



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**TIBBİ HATA EĞİTİMİNİN**  
**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN**  
**BİLGİ VE TUTUMLARINA ETKİSİ**

**Şerife YILMAZ GÖREN**

**TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI**  
**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. NEYYİRE YASEMİN YALIM**

**ANKARA**

**2018**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TIBBİ HATA EĞİTİMİNİN HEMŞİRELİK**  
**ÖĞRENCİLERİN**  
**BİLGİ VE TUTUMLARINA ETKİSİ**

**Şerife YILMAZ GÖREN**

**TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI**  
**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. NEYYİRE YASEMİN YALIM**

**ANKARA**

**2018**

## **Etik Beyan**

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “**Tıbbi Hata Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi**” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Şerife YILMAZ GÖREN

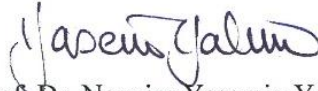
Tarih:

İmza:

## KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında  
Şerife YILMAZ GÖREN tarafından hazırlanan  
“Tıbbi Hata Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi” adlı tez  
çalışması  
aşağıdaki jüri tarafından DOKTORA TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18 Mayıs 2018



Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM  
Ankara Üniversitesi  
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Ahmet ACIDUMAN  
Ankara Üniversitesi  
Raportör



Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU  
Ankara Üniversitesi  
Üye



Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA  
Gazi Üniversitesi  
Üye



Doç. Dr. Fatma EKER  
Düzce Üniversitesi  
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÖNSÖZ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
GRAFİKLER	x
ÇİZELGELER	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Temel Kavramlar ve Tanımlar	1
1.1.1. Tıbbi Hata	1
1.1.2. Tıbbi Uygulama Hatası, Tıbbi Kötü Uygulama, Malpraktis	2
1.1.3. Komplikasyon	4
1.1.4. Yan Etki	5
1.1.5. Ramak Kala Olay	5
1.1.6. Hasta Güvenliği	6
1.2. Tıbbi Hataların Nedenleri	7
1.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	8
1.4. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar	11
1.4.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hata Oranları	14
1.4.2. Hasta Güvenliği Modelleri	23
1.4.3. Hasta Güvenliği Sistemleri	28
1.5. Tıbbi Hataların Bildirimi	31
1.5.1. Bildirim Sistemleri	32
1.5.2. Tıbbi Hataların Bildirimine Etki Eden Faktörler	35
1.5.3. Tıbbi Hataların Bildirimi ve Yönetiminde Hemşirenin Sorumluluğu	36
1.6. Hemşirelikte Tıbbi Hatalar	38
1.7. Tıbbi Hatalarda Hemşirenin Yasal Sorumlulukları	43
1.7.1. Tıbbi Müdahale Kavramı	43
1.7.2. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygun Olması İçin Gereken Şartlar	44
1.7.3. Hemşirenin Tıbbi Hatalarda Hukuki Sorumluluğu	49
1.7.4. Hemşirenin Cezai Sorumluluğu	53

1.7.5. Hemşirenin İdari/ Disiplin Sorumluluğu	56
1.8. Tıbbi Hatalarda Etik Sorumluluk	57
1.8.1. Etik Sorumluluk Nedir?	58
1.8.2. Etik Sorumluluğu Yaratan Nedir?	63
1.8.3. Etik İnkilem Nedir?	64
1.8.4. Tıbbi Hatalarda Etik ve Profesyonel Tutum	65
2. GEREÇ VE YÖNTEM	76
2.1. Araştırmanın Amacı	76
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	76
2.3. Araştırmanın Şekli	77
2.4. Araştırmanın Aşamaları	77
2.4.1. İhtiyaç Analizi	78
2.4.2. Veri Toplama Araçları	79
2.5. Veri Analizi	82
2.6. Tıbbi Hata Eğitim Programı	83
2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	87
2.8. Araştırmanın Etik Boyutu	87
2.9. Araştırma Süreci Aşamaları	88
3. BULGULAR	89
3.1. İhtiyaç Analizine Yönelik Araştırma Verilerinin Analizi	89
3.2. Eğitim Öncesi ve Sonrası Verilerin Analizinden Elde Edilen Bulgular	93
3.3. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	97
3.4. Vaka Analizlerinden Elde Edilen Bulgular	101
3.4.1. Düşmelere İlişkin Vakanın Analizinden Elde Edilen Bulgular	101
3.4.2. Yanığa İlişkin Vakanın Analizinden Elde Edilen Bulgular	103
3.4.3. İlaç Uygulama Hatasına İlişkin Vakanın Analizinden Elde Edilen Bulgular	104
3.4.4. Enfeksiyona İlişkin Vakanın Analizinden Elde Edilen Bulgular	106
4. TARTIŞMA	108
4.1. İhtiyaç Analizine Yönelik Bulguların Tartışılması	108
4.2. Eğitim Öncesi ve Sonrası Verilerin Analizinden Elde Edilen Bulgular	114
4.3. Vaka Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması	120

4.3.1. Düşmeler	120
4.3.2. Yanık Vakası	121
4.3.3. İlaç Uygulama Hatası	122
4.3.4. Enfeksiyona İlişkin Vaka	124
4.4. Tıbbi Hata ve Etik Arasındaki İlişki	126
4.4.1. Tıbbi Hataya İlişkin Kavramlar ve Etik Değerlendirme	126
4.4.2. Etik İlkeler ve Tıbbi Hata	130
4.4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hata Süreçlerindeki Etik Sorumlulukları ve İhbar Yükümlülüğü	133
4.4.4. Tıbbi Hataların Önlenmesinde Cezalandırma Kültürüne Karşı Sistem Yaklaşımı	144
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	148
ÖZET	154
SUMMARY	155
KAYNAKLAR	156
EKLER	174
Ek-1: İhtiyaç Analizi	174
Ek-2: Kişisel Bilgi Formu	177
Ek-3: Bilgi Testi	178
Ek-4: Bilgi Testi Rubriği	179
Ek-5: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	186
Ek-6: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	190
Ek-7: Vaka Analiz Soruları	191
Ek-8: Vaka Analizi Rubrik Formu	193
Ek-9: Eğitim Planı	194
Ek-10: Etik Kurul İzni	204
Ek-11: Kurum İzni	206
Ek-12: Bilgilendirilmiş Olur Formu	207
ÖZGEÇMİŞ	209

## ÖNSÖZ

Tıbbi hata kavramı her geçen gün giderek önem kazanan, tüm sağlık çalışanlarını olduğu gibi hemşireleri de ilgilendiren önemli bir kavramdır. Sağlık çalışanları tıbbi hatalarla içiçe çalışmaktadır. Hemşireler sağlık çalışanları içinde önemli bir yer tutmakta ve hasta ile 7 gün 24 saat yakından ilgilenmektedir. Hastanın bakım ve tedavisinde görev alan hemşireler bazen yaptıkları yanlış uygulamalar nedeniyle hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedirler. Son yıllarda hemşirelere karşı açılan davalarda artış olduğu görülmektedir. Tıbbi hatalar; sağlık çalışanlarının hatalı uygulamaları, bilgi ve beceri eksikliği, ihmali ve özensiz davranışları nedeniyle oluşmakta ve hasta güvenliğini tehlikeye sokmaktadır. Tıbbi hataları azaltmak ve hasta güvenliğini sağlamak hasta bakım kalitesinin artırılması açısından son derece önemlidir. Bunun için sağlık çalışanlarının bu konuda farkındalıklarının artırılması ve olumlu tutum geliştirmeleri gerekmektedir.

Hasta güvenliği sağlık kurumlarında önemli bir kalite göstergesidir. Sağlık çalışanlarının tıbbi hata ile ilgili bilgilerini arttırmanın ve farkındalıklarını sağlamanın yolu eğitimidir. Sağlık ekibinin her bir üyesinin aldığı eğitimler ve eğitim olanakları yeniden değerlendirilerek geliştirilmelidir. Bunun için tıbbi hata eğitimine özellikle mezuniyet öncesi dönemde başlanması ve geleceğin sağlık çalışanı öğrencilerin güvenli sağlık hizmeti sunmaya hazır hale getirilmesi, hemşirelik müfredatlarına tıbbi hata ile ilgili derslerin eklenmesi, tıbbi hata konusundaki eğitimin öğrencinin kolay kavrayacağı ve özümseyeceği şekilde düzenlenmesi ve farklı etkinliklerle bu konudaki bilgi eksikliklerinin giderilmesi, bu konudaki görev, yetki ve sorumlulukların, hukuki, mesleki ve etik yaklaşımların öğretilmesi, mezuniyet sonrası hizmetiçi eğitimler, kongre ve sempozyumlarla konunun güncel tutulması gerekmektedir.

Bu çalışmanın, tıbbi hata konusunun hemşirelik müfredatında yeterince yer almadığını ve öğrencilerin eğitim ihtiyacı olduğunu ortaya koyarak, tıbbi hataları azaltmak ve konu hakkında farkındalık sağlamak açısından eğitimin önemini temellendirerek katkı sağlayacağı öngörülmektedir.



Çalışmanın planlanmasından yazımına kadar her aşamasında, bilgi, deneyim ve önerileri ile bana destek olan, yol gösteren ve emek harcayan değerli danışmanım Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM'a

Tezi benimle birlikte sahiplenen, değerli görüş ve önerileri ile teze emek ve katkı sağlayan tez izleme komitesi üyeleri, değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet ACIDUMAN ve Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA'ya

Tezin eğitim planını hazırladığım süreçte yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Meral DEMİRÖREN'e

Doktora ders süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, gelişimimde önemli katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU, Prof. Dr. Berna ARDA ve Dr. Öğr. Üyesi Volkan KAVAS'a

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve zaman ayıran araştırma grubundaki tüm öğrencilerime,

Doğduğum günden itibaren beni asla yalnız bırakmayan desteğini esirgemeyen canım aileme,

Tez çalışmam süresince her adımda beni destekleyen, yüreklendiren ve yardımlarını esirgemeyen eşim Hasan GÖREN'e

Doktora sürecinde dünyaya gelen ve hayatıma anlam katan, doktora sürecini ve büyüme sürecini birlikte yaşadığım, bu süreçte yaşından daha olgun davranarak bana en büyük desteği sunan canım kızım AYŞE GÖZDE'ye

Sonsuz teşekkür ediyorum.

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ACSNI:	Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (Nükleer Tesisat Güvenliği Danışma Komitesi)
AHRQ:	Agency for Healthcare Research and Quality
ANA:	American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
DSÖ (WHO):	Dünya Sağlık Örgütü
DTB:	The World Medical Association (Dünya Tabipleri Birliği)
GRS:	Güvenli Raporlama Sistemi
HKS:	Hastane Hizmet Kalite Standartları
ICN:	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
IOM:	Institute of Medicine (Ulusal Tıp Enstitüsü)
ISMP	The Institute for Safe Medication Practices
JCAHO:	Joint Commission: Accreditation, Health Care, Certification (Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
JCI:	Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Kurul)
NCC MERP:	The United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (Birleşik Devletler İlaç Hata Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi)
NHS:	National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmetleri)
NPSF:	National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı)
NRLS:	National Reporting and Learning System (Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi)
SAS:	Sağlıkta Akreditasyon Standartları
SKS:	Sağlıkta Kalite Standartları Hastane
TCK:	Türk Ceza Kanunu
TDK:	Türk Dil Kurumu
TTB:	Türk Tabipler Birliği

## GRAFİKLER

<b>Grafik 3.1.</b> Eğitim Öncesi Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Arasındaki İlişki	98
<b>Grafik 3.2.</b> Eğitim Sonrası Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Arasındaki İlişki	100
<b>Grafik 3.3.</b> Düşmelere ilişkin vaka için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili değer sorunlarını belirleme dağılımları	102
<b>Grafik 3.4.</b> Yanığa ilişkin vaka için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili değer sorunlarını belirleme dağılımları	103
<b>Grafik 3.5.</b> İlaç hatasına ilişkin vaka için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili değer sorunlarını belirleme dağılımları	105
<b>Grafik 3.6.</b> Enfeksiyon vakası için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili değer sorunlarını belirleme dağılımları	106

## ÇİZELGELER

<b>Çizelge 1.1.</b>	Leape ve Arkadaşları Tarafından Yapılan Tıbbi Hata Sınıflandırması	10
<b>Çizelge 1.2.</b>	The United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention'ın Hata Sınıflandırması	10
<b>Çizelge 3.1.</b>	İhtiyaç analizine katılan öğrencilerin demografik bilgileri	89
<b>Çizelge 3.2.</b>	İhtiyaç analizine katılan öğrencilerin tıbbi hata ile ilgili eğitim alma ve yeterlilik durumları	90
<b>Çizelge 3.3.</b>	İhtiyaç analizine katılan öğrencilerin tıbbi hata ve tıbbi hataya yönelik sorumluluklarına ilişkin bilgilerini yeterli bulma durumları	91
<b>Çizelge 3.4.</b>	İhtiyaç analizine katılan öğrencilerin tıbbi hata konusunda eğitim ihtiyaçlarına ilişkin görüşleri	92
<b>Çizelge 3.5.</b>	Eğitime katılan öğrencilerin demografik bilgileri	93
<b>Çizelge 3.6.</b>	Eğitime katılan öğrencilerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyutlarının öntest ve sontest puanlarının karşılaştırılması	94
<b>Çizelge 3.7.</b>	Eğitime katılan öğrencilerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının öntest ve sontest puanlarının karşılaştırılması	95
<b>Çizelge 3.8.</b>	Eğitime katılan öğrencilerin tıbbi hataya ilişkin bilgi puanlarının karşılaştırılması	96
<b>Çizelge 3.9.</b>	Eğitime katılan öğrencilerin öntest Tıbbi Hataya Eğilim ve Tıbbi Hatalarda Tutum ölçekleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi	97
<b>Çizelge 3.10.</b>	Eğitime katılan öğrencilerin sontest eğilim ve tutum ölçekleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi	98

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Temel Kavramlar ve Tanımlar

Çok boyutlu bir alan olan tıbbi uygulama hataları tıp, hukuk, etik, eğitim ve işletme gibi bilim dallarının ilgilendiği multidisipliner bir alandır. Literatür incelendiğinde tıbbi hata ile ilgili temel kavramların kullanımında bir karışıklık olduğu dikkat çekmektedir. “Tıbbi hata”, “tıbbi uygulama hatası”, “malpraktis”, “hatalı uygulama”, “yan etki” ve “komplikasyon” gibi temel kavramların sıklıkla birbirinin yerine kullanıldığı görülmektedir (Özgönül, 2010, s:2). Aşağıda bu kavramlara ait açıklamalar verilmiştir.

### 1.1.1. Tıbbi Hata

Tıbbi hata kavramı genellikle İngilizcedeki “medical error” teriminin karşılığı olarak, uygulama alanında yaşanan hataların tamamını kapsayacak şekilde kullanılmaktadır (Özgönül, 2010, s:7).

Hata, yanlış işlemin uygulanması veya planlanan işlemin planlandığı şekilde gerçekleştirilmesinde başarısızlık olarak tanımlanabilir. Hata, uygulamanın sadece yanlış yapılması değil, aynı zamanda yapılması gereken uygulamanın yerine getirilmemesi ile de ortaya çıkabilir. Tıbbi hata hastaya zarar verecek veya hastada zarara yol açma potansiyeline sahip, tedavi sürecindeki başarısızlıklardır (Aronson, 2009; Kohn ve ark., 1999, s:28; WHO, 2009).

The United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention’ın (NCC MERP/Birleşik Devletler İlaç Hata Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi) tanımına göre tıbbi hata, sağlık bakımı sürecinde ortaya çıkan hastaya zarar verebilecek ve önlenebilir olaylardır (NCC MERP, 2017).

Tıbbi hata, sağlık hizmeti s¼recinde beklenmedik bir Şekilde meydana gelen ve kasıtlı olmayan s¼reĀten sapmalardır (Ekici, 2013, s:73).

Hakeri; tıbbi hata kavramını “tıp biliminin standardına ve tecr¼belere g¼re gerekli olan ¼zenin bulunmadığı ve bu nedenle de olaya uygun g¼z¼kmeyen her t¼rl¼ hekim m¼dahalesi” olarak tanımlamaktadır (Hakeri, 2016, s:364). Hakeri tıbbi hata kavramını malpraktis kavramı ile eş anlamda ve yalnızca hekimler iĀin kullanmaktadır.

### **1.1.2. Tıbbi Uygulama Hatası, Tıbbi K¼t¼ Uygulama, Malpraktis**

Latince “mala praxis” s¼zc¼klerinden k¼ken alan “*malpraktis*” kavramı, 1992 yılında The World Medical Association (DTB/D¼nya Tabipleri Birliği) 44. Genel Kurulu’nda “*hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar*” olarak tanımlanmıştır (DTB, 1992).

“Malpractice” teriminin T¼rkĀe karşılığı olarak “tıbbi uygulama hatası”, “tıbbi k¼t¼ uygulama” kavramları kullanılmaktadır. Malpraktis kavramı İngilizce metinlerde tazminat davalarına giden hatalı uygulamaları tanımlamak iĀin kullanılan bir hukuk terimidir. T¼rkĀe bir s¼zc¼k olmamakla birlikte T¼rkiye’de t¼m tıbbi uygulama hatalarını tanımlamak iĀin bu kavramın kullanılabil-diği g¼r¼lmektedir (¼zg¼n¼l, 2010, s:7; Polat, 2015, s:21).

Malpraktis, bir kişi tarafından mesleki yetki kapsamında teŐebb¼s edilen bir ihmal t¼r¼d¼r. Mesleki suistimalin, mesleki beceri eksikliğinin ve bakım standartlarına uymamanın hastada zarara yol aĀma biĀimidir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013, s:157). Tıbbi hata her zaman hastaya zarar vermeyebilir. Malpraktis olarak adlandırabilmek iĀin hata sonucunda bir zarar oluşması gerekmektedir (Āetinkaya, 2016, s:52). Malpraktis bir k¼me olarak d¼Ő¼n¼l¼rse tıbbi hata bu

kümenin altkümesini oluşturmaktadır. Her malpraktis bir tıbbi hata iken, her tıbbi hata bir malpraktis olmayabilir.

Bilge; tıbbi uygulama hatasını, sağlık çalışanının hastasına uygulaması gereken standart tıbbi fiili bilgisizlik, dikkatsizlik, tedbirsizlik, özensizlik veya hizmet koşulları nedeniyle yapmaması veya yapması sonucu zarar oluşması; bu zararın öngörülebilir veya engellenebilir olmasına rağmen gerekenin yapılmaması, gerektiğinde konsültasyon yapılmaması veya geciktirilmesi ya da uygulamanın usulüne uygun şekilde yapılmaması olarak tanımlamaktadır (Bilge, 2012, s:8).

Türk Tabipler Birliği (TTB) Meslek Etiği Kuralları'nın 13. maddesinde malpraktis, "*hekimliğin kötü uygulanması*" olarak "*deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi*" şeklinde tanımlanmaktadır (TTB, 2012).

Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğü'nde malpraktis, "*Özen göstermeksizin veya yanlış uygulanan tedavi sonucunda ortaya çıkan, görevi kötüye kullanma anlamına gelen hukuki durum*" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2017).

Biyoetik Terimleri Sözlüğü'nde ise; "kötü uygulama" kavramı ile eş anlamlı kullanılarak, meslek sahibi kişinin, başka birinin zararına neden olan kötü, dikkatsiz etkinliği olarak tanımlanmaktadır. Malpraktis özen, eğitim, deneyim, iyi yorum ya da yetkinlik eksikliği sonucu oluşan zararları kapsamaktadır (Oğuz ve ark., 2005, s:167).

Aydın (1999) malpraktisi "*tıbbi ihmal nedeniyle zarara uğramış hastanın sağlık çalışanı aleyhine açtığı mahkeme süreci*" olarak tanımlamaktadır.

Malpraktis, bir işi profesyonel olarak yapmakta olan bir meslek mensubunun, mesleğini uygulaması esnasında ortaya çıkan kusurlu hareketleri sonucu hizmeti alanın zarar görmesini ifade etmektedir. Söz konusu hizmet sağlık çalışanı tarafından

yapıldığında “tıpta kötü uygulama”, “tıbbi malpraktis” olarak adlandırılmaktadır (Çetin, 2006, s:31; Oğuz ve ark., 2005, s:167).

Malpraktis hastaya müdahale yetkisi bulunan hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen gibi tüm sağlık çalışanlarını ilgilendirmektedir (Çetin, 2006, s:31).

Çalışmada tıbbi uygulama hatası, tıbbi kötü uygulama ve malpraktis kavramları yerine tıp uygulamalarında yaşanan hataların bütünü kapsayan ve literatürde sıklıkla kullanılan “medical error” kavramının karşılığı olarak “tıbbi hata” kullanımı tercih edilmiştir.

### **1.1.3. Komplikasyon**

Tedavi ve bakım sürecinde yapılan tıbbi uygulamalar aynı zamanda hastalar açısından belirli riskler de içermektedir. Sağlık personeli tarafından gerekli dikkat ve özen gösterilse bile bazen tıbbi müdahalede istenmeyen durumlarla karşılaşılabilir. Tıbbi müdahalede karşılaşılan bu durumlara tıbbi uygulamada “komplikasyon” adı verilmektedir. Hukuki açıdan bu durum “kabul edilebilir risk” olarak tanımlanmaktadır (Birtek, 2007; Çetin, 2006, s:33). “İzin verilen risk”, “istenmeyen yan etki” olarak da tanımlanan komplikasyon kavramında, öngörülemezlik ve önlenemezlik söz konusudur (Civaner, 2011).

Komplikasyonun bir diğer tanımı ise şu şekildedir: Hastalığın seyri veya tedavisi sırasında ortaya çıkan, hastalığın kendisi veya tıbbi müdahalelerden kaynaklanan, oluşabileceği o konu ile ilgili çevrelerce ve literatürde belirtilmiş ve kabul edilmiş olan diğer bir hastalık ya da bozukluktur (Büken, 2014, s:186).

