hemşirelerin iş yüklerini azaltma amacına yönelik olarak kurumlarda iş gücü planlamasının yapılması,
- Sağlık bakım hizmetiyle ilgili programlar düzenlenerek ekip içi iletişimin artırılması,
- Hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının iyi belirlenmesi hemşirelik dışı işlerin yüklenmemesi,

- Hemşirelere uygun bir çalışma ortamının sağlanması, moral ve motivasyonlarının artırılması,
- Hasta bakımında kullanılan malzemelerin standardize edilmesi,
- Acil serviste hemşirelerin hasta izlemi konusunda gerekli hassasiyeti göstermesi,
- Acil servise başvuran hasta sayısı göz önüne alınarak, bu serviste çalışan hemşirelerin çalışma sürelerinin iyi düzenlenmesi,
- Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim ve Tutumlarını etkileyen bireysel ve mesleki faktörlerin göz önünde bulundurulması (hastanedeki çalışma statüsü mesleğini sevme durumu, çalışılan servisten memnun olma ve çalışma şekli),
- Hemşirelerin tıbbi uygulama hatalarını rapor etme konusunda cesaretlendirilmesi, kurumun cezalandırıcı olmayan yaklaşımlar içermesi, hataların altında yatan esas faktörlerin belirlenmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital Nurse Staffing And Patient Mortality, Nurse Burnout, And Job Dissatisfaction. JAMA 2002; (288): 1987-1993.
- Akalın EH. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi. 2005; 5(3): 141-146.
- Akalın E, Çakmakçı M. Hemşirelikte Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya Kitabında. Füsün Sayek TTB Raporları Kitapları. 1. Baskı, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2011; 36-42.
- Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu O, Görak G. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. 3. Baskı, Aralık Yayınları. 2004; 12-38.
- Altındış S. Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010; 1: 17-32.
- Andsoy II, Kar G, Öztürk Ö. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, HSP, 2014;1(1):17-27.
- Altuntaş S, Baykal Ü. Hemşirelerin İşlerine Karşı Tutumlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2004; 7-35.
- Ardahan M. Hemşirelerin Savunuculuk Rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7(2): 23-27.
- Arıkan Ç. Sağlık Alanında Kurum İçi Ekip Çalışması. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi. 1989; 7(1-2-3): 46-59.
- Aşçıoğlu Ç. Doktorların Hukuki ve Cezai Sorumluluğu. Ankara. Tekışık Ofset Tesisleri. 1982; 40-72.
- Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2000; 4(2): 22-27.
- Aştı T, Kıvanç M. Ağız Yolu ile İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi. 2003; 6(3): 14-19.
- Akça Ay F, Ertem ÜT, Ören BG, Keser Özcan N, Demir Işık R, Zor Sarvan S. Temel Hemşirelik. 2. Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık. 2008; 5-7.
- Bayık M. Türkiye’de Kan Bağışçısı Organizasyonu ve Ulusal Kan Yeterliliği, 8. Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbi Kursu, Antalya, Kurs Kitabı, 2005; 18-20

- Bedük Y. Nozokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonları. Klimik Dergisi. 2000; 13; 19-20.
- Berkem R. Hasta Güvenliği Ve Transfüzyonla Bulaş Sonrası Yapılması Gerekenler. Ankem Dergisi. 2007; 21(2): 153-160.
- Berlanda A, Natvig GK, Gundersen D. Patient Safety And Job-Related Stress: A Focus Group Study. ICCN. 2008; 24: 90-97.
- Bilazer F, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. 1. Baskı, Ankara, Türk Hemşireler Derneği Yayınları. 2008; 5-27.
- Biröl L. Hemşirelik Süreci. 10. Baskı, İzmir, Etki Yayınları. 2011; 32-55.
- Birtek F. Tıbbi Müdahaleler Açısından Komplikasyon Malpraktis Ayırımı. İstanbul Barosu Dergisi 2007; 81(5):<http://www.turkhukuk sitesi.com/makale/779.htm>,2014.
- Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nursing Staffing and Patient Outcomes. Nursing Research.1998; 47(1): 43-50.
- Blendon D, Robert J, Desroches PH, Catherine M, Brodie Mollyann D, Benson MA, John MA, Rosen MD, Allison B, Schneider MD, Altman D, Zapert D, Herrmann M, Melissa J, Steffenson PH. Views of Practicing Physicians and The Public on Medical Errors. NewEngland Journal of Medicine, 2002; 347(24): 1933-1940.
- Bodur S, Filiz E, Durduran Y. Sağlık Personeli ve Toplumun Tıbbi Hatalar ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi. 2011; 21(4): 123-130.
- Canbolat Ç, Ayaz S. Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 7-16.
- Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(3): 188-194.
- Chang KY, Mark B. Antecedents of Severe and Nonsevere Medication Errors. Journal Of Nursing Scholarship. 2009; 41(1): 70-78.
- Cohen B. Florence Nightingale. Scientific American. 1984; 250(3): 128-137.
- Croke EM. Nurses, Negligence, and Malpractice. American Journal Of Nurses.2003; 103(9): 54- 63.
- Cunha B. Central Intravenous Line Infections in The Critical Care, Unit Central

- Intravenous Line Infections in The Critical Care Medicine. 2. Edition. 2006; 2: 283-291.
- Çapacı K. İnmede Düşme ve Kırıklar. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2007; 53 (1): 7-10.
- Çetin G. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, Sempozyum Dizisi, 2006; 48: 31-42.
- Çevik A, Holliman J, Yanturalı S. Acil Servis Hekimleri ve “ Burn Out” Sendromu.Ulusal Travma Dergisi. 2003; 9(2):85-94.
- Çırpı F, Merih Y, Kocabey M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. 28. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2 (3): 26-33.
- Çolak A. Noroşirujide Malpraktis. Türk Nöroşiruji Dergisi. 2002; 12: 94-98.
- Değerli Ü. Cerrahi Etik, İçinde: Genel Cerrahi. Değerli Ü, Bozfakıoğlu Y. Editör, 7. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2002; 25-78.
- Demir M. Vardiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Vardiya Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar Hakkındaki Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Ankara, Bilim Uzmanlığı Tezi, 1990;8-17
- Demir Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;44-56.
- Dreschnack-Gavin D, Nelson A, Fitzgerald S, Harrow J, Sanchez-Anguiano A, Ahmed S, Powwel-Cope G. Wheelchair-Related Falls, Current Evidence and Directions for Improved Quality Care. Journal Of Nursing Care Quality. 2005; 20(2): 119127.
- Duman S, Kitiş Y. Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşmeleri ile İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 27-38.
- Durmaz A, Mete S. Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçlara İlişkin Hemşire Notlarındaki İlaç Kayıt Hatalarının İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2007;11(1): 1-6.
- Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Bilimler Dergisi. 2010; 8(1):1 -14.
- ECRI İnstitute. Patient Safety, Risk and Quality. 11.18.2014  
<https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/RiskQual4.aspx?tab=2>.  
2015.

- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 30(3): 211-216.
- Erdemir F. Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998; 2(1): 59-63.
- Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç M. Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2006; 6(1): 2535.
- Ersoy G, Rodoplu Ü, Atilla R. Acil servis mimarisi. 2002  
<http://www.acilveilkoyardim.com/arastirmalar/acilservisimimarisi.htm>.2015.
- Ertemür E. Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastaların İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2012; 15 (2) :201 - 207.
- Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D. Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2013; 29(2): 33-45.
- Esatoğlu E, Ağırbaş İ, Önder ÖR, Çelik Y. Additional Cost of Hospital -Acquired İnfection to The Patient.A case Study in Turkey , Health Services Managemen Resarch, 2006: 19(3); 137-143.
- Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. Hemşirelerin İlaç Hatası Yapmalarına Yol Açabilecek Etkenlerin Saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2007; 23 (2): 81 - 91.
- Farquhar M, Collins Sharp BA, Clancy CM. Patient safety in nursing practice. AORN Journal. 2007; 86(3): 455-457.
- Filiz E, Bodur S. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2009;30-36.
- Garbutt J, Brownstein DR, Klein JE, Watermann A, Krauss MJ, Marcuse EK, Hazel E, Dunagan WC, Fraser V, Gallagher TH. Reporting and Disclosing Medical Errors, Pediatricians Attitudes and Behaviors. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161: 179-85.
- Giordano K. Examining Nursing Malpractice: A Defense Attorney's Perspective. Critical Care Nurse. 2003; 23(2): 104-107.
- Ghaleb MA, Barber N, Franklin BD, Wong IC. The Incidence and Nature of Prescribing and Medication Administration Errors in Pediatric Inpatients. Arch Dis Child. 2010; 95(2): 113-118.
- Göçmen Z, Dinç L. Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Hemşirelik Esasları Bilim Uzmanlığı Tezi, 2003; 28-38.



- Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2010;13(2):53-59.
- Göktaş S, Oktay S. Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 18-32.
- Grossman V, McNair M. Gang Members In The ED. The Official Journal of The American Nurses Association. 2003; 103(2): 52-53.
- Günaydın M, Gürler B. Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolünde Dezenfeksiyon, Antisepsi ve Sterilizasyon. Das Uygulamaları. Ankem dergisi. 2008; 22(4): 221-231.
- Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. Bildiri Sunumu, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Kumlu, Antalya, 2007;15.
- Hatipoğlu İ, Avcı Y, Öztürk A. Hemşirelik Esasları. 3. Baskı, Ankara, Damla Matbaacılık. 1998; 32-36.
- Harrington D. Confirmatory factor analysis. Newyork, Oxford University Press, USA, 2009; 106-153.
- HemşirelikYönetmeliği [www.turkhemsirelerderneği.org.tr/hemsirelikyonetmeliği.aspx](http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/hemsirelikyonetmeliği.aspx)2014.
- Hendrich A, Nyhuuis A, Kippenbrock T and Soja M. E. Hospital falls: Development of a Predictive Model for Clinical Practice. Applied Nursing Research, 1995; 8(3):129- 139.
- Hendrich A. Inpatient Falls: Lessons From The Field. Patient Safety and Quality Healthcare. 2006; 3(3): 26-30.
- Hitcho EB, Krauss M, Brige S, Dunagan W, Fisher I, Johnson S, Nast P. Characteristics and Circumstances of Falls in a Hospital Setting: a Prospective Analysis. Journal of General Internal Medicine. 2004; 19: 732-739.
- Holdsworth MT, Fichtl RE, Behta M, Raisch DW, Mendez-Rico E, Adams A, Greifer M, Bostwick S, Greenwald BM. Incidence and Impact of Adverse Drug Eventsin Pediatric Inpatients.Arch Pediatr Adolesc Med. 2003; 157: 60-65.
- Hunter D, Bains N. Rates Of Adverse Events Among Hospital Admissions And Day Surgeries In Ontario from 1992 to 1997. Canadian Medical Association Journal. 1999; 160(11); 1585-1586.
- International Council of Nurses (ICN). Safe staffing saves lives. International Nurses Day, Information and Action Tool Kit. Geneva Switzerland.2006; 9-12
- IOM- Institute of Medicine . Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press. Washington. 2001; 1-8.

- Işık AT. Geriatrik Olgularda Düşmelerin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2006; 9 (1): 45-50
- İnce H, İnce N, Özyıldırım BA, Safran N. Hatalı Tıbbi Uygulama ve Korunma Yolları. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 68(4): 123-127.
- JCAHO(2006). Sentinel Event Statistics,[www.ointcommission.org/Library/TM\\_Physicians/tmp\\_11\\_06.htm](http://www.ointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm), 2014
- Karagözoğlu Ş. Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 9 (1):6-13
- Karan İ,Atabek Aştı T. Hastanelerde Fiziksel Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 1999; 42-46
- Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 17(3): 233-236.
- King H, Battles j, Baker D, Alonso A, Salas E, Webster J, Toomey L, Salisbury M, Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. New York State Dept of Health Patient Safety Conference 2007; 20: 519. [http://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient\\_safety/](http://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_safety/)
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine, Washington, DC: The National Academy Press. 1999 <http://www.csen.com/err.pdf>, 2014.
- Kuğuoğlu S, Selimen D. Acil Bakım. 3. Baskı, İstanbul, Yüce Yayım, 2004; 3-10.
- Kumar S, Chaudhary S. Medical Errors and Consequent Adverse Events in Critically ill Surgical Patients in a Tertiary Care Teaching Hospital in Delhi, Journal of Emergencies, Trauma, and Shock,. 2009; 2(2): 80-84.
- Larson K, Elliott R. Understanding Malpractice: A Guide for Nephrology Nurses. Nephrology Nursing Journal. 2009; 36(4): 375-377.
- Mayo AM, Duncan D. Nurse Perceptions of Medication Errors: What We Need to Know for Patient Safety. Journal of Nursing Care Quality. 2004; 19: 209-217.
- Mete S, Ulusoy E. Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları. Hemşirelik Forum Dergisi. 2006; 36- 41.
- Mitchell PH. Defining Patient Safety and quality care. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Hughes RG (ed.). (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2008; 28-57.
- Morse J. Enhancing the Safety of Hospitalization by Reducing Patient. American Journal of Infection Control. 2002; 30 (6): 376-380.

[www.ancjournal.org/article/So196-6553\(02\)00018-4/fulltext](http://www.ancjournal.org/article/So196-6553(02)00018-4/fulltext), 2015.

NCCMERP (2009) About Medication Errors, [www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html](http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html), 2014.

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

Nyberg L, Gustafson Y. Patients fall in stroke rehabilitation. *Stroke*, 1995; 26: 838-42.

Oğuz Ö, Aktaş A. İlaç Hataları ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık ve Deneyimlerinin Belirlenmesi ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi. Marmara Üniversitesi, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007;12-29.

O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard OS, Maki GM, Masur H, McCormick RD, Mermel LA, Pearson ML, Raad GI, Randolph A, Weinstein RA. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *CID*. 2002; 35: 1270-1281.