Sağlık alanında yapılan yanlış uygulama ile uygulama sırasında oluşan komplikasyonu birbirinden ayırt etmek önemlidir (Şentürk, 2013, s:113). Örneğin tiroid ameliyatı sonrasında alınan tüm önlemlere rağmen % 2 oranında ses kısıklığı



gelişebilmektedir. Bu, işlemin doğasında bulunan bir risk olarak kabul edilmektedir (Civaner, 2011). Malpraktis ise öngörülebildiği ve önlem alınarak oluşumu engellenebildiği halde bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik ve ihmal nedeniyle önlem alınmaması sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Bu, malpraktis-komplikasyon ayrımında önemli bir noktadır (Civaner, 2011). Önemli olan bir diğer husus ise, ortaya çıkan komplikasyon zamanında fark edilmediğinde, fark edilip gerekli önlemler alınmadığında ve tıbbi uygulamada standartlara uyulmadığında yine malpraktisin söz konusu olmasıdır (Çetinkaya, 2016, s:52-53).

#### **1.1.4. Yan Etki**

Yan etki, hastanın altta yatan durumundan ziyade hastaya sunulan sağlık hizmetinin yol açtığı zararlardır (Kohn ve ark., 1999, s:28). Başka bir ifadeyle bir ilaç veya tedavi sırasında ortaya çıkan, beklenmeyen tıbbi problemlerdir (NCI Sözlüğü, 2017).

#### **1.1.5. Ramak Kala Olay**

Ramak kala olay kavramı İngilizcedeki “near miss” teriminin karşılığı olarak kullanılmaktadır. Literatürde neredeyse olay ve kıl payı olay olarak da tanımlanmaktadır.

Ramak kala olay, olumsuz bir olaya neden olma potansiyeline sahipken şans eseri olumsuzlukla sonuçlanmayan ya da birinin olayı durdurması nedeniyle olumsuz sonuca ulaşmayan olaylardır (Health Quality Safety Commission, 2016, s:4).

Ramak kala olay, süreçte bir zarara neden olmayan, ancak tekrarlanması durumunda ciddi bir hasara yol açma olasılığı olan değişikliklerdir (JCI, 2007, s:11).

Ramak kala olay, hastaya ulaşmadan, hastaya zarar vermeden engellenen olaylar olarak da tanımlanabilir (Kessels-Habraken ve ark., 2010). Ramak kala hatalara örnek olarak hekimin reçeteyi yanlış yazması, ancak hatanın eczacı ya da hemşire tarafından fark edilerek hata hastaya ulaşmadan önlenmesi verilebilir (İzzettin ve ark., 2013, s:567).

Ramak kala olayların nedenleri gerçek kazalarla benzer ya da aynıdır. Yapılan araştırmalar 300 benzer ramak kala olayın bir hataya yol açtığını göstermektedir. Hasta güvenliğini sağlama açısından ramak kala olayların da hata olarak değerlendirilmesi ve tıbbi hatalarda olduğu gibi gerekli önlemlerin alınması önemlidir (İzzettin ve ark., 2013, s:571; Kessels-Habraken ve ark., 2010; Wolf ve Hughes, 2008, s:1,2).

#### **1.1.6. Hasta Güvenliği**

Hasta güvenliği giderek küresel önem taşıyan, multidisipliner bir konudur. Ulusal ve uluslararası birçok kurum ve kuruluş tarafından farklı boyutlarıyla ele alınan hasta güvenliğinin çok farklı tanımları yapılmıştır. Yapılan tanımlar birbirinden farklı görünse de temelinde hastanın yararı ve güvenliğini içermektedir.

National Patient Safety Foundation (NPSF/Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı) hasta güvenliğini, sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu istenmeyen sonuçların veya sağlık bakım sürecinde oluşan hataların önlenmesi ve azaltılması olarak tanımlamaktadır (NPSF, 2017; Sur ve ark., 2013, s:511).

Hasta güvenliği, hastaları aldıkları sağlık hizmetine bağlı oluşan hatalara karşı korumak ve bu hatalar nedeniyle oluşan zararın kabul edilebilir bir düzeye indirilmesini sağlamak amacıyla koordine edilmiş çabalardır (WHO, 2009).

## 1.2. Tıbbi Hataların Nedenleri

Literatürde tıbbi hata nedenlerine yönelik yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Tıbbi hatalar sadece bir nedene bağlı değildir; birçok faktörün bir araya gelmesiyle oluşmaktadır (Can ve ark., 2011; Cebeci ve ark., 2012; Çırpı ve ark., 2009; Demir Zencirci, 2010; Ertem ve ark., 2009; Işık ve ark., 2012; Küçük Alemdar ve Yaman Aktaş, 2013). Tıbbi hataya neden olan faktörler başlıklar halinde şu şekilde sıralanabilir (Kahriman ve Öztürk, 2016, s:5-6):

Sağlık profesyonellerine ve ekip çalışanına ait faktörler: hastaya hizmet verenin tecrübesiz, yorgun ve dikkatsiz olması, mesleki bilgi ve becerisinin eksik olması, ekip içi iletişim sorunlarının olması,

Kurumsal faktörler: sağlık kurum ve kuruluşlarının mimari yapısı, kurum politikaları ve hizmet içi eğitim olanaklarının yetersiz olması, yeterli sayıda personel olmaması ve personelin yanlış dağıtımı,

Teknik faktörler: kurumun malzeme donanımı, kullanılan teknolojiye ve teknik faktörlere bağlı olarak sonuçların yanlış yorumlanması ve dolayısıyla yanlış kararlar verilmesi,

Hastaya ait faktörler: hastalığın ciddiyeti, hasta ile yaşanan iletişim sorunları iletişim sorunları,

İşleme ilişkin faktörler: işleme ait protokollerin olmaması ya da uygulanmamasına bağlı olumsuzluklar.

Yapılan çalışmalarda tıbbi hata nedenlerinin farklı boyutlarıyla ele alındığı görülmektedir. Leape tıbbi hataların dikkat eksikliği, işyükünün fazla olması, yetersiz eğitim, zaman baskısı ve yetersiz bakımdan kaynaklandığını belirtmekteyken; Brennan ve arkadaşları (1991), hataların oluşmasında en önemli

faktörün ihmal olduğunu öne sürmektedir. Yıldırım ve arkadaşları (2009)'nın yaptığı çalışmada ise tıbbi hataların asıl sebebinin eğitim yetersizliği olduğu vurgulanmaktadır ( Leape, 1994; Leape, 1997).

Ertem ve arkadaşları (2009), yaptıkları çalışmada tıbbi hata nedenlerini bakım standartlarını uygulama, hasta izlemi, hasta değerlendirmesi, kayıt tutma, iletişim ve hasta güvenliğini sağlama ile ilgili girişimlerde yetersizlik olarak belirtmektedirler.

Sanders ve Cook, tıbbi uygulama hatalarının yetersiz eğitim, kullanışsız prosedürler, düşük kalite standartları, zayıf ya da yetersiz teknoloji, eksik ekipman, zaman baskısı, yetersiz ve tecrübesiz personelden kaynaklandığını belirtmektedir (Sanders ve Cook, 2007, s:6).

Altuncan, Türkiye’de tıbbi hata nedenlerini sağlık personelinin sayıca ve kalite açısından yetersiz olması, eğitim niteliğinin düşük olması, eğitim olanaklarının yetersiz ve sınırlı olması, eğitim kurumlarında yeterli pratik ve kuramsal eğitimin verilememesi, çalışma şartlarındaki olumsuzluklar, hasta sayısının fazla olması, yorgunluk, meslekten memnun olmama, teknik yetersizlikler, fiziksel ortama bağlı sorunlar, bilgi teknolojilerinden yeterince faydalanılmaması, performansa dayalı ücret sisteminin getirdiği olumsuzluklar olarak sıralamaktadır (Altuncan, 2009, s:9-12).

Tıbbi hataların nedeni hasta bakımında gerekli dikkat ve özenin gösterilmemesi, görevin ihmal edilmesi, kurum ve sistemdeki olumsuz özellikler olarak özetlenebilir.

### **1.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması**

Hataların nasıl oluştuğunu ve nasıl önlenileceğini anlamının en iyi yolu hataları analiz ederek sınıflandırmaktır (Aronson, 2009). Tıbbi hatalarla ilgili çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Literatür incelendiğinde tıbbi hataların nedenlerine,

sürece ya da tıbbi hata sonucunda hastada ortaya çıkan duruma göre sınıflandırıldığı görülmektedir.

Tıbbi hataların neden ve hata türü açısından sınıflandırılması literatürde sık kullanılan sınıflandırmalardan biridir. Bu sınıflandırmaya göre; kök nedene göre tıbbi hatalar işleme, ihmale ve uygulamaya bağlı hatalar olmak üzere üç şekilde sınıflandırılırken; hata türüne göre ilaç, cerrahi, tanı koyma, tedavi, sistem yetersizliği, koruyucu tedavi ve diğer olmak üzere yedi başlık şeklinde sınıflandırılmaktadır (Akalin, 2005; Kahrıman ve Öztürk, 2016, s:5,6). Savaş da tıbbi hataları, tıbbi hataların nedenlerini dikkate alarak insan kaynaklı hatalar, yargı hataları, teknik hatalar, iletişim hataları, teçhizat kaynaklı hatalar ve sistem kaynaklı hatalar olarak sınıflandırmaktadır (Savaş, 2013, s:48).

Tıbbi hataların sınıflandırılması için sık kullanılan diğer sınıflandırma 1993 yılında Leape ve arkadaşları tarafından yapılan sınıflandırmadır (Leape ve ark., 1993). Bu sınıflandırma ise tıbbi hataları süreci dikkate alarak sınıflandırmaktadır (Çizelge 1.1). Hakeri de benzer şekilde tıbbi hataları teşhis hataları, tedavi hataları, tedavi sonrası yükümlülüklerin ihlali, organizasyon kusuru, üstlenme kusuru ve hataların bildirimini ile ilgili hatalar olarak süreç temelli sınıflandırmaktadır (Hakeri, 2016, s:369-398).

Tıbbi hataların tıbbi hata sonucunda hastada ortaya çıkan duruma göre sınıflandırılmasına United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention'ın (NCC MERP/Birleşik Devletler İlaç Hata Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi) hata sınıflandırması örnek verilebilir (Çizelge 1.2.) (Stavroudis ve ark., 2008). Kessels-Habraken ve arkadaşları (2010) da tıbbi hataları benzer şekilde tıbbi hata sonucunda hastada ortaya çıkan duruma göre sınıflandırmaktadır.

**Çizelge 1.1.** Leape ve Arkadaşları Tarafından Yapılan Tıbbi Hata Sınıflandırması

<b>Tanı Hataları</b>	- Tanıda hata ya da gecikme - Testlerdeki eksiklikler/başarısızlıklar - Eski testleri ya da tedaviyi kullanma - Sonuç ve testlerin izlenmesinde hata
<b>Tedavi Hataları</b>	- Operasyon, prosedür veya testte hata - Tedavinin uygulanmasındaki hatalar - İlaç dozu ya da ilacı uygulamada hata - Anormal bir teste cevap vermede, tedavide önlenebilir gecikme - Uygun olmayan bakım
<b>Önleyici Hataları</b>	- Profilaktik tedaviyi sağlamada başarısızlık - Tedavinin yetersiz takip ve izlemi
<b>Diğer Hatalar</b>	- İletişim hataları - Ekipman yetersizliği - Ve diğer sistem eksiklikleri

**Çizelge 1.2.** The United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention'ın Hata Sınıflandırması

<b>Hata derecesi</b>	<b>Kategori</b>	<b>Tanım</b>
Hata yok, zarar yok	A	Hataya yol açma kapasitesi bulunan olaylar veya durumlar
Hata var, zarar yok	B	Hata oluşmuş ancak hastaya ulaşmamış
	C	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış ancak zarar vermemiş
	D	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış; hastanın takibi veya zararın önlenmesi için girişim gerekmiş
Hata var, zarar var	E	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşmuş veya girişim gerekmiş
	F	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşturmuş ve hastanın hospitalizasyonu gerekmiş
	G	Hastada kalıcı zarara yol açan bir hata mevcut
	H	Hastanın yaşamının devamı için girişim gerektiren hata mevcut
Hata var, ölüm var	I	Oluşan hata, hastanın ölümüne yol açmış veya katkıda bulunmuş

#### 1.4. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar

Teknoloji hızla gelişmekte, buna paralel olarak tıp ilerlemekte ve çeşitli yeni yöntemler uygulanmaya başlamaktadır. Tıp ve teknolojideki bu baş döndürücü gelişmeler, kullanılan yüksek teknoloji, daha karmaşık ameliyatlara, daha çok belirleyici ve aktörlü süreçler yeni sorunları da beraberinde getirmektedir. Hasta haklarının her geçen gün daha fazla önem kazanması; yeni hastalıklar ve mikroorganizmaların tanımlanması; dünya genelinde nüfusun giderek yaşlanması, bu yaşlanmaya bağlı insanların sağlık hizmetine gereksinimlerinin artması, yaşlılıkla beraber tedavilerin daha karmaşık hale gelmesi, hastalıkların daha ağır seyretmesi, daha fazla ilaç kullanımının olması gibi faktörlerin neden olduğu olumsuzlukların artması gibi birçok neden hasta güvenliği kavramının önemini artmasında rol oynamaktadır (Yıldırım, 2008, s:3-6).

Hasta güvenliği son zamanlarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sıklıkla gündeme gelmekte ve tartışılmaktadır. Son yıllarda daha sık tartışılmakla birlikte eski çağlardan beri varolan ve önemsenen bir konudur. Örneğin M.Ö. 1700’lerde Babil Kralı Hammurabi tarafından hazırlanan Hammurabi Kanunları’nda hekim sorumluluğuna ve karşılaşılan olumsuz durumlarda verilecek cezalara değinildiği görülmektedir (Bayat, 2010, s:57; Seren İntepeler, 2014, s:338; Uncu, 2013). Modern tıbbın kurucusu ve hekimlik ahlakının sembolü olarak kabul edilen Hipokrates’in “*Hekimlikte esas hastaya zarar vermemektir*” söylemi ve modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale’in “*Tuhaf gelebilir ama bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor. Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır....*” söylemi bu konunun tarihte hemen her dönemde gündeme geldiğini göstermektedir (Bayat, 2010, s:117; İlan ve Fowler, 2005; Ovalı, 2010).

Hasta güvenliği, iyi hasta bakımının temeli, sağlık bakımında kaliteyi sağlamanın en önemli basamağıdır (Alcan ve ark., 2012, s:191; Vincent, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliğini sağlık bakımının temel kriteri olarak tanımlamaktadır (Öztürk ve Kahrıman, 2016, s:91).

Hasta güvenliği sadece tıbbi hataları azaltmak anlamına gelmemektedir. Ancak sağlık hizmetlerinde bakımın kalitesini artırmanın yolu da tıbbi hataların azaltılmasından geçmektedir. International Council of Nursing (ICN) 2006 ve 2015’de yayımladığı temalarda hasta güvenliğini ele almış, tıbbi hataların hasta güvenliği için bir tehdit olduğunu vurgulamış ve hasta güvenliği kapsamında ele aldığı konuların çoğunluğunu tıbbi hatalara temellendirmiştir (ICN, 2006; ICN 2015; Tarım, 2013; s:559).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinden kaynaklanan zararların önlenmesi ve iyileştirilmesidir (Vincent, 2011, s:5). Sağlık kuruluşları ve çalışanları tarafından kişilere verilebilecek zararların önlenmesi için alınacak önlemlerin tamamını kapsayan bir süreçtir (Sur ve ark., 2013, s:511).

Hasta güvenliğinin sağlanması için tüm sistemin yeniden tasarlanması, hasta bakım sürecine ve sisteme odaklanması gerektiğinin üzerinde duran Ekici, hasta güvenliğini şu şekilde tanımlamaktadır: “*Sağlık hizmetlerinde hastada istenmeyen bir sonucun ya da yaralanmanın gelişmemesi, bu durumdan sakınılması için sağlık hizmeti sisteminin iyileştirilmesidir*” (Ekici, 2013, s:82).

Hasta güvenliği hem hasta hem çalışan hem de kurum açısından önemli bir kavramdır. Hasta güvenliği ihlalleri mortalite ve morbiditede artışa, hastanın hastanede yatış süresinde uzamaya ve hukuki sorunlara neden olabilmektedir (Pronovost ve ark., 2005).

Hasta güvenliğinin temel hedefi; sağlık hizmeti sunumunda oluşabilecek hataları engellemek, hastaları bu hatalara bağlı olumsuzluklardan koruyabilecek ve hataları önleyebilecek bir sistem kurmaktır (Sur ve ark., 2013, s:511).

Hasta güvenliğinin amacı; hastalara gereksinim duydukları bakımı sağlarken ortaya çıkabilecek zararın doğasını da dikkate alarak hataları en aza indirmek, hasta/hasta yakınları ve hastane çalışanları için fiziksel ve ruhsal olarak güvenli bir



ortam oluşturmaktır (Sur ve ark., 2013, s:511; Yıldırım, 2008, s:183). Bu ortam ancak hasta güvenliği kültürünün kurum ve çalışanlar tarafından benimsenmesi ile mümkün olabilir. Güvenlik kültürü Çernobil Nükleer Santrali'nde meydana gelen felaketten sonra hazırlanan raporda ilk defa yer almış, daha sonra havacılık gibi pek çok endüstride özellikle de yüksek riskli endüstrilerde kullanılmaya başlanmıştır (Alcan ve ark., 2012, s:192; Feng ve ark., 2008). Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI/Nükleer Tesisat Güvenliği Danışma Komitesi) güvenlik kültürünü, *“kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine ve uygulamadaki sürekliliğine karar veren birey ve grupların değer, algı, tutum, düşünce alışkanlıkları, yetkinlik ve davranış örüntüleri”* olarak tanımlamaktadır (Gadd ve Collins, 2002).

Güvenli bir sağlık hizmeti sunumu hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıyla başlar. Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesi olarak tanımlanmaktadır (Akalın, 2004; Dursun ve ark., 2010; Pronovost ve Sexton, 2005). Tıbbi bakımın klinisyenden ziyade hastanın etrafında toplanmasıdır (JCI, 2007, s:29). Hasta güvenliği kültürü, bireylerin kınama ya da cezalandırma korkusu olmadan hataları bildirdikleri, bu hatalardan ders alınan, hasta güvenliği sorunlarına çözüm aranan, işbirliğinin teşvik edildiği bir ortamdır (AHRQ, 2017a; JCI, 2007, s:29).

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması hataları önleme, azaltma ve sağlık bakım kalitesini geliştirme açısından önemli bir bileşendir (AHRQ, 2017a). Yapılan çalışmalar hataların fiziksel, ruhsal ve ekonomik boyutlarından sıklıkla bahsetmektedir. Hem hasta hem çalışan açısından kayıplara neden olan hataların büyük bir bölümünün önlenemez olduğu bu çalışmalarda vurgulanmaktadır. Bu sorunlarla başa çıkmanın yolu hasta güvenliği sağlamaktan; hasta güvenliğini sağlamak da hasta güvenliği kültürünü oluşturmak ve çalışanların bu kültürü benimsemesini sağlamaktan geçmektedir.

Sağlık bakımı ve sağlık bakım sistemi zarar vermeme üzerine kurulmuş olsa da birtakım riskleri içinde barındırmaktadır. Yarar sağlama, zarar vermeme üzerinde

temellendirilmiş olan hasta güvenliği kavramı özellikle bu risklere bağlı oluşacak kazalardan, olumsuzluklardan hastaları ve çalışanları korumak üzere kurulmuştur. Sıfır hatanın mümkün görünmediği bu ortamda, hasta güvenliğinin sağlanması ve hataların en aza indirilmesi güvenlik kültürünün benimsenmesi ile mümkündür. Bunun yolu öncelikle hasta ile sağlık çalışanı arasındaki uyumdan geçer. Tıbbi hataların bildirilmesi, bildirilen hataların analiz edilmesi, sınıflandırılması ve hatalardan ders çıkarılarak oluşacak hataları azaltmak için gerekli önlemlerin alınması hasta güvenliği sağlamada önemli noktalardır (Akalin, 2004; Akgün, 2014; Seren İntepeler, 2014, s:338; Yalçın ve Acar, 2010).

#### **1.4.1.Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hata Oranları**

##### **1.4.1.1. Dünyada Tıbbi Uygulama Hataları**

Hastalar hastaneye gittiğinde ve bir sağlık bakımı aldığı anda kendini güvende hissetmek ister (Vincent, 2011). Ayrıca haklarının ve hastanede kaldıkları süre içinde güvenliklerinin korunmasını da talep ederler (Seren İntepeler, 2014, s:335). Aslında sağlık bakımı olması gerektiği kadar güvenli değildir. Hastaneye yatmak araçla, trenle ya da uçakla seyahat etmekten, inşaatta çalışmaktan daha tehlikelidir. Ölümün ve yaralanmaların önemli bir bölümü tıbbi hatalar nedeniyle olmaktadır. DSÖ güvenli olmayan tıbbi uygulamalar nedeni ile on hastadan birinde yaralanma ya da ölüm görüldüğünü ve gelişmekte olan ülkelerde bu riskin daha fazla olduğunu bildirmektedir (Alcan ve ark., 2012; Kohn ve ark., 1999, s:26; TTB, 2011, s:38; Singer ve Tucker, 2005).