Örnek Büken N, Büken E. Tıbbi Malpraktis Konusunda Tartışmalar. *Türkiye Klinikleri JMed Ethics*. 2003; 11(2): 140-147.

Özata M, Aslan Ş. Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Hasta Güvenliğine Etkilerinin Belirlenmesi. I. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2009; 60-67.

Özata M, Altuncan H. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizinin Yapılması. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2010; 8 (2):100 -111.

Özdilek AO, (2006). Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimin Hukuki Sorumluluğu. [http://www.turkhukuksitesi.com/makale\\_300.htm-193k](http://www.turkhukuksitesi.com/makale_300.htm-193k), 2014.

Özkalp E. Takım Çalışmasının Günümüz Yönetim Sistemlerindeki Yeri ve Takım Yönetim Tekerleği. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 1997;13(1): 455

Özkan S, Kocaman G, Öztürk C, Seren Ş. Frequency of Pediatric Medication Administration Errors and Contributing Factors. *J Nurs Care Qual* 2011 Apr-Jun; 26(2): 136-43.

Öztunç M, Vural G. Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Hatalı Tıbbi

Uygulama Yapma Durumları ve Hatalı Tıbbi Uygulama Nedenlerinin Önemine İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2012;55-72

Öztürk H. Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri ve Performans Düzeyleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2002; 36-45

Öztürk R, Oktay S. Hastane Enfeksiyonları, Sorunlar, Yeni Hedefler ve Hukuki

- Sorumluluk.İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 2008: (60); 23-29.
- Pehlivanoğlu F, Yaşar K, Işık M E, Özkan H, Çiçek G, Canatan G, Yıldırım S, Çetin D, Şengöz G. Kan Transfüzyonu Uygulamaları Hemşire Anketi; Doğrular Doğru Bilinenler, Değişenler, Hatalar.Haseki Tıp Bülteni. 2011; 49: 145-9
- Peker A, Karaöz S. Vardiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Dikkat Düzeyleri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, Yüksek Lisans Tezi, 2009;7-21.
- Pektekin Ç. Danışman Olarak Hemşire, Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Eskişehir.Açık Öğretim Fakültesi Yayınları. 1991: 141-147.
- Pekuslu S , Demirci H, Taşcıoğlu S. , Tuna E. Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin belirlenmesi.3.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi,Ankara ,Poster Bildiriler Kitabı, 2011; 319330.
- Perell KL, Nelson A, Goldman RL, Luther SL, Lewis NP, Rubenstein LZ. Fall Risk Assessment Measures, Journal of Gerontology, Medical Sciences, 2001; 56 (12): 761-766.
- Postnote 2005 Infection Control in Healthcare Settings, <http://www.parliament.uk/documents/upload/Postpn247.pdf>, 2014.
- Quigley P, Neily J, Watson M, Wright M, Strobel K. Measuring fall program outcomes, OJIN. 2007;12.
- Rogers T K. Managing in The İnterprofessional Environment: A theory of action perspective. CAIPE. 2004; 18(3): 239-249.
- Ronald AN,Jr, JudyM,GeoffreyW. [R.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20623](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20623),2014.
- Ronayne S. Nurse-Patient Partnerships in Hospital Care. JCN. 2001; 10: 591-592
- Ross LM, Wallace J, Paton JY. Medication Errors in a Pediatric Teaching Hospital in the UK: Five Years Operational Experience. Arch Dis Child. 2000; 83: 492-497.
- Rothschild JM, Federico FA, Gandhi TK, Kaushal R, Williams DH, Bates DW. Analysis of medication-related malpractice claims. Archives of Internal Medicine. 2002; 162(21): 2414-2420.
- Sabuncu N, Ecevit Alpay Ş, Erkan İlhan S, Bahçecik N, Batmaz M, Özdiilli Kürşat, Özhan F, Dursun Sevim. Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı, Ankara, Alter Yayıncılık. 2011; 9-37.
- Safran N. Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul, Doktora Tezi, 2004; 19-32.
- Sağlık Bakanlığı (2012), Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri

Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'', RG Tarihi: 10.11.2014, RG Sayısı: 28260

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hemşirelik ve Türk Hemşireler Birliği Kanun Tasarısı, 1998 <http://www.turkhemsirelerde.net.tr>, 2014.

Saray Kılıç H. Özhan Elbaş N. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri. Gazi Üniversitesi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 25-57

Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N, Bilir A, Kahraman H., Gökerler N. Nöroloji ve Nöroşirürji Kliniklerinde Hastaların Düşme Riski Düzeyi ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi. Türk Nöroşirürji Dergisi. 2007; 17.

Sezgin B, Yıldırım A. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, Doktora Tezi, 2007; 25-57.

Sinclair BP. Nurses and malpractice. AWHONN lifelines - Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. 2000; 4(4); 7.