Schimmel (1964), üniversite hastanelerinde meydana gelen nedeni bilinmeyen yaralanmaların oranının % 20 olduğunu ve bunların da % 20’sinin ciddi ya da ölümcül seyrettiğini rapor etmiştir. Steel ve arkadaşları (1981) ise bu oranın % 36 olduğunu ve bunların % 25’inin ciddi ve ölümcül olaylar olarak karşımıza çıktığını belirtmiştir. Bedell ve arkadaşları (1991) hastanede yatan hastalarda kardiyak arrest

geçirme oranlarını inceledikleri çalışmada, hastaların % 14'ünün kardiyak arrest geçirdiğini, arrestlerin % 64'ünün önlenebilir olduğunu ve vakaların büyük bir kısmının ilaç hataları nedeniyle meydana geldiğini vurgulamışlardır. Harvard Medical Practice Study tarafından 1991 yılında rapor olarak yayımlanan, 1984 yılında New York'ta hastanede yatan hastaların maruz kaldığı nedeni bilinmeyen kazaların oranı ile ilgili çalışmaya göre; hastaların % 4'ü hastanede yatış sürelerinin uzamasına neden olan ya da sekel bırakan bir yaralanmaya maruz kalmış, % 14'ü ise hayatını kaybetmiştir. ABD'de her yıl 180000 kişinin nedeni bilinmeyen kazalar dolayısıyla hayatını kaybettiği düşünülmektedir (Leape, 1994). Günümüzde de durum çok farklı değildir. ABD'de son yapılan çalışmalardan birinde tıbbi hatalara bağlı ölümlerin kalp hastalıkları ve kanserin ardından üçüncü sırada olduğu trafik kazaları, Alzheimer, felç ve solunum sistemi kaynaklı hastalıklardan daha fazla ölüme neden olduğunu göstermektedir (Makary ve Daniel, 2016).

Bahsedilen çalışmalardan da anlaşıldığı üzere malpraktis yeni ortaya atılmış, sadece bir ülke ya da bir dönemi ilgilendiren bir kavram değildir. Malpraktis kavramı ilk kez 1768 yılında Sir William Blackstone tarafından İngiltere'de yayınlanan "İngiltere Kanunları Üzerine Yorumlar" isimli eserde kullanılmıştır (Özgönül, 2010, s:16). Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre meydana gelen tıbbi hatalar ve tıbbi hataların oranları, her ülkenin tıbbi hatalarda üstlendiği sorumluluk, yasal düzenlemeler ve aldığı önlemler değişmektedir. Değişmeyen tek şey sağlık sisteminde meydana gelen hata olgusudur. Tıbbi hatalarla ilgili tüm dünyada kabul görmüş yasal düzenlemeler mevcut değildir. Avrupa Birliği ülkelerinde de durum değişmemektedir. Tüm üye ülkeleri kapsayan özel bir yasal düzenleme mevcut değildir. Aksine her ülkenin kendi düzenlemesini yapması yönünde hakim bir görüş bulunmaktadır (Çetinkaya, 2016, s:100; Yalçın ve Acar, 2010). Aşağıda bazı ülkelerin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki uygulamaları ile ilgili kısa bilgiler verilmektedir.

#### 1.4.1.1.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

ABD, hasta güvenliği ile ilgili gelişmelerin ana eksenini oluşturan, hasta güvenliği ile ilgili çalışmaları tetikleyen, öncülük eden ülkedir (Sur ve ark., 2013, s:510). ABD’de tıbbi uygulamalara yön veren en etkili kuruluş 1955’lerde çalışmalarına başlamış olan Institute of Medicine’dır (IOM/ Ulusal Tıp Enstitüsü) (Sur ve ark., 2013, s:509). IOM tarafından 1999 yılında yayımlanan “To Err is Human” adlı rapor hasta güvenliği alanında bugüne kadar en çok atıf alan yayındır (Sur ve ark., 2013, s:510).

Health Grades tarafından yayımlanan raporda ABD’de her altı ayda bir Vietnam Savaşı’nda hayatını kaybedenlerden daha fazla sayıda kişinin hasta güvenliğini olumsuz etkileyen olaylar nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Aynı raporda 2000 ile 2002 yılları arasında Medicare popülasyonunda bulunan hastalarda 37 milyon hastaneye yatışta 1.14 milyon (% 3,08) hasta güvenliği ihlali olduğu vurgulanmaktadır (Health Grades, 2004).

Yapılan çalışmalar ABD’de tıbbi hata oranlarının azımsanmayacak ölçüde olduğunu göstermektedir. Wong ve Beglaryan yılda 5000-10000 arasında kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiğini tahmin etmektedir (Wong ve Beglaryan 2004, s:6). Berwick (2003) makalesinde Institute of Medicine’in raporunu dikkate alarak her gün en az 100 hastanın, tıbbi hatalar nedeni ile ölmekte olduğunu belirtmektedir. Barker ve arkadaşları (2002), 36 sağlık kurumunu kapsayan bir çalışmalarında tıbbi hata oranını % 19 olarak bulmuşlardır. Lamb ve arkadaşları (2003)’nın araştırması ise hastanelerin % 65’inde ölüm ya da zarara neden olan olayların oluştuğunu göstermektedir.

ABD’de eyaletlerin çoğunda zorunlu raporlama sistemleri kullanılmaktadır. Beklenmeyen ölümler ve yanlış taraf cerrahisi gibi olayların zorunlu olarak bildirilmesi istenmektedir. Malpraktis davaları 1970’lerde başlayan ülkede hekimler tazminat davalarında yüksek tazminatlar ödemektedir. Buna bağlı olarak hekimler sigorta sistemlerine yönelmiş durumdadır ve gelirlerinin önemli bir kısmını bu

sigortalara harcamaktadırlar. Özel sigorta şirketi sayısının 4000'in üzerinde olduğu ABD'de uygulanan sistemin hasta güvenliğine zarar verdiği düşünülmektedir. Hekimler dava edilme kaygısı nedeniyle hastaya müdahale etmeye çekinmekte ve hata bildirimini yapmaktan kaçınmaktadır (Ardahan ve Alp, 2015; Çetinkaya, 2016, s.101; Güngör ve ark., 2012; Polat, 2015, s:55-57).

ABD'de tıbbi hata ile ilgili davalarla bu alanda uzmanlaşmış avukatlar ilgilenmektedir. Tıbbi hataya uğradığını düşünen hasta hakkını yasal yollardan aramakta ve bu uzman avukatlara başvurmaktadır (Polat, 2015, s:55-57).

#### **1.4.1.1.2. Almanya**

Tüm dünyada olduğu gibi Almanya'da da son yıllarda tıbbi uygulama hataları ve bu hatalara bağlı davalarda artış olduğu görülmektedir (Polat, 2015, s:100).

Almanya sigorta sistemleri gelişmiş bir ülkedir. 1975 yılından bu yana tıbbi müdahaleye ilişkin istenmeyen sonucun hekimden kaynaklanıp kaynaklanmadığını objektif biçimde değerlendirmek için kurulmuş bilirkişi ve uzlaştırma komisyonları faaliyet göstermektedir. Uzlaşma sağlanamadığı durumda yargı yoluna gidilmektedir. Davalar konu ile ilgili eğitim almış, donanımlı, bu alanda uzmanlaşmış avukatlar tarafından takip edilmektedir. Sağlık hukuku merkezlerinin sayısının da her geçen gün arttığı ülkede yargıya giden davalarda ilk sırada cerrahi hatalar yer almaktadır (Güngör ve ark., 2012; Polat, 2015, s:100).

Genel olarak Almanya, sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürü yerleşmiş, sağlık hizmeti kalitesi yüksek olan bir ülkedir. İhmal olgularının diğer ülkelere nazaran daha az olduğu görülmektedir (Yalçın ve Acar, 2010, s:102).

Almanya'da hasta memnuniyetine önem verilmektedir. Hastalar hekim ve hastane seçme ve kendi tedavisine karar verme hakkına sahiptir. Hastaya hastalığıyla ilgili kapsamlı bilgi verilmektedir. Yapılacak tüm işlemlerde hasta rızası

aranmaktadır. Tedavi için kullanılan ilaç veya tıbbi cihazların kalite ve güvenlik şartlarını taşıması ve yasal olarak gerekli standartlara uygun olması gerekmektedir. Hastanın tedavisinde oluşan hatalardan bizzat hekim ve/veya hastane sorumlu tutulmaktadır (Yalçın ve Acar, 2010).

#### **1.4.1.1.3. İtalya**

İtalya'da tıbbi uygulama hataları 1980'li yıllarda gündeme gelmiştir. 1980'lerde yapılan bir çalışma tıbbi uygulama hatalarının her geçen gün arttığını göstermektedir. Tıbbi uygulama hatalarındaki artışa paralel olarak bu konuda açılan davalar ve ödenen tazminat miktarları da artış göstermektedir. İtalya'da yılda 15.000'den fazla tıbbi hata davası bildirilmektedir. Tıbbi hataların ülkeye bir yıllık maliyeti 15 milyar doların üzerindedir (Polat, 2015, s:96; Traina, 2009).

Dünyada tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkında tazminat talebi ile dava açılan hekim sayısı en yüksek İtalya'dadır (Traina, 2009). Bu kadar fazla dava açılması nedeniyle hekimler kendilerini güvenceye almak için gereğinden fazla tetkik yapmakta, riskli tedavilerden kaçınmaktadır (Polat, 2015, s:97).

#### **1.4.1.1.4. Finlandiya**

Finlandiya hasta haklarını yasalaştıran ilk Avrupa ülkesidir. Ülkede hasta hakları önemli bir yer tutmaktadır. Her bir sağlık kuruluşunda hasta adına hasta haklarını koruyacak, hastaları sahip oldukları haklar konusunda bilgilendirerek ilgili diğer konularda hastaya yardımcı olacak hasta hakkı savunucuları yer almaktadır (Yalçın ve Acar, 2010).

Finlandiya'da sağlık personelinin hata yapması durumunda personel hakkında herhangi bir suçlama yapılmamakta ve bu personele karşı dava açılmamaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası bulunan ülkede malpraktis sonucunda hatalı personelin

cezalandırılması değil, hatayı oluşturan koşulların düzeltilmesi gerektiği düşünülmektedir. Hastaların uğradığı zarar kusursuz sorumluluk sigortası tarafından karşılanmaktadır (Güngör ve ark., 2012).

#### **1.4.1.1.5. Japonya**

Diğer ülkelerde olduğu gibi Japonya'da da tıbbi uygulama hataları, bu hatalara bağlı şikayet ve davalar artış göstermektedir. Ancak bu artışın ABD ya da diğer batı ülkelerinde olduğu kadar yüksek olmadığı görülmektedir. Japonya'da hekimlerin profesyonel sorumluluk sigortası yaptırması zorunlu değildir. Japon Tıp Birliği (JMA) kendi üyelerine bu sigortayı sağlamaktadır. JMA dışında sigorta hizmeti veren çok az sayıda özel sigorta şirketi bulunmaktadır (Güngör ve ark., 2012; Polat, 2015, s:92-95).

#### **1.4.1.1.6. İngiltere**

Tıbbi hatalar ve bu nedenle açılan davaların, ödenen tazminatların diğer ülkelerle benzerlik gösterdiği söylenebilir. İngiltere'de sağlık hizmetleri büyük ölçüde devlet kaynakları ile sağlanmaktadır. Tıbbi hataların tespiti ve önlenmesine yönelik birden fazla sistem bulunmaktadır. İngiltere'de sağlık hizmetleri, 1948'te kurulan National Health Service (NHS/Ulusal Sağlık Hizmetleri) tarafından koordine edilmektedir. Bunun dışında İngiltere'de hasta güvenliği konusunda aktif çalışan, dünya çapında dikkatle takip edilen, örnek bir kuruluş olan National Patient Safety Association (NPSA/Ulusal Hasta Güvenliği Derneği) bulunmaktadır. NPSA tarafından raporlama kültürünü oluşturmak amacıyla National Reporting and Learning System (NRLS/Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi) kurulmuştur (Ardahan ve Alp, 2015; HOPE, 2004; Polat 2015, s.59; Savaş, 2013, s:57; Yalçın ve Acar, 2010).

#### **1.4.1.1.7. İsveç**

İsveç'te sağlık hizmetleri büyük ölçüde kamu hizmeti olarak sunulmaktadır. Tıbbi hata sayıları diğer ülkelerden farklı değildir. Genel olarak önleyici yaklaşımı benimseyen ülkede, 1997 yılından beri her tıbbi kuruluşun bir kalite sistemi bulunmaktadır. National Board of Health and Welfare (Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu) tarafından mevcut kalite sistemleri düzenlenip standardize edilmektedir. Sağlık çalışanları bütün istenmeyen olayları ve riskleri bu kurula bildirmekle yükümlüdür. Bu kurula günlük olarak ortalama 1100 zorunlu, 2400 gönüllü raporlama yapılmaktadır. Kurul ayrıca sağlık çalışanlarına düzenli olarak rehberler, tavsiyeler ve bilgiler yayımlamaktadır (Ardahan ve Alp, 2015; Polat, 2015, s:78-83).

#### **1.4.1.2. Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları**

Tıbbi hata ve hasta güvenliği aslında ülkemiz için yeni bir kavramlar değildir. Tokaç, Türk tıp tarihine ait belgelerde hasta güvenliğine dair çalışmalar olduğunu belirtmektedir. Beylikler ve Osmanlı döneminden günümüze ulaşan tıp yazmalarında hasta güvenliğine yönelik bilgiler bulunmaktadır. Genelde bu yazmalarda iyi hekimlik, sağlık meslek mensuplarının özellikleri ve özellikle onam üzerinde durulduğu görülmektedir. Ayrıca Osmanlı Devleti’nde özellikle cerrahi işlemlerden önce rıza beyanı yapıldığı, cerrahın alacağı ücreti de içeren belgelerde herhangi bir olumsuzluk durumunda yakınların bir talebi olmayacağına dair taahhüt alındığı görülmektedir (Aydın, 2006, s:243; Ovalı, 2010; Tokaç, 2008).

Ülkemizde tıbbi hatalar her geçen gün daha önemli bir başlık olarak gündemde yerini almaktadır. Tıbbi hata iddiasıyla birçok olay medyaya ve yargıya yansımaktadır (Civaner, 2011; Güngör ve ark., 2012). Son yıllarda, hemşirelere karşı açılan davaların oranında diğer ülkelere oranla daha az olsa da artış olduğu görülmektedir (Çetinkaya, 2016, s:103). Tıbbi hataların sık sık gündeme gelmesinin ve malpraktis davalarındaki artışın birçok nedeni bulunmaktadır. Hem Çetinkaya hem de Civaner tıbbi hata davalarındaki artışın nedenleri arasında sağlık hizmetinin



sayı üzerinden değerlendirilmesi, önceliğin hizmet niteliğine değil harcamaları azaltmaya verilmesi, eğitim kurumlarının sayısının hızla artmasına paralel olarak eğitimin kalitesinin tartışılır boyutta azalmış olması, hemşirelik yasasındaki eksikliklere bağlı hemşirenin bağımsız hareket edememesi, sağlık sistemindeki aksaklıkların kamuoyunda yarattığı hoşnutsuzluk, hukuk sistemimizdeki yetersizlik, medyanın hatalı tutumu, hasta ve yakınlarının gerçekçi olmayan beklentileri saymaktadırlar (Civaner, 2011; Çetinkaya, 2016, s:103).

Ülkemizde sağlık alanında toplam kalite yönetimi çalışmaları 1990'lı yıllarda başlamıştır. 2000'li yıllarda ise özellikle özel hastaneler JCI tarafından akredite olma ve uluslararası belge alma çabası içine girmişlerdir. 2012 yılına kadar 40'dan fazla hastane JCI tarafından akredite edilmiştir (Sur ve ark., 2013, s:513-514).

1990'larda hasta güvenliği adına başlayan sevindirici süreci, 1998 yılında yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nde hasta güvenliğine resmi olarak yer verilmesi takip etmiştir (Öztürk ve Kahrıman, 2016, s:95).

Akreditasyon ve kalite çalışmaları dışında 2006 yılında Hasta Güvenliği Derneği'nin kurulması önemli bir gelişmedir. Hasta güvenliğine ilişkin diğer gelişme 2005-2011 yılları arasında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ve güncellenen Kalite ve Performans Yönergesidir. Bunun dışında sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği sağlamak, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek ve yaygınlaştırmak amacıyla 29 Nisan 2009'da Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ yayımlanmıştır. Tebliğ, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması, hasta güvenliği kültürünün yaygınlaştırılmasını amaçlamaktadır (Öztürk ve Kahrıman, 2016, s:95; Sur ve ark., 2013, s:514). Bu tebliğ, 6 Nisan 2011'de yayımlanan, tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve

güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasların düzenlendiği Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (2011) ile yürürlükten kaldırılmıştır. Bu yönetmelik ise 2013 yılında yayımlanan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik ile yürürlükten kaldırılmıştır. Yayımlanan bu yönetmelikte hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetini esas alan sağlık hizmeti kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar düzenlenmektedir (Öztürk ve Kahriman, 2016, s:95). Bu yönetmeliklere paralel olarak Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından 2011 yılında Hastane Hizmet Kalite Standartları Rehberi yayımlanmış ve 2015 yılında “Sağlıkta Kalite Standartları Hastane” ve “Sağlıkta Akreditasyon Standartları” olarak güncellenmiştir (HKS, 2011; SAS, 2015; SKS, 2015).

Türkiye’de sağlık mevzuatının hasta güvenliği uygulamalarına zemin oluşturması bakımından büyük ölçüde yeterli olduğu düşünülmektedir (Sur ve ark., 2013, s:513). Ancak tıbbi uygulama hatalarına ilişkin özel yasal düzenleme bulunmamaktadır (Çetinkaya, 2016, s:103).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarının karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bu hataların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri bir platform olan Güvenli Raporlama Sistemi (GRS) kurulmuştur. GRS’nin 2016 yılı raporuna göre; en sık hata yapan meslek grubunu hemşireler oluşturmakta, hatalar en sık cerrahi kliniklerde yapılmakta ve en sık yapılan hataları hasta düşmeleri oluşturmaktadır (GRS, 2016).

Türkiye’de 1978-2006 yılları arasında Yargıtay’a intikal etmiş 30 olgu dosyasının retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada yüksek yargı organının kararlarına göre sağlık çalışanlarının belirlenen kusur nedenleri arasında ilk sırada yanlış tedavinin geldiği, bunu sırasıyla özensizlik, dikkatsizlik, ihmal ve tanı hatalarının takip ettiği bildirilmektedir (Can ve ark., 2011).

Özkaya ve arkadaşlarının 2002-2006 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'na incelenen ve tıbbi hata iddiası bulunan 0-18 yaş grubu 378 olgu ile yaptıkları çalışmalarında kusurlu bulunanlar arasında ebe ve hemşireler ikinci sırada yer almaktadır (Özkaya ve ark., 2011).

Ertem ve arkadaşlarının gazetelerde yer alan tıbbi uygulama hataları ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, tıbbi uygulama hatası yapan kişilerin % 65,2'sini hekimlerin, % 12,2'sini ise hemşirelerin oluşturduğu, hatalı tıbbi uygulamaların % 19,2'sinin tedbirsizlik, % 17,4'ünün yanlış tedavi, % 11,6'sının dikkatsizlik, % 10,5'inin yanlış tanı, % 8,7'sinin de yanlış ilaç uygulamaları şeklinde olduğu saptanmıştır (Ertem ve ark., 2009).

Çırpı ve ark. (2009)'nın İstanbul'da yaptığı çalışmaya göre, hemşireler en çok ilaç hatası ile karşılaşmaktadır. İlaç uygulama hatalarının da büyük çoğunluğunun hasta kimlik kartları ile ilgili yanlışlıklardan kaynaklandığını ifade etmişlerdir.

İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulama Bürosu'na hekimlerle ilgili tıbbi hata veya ihmal iddiası ile başvuru olan 1280 olgudan 344'ünün tıbbi hata iddiası ile başvurduğu ve bunların 78'inde iddianın sabit bulunduğu belirlenmiştir. Başvuruların önemli bir kısmının özel hastanelerde çalışan hekimlerle ilgili olduğu ve cerrahi branşlarda daha fazla olgunun bulunduğu saptanmıştır (Güngör ve ark., 2012).

#### **1.4.2. Hasta Güvenliği Modelleri**

Bu bölümde çeşitli hasta güvenliği modellerinden bahsedilecektir.

##### **1.4.2.1. Proaktif (Önleyici) Model**

Proaktif, bir diğer adıyla önleyici model, bir hata gerçekleşmeden öncesine odaklanmaktadır. Gerçekleşebilecek hata ve olumsuz durumların hastaya zarar

vermeden önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınmasıdır (Alcan ve ark., 2012, s:191; Leape, 1997; Wyatt, 2016; Yıldırım, 2008, s:51).

Proaktif model gelecekte oluşabilecek hataları öngörme ve zamanında önlem alma becerisine dayanır. Bu model sadece geçmiş tecrübe ya da hatalardan ders alma değil, gelecekte neler olabileceğini tahmin etme becerisini gerektirmektedir. Bu modele verilecek en iyi örnek DSÖ'nün 2009 yılında yaptığı H1N1 salgını uyarısını takiben Avrupa'da ve diğer ülkelerde gerekli aşı ve ilaç önlemlerinin alınmasıdır (Hollnagel, 2012).

Proaktif model, kurumda daha önce karşılaşılan olumsuz olaylara ait bilgilerden ve literatürden yararlanılmasını önerir. Bu modelin Hata Türleri Etki Analizi (Failure Mode Effect Analysis), Olay Ağacı Analizi (Event Tree Analysis), Ön Tehlike Analizi (Preliminary Hazard Analysis), Kontrol Listesi Kullanılarak Birincil Risk Analizi (Preliminary Risk Analysis Using Checklists) gibi teknikleri bulunmaktadır (Ardahan ve Alp, 2015; Leape, 1997; Özcan ve ark., 2016; Yıldırım, 2008, s:51). Bu tekniklerden Hata Türleri Etki Analizi'nin klinik riski analiz etmek için en iyi araç olduğu öne sürülmektedir (Huang, 2008). ABD'de geliştirilen bu teknik ilk olarak NASA tarafından uzay uygulamalarında kullanılmış; endüstri, otomotiv sanayi, nükleer sanayi ve savunma sanayisinin ardından 2000'li yıllarda sağlık sisteminde de kullanılmaya başlamıştır. Tekniğin amacı; hatayı oluşmadan önce belirlemek ve önlemektir. Tekniğin odak noktası ise sistemdeki eksikliklerdir (Alcan ve ark., 2012, s:192; Huang, 2008; Seren İntepeler, 2014, s:336).

Bir hatayı önlemek, hata meydana geldikten sonra ortaya çıkan zarar ya da kötü sonuçlarla uğraşmaktan daha kolaydır. Tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından proaktif model önerilmektedir (Huang, 2008; Kurutkan, 2009, s:130).

Gelecekte oluşabilecek hatalar her zaman doğru tahmin edilemeyebilir. Bazen olması muhtemel hatalar değil, beklenmeyen hatalar ortaya çıkabilir. Yapılan tahmin yanlış olduğunda yanlış ve gereksiz hazırlık yapılabilir. Beklenmeyen bir hata kişi ya

da kurumu hazırlıksız yakalayabilir. Proaktif modele yönelik bu tür eleştiriler yapılmaktadır. Ancak hazır olmamak hem kısa hem de uzun vadede daha pahalıya mal olabilmektedir (Hollnagel, 2012).

#### 1.4.2.2. Reaktif (Düzeltilici) Model

Düzeltilici model olarak da adlandırılan reaktif model, hata oluşmadan önlem alınmasına odaklanan proaktif modelin tersine hata oluşuktan sonrasında odaklanmaktadır. Reaktif model, ramak kala olaylar, hatalar ve kazalar gibi yanlış giden olaylara odaklanır. Bu model için en uygun ve bu modeli en iyi açıklayan yöntem “Kök Neden Analizi”dir (Hollnagel, 2012; Tarım, 2013, s:556; Yıldırım, 2008, s:63).

Kök neden analizi “*Beklenmedik olayın olası bir şekilde meydana gelmesi veya meydana gelmesi dahil olmak üzere performanstaki değişikliklerin altında yatan temel veya nedensel faktörlerin tespit edilmesi için bir süreç*” olarak tanımlanmaktadır (Kurutkan, 2009, s:139). Kök Neden Analizi, beklenmeyen olayın temel ve nedensel faktörlerini ortaya çıkarmak ve olayı derinlemesine inceleyerek riskleri azaltmak için eylem planları oluşturmak amacıyla uygulanan bir kalite iyileştirme yöntemidir (Akgün, 2014).

Kök neden analizi, olay oluşuktan sonra o olaya özgü yapılır. Tekniğin amacı; hatanın asıl nedenini tespit ederek hatanın tekrarlanmasının engellemek ve ramak kala olayların gerçek olaya dönüşmesini önlemek; dolayısıyla hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasıdır (Alcan ve ark., 2012, s:210; Kurutkan, 2009, s:141; Seren İntepeler, 2014, s:337). Kök neden analizi, kurumun uygulama ve alışkanlıklarını tespit etmek ve tartışmaya açmak için kullanılan bir sorgulama yöntemi; kendini geliştirmesi için sunulan bir fırsattır (TTB, 2011, s:91; Kurutkan, 2009, s:139).

Proaktif model olay oluşmadan alınması gereken tedbirler üzerine inşa edilmişken, reaktif model ramak kala olaylar ve hatalardan ders alma üzerine kurgulanmıştır. Hata oluşuktan sonra telafisi mümkün olmayan zararlara neden olabilmektedir. Reaktif yöntemle oluşan hataları analiz ederek gelecekte oluşabilecek hatalar için önceden gerekli önlemleri almak hasta güvenliği açısından önem arz etmektedir.

Reaktif modelde ramak kala olay ve hatalardan ders almak üzere sisteme konulan koruyucu mekanizmalar basit süreçleri karmaşık hale getirir. Bu hataya eğilimi artırır. Dolayısıyla zaman zaman sistem revizyonuna gidilerek önlemlerin sisteme dahil edildiği sistem iyileştirmesi yapılır ve sistemler yeniden yapılandırılır.

#### **1.4.2.3. Kişi Modeli (Suçlayıcı- Cezalandırıcı Model)**

Kişi modeli hataların nedeninin kişiler olduğunu savunur. Bu modele göre; hatalar, kişilerin dikkatsizlikleri, zayıf motivasyonları, beceri eksiklikleri, güvensiz davranışları ve kişisel kusurları nedeniyle oluşmaktadır. Bu model hatayı yapan kişinin ortaya çıkarılması ve cezalandırılmasını esas alır (Leape, 1997; Ovalı, 2010; Reason, 2000; WHO, 2009).

Kişi modeli tıbbi hataları önlemek ve hasta güvenliği sağlamak açısından oldukça yetersizdir. Bunun temelde iki nedeni bulunmaktadır. Birincisi; bu model sadece kişiye odaklanmakta ve sistem hatalarını gözardı etmektedir. Bu durum hatanın asıl nedeninin bulunamamasına ve hatanın tekrarlanmasına neden olmaktadır. İkincisi; bu model tıbbın doğasında bulunan belirsizlik faktörünü dikkate almamaktadır. Model hata oluştuğunda ceza önermekte ve bu şekilde hataların azaltılacağını savunmaktadır. Bir işlemin olumsuzlukla sonuçlanma olasılığı tıpta her zaman vardır. Hata oluştuğunda hatayı yapan kişinin ihmali veya kastı yoksa kişinin cezalandırılması sorunun çözümünde ve tekrarının engellemesinde etkili bir yaklaşım değildir. Hatayı yapan kişinin cezalandırılması ilk etapta hataların tekrarlanmasını önleyecek bir yöntem gibi görünse de zamanla durumun böyle olmadığı, bu

yöntemin farklı olumsuzluklara neden olduğu görülmektedir. Bu olumsuzlukların başında yapılan hataların gizlenmesi ve asıl nedenlerinin bulunamaması gelmektedir (Ekici, 2013, s:82; Leape, 1997; Oğuz, 2004; Ovalı, 2010; WHO, 2009; Yıldırım, 2008, s:187).

Kişi modeli hasta güvenliği kültürünü olumsuz etkileyen bir faktördür. Bu model, hatalardan ders çıkarmanın önünde önemli bir engeldir. Hataları azaltmanın aksine artmasına neden olmaktadır (AHRQ, 2017a; Leape, 1997). Kişiler yaptıkları hatalardan dolayı etiketlenmekten, hatalarının yüzlerine vurulmasından, sorguya çekilmekten ve cezalandırılmaktan korkarlar. Bu nedenle oluşan hataları gizleme eğilimine girebilir; hataların üzerini örtmeye, yok saymaya çalışabilirler Ayrıca bu durum, tıbbi hata ortaya çıktığında yasal olarak suçlu olmamak için hastalar üzerinde gerekli gereksiz işlem yapılmasına da neden olmaktadır (Leape, 1997; Oğuz, 2004; Ovalı, 2010; WHO, 2009 ).

Kişi modeline yönelik önemli eleştirilerden biri hata olduğunda kişi üzerinde odaklanılmasıdır. Meslekte yeni ve deneyimsiz kişilerin hata yapma olasılığı yüksek iken; deneyimli kişiler daha ciddi ve ölümcül hatalara neden olabilmektedir. Bu model, tecrübeli kişilerin potansiyellerini gerçekleştirmesinin önünde bir engel olarak görülmektedir (Yıldırım, 2008, s:189).

#### **1.4.2.4. Sistem Modeli**

Sistem modeli, hataların kişi değil, sistem kaynaklı olduğunu savunmaktadır. Bu modele göre; hasta bakımı alanındaki birçok hata, bireylerin tek başlarına hareketlerinden değil, bir parçası oldukları ve etkileşimde bulunduğu çelişkili, eksik veya optimal olmayan sistemlerden kaynaklanmaktadır. Hata bir kişi tarafından yapılmış olsa da sistem özellikleri bu hatayı daha olası hale getirmiştir. Hatalar daha önce tedbir alınmamış ve çözülmemiş problemlerin üst üste gelmesiyle oluşmaktadır. Oluşan bu hatalar organizasyonun performansını olumsuz etkilemektedir. Kişi modelinin aksine bu modele göre hata kötü sağlık çalışanlarından değil, daha güvenli

hale getirilmesi gereken kötü sistemlerden kaynaklanmaktadır (Carayon ve ark., 2006; Kurutkan, 2009, s:97; TTB, 2011, s:81; WHO, 2009).

Sistem modeli istenmeyen olayların tekrarlanmaması için neler yapılabileceğinin araştırılması açısından önemlidir. Kişi modeli bireysel hatalar üzerinde dururken, sistem modeli hatalara yol açan sistem ve süreçlere odaklanmaktadır. IOM, raporlarında hataların sistem kaynaklı olduğunu vurgulamaktadır. Hasta güvenliği konusunda önemli çalışmaları olan JCI, bu konuda sistem hataları üzerine odaklanması gerektiğini ifade etmekte ve sistem yaklaşımını önermektedir (Akgün, 2014).

Sistem modeli, hataların sistemin bir parçası olduğunun kabul edilmesi, sistem içindeki bağlantıların kurulması ve iyileştirilmesini daha doğru bir yaklaşım olarak kabul etmektedir. Bu model, sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi, çalışılan kurumda hata bildirimlerinin korkmadan, çekinmeden yapılabildiği hasta güvenliği kültürünün olduğu bir ortam oluşturulmasını önermektedir. Hata olduğunda kişiyi suçlamak, cezalandırmak yerine sisteme odaklanması gerektiğini savunmaktadır (Akalin, 2005; Leape, 1997; Sur ve ark., 2013, s:511,512; TTB, 2011 s:81).

### **1.4.3. Hasta Güvenliği Sistemleri**

Sağlık kurum ve kuruluşları oldukça yoğun ve stresli çalışılan, insan sağlığını odak alan işletmelerdir. Sağlık sektöründe yapılan bir hata doğrudan insan sağlığını ve hayatını ilgilendirmektedir. Diğer sektörlerin aksine sadece maddi kazanç ya da yarara odaklanılmamakta aynı zamanda sosyal yarar da gözetilmektedir. Günümüzde sağlık kuruluşları teknolojik ilerlemelere paralel olarak çok karmaşık aletlerin sıklıkla kullanıldığı ve bunlara bağlı olumsuzlukların sıklıkla yaşandığı yerlerdir. Sağlık sektörü bu karmaşık yapısı nedeniyle hataya açık bir sektördür. Sağlık sektörünün üretim sektöründen farkı, çıktısının bir ürün değil insan hayatı olmasıdır. Üretim sektöründe bir hata olduğunda ürün defolu olur ya da üretim boşa gider. Bu



telafisi olan ve en fazla maddi kayıpla sonuçlanan bir durumdur. Söz konusu sağlık sektörü olunca durum değişmektedir. Yapılan bir hata sadece maddi kayıplara neden olmakla kalmamakta, bazen telafisi mümkün olmayan fiziksel, ruhsal ve sosyal kayıplara neden olabilmektedir (Alcan ve ark., 2012, s:191; Tütüncü ve ark., 2006).

#### **1.4.3.1. Kontrol Listesi Sistemi (Checklist Sistemi)**

Kontrol listesi sistemi, hata yapılma olasılığı her zaman mevcut olan, yapılan çalışmalarda yapılan hataların büyük bir bölümünün önlenilebilir olduğunun kanıtlandığı sağlık hizmetinde hataları en aza indirmek, engellemek ve hastaların gördüğü zararı azaltmak amacıyla kontrol mekanizmasını hayata geçiren ve en sık kullanılan yöntemdir (Health Research Educational Trust, 2013; Leape, 1997; Thomassen ve ark., 2014).

Yaygın bir şekilde kullanılmakta olan ve kullanımı her geçen gün giderek artan kontrol listeleri, yüksek riskli sanayilerde yıllarca kullanılmış, güvenli operasyonların sağlanmasında etkili oldukları kanıtlanmış, basit ama işlevsel emniyet araçlarıdır (Agarwala ve ark., 2015; Thomassen ve ark., 2014).

Sağlık hizmetlerinde kontrol listesi sistemi, disiplinli çalışmaya, ekibin kritik güvenlik adımlarını sürekli olarak takip etmesine, kişilerin görevlerini daha rahat hatırlamasına, standartlara uyumun kolaylaşmasına, ekip içi iletişimin güçlenmesine, bilgi eksikliği ve tutarsız prosedürlerden kaynaklanan olumsuzlukları azaltmaya ve hasta bakım sürecinin doğru ve eksiksiz bir şekilde tamamlanmasına olanak sağlar. Bu sayede hastaların hayatlarını tehlikeye düşürecek en yaygın görülebilecek riskler en aza indirilerek, mortalite ve morbidite oranlarında azalma ve dolayısıyla hasta güvenliği ve kalitesinde artış sağlanmış olur (Agarwala ve ark., 2015; Gawande, 2010, s:36; Health Research Educational Trust, 2013; Thomassen ve ark., 2014; WHO, 2008, s:15).

Kontrol listesi sistemi, sağlık hizmetlerinde 2007 yılında DSÖ'nün cerrahi bakımın güvenliğini artırmak amacıyla yaptığı çalışmayla başlamıştır. Yapılan pilot çalışma sonucunda komplikasyonların ve ölüm oranlarının önemli ölçüde azaldığı görülmüş ve sonraki yıllarda sistem geliştirilerek uygulanmaya devam etmiştir (WHO, 2008, s:8,20). Yapılan araştırmalar kontrol listesinin uygulandığı hastanelerde ameliyat sonrası komplikasyonlarda, mortalite ve morbidite oranlarında önemli azalmalar olduğunu göstermektedir (Borchard ve ark., 2012; Haynes ve ark., 2009; Sewell ve ark., 2011; Thomassen ve ark., 2014; Vries ve ark., 2010).

Kontrol listesi sistemi, hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi olumlu yönde etkilemektedir. Ancak kontrol listelerine aşırı derecede güvenme, güvenliği daha iyi destekleyen diğer güvenlik uygulamalarının ihmaline neden olabilmektedir. Kontrol listelerinin prosedürleri düzeltmek için yönergeler olduğu, her derde deva olmadığı unutulmamalıdır (Clay-Williams ve Colligan, 2015).

Gül ve arkadaşları (2016), hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin kontrol listelerini araç değil amaç olarak gördüklerini; yapılan uygulamalara değil sadece yazılan uygulamalara odaklanılmasının hemşireler tarafından eleştirildiğini belirtmişlerdir.

#### **1.4.3.2. Bildirici Sistem**

Bir hata meydana geldiğinde sıklıkla başvuru olan yöntem, kişi modelinde de bahsedildiği gibi hata yapanı suçlamak ve cezalandırmaktır. Yapılan çalışmalar bu yaklaşımın asıl hedef olan hataları azaltılma ve hasta güvenliğini sağlama yolunda en büyük engel olduğunu göstermektedir. Bu yaklaşımın yarardan çok zarara neden olduğunun anlaşılması üzerine birçok ülke yeni bir yaklaşım olan bildirici sisteme yönelmeye başlamıştır (Oğuz, 2004).

Hata bir kişi tarafından gerçekleştirilmiş olsa da bir süreç sonucunda ortaya çıkmaktadır. Hatalar daha önce olumsuz sonuçlanan olayların yeterince dikkatli

analiz edilmemesi nedeniyle oluşmaktadır. Bildirici sistem suçlayıcı- cezalandırıcı modelin aksine hatayı yapana ve cezalandırılmasına değil, hatayı ortaya çıkaran sürece odaklanmakta ve hatanın bildirmesini desteklemektedir. Hata çözümlenerek sistem ya da kişinin hatadaki etkisinin saptanması mümkündür. Bu sistemde asıl amaç cezalandırmak değil, sistemi ya da hataya neden olan süreçleri iyileştirerek hatanın oluşumunu engellemektir. Suçlayıcı model hataların azaltılması açısından yetersizdir. Bu model, hataları önlemeyeceği gibi, hataların gizlenmesi, raporlandırılmaması ve hataların nedenlerini bulmak üzere yapılan tartışmaların yapılamaması gibi birçok olumsuzluğa yol açmaktadır (Carayon ve ark., 2006; Oğuz, 2004; Yıldırım 2008, s:187).

Bildirici sistem hatalardan ders alınmasını, önemi evrensel olarak kabul edilmiş, suçlayıcı olmayan bildirim sistemlerinin kullanılmasını önerir. Amaç güvenli ve sağlıklı çalışma ortamı yaratılmasıdır (Mekhjian ve ark., 2004).

### **1.5. Tıbbi Hataların Bildirimi**

Sağlık hizmetinde en önemli nokta hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Bu ise tıbbi hataların azaltılması ile mümkündür. Tıbbi hataların azaltılmasının ilk basamağı hataların ortaya çıkarılmasıdır. Diğer basamaklar ise hataların analiz edilmesi, hata nedenlerinin ortaya çıkarılması ve gerekli önlemlerin alınmasıdır. Tüm bunlar için kilit nokta ise hata bildirimleridir. Bir hata olduğunda gizlenmesi, bildirim yapılmaması hataların günyüzüne çıkmasını engelleyecektir. Hata bildirimi yapılmadığında hataların gelecekte tekrarlamaması için alınması gereken önlemler alınamayacaktır. İstenilen hasta güvenliği ve kalite hedeflerine ulaşılması mümkün olmayacaktır (Alcan ve ark., 2012, s:208; Kohn ve ark., 1999, s:87; McIntyre ve Popper, 1983; Wolf ve Hughes, 2008, s:1).

Hata bildirimi kalitenin iyileştirilmesi sürecinde önemli rol oynamaktadır. Bildirimler tıbbi hatalar konusunda farkındalık sağlamakta ve hataların azaltılması

için sistemin gelişmesine katkıda bulunmaktadır (TTB, 2011, s:82; Wolf ve Hughes, 2008, s:1).

Hata bildirimini önemlidir. Kişilerin sadece kendi hatalarından öğrenmesi yavaş ve acı verici bir süreçtir. Hatalardan ders alabilmek için yaşanan deneyimlerin bir araya getirilmesi gerekmektedir (Ekici, 2013, s:81; McIntyre ve Popper, 1983).

### **1.5.1. Bildirim Sistemleri**

Bildirim sistemleri hataları ortaya çıkarmanın ve hatalardan öğrenmenin en iyi yoludur (Kohn ve ark., 1999, s:86-87). Bildirim sistemleri sadece veri toplamakla ilgilenmez; aynı zamanda bildirilen hataları sayısallaştırır, sınıflandırır, toplanan verilerin analizini yapar. Bildirim sistemleri, iyileştirme ve izleme süreçlerinin oluşturulmasında sağlık kuruluşlarında önemli bir yere sahiptir (AHRQ, 2017b; Karsh ve ark., 2006; Özcan ve ark., 2016, s:36).

Bildirim sisteminin amacı, temelde hataları ortaya çıkarmak ve hatalardan ders almak; hataları analiz ederek gelecekte oluşabilecek hataları önlemek için gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır (AHRQ, 2017b; JCI, 2007, s:3; WHO, 2017).

Bildirim sistemleri, hasta güvenliği kültürünü güçlendirmeye ve sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği yönetimini kolaylaştırmaya katkı sağlamaktadır. WHO, 2012 yılında yayımladığı bir raporda, raporlama sistemlerinin, kullanıcılar ve kuruluşlar arasında hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine katkı bulunduğu yönünde bir genel algı olduğunu açıklamıştır (WHO, 2012). Bildirim sistemleri günümüzde sağlık hizmetlerinde güvenliği artırmak için en yaygın kullanılan stratejilerden biridir (Health Quality Safety Commission, 2016, s:5).

Bildirim için elektronik form, elektronik posta, telefon ve matbu formlar gibi teknikler kullanılabilir. Ayrıca zorunlu ve gönüllü olmak üzere iki tür hata bildirim sistemi bulunmaktadır. Birbirine kıyasla avantajları ve dezavantajları olan

sistemlerin önemli iki işlevi bulunmaktadır. Birincisi sağlık personelinin performans ve hasta güvenliği için sorumlu tutmaktır. Diğeri ise hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik bilgi sağlamaktır (Alcan ve ark., 2012, s:209; ISMP, 2017; Kohn ve ark., 1999, s:86-87).

#### **1.5.1.1. Zorunlu Bildirim/Raporlama Sistemleri**

Zorunlu raporlama sistemlerinin çoğu belirli vakaları inceleme yetkisi olan ve yanlış bir eylemde ceza verme gücünü elinde bulunduran devlet kurumları tarafından kullanılmaktadır. Zorunlu bildirim sistemleri üç amaca hizmet etmektedir. Birincisi; topluma sağlık hizmetlerinde minimum seviyede koruma sağlandığını ve ciddi suçlar işlendiğinde araştırıldığını ve uygun şekilde takibinin yapıldığını göstermektir. İkincisi; potansiyel cezaları ve halkın baskısını önlemek için hasta güvenliğini yükseltmek amacıyla sağlık hizmeti sağlayan organizasyonlara teşvik sağlamaktır. Üçüncüsü ise; tüm sağlık hizmeti sağlayan organizasyonların belli bir derecede hastanın güvenliğine yatırım yapmasını sağlamaktır. Bu sayede sahada uygulamaya geçirilmiş bir sistem elde edilmeye çalışılmaktadır (Kohn ve ark., 1999, s:86).

Zorunlu raporlama sistemleri ciddi şekilde hastaya zarar veren ya da hastanın ölümüyle sonuçlanan hataların tespitine odaklanır. Hata yapan kişi ya da tanıklık eden kişileri hatayı bildirmesi konusunda cesaretlendirmek yerine zorunlu tutan bir yöntemdir. Zorunlu bildirim sistemleri cezalandırma üzerine odaklanmıştır. Hata yapan belirlenmeye ve cezalandırılmaya çalışılır. Aynı zamanda hata yapanı bildirmeyen de cezalandırılmaktadır. Kısaca özetlemek gerekirse zorunlu bildirim sistemi hata yapanın raporlandığı ve cezalandırıldığı sistemdir (Kohn ve ark., 1999, s:86-88).