Şardan Çetinkaya Y. Yoğun Bakım Ünitesi İnfeksiyonlarının İzlemi, Kontrolü ve Korunma. Yoğun Bakım Dergisi. 2002; 2: 16-25.

Tanrıkulu G, Özhan Elbaş N. Hemşirelerin Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 19-36.

Tekşam Ö. Çocuk Acil Servislerinin Kalabalığına Genel Bakış ve Çözüm Önerisi Olarak Triage. Hacettepe Tıp Dergisi. 2009; 40: 125-132.

Tutuarima JA, Meulen V, Haan RJ, Straten A, Limburg M. Risk Factors for Falls of Hospitalized Stroke. American Heart Association Stroke. 1997; 28: 297-301.

Tümer AR. 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasına Gelen Ortopedi Vakalarının Değerlendirilmesi. Artroplastik Artroskopik Cerrahi. 2003; 14: 182-187.

Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları. Gülhane Tıp Dergisi. 2004; 46(3): 226-231.

Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K. Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007; 7: 519-533.

Uzun Ş, Arslan F. İlaç Uygulama Hataları. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008; 28(2); 217-222.

- Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(2); 152-157
- Wiles R, Robison J. Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors. Journal of Advanced Nursing. 1994; 20: 324-330
- Wılke A. Gündeş SG. Türkiye’de Enfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları. Aktüel Tıp Dergisi. 2001; 6;1-6.
- Wilson J. The Impacts of shift patterns on healthcare professionals. Journal of Nursing Management. 2002;10: 211-219.
- Wong J, Beglaryan B. Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research. 2004, [www.changeofmind.com](http://www.changeofmind.com), 2014.
- World Health Organization: Blood Transfusion Safety Team of the Department of Blood Safety and Clinical Technology Geneva. 2001. [www.who.int/bct](http://www.who.int/bct), 2015.
- World Health Organization (WHO). Call for more research on patient safety. 2007 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases>, 2015.
- World Health Organization (WHO). Word alliance for patient safety. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care(Advanced Draft):A Summary, Clean Hands are Safer Hands, Geneva, Switzerland, 2005.
- 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. J Am Geriatr Soc. 2008; 56(7): 1199-1205
- Yüksel İ. Çalışma Yaşamı Kalitesinin Tipik ve Atipik İstihdam Açısından İncelenmesi. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2004; 5( 1): 47-58.
- Zhan C. Miller MR. Excess Length of Stay, Charges, and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization. JAMA. 2003; 290: 1868-1874

## EKLER

### Ek-1 Anket Formu

#### ACIL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİMLERİNİ VE TUTUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

1. Yaşınız:
2. Medeni durumunuz: ( )Evli ( )Bekar
3. Cinsiyet: ( )Kadın ( )Erkek
4. Eğitim durumunuz:( )Sağlık Meslek Lisesi ( )Ön lisans ( )Lisans ( )Yüksek Lisans ( )Doktora
5. Acil serviste göreviniz:( )Servis hemşiresi ( )Servis sorumlu hemşiresi
6. Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız? ....
7. Acil serviste kaç yıldır çalışmaktasınız?
- 8.Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:
9. Hastanedeki çalışma statünüz: ( )Kadro ( )Sözleşmeli
10. Mesleğinizi sevme durumunuz:( )Seviyorum ( )Sevmiyorum ( )Kararsızım
11. Çalıştığınız servisten memnun olma durumunuz:  
( )Memnunum ( )Memnun değilim ( )Kısmen memnunum
12. Çalışma şekliniz: ( )Sürekli gündüz ( )Vardiya ( )Diğer(belirtiniz):
13. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?
14. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:
15. İş yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?  
( )Mükemmel ( )Çok iyi ( )İyi ( )Kötü ( )Çok kötü
16. Çalıştığınız kurumda iş doyum düzeyinizi nasıl tanımlarsanız?  
( )Çok iyi ( )İyi ( )Orta ( )Kısmen kötü ( )Kötü
17. Daha önce tıbbi hata ile karşılaştınız mı? ( )Evet ( )Hayır
18. Cevabınız evet ise tıbbi hatayı yapan kişi/:(**Birden fazla işaretlenebilir**):  
( )Hemşire ( )Hekim ( )Acil tıp teknikeri ( )Acil tıp teknisyeni ( )Paramedik ( )Diğer(belirtiniz):
19. Acil serviste çalışırken hasta güvenliğini tehdit eden ve en sık karşılaştığınız tıbbi hataları işaretleyiniz (**Birden fazla işaretlenebilir**):

## Ek -1 Devam

- ( )Hastane infeksiyonları ( )Yatak yarası ( )Ameliyat sonrası komplikasyon ( )Yanlış taraf cerrahisi ( )Tehlikeli kısaltmalar ( )Hava embolisi ( )Son kullanma tarihi geçen ilaç kullanma ( )Yanlış ilaç uygulama ( )Yanlış yerden ilaç uygulama  
( )Yan etkisi olan ilaç kullanımı ( )Yanlış doz ilaç uygulaması ( )İlacın yan etkisine bağlı hatalar  
( )İğne/kesici alet yaralanması ( )Araç-gerece bağlı hatalar ( ^Hipoglisemiye bağlı hatalar  
( )Tanı testlerinin yetersizliğine bağlı hatalar ( )Tanı hataları ( )Ölümcül zarar verici olaylar  
( )Tedavide gecikme veya yapmama ( )Ventilatörle ilişkili hatalar ( )İnfüzyon pompa hataları  
( )Transfüzyon hataları ( ) Yanlış kan transfüzyonu ( ) Hasta düşmeleri  
( ) Yatak başı bakımda vital bulgulardaki değişikliklerin atlanması ( ) Uygun olmayan fiziki ortam  
( ) Hasta bakım ve tedavisinde el hijyenine dikkat edilmemesi ( ) Hasta bakım ve tedavisinde sterilizasyona dikkat edilmemesi ( ) Uygun olmayan koşullarda ( sedye üstünde)hastaya bakım ve tedavinin verilmesi ( ) Diğer (belirtiniz):

## 20.Çalıştığınız serviste karşılaştığınız tıbbi hata/hatalar Uluslararası Hasta Güvenliği hedeflerinden hangisi içinde yer almaktadır? (Birden fazla işaretlenebilir):

- ( )Hastanın doğru kimliklendirilmesi  
( )Etkili iletişimin artırılması  
( )Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi  
( )Doğru-taraf, doğru-prosedür ve doğru-hasta cerrahisinin sağlanması  
( )Sağlık bakımı ilintili enfeksiyonların azaltılması  
( )Düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme riskinin azaltılması

## 21.Sizce acil serviste görülen tıbbi hata/hataların nedenleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir):

- ( )İş yükünün fazla olması ( )Çalışan sayısının az olması ( )Görev dışı işlerin yüklenmesi ( )Stres ( )Yorgunluk /bitkinlik ( )Yoğun çalışma ( )Çalışma sürelerinin uzun olması ( )Aylık nöbet sayılarının fazla olması ( )Kompleks tıbbi vakalar ( )Personel azlığı



### **Ek -1 Devam**

- Tıbbi prosedür komplikasyonları  Tanı/destek birimlerinden kaynaklanan hatalar (  
 Eczane hatası  Hekimin yazısının anlaşılınması  Tıbbi kayıtların yanlışlığı (  
 Tükenmişlik duygusu  İletişim eksikliği  Olumsuz fiziksel ortam  Tedbirsizlik  
 Görev, yetki ve sorumluluklarının tam belirlenmemiş olması  Dikkatsizlik  İhmal  
 Yöneticilerden memnun olunmaması  Bilgi eksikliği  Mesleki acemilik ve yetersizlik  
 Özensizlik  Emir ve yönetmeliklere uymamak  Prosedür ve protokollerin yokluğu  
 Mesleğe yönelik hizmet içi eğitim eksikliği  Çalışılan birimin sabit olmaması  Hasta sayısının fazla olması  Vardiyalı çalışma  Diğer:

### **22. Acil serviste çalışırken en sık karşılaştığınız ilaç uygulama hata tipleri nelerdir?**

#### **(Birden fazla işaretlenebilir):**

- Yanlış uygulama yolu  Yanlış uygulama zamanı  Yanlış hasta  Yanlış doz (  
Yanlış ilaç  
 Tedavi uygulama saatinin geciktirilmesi  Hekim tarafından önerilmeden verilen ilaç  
 Tedavi kesildikten sonra yapılan ilaç uygulaması  İlaç alerjilerinin bildirimi  Diğer  
(belirtiniz):

### **23. Servisinizde ilaç uygulama hataları oluyorsa, sizce bunların neden/nedenleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir).**

- İlaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması  Hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması  
 Hastayla ilgili alerji bilgisinin yokluğu  İyi düzenlenmemiş ilaç uygulama kayıtları (  
 İlacın eczaneden alınmaması ya da yanlış doz alınması  Okunamayan etiketler ve paketler  Pump' ın ya da diğer araç-gerecin bulunmaması  Araç- gerecin bozuk olması  
 Çok sayıda hastaya birden çok ilaç verilmesi  Dozların iki kez kontrol edilmemesi  İlaç uygulama esnasında birimde meydana gelen karışıklıklar  Uzun çalışma saatleri  
 Hemşire başına düşen hasta sayısının çokluğu  Dikkatin dağılması ve konsantre olamama  
 Diğer (belirtiniz):