Zorunlu raporlama sistemlerinin hataların bildirimini olumsuz etkilediği, başlangıçta öngörüldüğü kadar başarılı olmadığı düşünülmektedir (ISMP, 2017; Weissman ve ark., 2005). Bu tür sistemler hataların bildirimini azalttığı, hata yapan kişinin olayı tüm ayrıntılarıyla anlatmasını engellediği, hata bildirimini yapan

kişinin kimliğinin bilindiği bildirim sistemlerinin davaları cesaretlendirdiği düşünülmektedir (Seren İntepeler, 2014, s:339; Wolf ve Hughes, 2008, s:2). Yapılan çalışmalar, toplumun zorunlu raporlama sistemlerini desteklediğini, hasta ve yakınlarının hataların üst mercilere iletildiğini görmek istediğini göstermektedir. Bununla birlikte literatürde zorunlu bildirim sistemlerinin olumsuzluklarını gösteren çalışmalar da yer almaktadır (ISMP, 2017; Weissman ve ark., 2005; Wolf ve Hughes, 2008, s:2).

### **1.5.1.2. Gönüllü Bildirim Sistemleri**

Gönüllü bildirim sistemleri, daha çok ramak kala olay ve hastaya fazla zarar vermeyen olayları kapsamaktadır. Gönüllü bildirim sistemi hesap verilebilirlik üzerinden kalite ve güvenliği geliştirmeye odaklanmaktadır. Hata bildirimleri gönüllülük esasına dayanmaktadır (Ekici, 2013, s:83; Kohn ve ark., 1999, s:86-89; Weissman ve ark., 2005; Wolf ve Hughes, 2008, s:4 ).

Havacılık sektörü gibi birçok alanda kullanılan gönüllü raporlama sistemi, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tarafından 1996'da sağlık sisteminde kullanılmaya başlanmıştır (Kohn ve ark., 1999, s:90,93).

Gönüllü bildirim sistemlerinin hataların küçük bir bölümünü ortaya çıkardığı, bildirilen hataların gerçek sayının altında olduğu bilinmektedir. Gönüllü bildirim sistemi utanç ve suçlama ortamını ortadan kaldırarak hata bildirimini teşvik eder ve hata bildiriminin artmasını sağlar. Aynı zamanda hata yapan kişiye olayı tüm ayrıntılarıyla anlatma imkanı sunar ve risklerin belirlenmesini sağlar. Gönüllü bildirim, hasta güvenliğinin geliştirilmesinde önemli bir faktördür (Kohn ve ark., 1999, s:87; Leape, 1997; Seren İntepeler, 2014, s:339; Wolf ve Hughes, 2008, s:5,24).

### 1.5.2. Tıbbi Hataların Bildirimine Etki Eden Faktörler

Sağlık çalışanlarının hata bildiriminde istekli olmadıkları, birçok hatayı raporlandırmadıkları, bildirilen hataların buzdağının sadece görünen kısmı olduğu bilinmektedir (Kohn ve ark., 1999, s:87; Seren İntepeler ve Dursun 2012; Wolf ve Hughes, 2008, s:6).

Wolf ve Hughes'e göre, sağlık çalışanları hata bildirimlerinin kendilerine yansımalarının nasıl olacağını bilmedikleri için hata bildirimini yapmaktan çekinmektedirler (Wolf ve Hughes, 2008, s:6). Hata bildiriminin önündeki en büyük engel suçlama-cezalendirme yaklaşımıdır. Hata yapan kişi, hatayı açıkladığında suçlanmaktan, ayıplanmaktan, hasta ve yakınlarının tepkisinden, dava açılmasından, soruşturma geçirmekten ve ceza almaktan korktuğu için bildirim yapmaktan kaçınmaktadır. Ayrıca eleştirilme, aşağılanma, imaj kaybı, meslektaşları tarafından dışlanma, yönetici ve akran tepkisinden çekinme, kusurlu ve eksik hissetme gibi nedenler hata bildirimini önündeki diğer engellerdir (Alcan ve ark., 2012, s:208; Ekici, 2013, s:81; JCI, 2007, s:1, 10; Kohn ve ark., 1999, s:87; Krizek, 2000; Mayo ve Duncan, 2004; Seren İntepeler ve Dursun 2012; Wolf ve Hughes, 2008, s:6-7).

Sağlık çalışanının hataya gösterdiği duygusal tepkiler hata bildirimini etkileyebilir. Bazı çalışanlar hatayı bildirdiğinde kendini rahatlamış hissederken; bazıları da bunun aksine kendini rahatsız hissedebilir. Kendilerini gizlemeye veya suçu bir başkasına veya başka bir şeye kaydırarak kendilerini savunmaya çalışabilir. Ciddi bir hata oluştuğunda endişe, suçluluk duygusu, korku ve sıkıntı yaşayabilir, kendilerini suçlayabilir, utanabilirler (Wolf ve Hughes, 2008, s:3,6).

Hastaya zarar vermeyen hataların bildirilme olasılığı daha yüksektir. Hata yapan kişinin hatayı küçümsemesi, bildirecek kadar önemli görmemesi hatanın bildirilmemesine neden olmaktadır. Özellikle ramak kala hatalar da olduğu gibi kişinin hatayı önemsememesi hata bildirimini olumsuz etkilemektedir. Bildirimin bir işe yaramadığının düşünülmesi de bildirim yapmaktan kaçınılmasına sebep olmaktadır (Wolf ve Hughes, 2008, s:6-7; TTB, 2011, s:83).

Hata raporlamanın zor olması, hatanın nasıl raporlanacağı konusunda bilgi eksikliği, hata bildirim sistemi veya formlarının eksikliği, çalışanların yapılan bildirimlerin olası istenmeyen olayları önleyebileceğine inanmaması, zaman baskısı ve iş yoğunluğu hata bildirimini olumsuz etkileyen faktörlerdir (Health Quality Safety Commission, 2016, s:5; Lawton ve Parker 2002; Wolf ve Hughes, 2008, s:4-7).

Sağlık personeli kendi yaptığı hatayı ve/veya meslektaşının yaptığı hatayı bildirmek zorundadır. Ancak hata bildirdiğinde yasa gereği hata yapan kişinin amiri tarafından savcılığa bildirilmesi gerekmektedir. Bu durum hata bildirimini olumsuz etkilemektedir (TTB, 2011, s:83).

Hataların bildirimindeki en büyük engellerden biri de 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'dur. Kanununun 280. maddesinde; *“Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”* hükmü mevcuttur. Sağlık hizmeti sırasında yapılan hatalı tıbbi uygulamalar istenmeden işlenmiş suç kapsamında değerlendirilmektedir. Türk Ceza Kanunu'nun bu maddesi tıbbi hataların bildirimini zorunlu kılmaktadır. Sağlık çalışanı kendisi ya da ekip arkadaşının ceza alacağını bilmesi durumunda hatayı bildirmekten kaçınabilir. Bu ise; bildirim, hatanın nedeninin belirlenerek tekrarlanmasını engellemek amacına ters düşmektedir. Aynı zamanda suçlayıcı yaklaşımı destekler niteliktedir. Bildirimler sağlık kurumlarında bu alanda görevli kişiye, uygun prosedüre göre yapılmalıdır (TTB, 2011, s:83).

### **1.5.3. Tıbbi Hataların Bildirimi ve Yönetiminde Hemşirenin Sorumluluğu**

Sağlık hizmeti bir ekip işidir ve ekibin tüm üyelerine hasta güvenliği konusunda ayrı ayrı sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler bakımın her alanında hasta güvenliği ile içiçedir. Hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına oranla hasta ile daha fazla zaman geçirmesi ve daha yakın ilişki içinde olması dolayısıyla hasta



güvenliği oluşturmada ve sürdürmede kilit öneme sahip oldukları söylenebilir. Sağlık ekibinin sayıca büyük bir çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin riskin erken dönemde belirlenmesinden hataların önlenmesi ve bildirimine kadar birçok noktada önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (Mrayyan ve ark., 2007; Öztürk ve Kahrıman 2016, s. 62; TTB, 2011, s. 37).

Hemşirelerin sorumluluğu bir hata olduğunda bildirmekle başlar. Tıbbi hataların bildiri mi hasta güvenliği farkındalığının ve hasta güvenliğine verilen önemin göstergesidir. Hemşireler savunuculuk rolleri gereği hata bildiri mi ve hasta güvenliğini diğer çalışanlara oranla daha fazla önemsemektedir. VanGeest ve Cummins'in (2003) yaptıkları çalışmada da hemşirelerin % 95,2'sinin hasta güvenliğini önemli bir konu olarak belirtmesi bu görüşü destekler niteliktedir. Risklerin azaltılması, hastaların bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve beklenmeyen olayların raporlanması hemşirelerin görevleri arasındadır (TTB, 2011, s. 37; Seren İntepeler 2014, s. 343).

Bununla birlikte tıbbi hataların bildiriminde hemşirenin ve sorumlu hemşirelerin sorumlulukları aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

- Hasta güvenliğinin önemini vurgulamak
- Tıbbi hataların çekinilmeden bildirildiği ve cezalandırmanın olmadığı bir ortam oluşturulmasını sağlamak
- Hasta güvenliği kültürü oluşturmak ve çalışanların konuyu sahiplenmesini sağlamak
- Tıbbi hataları zamanında bildirmek
- Hata bildirimini desteklemek
- Ekip içi iletişimi desteklemek
- Multidisipliner iletişim ve işbirliği sağlamak
- Hasta güvenliği ile ilgili kurumda yapılan uygulamalara aktif olarak katılmak
- Raporlama sistemiyle ilgili çalışanları desteklemek
- Hasta ve yakınlarını sürece dahil etmek

- Hasta ve yakınlarını riskler hakkında bilgilendirmek
- Hata olduğunda konuya ilişkin bilgiyi hasta ve yakınları ile paylaşmak (Bahçecik 2016, s. 63; Seren İntepeler ve Dursun, 2012).

En önemli nokta ise; hatanın olabileceğini kabul ederek, hatayı gizlemek yerine hatadan öğrenmeye çalışmak; hatayı yapanı küçümsemek, suçlamak, ayıplamak yerine desteklemek ve bu kültürü çalışılan kurumda yaratabilmektir.

### **1.6. Hemşirelikte Tıbbi Hatalar**

Hemşirelik bilim ve sanata dayalı, zengin bir geçmişe sahip, bakım ve tedavi uygulamalarını içeren profesyonel bir meslektir (Karagözoğlu, 2005). Türk Hemşireler Derneği hemşireliği “*bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini*” olarak tanımlamaktadır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN-International Council of Nurses) hemşireliği; sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastalığın önlenmesi, hasta bakımının ve rehabilitasyon çalışmalarının planlanması, sağlanması ve değerlendirilmesinde yetenekli, sağlık ekibinin bir üyesi olarak tanımlamaktadır (Şentürk, 2013; s:13).

Hemşirelik, sosyal, uygulamalı ve deneysel bir alandır (Akça Ay, 2008, s:61; Karagözoğlu, 2005). Hemşirelik bilimsel bilgi içeriğine sahip, diğer disiplinlerin bilgi birikimini de kullanarak kendi disiplininin temeline katkı sağlayan, sağlık ekibinin profesyonel bir üyesidir (Karagözoğlu, 2005). Hasta ile karşılaştığı ilk andan itibaren başlayan hemşirelik, hastanın sağlıkla ilgili temel gereksinimlerinin saptandığı, bu gereksinimlerin hemşirelik girişimleri ile çözümlendiği, veri toplama, tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan dinamik bir süreçtir (Akça Ay, 2008, s:61; Oflaz, 2011, s:411). Hemşirelik süreci olarak da adlandırılan bu süreç, hemşirenin en temel rolü olan bakım için yazılmış bir rehber;

mesleğe profesyonel kimlik kazandıran, bilimsel yöntemlere dayalı, sistematik bir yaklaşımdır (Akça Ay, 2008, s:61; Alcan ve ark., 2011, s:78). Hemşirelik sürecinin özünü bireylerin bakım gereksinimleri belirler. Hemşire bu basamaklardaki uygulamalarını mesleki rolleri ışığında gerçekleştirir. Hemşirelik sürecinin tüm basamakları hemşirelik bakım planı olarak adlandırılan formlarla kayıt altına alınmaktadır (Oflaz, 2011, s:411).

Geçmişten günümüze hemşirelik rollerinde bazı değişimler olmuştur. Geçmişte hemşirenin temel rolü bakım ve hastanın rahatlığını sağlamak iken, günümüzde hemşirelere çeşitli alanlarda bilgi ve beceriye sahip olmayı gerektiren yeni roller biçilmiştir (Öz, 2004, s. 52). Hemşirelik Yönetmeliği'nin 5. maddesinde hemşirelik hizmetlerinin kapsamı ve rolleri açıklanmaktadır. Yönetmeliğin 5. maddesi şu şekildedir: *“Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri vardır.”*

Günümüzde genel kabul gören, temel hemşirelik rolleri aşağıda kısaca özetlenecektir.

Temel hemşirelik rolü olan bakım verici rolü, hemşirenin karar verme becerisi ve özerkliğini en aktif biçimde kullandığı rolü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu rolü gereği hemşire, her bir hastasını ayrı ayrı değerlendirir, hastaya özgü bakım planını oluşturur, planladığı bakımı prosedür ve protokellere uygun biçimde uygular ve değerlendirir. Tüm bu uygulamaları yaparken bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halini iyileştirici girişimlerde bulunur (Akça Ay, 2013, s:19; Çetinkaya, 2016, s:30; Erdemir, 1998; Taylan ve ark., 2012).

Hemşireliğin temel rollerinden olan eğitici rolü çok boyutludur. Hemşire, meslektaşlarına, hemşirelik öğrencilerine, sağlıklı/hasta bireylere, aileye ve topluma

sağlık ve hastalıkla ilgili eğitim vermekle yükümlüdür. Eğitici rolü, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumaya, geliştirmeye, hastalık halinde iyileştirmeye ve doğru sağlık davranışları kazandırmaya yönelik planlı olarak eğitim vermeyi kapsamaktadır (Akça Ay, 2013, s:19; Taylan ve ark., 2012).

Hemşirelik bilimsel bilgi içeriğine sahip bir meslektir. Araştırmacı rolü gereği hemşire, mesleğe özgü çalışmalar planlanmalı, yürütülmeli, mesleği ile ilgili gelişmeleri yakından takip etmeli ve mesleki gelişime katkıda bulunacak araştırmalarda rol almalıdır (Çetinkaya, 2016, s:31; Taylan ve ark., 2012). Aynı zamanda hemşire, yeniliklere açık olmalı, eğitim, kongre, sempozyum gibi bilimsel etkinliklere katılmalı ve sürekli kendini yenilemelidir (Akça Ay, 2013 s. 19).

Hemşirenin yönetici rolü diğer rollerini kapsar niteliktedir. Hasta bakımı, eğitim etkinlikleri, iletişim, kliniğin yönetimi gibi birçok alanda hemşirenin yönetici rolü ortaya çıkmaktadır (Taylan ve ark., 2012). Hemşire, uyguladığı bakım planlarının yöneticisidir (Akça Ay, 2013 s. 20). Hemşire, bireyin sağlığını koruması, geliştirmesi ve sağlığını yeniden kazanması için gereken biyo-psiko-sosyal kaynakları tanımlar ve yönetir (Erdemir, 1998). Hemşire, bireyin sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak ve gerekli organizasyonları yapmakla yükümlüdür (Çetinkaya, 2016, s:31).

Hemşire koordinatördür. Ekip içi iletişimi ve işbirliğini gerçekleştirerek hasta bakımını koordine eder. Bu rolü gereği ekibin kilit noktasını oluşturmaktadır (Oflaz, 2011, s:414).

Hemşire, sağlık ekibinin hastaya en yakın üyesidir. Savunucu rolü gereği bakım ve tedavisinden sorumlu olduğu bireyin fiziksel ve ruhsal güvenliğini sağlama, karar verme süreçlerinde destek olma ve hastayı yasal hakları konusunda bilgilendirme ve koruma gibi sorumlulukları yerine getirmektedir (Ardahan, 2003).

Hemşirelik hekim tarafından planlanan tedaviyi uygulamaktan ibaret değildir. Hekim istemi doğrultusunda yapılan uygulamalar hemşirelik uygulamalarının yalnızca bir bölümünü oluşturmaktadır. Hemşirelik bağımsız, bağımlı ve yarı bağımlı fonksiyonları olan, kendine özgü bilgi ve beceri gerektiren bir meslektir.

Bağımlı hemşirelik fonksiyonları, hemşirenin bir başka sağlık personeli, genellikle hekim, tarafından yapılan istem doğrultusunda gerçekleştirdiği işlemleri kapsamaktadır. Bağımlı hemşirelik fonksiyonlarına hekim istemine göre tedavi ve ilaç uygulaması örnek verilebilir (Akça Ay, 2008, s:71).

Bağımsız hemşirelik fonksiyonları, hemşirelerin karar verme becerisi ve özerkliklerini ortaya koydukları, bir başka sağlık personelinin istemine gerek olmadan, hemşirenin kendi kararı ile yaptığı girişimlerdir. Hemşirenin bağımsız fonksiyonlarını güvenli biçimde yerine getirmesi yeterli bilgi ve beceri ile mümkündür. Hemşirenin bağımsız fonksiyonlarına örnek olarak bakım verme, araştırma, eğitim, hasta haklarını savunma, hastaya yardım etme gibi görevleri verilebilir (Akça Ay, 2008, s:71).

Yarı bağımlı (destekleyici) hemşirelik fonksiyonları ise; hemşirenin bir başka sağlık personelinin danışmanlığı ya da yardımı ile yaptığı uygulamalardır. Hemşirelikte yarı bağımlı roller hemşirenin tanı ve tedavi girişimlerinde üstlendiği görevler ve hasta/hasta yakını ile sağlık ekibi arasında sağladığı koordinasyonu kapsamaktadır (Akça Ay, 2008, s:71).

19 Nisan 2011 tarih ve 27910 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte “Hemşirelik Girişimleri Listesi” ek olarak bulunmaktadır. Hemşirenin bağımlı, bağımsız ve yarı bağımlı fonksiyonları Ek-3’te tablo halinde verilmiş ve girişimler, hemşirelik kararı ile uygulanır, hekim kararı ile uygulanır ve hekim ile birlikte yapılır şeklinde işaretlenmiştir. Yönetmeliğin eki ile hemşireliğin bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız fonksiyonları yazılı hale getirilmiştir.

Hemşire mesleğini kanun ve yönetmelikler ışığında, bilimsel bilgisini kullanarak ve etik penceresinden bakmayı ihmal etmeden uygular. Hemşirelerin görev alanları ve yükümlülükleri her geçen gün genişlemektedir. Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları uygulamada karşılaştıkları tıbbi hataların sınırını belirlerken aynı zamanda hemşireleri uygulamaları esnasında karşılaştıkları istenmeyen durumlardan koruyabilmektedir. Hastaya uygulanacak her bakım ve tedavinin riskleri vardır. Hemşirenin uygulamada karşılaşacağı riskler konusunda dikkatli olması ve gerekli önlemleri alması özen yükümlülüğünün bir gereğidir. Aksi durumda hemşire, aşağıda değinilen hem yasal hem etik açıdan zor durumda kalmasına neden olan hatalarla karşı karşıya kalabilmektedir.

Literatür incelendiğinde hemşirelerin yaptıkları tıbbi hatalar ve nedenleri üzerine çeşitli araştırmalar yapıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalara göre tıbbi hatalar arasında birinci sırada ilaç hataları yer almaktadır. İlaç hatalarına ek olarak sık karşılaşılan hatalar ise şöyle sıralanabilir:

- Hekim istemine veya mevcut protokollere uymama
- Yanlış veya uygun olmayan malzemenin kullanımı ve buna bağlı hatalar
- Hastanın yetersiz izlenmesi ve değerlendirilmesi ve buna bağlı hatalar
- Hastanın durumundaki değişikliklerin erken fark edilerek doktora iletilmemesi
- Doktor istemlerinin yanlış yorumlanması
- İletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar
- Düşmeler
- Hastane enfeksiyonları
- Ameliyatta yabancı cisim unutulması
- Yatak yaraları
- Kan transfüzyonuna bağlı hatalar
- Nöbet teslim kurallarına uymama

- Standart uygulamaların dışına çıkma (Altunkan, 2009; Bayındır Çevik ve ark., 2015; Cebeci ve ark., 2012; Küçük Alemdar ve Yaman Aktaş, 2013; Şentürk, 2013; TTB, 2011, s:38).

## **1.7. Tıbbi Hatalarda Hemşirenin Yasal Sorumlulukları**

Hemşirelerin tıbbi hataların yasal boyutunu bilmesi, tıbbi hatalardan korunması ve dava sürecinde nasıl davranması gerektiği konusunda yol göstericidir. Bu bölümde hemşirelerin yasal sorumluluklarından bahsedilecektir.

### **1.7.1. Tıbbi Müdahale Kavramı**

Hemşireler sağlık hizmetlerinin sunulduğu tüm alanlarda hastaların tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinde görev alan ve 24 saat hastalarla yakın ilişkide bulunan meslek grubunu oluşturmaktadır (Şentürk, 2013, s:113,115). Genel olarak sağlık alanında hekim merkeze alınmış, hemşireler de dahil olmak üzere hekimdışı sağlık çalışanlarının mesleki sorumlulukları tam olarak tanımlanamamıştır (Çetinkaya, 2016, s:125).

Hemşireler tıbbi hatalardan korunabilmek ve tıbbi hata oluştuğunda süreci daha iyi yönetmek için mesleki ve yasal sorumluluklarını bilmelidir. Hemşirelerin tıbbi hatalarda mesleki ve yasal sorumluluklarını tartışabilmek için önce tıbbi müdahale kavramından bahsetmek gerekir.