**Ek -1 Devam**

**24. Servisinizde hasta düşme olayları oluyorsa, sizce bunların neden/nedenleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir).**

- Hastanın fiziksel durumu  Hastanın aldığı ilaç tedavisi  Sedyenin kenar parmaklıklarının kullanılmaması  Bozuk sedyelerin kullanılması  Islak zeminler  Personelin dikkatsizliği
- Refakatçi olmaması  Hastanın bilinç durumu  Fiziksel ortamın dağınık olması  Hemşire başına düşen hasta sayısı  Diğer (belirtiniz):

**25. Çalışma hayatınız süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir tıbbi hatanız oldu mu? Evet Hayır**

**26. Cevabınız evet ise bu tıbbi hatanın ne/neler olduğu:**

**27. Daha önce ilaç hatası yaptınız mı? Evet Hayır**

**28. Cevabınız evet ise ilaç hatasının türü:**

- Son kullanma tarihi geçen ilaç kullanma Yanlış ilaç uygulama Yanlış yerden ilaç uygulama
- Yan etkisi olan ilaç kullanımı Yanlış doz ilaç uygulaması

**29. Cevabı evet ise bu ilaç hatasının nedeni:**

## Ek-2 Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

### TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>					
<b>İLAÇ VE TRANSFÜZYON UY GLAMALARI</b>	<b>HİÇ (1)</b>	<b>ÇOK NADİR(2)</b>	<b>ZAMAN ZAMAN (3)</b>	<b>GENELLİKLE(4)</b>	<b>HER ZAMAN(5)</b>
İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum					
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum					
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım					
Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim					
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim					
İlacın hazırlanması ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					

**Ek 2 Devam**

İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim					
<b>HASTANE ENFEKSİYONLARI</b>	<b>HİÇ</b>	<b>ÇOK NADİR</b>	<b>ZAMAN ZAMAN</b>	<b>GENELLİKLE</b>	<b>HER ZAMAN</b>
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim					

**Ek 2 Devam**

Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim					
İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştirim					
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					

**Ek 2 Devam**

IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					
<b>HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ</b>	<b>HİÇ</b>	<b>ÇOK NADİR</b>	<b>ZAMAN ZAMAN</b>	<b>GENELLİKLE</b>	<b>HER ZAMAN</b>
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım					
Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yaparım					
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım					
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim					
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgilerin vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim					
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım					

**Ek 2 Devam**

Serviste tüm cihazların çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları					
Cihazların nasıl kullanılacağımlı bilirim veya öğrenmeye çalışırım					
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim					
<b>DÜŞMELER</b>	<b>HİÇ</b>	<b>ÇOK NADİR</b>	<b>ZAMAN ZAMAN</b>	<b>GENELLİKLE</b>	<b>HER ZAMAN</b>
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm					
Hasta ilk kez ayağı kalktığımda gerekli destek ve yardımı sağlarım					
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim					
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim					
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım					

**Ek 2 Devam**

<b>İLETİŞİM</b>	<b>HİÇ</b>	<b>ÇOK NADİR</b>	<b>ZAMAN ZAMAN</b>	<b>GENELLİKLE</b>	<b>HER ZAMAN</b>
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim					
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim					
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim					
Serviste çift order (doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim					
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım					



### Ek-3 Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

#### TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ

(1) hiç katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) kararsızım, (4) katılıyorum

(5) tamamen katılıyorum

Ölçek Maddeleri	Hiç	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.					
2.Bir tıbbi bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.					
3.Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4.Tıbbi hatalar, hatayı yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5.Tıbbi hatalar sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6.Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7.Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır					
8.Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9.Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.					
10.Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum.					
11.Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım gilemelidirler.					
12.Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13.Eğer tıbbi hata oluşmadan önce önlenilmiş ise bildirilmesine gerek ktur.					
14.Yapılan tıbbi hatalar, hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.					
15.Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenilebilir durumlardan ynaklanmaktadır.					
16.Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.					

## Ek-4Etik Kurul Onayı



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ /LA"

25.09.2014

Sayın : Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörler** başlıklı OMÜ KAEK 2014/ 742 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş 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 24.07.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim

Prof.Dr.A.Tevfik SUNTER  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Başkan Yrd.

## Ek-5Hastane İzinleri



T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 54103609/044  
Konu : Anket

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 24.06.2014 tarihli ve 2014.1083583.2.3397 sayılı yazı

İlgi yazıya istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Hemşireliği Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Dilek KIYMAZ tarafından " Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler" konulu ilgili anket çalışmalarını hastanenizde yapması uygun görülmüş olup;

Araştırmanın Birliğimize bağlı sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki ve araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmasına izin verilmiştir.

Gereğini rica ederim.