Tıbbi müdahale, hastalığın iyileştirilmesi, hafifletilmesi veya ortadan kaldırılmasına yönelik, aşı yapılması, teşhis için gerekli tahlil, muayene ve tedavi yapılması, cerrahi müdahalede bulunulması, hastanın gözetim altında tutulması ve ruhsal yaşamının düzenlenmesine yönelik yapılan her türlü müdahaledir (Hakeri, 2016, s:26,27).

Işık Yılmaz yukarıdaki tanıma nüfus planlaması amacıyla yapılan girişimleri eklemiş acının dindirilmesi üzerinde özellikle durmuştur (Işık Yılmaz, 2012).

Karataş (2012) tıbbi müdahaleyi “*tıp mesleğini yapmaya yetkili kişiler tarafından uygulanan teşhis, tedavi veya hukuka uygun amaçlarla kişinin müdahaleden beklediği menfaate uygun olan tıbbin sınırları içinde kalan fiziki ve ruhi girişimler*” olarak tanımlamaktadır.

Tıbbi müdahale, özünde vücut bütünlüğüne yönelik olan, kişinin sağlığını koruma amacı taşıyan bir eylemdir (Işık Yılmaz, 2012). Anayasa'nın 17. maddesi “*Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz*” diyerek kişilerin vücut bütünlüğüne, bazı özel durumlar dışında dokunulamayacağını ifade etmektedir. Tıbbi uygulamalar özel durumlardan biridir. Ancak yapılan her tıbbi müdahale hukuka uygun anlamına gelmemektedir. Tıbbi müdahalenin haklılığı ve hukuka uygun olması için gerçekleşmesi gereken temel bazı şartlar bulunmaktadır (Hakeri, 2016, s:171).

### **1.7.2. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygun Olması İçin Gereken Şartlar**

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için gerekli bazı şartlar bulunmaktadır. Bu bölümde bu şartlardan bahsedilecektir.

#### **1.7.2.1. Tıbbi Müdahalenin Kanunun Yetkili Kıldığı Kişilerce Yapılması**

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğundan söz edebilmek için tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren kişinin kanunen yetkili olması gerekmektedir. Bu yetki kanunla sağlık personeline verilmiştir. Tıbbi müdahale yetkisine sahip meslek mensupları Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da açıklanmıştır (Çetinkaya, 2016, s:39; Hakeri, 2016, s:171,172; Işık Yılmaz, 2012).



Hekimler, diş hekimleri, ebeler, fizyoterapistler, acil tıp teknikerleri gibi mesleklerle birlikte hemşirelik de kanunda bahsi geçen mesleklerden biridir.

Hemşirelerin yetki sınırları yine kanunla belirlenmiştir. Bu yetkilerin belirlenmesi amacıyla başvurulması gereken temel kaynak ‘‘Hemşirelik Kanunu’’dur. Bununla birlikte yetki ve sorumluluk alanlarını belirlemeye yönelik ‘‘5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’’ ve ‘‘Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’’ gibi başkaca mevzuat hükümlerine de rastlamak mümkündür. Hemşireler bahsi geçen kanunlarda belirtilen yetkileri çerçevesinde uygulama yaptıklarında hukuka uygun uygulamada bulunmuş olacaktır. Aksi durumda uygulamaları hukuka aykırı olarak değerlendirilecektir. Örneğin hemşirenin periferik kateter takması hukuken uygun; hekim tarafından yapılması gereken arteriyal kateteri takması hukuka uygun olmayan bir eylemdir. Yaşlı sağlığı bölümü mezunu bir kişinin hastanede hemşire olarak çalıştırılması ve hemşirelik girişimlerinde bulunması hukuken uygun olmayacak uygulamalar için verilebilecek bir diğer örnektir.

Hemşirelik ve tıp gibi sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin durumu bir istisna olarak değerlendirilmelidir. Asıl sorun bu öğrencilerin tıbbi müdahale yapıp yapamayacakları; yapacaklarsa hangi şartlar altında yapabilecekleri bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilindiği üzere sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin eğitimi teorik ve uygulamadan oluşmaktadır. Eğitim müfredatlarında teorik dersler yanında uygulamalı dersler de bulunmaktadır. Uygulamalı dersler, bazen maket üzerinde bazen simülasyon desteğiyle bazen de hastanelerde hasta başında yapılmaktadır. Kaldı ki hiç hasta görmeden, hastaya dokunmadan ve hiç uygulama yapmadan mezun olmaları pek doğru bulunmamaktadır (Hakeri, 2016, s:173).

Öğrencilerin tıbbi müdahaleler bakımından hukuksal sorumluluğunun olup olmadığı sıklıkla tartışılan bir konu olmakla birlikte henüz mezun olup unvanlarını almadıkları için tıbbi müdahaleleri hukuka uygun değildir. Bu konuda en önemli husus henüz diploma sahibi olmadıkları için öğrencilerin sağlık personeli

sayılmamaları ve tıbbi uygulama yetkilerinin olmamasıdır. Bu durumda öğrencilerin özel hukuk bakımından sorumlulukları yardımcı şahıs sorumluluğuna göre belirlenmektedir. Ceza hukuku açısından ise öğrenciler; ilgili sağlık personelinin gözetiminde yapacakları müdahalelerden sorumlu tutulmayacaklardır (Hakeri, 2016, s:173-181).

Resmi Gazetede 02.02.2008 tarih ve 26775 sayılı yayımlanan Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmeliğe göre hemşirelik eğitimi en az dört yıl olmak üzere 4600 saatlik teorik ve klinik eğitimden oluşmaktadır. Toplam eğitimin yarısı kadar klinik eğitimin olması zorunludur. Yönetmeliğin 4. maddesinin c bendinde eğitimleri süresince klinik eğitim zorunluluğu olan ancak tıbbi müdahale yetkisi olmayan öğrencilerin sadece nitelikli hemşireler tarafından denetlenen ve hasta bakımı için gerekli olan sayıda nitelikli hemşire ve malzemenin bulunduğu yerlerde klinik uygulamalar yaparak yeterli bir klinik deneyiminden geçmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır. Yönetmelikten anlaşıldığı üzere öğrencilere tıbbi müdahale izni belirli şartlarla verilmektedir. Bu şartlara uygun yapılan müdahaleler hukuka uygun kabul edilecektir. Öğrenciler açısından üstlenme kusuru, gözetim yükümlülüğü olanlar bakımından da tıbbi uygulama hatası söz konusu olmaması için öğrencinin durumu, eğitimi ve yeteneğine uygun sorumluluk verilmesi ve öğrencinin de yapamayacağı görevi üstlenmemesi yasal açıdan önemlidir (Hakeri, 2016, s:182).

Yetkisi olmadan tıbbi müdahalede bulunan kişi 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atların Tarzı İcrasına Dair Kanun'un ihlaline ek olarak, oluşan sonuca göre kasten yaralama veya öldürme suçunu işlemiş olur. Yargıya intikal eden, kendini hekim olarak göstererek hasta tedavi eden kişinin yaralama suçu dolayısıyla cezalandırılması bu duruma örnek olarak gösterilebilir (Hakeri, 2016, s:183).

### **1.7.2.2. Tıp Verilerine Göre Gerekli ve Bu Verilere Uygun Tıbbi Müdahale/Endikasyon**

Tıp teknolojik ilerlemelerin çok hızlı olduğu bir alandır. Sağlık personeli alanındaki gelişmeleri takip etmek ve hastaya tıp bilgisine göre kabul görmüş uygulamaları yapmakla yükümlüdür (Hakeri, 2016, s:171; Işık Yılmaz, 2012). Burada önemli iki kavramdan bahsetmek gerekir. Birincisi tıbbi gereklilik, zorunluluk, tıbbi müdahaleyi gerekli kılan gösterge olarak tanımlanabilecek “endikasyon” kavramı; ikincisi ise müdahalenin özenli yapılmasıdır (Hakeri, 2016, s:274).

Endikasyon, yapılan müdahaleyi hukuka uygun kılan unsurlardan biridir. Günümüzde uygulamada yaygın biçimde savunulan bir görüş ise hastanın rızasının endikasyon yerine geçebileceği görüşüdür. Bazen endikasyonsuz tıbbi müdahalelerin de hukuka uygun olabileceği kabul edilmektedir. Örneğin kan bağıışı, rahim tahliyesi, organ bağıışı gibi durumlarda endikasyon olmaksızın müdahale yapılabilmektedir. Özetle; endikasyon yokluğu müdahalenin mutlak olarak hukuka aykırı olduğu anlamına gelmemekle birlikte, ancak hastanın rızası, ahlak ve etiğe aykırı olmayan tedbirlerle yapılabilir. Endikasyonun özellikle önem kazandığı durumlar deneysel nitelikli tıbbi müdahaleler; estetik operasyonlar gibi şekil veya fonksiyon değıştirici tıbbi müdahaleler; kan verme, organ nakli gibi üçüncü kişi yararına yapılan tıbbi müdahaleler ve sünnet olarak özetlenebilir (Hakeri, 2016, s:274-283).

Sağlık personeli tıbbi müdahaleyi güncel tıp bilgisine uygun gerçekleştirirken aynı zamanda özenle gerçekleştirmelidir. Bu sağlık çalışanının hem yasal hem etik sorumluluğudur (Hakeri, 2016, s:285).

### **1.7.2.3. Hastanın Aydınlatılması**

Bir uygulamanın hukuka uygun olabilmesi için hastanın yapılacak müdahale hakkında bilgilendirilmesi ve rızasının alınması gerekmektedir. Sağlık

profesyonellerinin hastayı aydınlatması tıbbi olduğu kadar hukuki bir ödev ve yükümlülüktür. Hastanın müdahaleye rıza vermesi uygulamanın hukuken geçerli olması için tek başına yeterli değildir. Müdahalenin hukuken geçerli olabilmesi için hastanın ayrıntılı biçimde aydınlatılmış olması gerekmektedir. Hastayı aydınlatmadan alınan onam hukuken geçersiz sayılacak ve hatta cezai sorumluluğa neden olabilecektir (Hakeri, 2016, s:104; Işık Yılmaz, 2012)

Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getiren aydınlatılmış onam şartı, hem hasta haklarından hem de sağlık profesyonellerinin yükümlülüklerindedir (Işık Yılmaz, 2012). Hasta kendisine yapılan işlemler hakkında bilgi isteme hakkına sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliği madde 31’de “*Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır...*” diyerek rıza alınırken hastanın aydınlatılması gerektiği belirtilmiştir (01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği). Aydınlatılmış onam alınmadan müdahalede bulunulması en fazla ihlal edilen hasta haklarından bir tanesidir (Işık Yılmaz, 2012).

Hemşireler tıbbi müdahalede bulunurken ya da müdahale sonucunda hastaya zarar verebilmektedir. Ülkemizde tıbbi hatalara özel bir yasa olmadığı için sağlık çalışanları tıbbi hata sonucunda çeşitli hukuk dallarına göre sorumlu olmaktadır. Türkiye’de hastaya karşı sorumluluk Medeni Kanun, Türk Ceza Kanunu, Borçlar Kanunu, Türk Tabipler Birliği Kanunu, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği, Özel Hastaneler Kanunu ve Yönetmeliği gibi yasal düzenlemelerle ele alınmaktadır (Çetinkaya, 2016, s:19,125; Kahrıman ve Öztürk, 2016, s:28-29; Şentürk, 2013, s:113,115).

Günümüzde tıbbi uygulama hatalarına bağlı davaların arttığı görülmektedir. Malpraktis davalarındaki artışın tıp eğitimindeki eksikliklerin uygulamalara yansımaları, tıp ve teknolojiye hızlı gelişmeleri takip edememe veya teknolojik gelişmeleri suistimal etme, sağlık sistemindeki sorunların sağlık çalışanını sorumlu durumda bırakması, medyanın kamuoyunu etkilemesi, mağdurlara ve avukatlara cazip gelen tazminat miktarları, sivil toplum örgütlerinin çoğalması ve etkilerinin

artması ile toplumun malpraktis ve hasta hakları konularında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, hasta beklentilerinin artması, hastaların, artan rekabet ile aldıkları hizmeti sorgulamaları ve seçici olmaları gibi birçok nedeni bulunmaktadır (Gökmen ve Güleç, 2010).

Sağlık personelinin tıbbi hataların hukuki boyutunu bilmesi uygulamalar esnasında hatalardan ve davalardan korunması konusunda önemlidir (Polat, 2015, s:28). Sağlık profesyonelleri tıbbın kabul ettiği ilke ve kurallara uygun müdahalede bulunmalı, aykırı veya aldatıcı müdahalede bulunmamalıdır (Işık Yılmaz, 2012). Hemşirenin tıbbi müdahaleyi tıp, etik ve hukuka uygun yapması ve doğru hareket etmesi ödevleri arasındadır (Çetinkaya, 2016, s:19).

Aşağıda tıbbi hatalarda hemşirelerin hukuki, cezai ve idari sorumluluklarından bahsedilecektir.

### **1.7.3. Hemşirenin Tıbbi Hatalarda Hukuki Sorumluluğu**

Türkiye’de tıbbi müdahaleden doğan sorumluluğa ilişkin özel bir yasa bulunmamaktadır. Hemşirelerin hukuki sorumluluğu, sorumluluk hukukunun genel ilkelerine göre belirlenmektedir (Çetinkaya, 2016, s:126).

Her insan, yaşamını sürdürme konusunda mutlak hak sahibidir (Çetinkaya, 2016, s:143). Hukuka aykırı olarak kişilik hakkına saldırılan kimse, hakimden saldırıda bulunanlara karşı korunmasını isteme hakkına sahiptir (Medeni Kanun m.24). Ayrıca Türk Borçlar Kanunu’nun 49. maddesine göre kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren kişi, bu zararı gidermekle yükümlüdür. Hemşireler bakımından hukuki sorumluluk, hukuka aykırı müdahale sonucunda bireyin/hastanın zarara uğraması ve bundan dolayı söz konusu zararı tazmin yükümlülüğü altına girilmesidir (Kürşat, 2008). Hasta hakkı ihlali tazminat davası gerektiren bir durumdur. Tıbbi müdahale hataları nedeniyle oluşan zararın, zarar

veren tarafından karşılanması için açılan davalara tazminat davaları denilmektedir (Çetinkaya, 2016, s:143,144).

Tıbbi hizmet sunumu karşılığında hastanın belirli bir ücret ödemesi hasta hemşire arasında sözleşme ilişkisini doğuran unsurdur. Bu ilişkinin vekalet sözleşmesi olduğu kabul edilir. Hemşire bu sözleşmeyle görev, yetki alanına giren tıbbi hizmeti hastanın menfaatine uygun biçimde ifa etmeyi borçlanmaktadır. Hemşire uygulamalarını mesleğin gerektirdiği kurallara uygun biçimde yerine getirmeyi üstlenmektedir. Vekalet sözleşmesi herhangi bir şarta bağlı değildir. Kişi sağlık personeline başvurduğu ve sağlık hizmeti almaya başladığında sözleşme başlamış olur. Bu sözleşme gereği hemşirenin asıl borcu hastanın bakımını üstlenmektir. Hemşire bu sözleşme ile hastaya sağlık hizmeti sunmayı, hastanın bakım ve gözetimini üstlenmeyi taahhüt eder. Hemşireden iyileşme garantisi gibi bir garanti vermesi beklenemez. Hastanın aldığı sağlık hizmetleri sonucunda iyileşmemesi, hemşirenin borcunu ihlal ettiği anlamına gelmemektedir. Hemşirenin tıp verilerini en iyi biçimde kullanması, bakım ve tedavi için en uygun yöntemi seçip uygulaması borcunu ifa etmesi bakımından yeterlidir (Kürşat, 2008).

Hemşirenin bir diğer borç kaynağı ve sorumluluk sebebi ise haksız fiildir. Bu Borçlar Kanunu'nun 41. maddesi ve devamında düzenlenmektedir. Hemşire tıbbi müdahale ile hastanın mutlak hakları olan beden ve ruh sağlığı üzerine etki etmektedir. Hemşirenin yanlış müdahalesi sonucu kişinin zarara uğraması durumunda haksız fiilden söz edilir. Bu durumda Borçlar Kanunu'na göre zararın tazmin edilmesi gerekmektedir (Kürşat, 2008).

Hemşirelerin sözleşme hükümleri ya da haksız fiil hükümleri uyarınca sorumlu olabilmeleri, tazminat söz konusu olabilmesi için birtakım koşulların bulunması gerekmektedir (Kürşat, 2008). Bu koşullar şu şekildedir:

### 1.7.3.1. Hukuka ve Borca Aykırı Eylem

Hukuka ve borca aykırı bir eylemden söz edebilmek için hemşirenin hastaya bakmakla yükümlü olması gerekmektedir (Özpinar, 2008). Hemşire hakkında tazminat davası açılabilmesi için haksız fiil bakımından hukuka aykırı bir eylem gerçekleşmesi, sözleşme ilişkisi bakımından ise borca aykırı bir davranış olması gerekmektedir. Hemşire, bir müdahalede bulunarak ya da bulunması gereken müdahaleyi yapmayarak hukuka ve borca aykırı davranmış olabilir. Hemşirenin hastaya tedavi gereği bir ilacı içirmesi gerekirken ilacı içirmemesi ya da yanlış ilaç içirmesi bu duruma örnek olarak gösterilebilir (Kürşat, 2008).

Hastanın rızasının bulunup bulunmaması önemlidir. Hasta rızası bulunduğu durumda hukuka aykırılık ortadan kalkacaktır. Bununla birlikte müdahalenin meslekte yetkili kişi tarafından, tıp bilgisinin kurallarına uygun ve hemşireliğin gerektirdiği şekilde özenle yapılması esastır (Kürşat, 2008).

Tıbbi müdahalenin hemşire tarafından yapılmaması, örneğin öğrenci tarafından yapılması, tıbben gerekli olmadığı halde müdahalede bulunulması, hastanın aydınlatılmaması ve rızasının alınmaması durumlarında yapılan müdahale hukuka ve borca aykırı olmaktadır (Kürşat, 2008).

### 1.7.3.2. Kusur

Sağlık hizmeti sunarken sağlık çalışanından iletişim, kayıt tutma, zamanında ve doğru teşhis, uygun tedavi, hastaları bilgilendirme, rıza alarak işlem yapma, yapılan işlemin her aşamasında sadakat ve özenle davranma gibi temel standartlar beklenmektedir. Bazen kasten ya da ihmal ile bu standartların altında kalan ya da bu standartları karşılamayan bir uygulama söz konusu olabilir (Çetinkaya, 2016, s:125-126). Hemşirenin haksız fiil sorumluluğu ve borca aykırılık hükümlerine göre sorumlu tutulabilmesi için hukuka aykırı eylemi yaparken kusurlu olması, uygulanabilir tedavi ve bakım standartlarını ihmal etmesi gerekmektedir (Kürşat,

2008; Özpınar, 2008). Özel hukuk bakımından kusurun kast ve ihmal olmak üzere iki çeşidi vardır: Kast, hukuka aykırı sonucun bilerek ve isteyerek meydana getirilmesidir. İhmal ise, hukuka aykırı sonucu istememekle birlikte böyle bir sonucun meydana gelmemesi için gerekli önlemlerin alınmaması ve özenin gösterilmemesi olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler bakımından sorumluluk doğuran kusur türü genellikle ihmaldir. Hemşire tıbbi müdahaleyi yaparken hastanın zarar görmesini istememekte, ancak özen yükümlülüğünün gereklerini yerine getirmeme, dikkatsizlik, tedbirsizlik, özensizlik gibi nedenlerle hastanın zarar görmesine neden olabilmektedir. Hemşire hastanın zarar görmesini istemediği ya da öngörmediği durumlarda da eyleminden kaynaklanan zararlardan sorumludur (Kürşat, 2008). Genelde hemşireler uygulamalarda özen yükümlülüğüne aykırı hareket etmeleri nedeniyle hastalara zarar vermektedir.

#### **1.7.3.3. İlliyet Bağı**

Hemşire hakkında tazminata hükmedilebilmesi için hukuka veya borca aykırı eylem ile zarar arasında sebep sonuç ilişkisinin bulunması gerekir. Hemşire hatasının ya da ihmalinin hastanın yaralanması veya hastalığının artmasının kesin nedeni olması gerekir. Burada ölçüt, hayat tecrübeleri ve olayların normal akışıdır. Yapılan müdahalenin iddia edilen zararı meydana getirebileceği sonucuna varılabilmesi gerekir (Kürşat, 2008; Özpınar, 2008). İlliyet bağının bulunup bulunmadığı konusunda hakimın takdir yetkisi önemli rol oynar. Hakim gerek duyduğunda bilirkişi görüşü isteyebilir (Kürşat, 2008).

#### **1.7.3.4. Zarar**

Hastada önlenemez hatadan dolayı yaralanma ya da acı çekme söz konusu olmalıdır (Özpınar, 2008). Hem tazminat sorumluluğu hem de tazminat miktarı hesaplanması açısından zarar olmazsa olmaz koşullardan biridir. Hasta ya da yakınının kendisinde oluşan zararı ispat etmesi gerekir. Zarar maddi ya da manevi



olarak ortaya çıkabilir. Maddi zararın önemli bir boyutunu tedavi giderleri oluşturur. Tıbbi müdahaleye bağlı oluşan olumsuzlukları gidermek amacıyla yapılan tanı ve tedavi giderleri (ameliyat, doktor, hastane, protez, diyet vb.) bu kapsamdadır. Tedavi giderleri dışında bir diğer maddi zarar; kişinin beden bütünlüğünün bozulması sonucunda çalışma gücünün geçici ya da devamlı olarak kayba uğramasıdır. Oluşabilecek bir başka maddi zarar da hastanın ölmesi durumunda yakınlarının ölen kişinin yardımından yoksun kalmasına bağlı oluşan destekten yoksun kalma zararlarıdır. Hasta yakınları destekten yoksun kalma zararı dışında ölüm hemen gerçekleşmemişse tedavi giderleri ve ölenin cenaze masraflarını da talep edebilirler (Kürşat, 2008).

Tıbbi müdahale sonucu zarar gören ya da ölen kimsenin yakınları manevi zararlarının giderilmesi için de tazminat isteyebilir. Manevi tazminat, üzüntü, elem ve acı gibi duyguların hafifletilmesi amacıyla yöneliktir (Kürşat, 2008).

Hemşireler, hatalı tıbbi müdahale sonucu hastanın maddi, manevi zarara uğramasına yol açabilirler. Hasta hayatta ise hastaya, hastanın ölmesi durumunda ise hasta yakınlarına karşı borç altına girerler. Hemşirelerin sorumluluğu hem maddi hem manevi tazminat ödenmesini gerektirebilecek bir sorumluluktur (Kürşat, 2008).

Hemşire kamuya bağlı bir hastanede görev yapıyorsa hasta veya yakınları doğrudan hemşire aleyhine tazminat davası açamaz. Böyle bir durumda tazminat davası kurum aleyhine açılmaktadır. Dava sonucunda kurum tazminat ödemek zorunda kalırsa kamu görevlisine rücu ederek ödediği tazminatı hemşireden talep edebilmektedir (Kürşat, 2008).

#### **1.7.4. Hemşirenin Cezai Sorumluluğu**

Hemşirenin cezai sorumluluğu, tıbbi uygulamaların hukuka aykırı olması halinde eylemin karşılığı olan suçtan ceza kanununa göre yargılanması, hapis ya da para cezasına çarptırılmasıdır (Kürşat, 2008).

Tıbbi uygulama hatasına bağlı yaralama ve ölüme sebebiyet durumlarında yaptırım sağlayan özel bir kanun yoktur. Türk Ceza Kanunu'nun taksirli suçu içeren ilgili maddelerine göre işlem yapılmaktadır. TCK hekim ve hemşirenin sorumluluklarını birbirinden ayırmamaktadır, hekimler için geçerli mesleki sorumluluk ve düzenlemeler aynı zamanda hemşireler için de geçerlidir (Çetinkaya, 2016, s:127).

Türkiye'de tıbbi müdahale ölümlerle sonuçlandığında; Cumhuriyet Savcılığı'na rapor edilerek adli süreç başlatılmaktadır. Suç teşkil eden hak ihlali nedeniyle ihbar-şikayet yoluyla ya da re'sen Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından ceza davası açılabilir. Zarar gören kişi yetkili kuruluşlara başvurmak suretiyle kendilerine zarar verenlere karşı işlem yapılmasını ve cezalandırılmasını talep edebilir (Çetinkaya, 2016, s:128).

Kusurluluğun kasıt ve taksir olmak üzere iki türü bulunmaktadır. Buna istinaden suçlar da kasıtlı ve taksirli suçlar olarak ikiye ayrılır. Halk dilinde kaza olarak adlandırılan taksir, bir kimsenin istemeden bir sonuca sebebiyet vermesidir (Çetinkaya, 2016, s:129). TCK'nun 22. maddesinde taksir, *“dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanunî tanımında belirtilen neticesi öngörülmeden gerçekleştirilmesidir.”* şeklinde ifade edilmektedir. Hukuki anlamda taksir, öngörülebilir nitelikteki sonucu öngörmemek ya da öngördüğü halde istememek olarak tanımlanmaktadır. Taksirli suçlar; tedbirsizlik, dikkatsizlik, acemilik ve talimatlara uymama nedeniyle yaralanma ya da ölüme sebep olma olarak tanımlanır. Taksirli hareketten bahsedebilmek için hemşirenin kusurlu olması, gerekli dikkat ve özeni göstermemesi gerekmektedir. Sağlık personeli, dikkatsizlik ve özensizliğe bağlı görev ihmali nedeniyle taksirle adam öldürme, yaralama veya kasten adam öldürme, yaralama suçlarıyla yargılanabilir (Çetinkaya, 2016, s:129).

Taksir genel olarak *“isteyerek yapılan bir davranıştan, öngörülebilir ve önlenilebilir nitelikte bir sonucun tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslekte acemilik, emir,*

*nizam ve talimatlara uymama nedeniyle ortaya çıkması durumu” olarak tanımlanmaktadır (Ersoy, 2004).*

Taksir failin neticeyi öngörüp öngörmemesine göre bilinçli ve bilinçsiz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Çetinkaya, 2016, s:129). Bilinçli taksir TCK madde 22.de *“Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi”* olarak tanımlanmıştır (TCK m.22/3). Örnek olarak sağlık personelinin ameliyata alkollü girmesi verilebilir. Bilinçsiz taksir ise; failin normalde öngörülebilecek sonucu somut olayda öngörememesidir. Kasttan farkı ise kişinin sonucun gerçekleşmesini istememesidir (Çetinkaya, 2016, s:129).

Hemşirelere yöneltilen yanlış enjeksiyon ile ilgili şikayetler taksir kapsamında ele alınmaktadır. Taksirle yaralama ve taksirle öldürme suçu TCK’nın 85. ve 89. maddelerinde düzenlenmektedir (Çetinkaya, 2016, s:131). Madde 85/1 *“Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”* Madde 89/1 *“Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.”*

Kusurun tipik şekli kasttır (Gökpinar, 2008). Kast TCK’da *“suçun kanunî tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir”* şeklinde tanımlanmaktadır. Yine kanunun aynı maddesinde suçun oluşması kastın varlığına bağlı olduğu vurgulanmaktadır (TCK m.21). Kast, bilme ve isteme gibi iki unsurdan oluşmaktadır (Gökpinar, 2008). Yetki dışında yapılan müdahaleler ve meşru amaç olmaksızın yapılan müdahaleler kast kapsamında değerlendirilir (Çetinkaya, 2016, s:135). Kanunda olası ve doğrudan kast olarak iki çeşit kasttan bahsedilmektedir. Olası kast *“Kişinin, suçun kanunî tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi hâli”* olarak tanımlanmıştır (TCK m.21/2). Olası kastla işlenen suçlara kasıtlı suçlara nazaran daha az ceza verilmektedir (Çetinkaya, 2016, s:135). Kasten başkasının vücuduna acı veren, sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır (TCK m 86/1).

Hemşire kasten öldürme fiilini ötanazi ya da ihmâl sonucu kasten adam öldürme olarak iki şekilde işleyebilir. İyileşmesi mümkün olmayan hastanın öldürülmesi ya da ölüme terk edilmesi kasıtlı adam öldürme suçuna girmektedir (Çetinkaya, 2016, s:137). Kasten adam öldürme suçu işlenmesi halinde, kişi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır (TCK m.82).

Kanunda suç olarak öngörölmüş, tarif edilmiş, belli bir fiilin neticesinin gerçekleşeceği mutlak bir surette düşünöldüğünde doğrudan kast olmaktadır (Gökpınar, 2008). Örneğın kardiyak arreste neden olacağını bile bile hastaya potasyumu puşe olarak vermek doğrudan kast olarak değeriendirilmektedir.

Kast ve taksiri birbirinden ayıran ölçüt neticenin istenip istenmemesidir. Bilinçli taksiri basit taksirden ayıran özellik sonucun fail tarafından öngörölmüş fakat istenmemiş olmasıdır. Bilinçli taksiri olası kasttan ayıran özellik ise öngörölen sonucun kabullenip, kabullenilmediğidir (Yalvaç, 2012, s:18).

Kamu görevlisi hemşirelerin yargılanabilmesi için 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun'a göre bulunulan yerin en büyük mülki amiri ya da İdari Yargı'nın yargılama konusunda kararı olmalıdır. Yargılama izni verilen hemşire iznin iptali için Bölge İdare Mahkemesine başvurabilmektedir. Aynı yolla mağdur ya da Cumhuriyet Savcılığı da yargılama izni verilmediğinde başvuru yapabilmektedir (Çetinkaya, 2016, s:140).

#### **1.7.5. Hemşirenin İdari/ Disiplin Sorumluluğı**

Hemşirenin idari sorumluluğı, bağılı bulunduğu kurumun sözlü ve yazılı talimatlarına aykırı davranması, mesleki sorumluluklarına ve mesleki açıdan uyması gereken yasal kurallara uymaması ve kusurlu davranışı sonucu ortaya çıkan sorumluluktur (Kürşat 2008; Çetinkaya 2016, s. 204).

Hemşire, mesleki açıdan uyması gereken kurallar doğrultusunda sorumluluklarını yerine getirmediginde ya da kusurlu davranışı nedeniyle hasta ve yakınlarının şikayeti üzerine ya da kurum tarafından disiplin kovuşturması ve soruşturmasına tabi tutulabilir. Soruşturma için valilik, sağlık kuruluşu veya bağlı bulunan bakanlık tarafından müfettiş görevlendirilir. Soruşturma sonucunda çalışan hakkında mevzuat gereği disiplin cezası teklif edilir, bu ceza sağlık kuruluşunun amiri tarafından usulüne göre takdir edilir (Çetinkaya 2016, s. 204).

İdare hukuku, mesleki kusur, disiplinsizlik, kurum içi düzenin bozulması gibi konularla ilgilenmektedir. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 7. bölümü 124-145 maddelerinde memur disiplini düzenlenmiş, disiplin cezası gerektiren fiil ve davranışlar, bu durumda uygulanacak cezalar düzenlenmiştir. Memura uyarma, kınama, maaştan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması ve memurluktan çıkarma gibi cezalar verilebilmektedir (Çetinkaya 2016, s. 204).

Hemşirelerin disiplin cezalarına karşı, idari yargı yoluna başvurma hakkı bulunmaktadır. Hekimler ve dış hekimlerinin meslek örgütleri disiplin cezası verebilirken hemşirelerde böyle bir durum söz konusu değildir (Çetinkaya 2016, s. 204).

## **1.8. Tıbbi Hatalarda Etik Sorumluluk**

Tıbbi hataların azaltılması ve önlenmesinden bir tıbbi hata meydana geldiğinde bildirilmesine kadar hemşirelerin uyması gereken ve hemşirelerden beklenen sorumluluklar bulunmaktadır. Bu sorumlulukların bir bölümünü etik sorumluluklar oluşturmaktadır. Bu bölümde etik sorumluluk tıbbi hata bağlamında tartışılacaktır.

### 1.8.1. Etik Sorumluluk Nedir?

Sorumluluk günlük hayatta sık kullanılan, farklı şekillerde karşımıza çıkan bir kavramdır. Sorumluluk kavramından her ne kadar bir kişinin genellikle hukuk çerçevesinde üstlendiği yükümlülükler anlaşılrsa da sorumluluk sadece hukuki anlamda kullanılmamaktadır. Bireysel, toplumsal, örgütsel, yönetsel ve ahlaki gibi çeşitli sorumluluk alanlarından bahsetmek mümkündür. Kişilerin yaptıkları ya da icra ettikleri meslekten dolayı hukuki sorumlulukları yanında etik sorumlulukları da bulunmaktadır (Özden, 2017).

Sorumluluk, kişi ya da gruplara yüklenebilen; bir kişi ya da grubun başka kişi, insan grubu ya da şeylere karşı duyduğu ahlaki bir duygudur. Kişi bir şeyi yaptığı ya da yapmadığı için kendini sorumlu hisseder ya da sorumlu tutulabilir (Oğuz ve ark., 2005, s:219).

TDK sorumluluk kavramını “*Kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi, sorum, mesuliyet*” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2017).

Sorumluluk, bir kurum veya kişinin üstlendiği, yapmak zorunda bulunduğu veya yaptığı bir iş için hesap verme durumudur (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, 2017).

Mesuliyetle aynı anlamda kullanılan sorumluluk kavramı Felsefe Terimleri Sözlüğü’nde “*Kişinin kendi eylemlerini ya da kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi*” olarak tanımlanmaktadır (Akarsu, 1998).

Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi'nde ise sorumluluk;

1. Bir kimsenin kendisinin ya da başkalarının davranışları için bir kimseye ya da bir yetkiliye hesap verme, bu davranışların doğurabileceği sonuçlara katlanmayı kabul etme zorunluluğu ya da bunun ahlak açısından gerekliliği,

2. Bir görevden, bir işten sorumlu olma durumu; bu yükümlülüğün kendisi,

3. Karar alma yetkisinin yanısıra, hesap verme zorunluluğunu da içeren görev, meslek ya da toplumsal konum.” olarak tanımlanmaktadır (Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi, 1986, s: 10687.)

Sorumluluk, bir eylem sürecini başlatma gücüdür. Sorumluluk, birisine verilen bir yetki ya da uygun bir eylem biçimini neyin oluşturduğu konusunda yargılarını kullanmak için verilen gücü temsil eder (Uhr, 1999).

Sorumluluk, bir görev duygusudur; yük değil, çalışma etiğidir (Eryılmaz, 2012; Özden, 2017). Etik, sorumluluk kavramını içinde barındıran, bireysel ve kurumsal sorumluluğa vurgu yapan bir kavramdır (Eryılmaz, 2012). Veteriner Hekimliği Terimleri Sözlüğü'nde etik, “*Felsefenin ‘ödev’, ‘yükümlülük’, ‘sorumluluk’ ve ‘erdem’ gibi kavramlarını analiz eden, ‘doğruluk’ veya ‘yanlılık’ ile ‘iyi’ veya ‘kötü’yle ilgili ahlaki yargıları ele alan, ‘ahlaki eylem’in doğasını soruşturan ve iyi bir yaşamın nasıl olması gerektiğini açıklamaya çalışan dalı*” olarak tanımlanmıştır.

Etik sorumluluk Aydınli (2015) tarafından “*bireyin eğitimi sırasında kazandığı önceden benimsenmiş, yaşanarak serpilmiş bir değerler sistemini olgularla ilişki kurarak içiçe geçiren karmaşık bir bütün*” olarak tanımlanmaktadır (Aydınli, 2015). Etik sorumluluk, ahlaki ve etik beklentilerin ne olduğunun tanımlanması için, davranışlara yasa ve düzenlemelerin yüklediği sorumlulukların ötesinde sorumluluklar getirdiği için önemlidir (Akıncı Vural ve Coşkun, 2011).

Etik sorumluluk, insanların bilinçli ve özgür birer varlık olarak yapmış oldukları bütün fiillerin sonuçlarını göze alması, eyleminin sonunda kendisine sorulan soruya vermek zorunda olduğu bir cevaptır. Başka bir deyişle insanların yaptığı şeyi bilerek, isteyerek ve özgürce yapmasını gerektiren durumdur (Gündoğan, 2017).

Sorumluluk, faaliyetlere yön verebilme, takdir yetkisini kullanabilmedir. Aynı zamanda kişisel yükümlülük, mesleki yeterlilik ve görev duygusuyla ilgili bir kavramdır. Profesyonelliğin bir gerekliliğidir. Eryılmaz ve Biricikoğlu'nun Caiden'den aktardığına göre sorumluluk sahibi bir kişiden beklenen tutum ve davranışlar, bir profesyonelden beklenen özelliklerle büyük ölçüde örtüşmektedir. Sorumlu olmak, *“birtakım faaliyetleri yerine getirebilmek için otoriteye sahip olmak, gücü kontrol edebilmek, karar verme özgürlüğüne sahip olmak ve doğru ve yanlış arasında ayırım yapabilmek”* anlamlarını taşımaktadır (Eryılmaz ve Biricikoğlu, 2011; Özden, 2017).

Sorumluluk konusunda iki yaklaşım bulunmaktadır. Birinci yaklaşıma göre sorumluluk, manevi bir yükümlülük duygusudur ve kişinin iç dünyasıyla ilgilidir. Başka türlü davranma baskısı karşısında bile makul ve ahlaken doğru biçimde hareket etmektir. Bu yaklaşım dünyaya, kişinin manevi inancı, etik değerleri ve meslek standartlarının rehberlik ettiğini savunur. İkinci yaklaşıma göre sorumluluk, bir kişi ya da kurumun, bağlı olduğu ve kendini kontrol edebilen daha yüksek bir otoriteye karşı hesap verebilir olmasıdır. Bu görüşe göre sorumluluğu sağlamak için dış denetim araçları ve ödüllendirmeye ihtiyaç vardır. Dış denetim araçları ile kişinin davranışları yasalarda öngörülen esaslara uydurulmaya çalışılmaktadır. Sorumluluğu geliştirmek için dış denetim araçlarını güçlendirmek gerekmektedir (Eryılmaz ve Biricikoğlu, 2011).

Sorumluluğun temelindeki kavram hesap verebilirliktir. Sorumluluk ve hesap verebilirlik, birbirine bağlıdır (Uhr, 1999). Sorumluluk, mesleğe özgü görevlerin yerine getirilmesiyle ilgili hesap verebilirlik veya mesuliyeti ifade etmektedir (ANA, 2001, s:21).



Hemşirelik uygulamalarının değişmez parçası olan sorumluluk, özerklik ve yetki kavramları ile yakından ilişkilidir. Hemşirelik meslek üyelerinden beklenen kişisel özelliklerden biridir (ANA, 2001, s:22; Burkhardt ve Nathaniel, 2013, s:193; Ersoy, 1994). Hemşirelik, toplumun sağlık bakım gereksinimlerine cevap verme, kaliteli sağlık ve bakım hizmeti sunma sorumluluğuna sahiptir. Aynı zamanda bireysel hemşirelik uygulamalarından ve ihmallerinden sorumludur Bu süreçte oluşacak engellerin tanımlanması ve ortadan kaldırılması mesleğin etik sorumluluğudur. Hemşirelerin sorumlulukları arasında hastalarla iletişimde sadakat, değer, insan onuruna saygı gösterme gibi ilkeleri temel alan etik davranış kodlarına göre hareket etmek de yer almaktadır (ANA, 2001, s:22; Burkhardt ve Nathaniel, 2013, s:193; Ersoy, 1994).

Sorumlulukla ilgili önemli nokta kişinin nelerden sorumlu tutulup nelerden sorumlu tutulamayacağıdır. Kişiler gerçekleşmiş olan davranışları ve sonuçlarından sorumludur. Ayrıca kişi yetkili konumda ise gerçekleşme ihtimali olan davranış ve sonuçlarından da sorumlu olacaktır (Oğuz ve ark., 2005, s:219; Torlak, 2012). Sorumluluk sahibi olmak hastaya karşı görev bilincine sahip olmayı ve hasta bakımında ya da bir sorunun çözümünde uygun sınırlar çerçevesinde gerekeni yapma zorunluluğunu hissetmeyi gerektirmektedir. Sorumluluk sahibi olan kişi sorunları insancıl bir perspektifle anlar ve çözme yolunda etkin bir şekilde çalışmayı görev olarak kabul eder (Burkhardt ve Nathaniel, 2013, s: 126).

Tıp hem bireysel hem kurumsal olarak sorumluluklara sahip olunması gereken bir alandır. Bir kurum olarak hastaneler, etik sorumluluklarını hastalarına, çalışanlarına, hissedarlarına, yatırımcılarına, ulusal ve uluslararası topluma, tedarikçilerine, rakiplerine, devlet ve yerel yönetimlere, meslek örgütlerine ve sivil toplum örgütlerine karşı yerine getirmekle yükümlüdür (Akıncı Vural ve Coşkun, 2001). Kurumsal sorumluluklarının yanı sıra sağlık çalışanlarının bireysel olarak da sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık profesyonellerinde temel sorun kümesini insan oluşturmaktadır. Tedavi süreçlerinde çeşitli ahlaki değer sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte hem hemşire hem de diğer sağlık çalışanlarına önemli etik sorumluluklar düşmektedir. Sağlık çalışanlarının en önemli sorumluluğu “yaptığım

uygulamayı nasıl daha güvenli bir hale getirebilirim” sorusunu sormaktır. Bununla birlikte sağlık çalışanları davranışlarının sorumluluklarını almak, etik açıdan sorumluluk sahibi olmak durumundadır (Gün ve ark., 2010, s:121; Sandars ve Cook, 2007, s:22; Toader ve Damir, 2014). Etik açıdan sorumluluğa sahip olma; işini en iyi şekilde bilmeyi ve yapmayı, bir işi yapmadan önce dikkatli ve titiz bir şekilde planlamayı, ortaya çıkabilecek olumsuzluklara karşı önlemler almayı, işine konsantre olmayı, işin sonuçlarını takip etmeyi, olumsuz bir durum ortaya çıktığında bunu üstlenmeyi ve bundan vicdani olarak rahatsızlık duymayı ve uygun düzeltme girişimlerinde bulunmayı gerektirmektedir (Özden, 2017).

Sağlık çalışanı kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için tıbbi beceri ve klinik bilgilerin güncelleştirilmesinden ve hasta güvenliğinin sağlanmasından sorumludur (Alcan ve ark., 2012, s:208; Toader ve Damir, 2014). Olumsuz olayları önlemek, hataları azaltmak ve kişileri bu hatalara bağlı oluşacak zararlardan korumak için gerekli tüm önlemleri almak çalışanların etik olarak sorumluluklarındandır (Krizek, 2000). Aynı zamanda sağlık çalışanlarının bir diğer etik sorumluluğu tüm uygulamalarında ya da bir hata olduğunda olabildiğince anlaşılır terimlerle hastaya açıklama yapmak ve bilgilendirmektir (Biffu ve ark., 2016; Hobgood ve ark., 2004; Mahon, 2011, s:133).

Sağlık çalışanı hasta ile ilişkisinde dürüst davranmakla sorumludur. Sağlık çalışanı ile hasta arasındaki ilişkinin temelinde dürüstlük ilkesi bulunmaktadır. Bu ilkeye uygun hareket ederek bir hata olduğunda hatayı bildirmek, raporlamak, en önemlisi hatayı kabul etmek ve hastaya açıklamak hem çalışanın hem kurumun etik sorumlulukları arasındadır. Hatayı örtbas etmek, hastayı aldatmak dürüstlük ilkesinin ihlaline neden olmakta ve hasta-sağlık çalışanı ilişkisine zarar vermektedir (Biffu ve ark., 2016; Hobgood ve ark., 2004; Mahon, 2011, s:133; Toader ve Damir, 2014; Wolf ve Hughes, 2008, s:3,22;).