İbrahim KÜÇÜK  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

### EKLER:

- 1- Tarama\_20140624143127
- 2- Tarama\_20140624143205
- 3- Tez Çalışması

### DAĞITIM:

Tüm Sağlık Tesislerine

Eğitim Hizmetleri Adalet Mh. 100. Yıl Bul. No:232 İlkadım/SAMSUN  
A.Ş. tılı bilgi için: Murat KAPLAN Tel: 311 2500 / 1508 Faks: 0362 3112528

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 30381970-225f-43bc-b2da-d2bc015d2f47 kodu ile erişebilirsiniz.

**Ek-5 Devam**



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACIL TIP ANABİLİM DALI

2026



Sayı : 8620421-044/107  
Konu : Anket Çalışması

09/07/2014

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİNE

İlgi:07/07/2014 tarih ve 15374210-000/2957-6815 sayılı yazıya istinaden.

Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Dilek KIYMAZ'ın "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hayata Eğilimlerini ve Tutumunu Etkileyen Faktörler" konulu anket çalışmasını acil serviste yapması Anabilim Dalımızca uygundur.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr. Yücel YAVUZ  
ANABİLİM DALI BAŞKANI

DAĞITIM:  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine

15374210 (207)-8688

15 Temmuz 2014

## **Ek- 6** Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni

Date: Fri, 20 Jun 2014 17:27:06 +0300

Subject: Re: Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni

From: [musaozata@gmail.com](mailto:musaozata@gmail.com)

To: [zelihaceren@hotmail.com](mailto:zelihaceren@hotmail.com)

Kullanmanızda sakınca yok. Kullanımı ile ilgili size yarına kadar gerekli bilgileri yollayım. Su an yollama şansım yok.

19 Haziran 2014 Perşembe tarihinde, Zeliha Koç <[zelihaceren@hotmail.com](mailto:zelihaceren@hotmail.com)> yazdı:  
Sayın hocam,

Altunkan ile birlikte tarafınızdan geliştirilmiş bulunan, "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğini" Tez Danışmanlığımı yürütmekte olduğum Yüksek Lisans öğrencim Dilek Kıymaz'ın " **Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler** " konulu tez çalışmasında kullanabilmemiz için gerekli iznin verilebilmesi hususunu arz ederim. Ölçek kullanımı tarafınızdan uygun görüldüğü takdirde ölçek maddeleri ile ölçeğin değerlendirme sürecini ilişkin bilgi verebilerseniz son derece memnun oluruz.

Desteğinize çok teşekkür eder, saygılar sunarız.

Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Samsun Sağlık Yüksekokulu

Samsun

## Ek-7 Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Kullanım İzni

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Kullanım İzni

From: [dgulec.11@hotmail.com](mailto:dgulec.11@hotmail.com)

To: [zelihaceren@hotmail.com](mailto:zelihaceren@hotmail.com)

Subject: RE: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Kullanım

İzni Date: Wed, 18 Jun 2014 11:38:59 +0300

Sayın Zeliha Koç,

**Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler konulu tez çalışmanızda geliştirmiş olduğumuz "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğini"** kullanmanızda bir sakınca yoktur. Çalışma hakkında ki sonuçlardan bizi bilgilendirirseniz seviniriz. iyi çalışmalar dilerim.

Dilek Güleç

Kemalpaşa Devlet Hastanesi /İzmir Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

From: [zelihaceren@hotmail.com](mailto:zelihaceren@hotmail.com)To: [dgulec.11@hotmail.com](mailto:dgulec.11@hotmail.com)

Subject: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Kullanım İzni Date: Wed, 18 Jun 2014 07:45:25 +0000

Sayın hocam,

İntepeler ile birlikte tarafınızdan geliştirilmiş bulunan, "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğini" Tez Danışmanlığını yürütmekte olduğum Yüksek Lisans öğrencim Dilek Kıymaz'ın " **Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler** " konulu tez çalışmasında kullanabilmemiz için gerekli iznin verilebilmesi hususunu arz ederim. Ölçek kullanımı tarafınızdan uygun görüldüğü takdirde ölçek maddeleri ile ölçeğin değerlendirme sürecini ilişkin bilgi verebilirseniz son derece memnun oluruz.

Desteğinize çok teşekkür eder, saygılar sunarız.

Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Samsun Sağlık Yüksekokulu

Samsun

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Dilek KIYMAZ

**Doğum Yeri:** Samsun

**Doğum Tarihi:** 26/03/1984

**Medeni Hali:** Evli

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):**

OMÜ Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2007

OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2015

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Özel Servis 2008-2009

Sağlık Bakanlığı Fatsa Devlet Hastanesi 2009-2010

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2010-

**E-posta:** [dilek\\_zor@hotmail.com](mailto:dilek_zor@hotmail.com)