Hekim ve hemşireler hataların doğrudan sorumluluğunun farkındadır. Bu konuda sorumluluklarını kabul etmekte ve kendilerini hataların ciddi sonuçlarından sorumlu tutmaktadırlar (Wolf ve Hughes, 2008, s:6). Hastaların bakımından birincil

olarak sorumlu olan hemşireler, bakım konusunda bireysel ve toplu olarak sorumlu olduklarını kabul etmektedirler. Buna ek olarak hemşireler, sağlık kuruluşlarının politikalarına veya yönergelerine bakılmaksızın hemşirelik uygulamaları sırasında alınan kararlar ve alınan önlemlerden sorumludurlar (ANA, 2006). Yönetim, eğitim ve araştırma alanındaki hemşireler, hastalarla doğrudan daha az ilişkide olsalar da, denetledikleri ve yönlendirdikleri kişilerin sağladığı bakımın sorumluluğunu üstlenirler (ANA, 2001, s:21). Etik yükümlülükleri yerine getirmede hemşireleri destekleyen ortamları yaratma, sürdürme ve katkıda bulunma hemşirelerin bir diğer sorumluluğudur (ANA, 2001, s:26).

### **1.8.2. Etik Sorumluluğu Yaratın Nedir?**

Sorumluluk birey ve toplum hayatının önemli kavramlarından biridir. Her birey hayatı boyunca mutlaka bir karar alır ve eylemde bulunur. Bir bireyin sorumluluk üstlenebilmesi ya da sorumlu tutulabilmesinin bazı koşulları bulunmaktadır. Bu koşullar; akıl, özgür irade ve yetki sahibi olmaktır (Torlak, 2012; s:4).

Sorumluluk bireyin akıl yetisini kullanma ehliyetine sahip olması ile başlar. Akıl, düşünme, anlama ve kavrama gücü, us olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2017). Akıl sahibi veya akli melekelerini kullanma yetisine sahip her birey yaptığı ya da yapmadığı davranışlardan sorumlu tutulur ve davranışlarının sorumluluğunu üstlenir. Akıl sorumluluk için olmazsa olmazdır (Torlak, 2012, s:4).

Özgür irade insanın isteme ve karar verebilme özgürlüğüdür. Kişinin bir eylem ya da davranışı yapıp yapmama konusunda özgürce karar verebilmesi ve verdiği kararı uygulamaya geçirme gücüdür (Akarsu, 1998, s:146; Torlak, 2012). Sorumluluğun sınırını iradenin gücü belirlemektedir (Gündoğan, 2017).

Yetki sahibi olma, bireyin bir konuda ehil olması, kişinin bulunduğu konum gereği verilmiş yazılı ya da yazılı olmayan güçtür. Sorumluluk açısından yetki sahibi

olmak, mutlaka yazılı bir yetkiye sahip olmak anlamında değildir. Söz konusu durumla ilgili yetenekli olmak, ehliyet sahibi olmak demektir (Torlak, 2012, s:5).

Sağlık profesyonelleri, mesleklerini uygularken sürekli karar verir, farklı seçenekler arasından seçim yapar. Bazen insan sağlığını ve hayatını yakından ilgilendiren bu kararların saniyeler içinde alınması ve uygulanması gerekebilir. Aynı zamanda sağlık çalışanı aldığı kararlar ve yaptığı seçimlerin sorumluluklarını da almaktadır. Karar almak ve seçim yapmak her zaman çok kolay olmayabilir. Karar verirken bazen seçenekler fazla olabilir ya da seçeneklerin sonuçlarına bağlı farklı durumlar ortaya çıkabilir. Bu durumda kişi etik ikilemlerle karşı karşıya kalabilmektedir (Namal, 2015).

### **1.8.3. Etik İkilem Nedir?**

Etik ikilem, ahlak ve etik değerlerin, yükümlülüklerin çatışması olarak tanımlanmaktadır (Ersoy, 1994). Seçenekler arasında çelişen ahlaki durumlarda ortaya çıkan etik ikilemler, bir eylemin ahlaki olarak doğru ve yanlış olabileceğiyle ilgili deliller bulunması, ancak delillerden hiçbirinin kesin olmaması; bir eylemi destekleyecek bir veya birkaç ahlaki normun bulunması, diğer yandan başka bir eylemi destekleyecek bir ya da birkaç ahlaki normun bulunması olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkabilmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013, s:119).

Etik ikilem, belirli bir durumda her birinin farklı bir değeri koruduğu bilinen eylemlerin tümünü birden gerçekleştirmenin olanak dışı olması nedeniyle ortaya çıkan açmazlardır. Etik ikilemler farklı biçimlerde ortaya çıkabilirler. Hem bir davranışta bulunmak hem de o davranıştan kaçınmak için etik açıdan aynı derecede geçerli nedenler bulunabilir ve etik ikilem yaşanabilir. Bazı durumlarda ise bir durumda hem bir davranışta bulunmak hem de başka bir davranışta bulunmak için etik açıdan geçerli nedenler bulunabilir. Farklı değerleri koruyan iki davranışı aynı anda gerçekleştirmenin olanaksız olduğu bu durumda da etik ikilem yaşanabilir (Oğuz ve ark., 2005, s:87).

Etik ikilem, bir kurala bağlanmamış durumlarda karar vericinin yaşadığı seçim sorunlarıdır (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007). Meslek hayatında kişilerin etik ikilemle karşılaşması kaçınılmazdır. Etik ikilem yaşandığında bir seçim yapılmak durumundadır. Sağlık çalışanı yaşanan ikilem sonucunda bir seçimde bulunur ve bunu eyleme dönüştürür. Bu eylem mesleki uygulamalara tıbbi müdahale olarak yansımaktadır. Bazen bu seçimler ve uygulamalar kişinin etik dışı davranışına neden olabilmektedir (Daştan ve ark., 2015).

Sağlık çalışanı etik ikilemler nedeniyle hem hasta hem de meslektaşı ile sorun yaşayabilmektedir. Çalışanın motivasyon ve performansını etkileyerek hizmet kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu durum hastaya olumsuz şekilde yansımaktadır. Yaşanan bu olumsuzlukların ve etikdışı davranışların önlenmesi açısından etik ikilemler ve etik karar verebilme önemlidir. Etikdışı davranmayı önlemek için yazılı kurallar, hukuki yaptırımlar bazı durumlarda yeterli olmamaktadır. Sağlık çalışanı mesleki uygulamalarda etik değerleri de göz önünde bulundurmalı ve etik karar verme sürecini uygun biçimde yürütmelidir (Daştan ve ark., 2015; Utlu, 2016).

Etik ikilemlerde karar verme süreci olay ile ilgili tüm verilerin toplanması ile başlamaktadır. Sorunun ya da ikilemin ne olduğu ve nasıl çözüleceği değerlendirilerek davranış seçenekleri belirlenmektedir. Belirlenen davranış seçeneklerinin hangi sonuçları doğuracağı ve bu sonuçların kimleri nasıl etkileyeceği listelenmelidir. Daha sonra hangi sonuçları içeren kararların hangi değerlerle çeliştiği değerlendirilerek belirlenen seçenekler içinden en makul olanı seçilmelidir (Namal, 2015).

#### **1.8.4. Tıbbi Hatalarda Etik ve Profesyonel Tutum**

Tutum sosyoloji, psikoloji başta olmak üzere siyaset bilimi, ekonomi, iletişim, tarih, antropoloji vb. birçok bilim dalının ilgilendiği bir konudur. Tutum bireyin sosyal ortamlardaki davranışlarını inceleyen sosyal psikolojinin en önemli

konularındandır. Davranış bilimlerinin anahtar kavramlarından biridir (Aydın, 2004, s:281; İnceoğlu, 2010, s:5,6).

Birden fazla alanın ortak konusu olan tutum kavramının çeşitli tanımları yapılmıştır. Yapılan tanımlarda tanımlama yapılan alanlara ilişkin öğelerin önplana çıkarıldığı görülmektedir. Her alanın kendi penceresinden bakarak yaptığı tanımlamalardan bazıları şöyledir:

*Tutum, bir bireye atfedilen ve onun psikolojik bir nesneye ilişkin düşünce, duygu ve muhtemelen davranışlarını organize eden bir eğilimdir. Herkes çevresindeki insan, nesne, fikir, kurum ve olaylara karşı farklı tepkilerde bulunur. Bu büyük ölçüde tutumlar tarafından tayin edilir. Birçok davranış tutumlar tarafından şekillendirilir. Tutum bireyin bir nesneye, düşünceye, duygu ve davranışlarına bir bütünlük ve tutarlılık verir (Aydın, 2004, s:281).*

Tutum genel olarak insanın herhangi bir olay ya da durum karşısında olası bir tavır ya da davranış biçimini oluşturma eğilimi olarak tanımlanmaktadır. İnsanın her tür davranışının kaynağında tutumun yer aldığı kabul edilmektedir. Tutum, *“bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir nesne, toplumsal konu ya da olaya karşı deneyim, bilgi, duygu ve güdülerine (motivation) dayanarak örgütlediği zihinsel, duygusal ve davranışsal bir tepki ön eğilimidir”* (İnceoğlu, 2010, s:5,13).

Tutum kavramsal düzeyde ilk ele alan kişi psikoloji perspektifinden bakarak tanımlayan Gordon Willard Allport'dur. Allport'a göre tutum, *“bireyin bütün nesnelere karşı göstereceği tepkiler ve durumlar üzerinde yönlendirici veya etkin bir güç oluşturan, ussal ve sinirsel bir davranışta bulunmaya hazır olma halidir”* (İnceoğlu, 2010, s:8).

Lambert, tutum geliştirmeyi toplumsallaşma sürecinin önemli bir boyutu olarak değerlendirmekte, Maier ise tutumların bireylerin, gerçek olayları algılamalarını etkileyen genel bir duygusal temel olduğunu belirtmektedir. Maier kişilerin bu

duygusal temele dayanarak çevresindeki olayları değerlendirdiğini ve ona göre tepki gösterdiğini vurgulamaktadır (İnceoğlu, 2010, s:9,10).

Tutum bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Bireyin bir olay, durum, nesne ya da kişi hakkında zihinsel, duygusal ve davranışsal anlamda ortaya koyduğu duruş onun tutumunu yansıtmaktadır (Aydın, 2004, s:281; İnceoğlu, 2010, s:20).

Tutum ve davranış arasındaki ilişki üzerinde farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar tutumların daima davranışlara yansıdığını ve bireyin nesneye ilişkin davranışlarının gözlenmesiyle o nesneye ilişkin tutumu hakkında tahminde bulunulacağını söylerken; bazı araştırmacılar ise bu durumun tersini yani insanların her zaman tutumlarına uygun davranmadıklarını savunmaktadırlar. Literatürde bu iki görüşü de yansıtan araştırmalar bulunmaktadır (Aydın, 2004, s:285).

Tutumun davranışa dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen bazı faktörler bulunmaktadır. Bu faktörlerden en önemlisi tutumun kuvvetidir. Kuvvetli bir tutumun davranışa dönüşme olasılığı, zayıf tutuma oranla daha fazladır. Diğer bir faktör ortam özelliğidir. Ortam koşulları tutumun davranışa dönüşmesini engelleyebilir ya da kolaylaştırabilir. Bir diğerisi ise; davranışın doğuracağı sonuçlara ilişkin beklentilerdir. Bir tutum davranış sonucunda olumlu ya da olumsuz etkilenme durumuna göre davranışa dönüşür ya da dönüşmez (Aydın, 2004, s:285).

Tutumlar doğuştan gelmez, öğrenme yoluyla sonradan kazanılır. Tutum oluşması özellikle yaşamın ilk yirmi beş yılı içinde olsa da yaşam boyunca devam eder. Aynı zamanda eğitim düzeyi ve bilgi birikimi ile tutumlar arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim düzeyi daha yüksek, bilgi birikimi de daha zengin olan kişilerin, tutum ve davranışlarında, diğer kişilere göre daha esnek ve ılımlı oldukları gözlenmektedir (İnceoğlu, 2010, s:31,45).

Tutum ile bireyin kişilik özellikleri, içinde yer aldığı toplumsal ve kültürel çevre, toplumsallaşma süreci, bilgi birikimi ve yaşam deneyimleri arasında yakın bir ilişki vardır. Kişinin ait olduğu toplumun ya da grubun ortak inançları, değerleri, kabul görmüş kurallarının da tutumlar üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır. Tutumlar aile, akran, kitle iletişim araçları, bireyin içine doğduğu ve içinde toplumsallaştığı toplumsal yapı, kültürel ortam, ekonomik koşullar, eğitim durumu, bilgi ve deneyim gibi çeşitli faktörlerden etkilenir (Aydın, 2004, s:286; İnceoğlu, 2010, s:8,31,51). Diğer yandan önyargılar, konu hakkında yapılan bilgilendirme tutumu olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (İnceoğlu, 2010, s:14).

Tutumlar, eylemlerin ortaya çıkması ve gelişmesi sürecinde etkin role sahiptirler. Aynı zamanda eylemler de gelişim süreçleri içerisinde, kendilerine etki eden tutumların değişiklik göstermesine neden olabilmektedirler (İnceoğlu, 2010, s:18). Kısaca tutumlar eylemleri, eylemler tutumları etkilemekte ve bazen değişimine olanak sağlamaktadırlar.

Her tutumun bir konusu vardır. Bir olay, bir durum, bir nesne, bir kişi ya da bir grup, bir topluluk, bir ulus, ırk, kültür, örfler, adetler, yasalar, kurallar, davranış biçimleri kısacası gündelik yaşamda karşılaşılan her şey tutumun konusu olabilmektedir (İnceoğlu, 2010, s:33).

Birey, bir tutum konusu ile karşılaştığında nasıl bir tavır ortaya koyacağını daha önce yaşadığı aynı ya da benzer deneyimlerden hareketle kararlaştırır. Birey karşı karşıya kaldığı bir tutum konusu hakkında daha önce herhangi bir bilgiye sahip değilse ve herhangi bir deneyim yaşamamışsa onu anlamlandırması ve kendi yaşamıyla ilişkilendirmesi zorlaşabilir. Bu durumda onu ancak dışardan bilgi desteği sağlayarak kendi yaşamıyla ilişkilendirebilir (İnceoğlu, 2010, s:29). Örneğin meslek hayatında daha önce tıbbi hata ile karşılaşmamış bir kişinin tıbbi hatayı anlamlandırması zor olabilir. Yaşanmış hataların tecrübelerin paylaşılması bu konuda önem arz etmektedir.



Tutumlar, kişinin dış dünyaya karşı vaziyet alışını biçimlendirir ve kişiliğin oluşmasında önemli bir yere sahiptir (İnceoğlu, 2010, s:52). İnsanların tutumlarını değiştirmek oldukça güçtür (Aydın, 2004, s:291).

Tutum üzerinde etkisi bulunan bir diğer faktör ödül ya da cezadır. Ödüllendirici bir deneyim ilgili konuya karşı tutumu olumlu etkilerken; cezalandırıcı deneyim ise tutumu olumsuz yönde etkilemektedir (İnceoğlu, 2010, s:54).

Sağlık çalışanları tıbbi hatalara karşı farklı tutumlar sergilemektedir. Bu tutumlar birçok faktörden etkilenmektedir. Sağlık çalışanlarının tıbbi hataya yönelik tutumları tutumlarının ve bu tutumları etkileyen faktörlerin belirlenmesi hataların azaltılabilmesi açısından önemlidir. Özellikle kurumun tıbbi hataya yaklaşımı çalışanların tıbbi hataya algılarını, dolayısıyla davranışlarını etkilemektedir. Suçlayıcı-cezalandırıcı yaklaşım çalışanların tıbbi hatalara karşı tutumu olumsuz etkilerken, sistem yaklaşımı ve tıbbi hatalara yönelik verilen eğitim tutumları olumlu etkilemektedir (Çetinkaya, 2016, s:216; Güleç, 2012, s:58). Mezuniyet öncesi eğitimlerle bu bilgi birikiminin sağlanması ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi bu konuda olumlu katkı sağlayacaktır. Tutumları olumlu yönde etkilemenin bir diğer yolu ise hasta güvenliği kültürü benimsenmiş bir çalışma ortamı yaratmaktan geçmektedir.

Sağlık çalışanlarından mesleklerini mesleki, etik ve hukuk kurallarına uygun icra etmeleri beklenmektedir. Aynı zamanda sağlık çalışanından bir hata oluştuğunda uygun yaklaşım sergilemesi beklenmektedir. Sağlık çalışanının hastaya müdahalesi esnasında nasıl davranması gerektiği evrensel etik ilkeler, yasalar, yönetmelikler ve genel ahlak kuralları ile belirlenmiştir. Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması da tıbbi hata kapsamında değerlendirilmektedir (JCAHO, 2007; Öztürk ve Özata, 2013).

Bir hata meydana geldiğinde sıklıkla hasta üzerinde yaratacağı etki üzerine odaklanılmakta, hatanın hata yapan üzerindeki etkisi göz ardı edilmektedir. Tıbbi hatalar sağlık çalışanını olumsuz etkilemektedir. Bazen bu durum hata yapanın

psikolojik travma yaşamasına neden olabilmektedir. Hata olduğunda hata yapan kişinin hastası için endişelendiği, klinik uygulama becerilerine güveninin zedelendiği, üzgün ve öfkeli hissettiği görülmektedir (Blood, 2014; Mayo ve Duncan, 2004). Hata yapanın içinde bulunduğu duygu durumu kişinin hata yaptıktan sonra etik değerlere uygun davranış sergilemesinin önünde bir engel oluşturabilmektedir. Hata yapan kişiden etik davranması beklenir. Hata yapan kişinin etik davranış sergileyebilmesi için duygularına odaklanmak, duygularını açığa vurma şansı vermek ve karşılaştığı olumsuz durumlarla nasıl başa çıkacağını öğretmek bu açıdan önemlidir (Blood, 2014). Burada bir kişi hata yaptıktan ya da hataya şahit olduktan sonra ne yapar sorusuyla başlamak uygun olacaktır. Daha sonra sorulması gereken ise; “Tıbbi hata olduktan sonra hata yapandan ne beklenmektedir?” sorusudur. Öncelikle bir hata oluştuğundan sonra neler olabileceğini bir örnek üzerinde değerlendirmek gerekirse; A hastanesinde, cerrahi kliniğinde yatmakta olan bir hastaya yanlışlıkla tedavi planında olmayan bir ilacın yapıldığını varsayalım. Hemşire hastasına yanlış ilacı yaptıktan sonra hatanın farkına varırsa ne yapar? Aşağıda olaya yönelik bazı senaryolar verilmiştir.

1) Hastayı hemen değerlendirir ve bir ilaç alerjisi olup olmadığını sorgular. Durumu kimseye söylemez ve hastayı takip eder.

2) Hastayı hemen değerlendirir ve bir ilaç alerjisi olup olmadığını sorgular. Durumu hemen hastanın hekimine ve klinik sorumlu hemşiresine bildirir, ancak raporlama yapmaz.

3) Hastayı hemen değerlendirir ve bir ilaç alerjisi olup olmadığını sorgular. Durumu hemen hastanın hekimine ve klinik sorumlu hemşiresine bildirir. Aynı zamanda gerekli raporlamayı yapar.

4) Hastayı hemen değerlendirir ve bir ilaç alerjisi olup olmadığını sorgular. Hastaya kendisine tedavi planında olmayan bir ilaç yaptığını açıklar ve hastadan özür dileyerek hasta takibine devam eder.

5) Hatanın farkına vardktan sonra ne hastayı değerlendirir ne de hata yaptığını ekipten biriyle paylaşır.

Özetle; hata yapan kişi hatayı örtbas edebilir, gizleyebilir, bildirmeyebilir ya da hatayı bildirmeyi, açıklamayı tercih edebilir. Hata açıklamayı tercih eden kişi hatayı hasta ve hasta yakınlarıyla paylaşabilir ya da sadece ekiple paylaşabilir. Yani hata olduğunda olumlu tutum ve davranışlarda bulunduğu, etik davrandığı gibi tam tersine olumsuz tutum ve davranışlarda bulunabilir ve etikdışı davranabilir. Tıbbi hata oluştuktan sonra etik davranıp davranmamak hatayı yapan kişinin kişilik özellikleri, aldığı eğitim, hataya karşı tutumu gibi birçok faktörle yakından ilişkilidir (Blood, 2014).

Etik, mesleki uygulamalarda karar alırken yapılması ya da yapılmaması gerekenler konusunda önemli bir yol göstericidir (Utlu, 2016). Etik davranış, bireyin ahlaki doğruları sadece kriz döneminde değil, günlük yaşamda da olumlu iletişim, iyi, doğru değerlerle bağlantı kuran davranışlardır (Babadağ, 1991). Etik davranış sadece hata oluşmasını engellemek için değil hata oluştuktan sonra da söz konusudur. Sağlık çalışanlarının etik yükümlölükleri hata olduğunda da devam etmektedir.

Bir hata olduğunda etik tepki hatayı dürüstçe ifşa edecek kadar mütevazî olmakla başlar (Lachman, 2007). Etik davranmak, bir hata olduğunda dürüstlük ilkesi gereği hatanın hasta ve yakınına açıklanmasını gerektirir. Ancak kişi hatayı açıkladığında yöneticilerin ve sigortacıların desteğini kaybetme ve kendisine dava açılma riskini almak istemiyorsa etik dışı davranış yolunu seçebilir (Blood, 2014). Tıbbi hatanın açıklanması ve özür dilenmesi çalışanlar açısından bazen endişe verici olsa da hata olduğunda seçilmesi gereken en doğru yoldur (Aslan, 2017).

Hata olduğunda hasta ve yakınları ne olduğunu, durumun sağlıklarını nasıl etkileyeceğini, hatanın neden olduğunu, problemin düzeltilip düzeltilemeyeceğini bilmek ister ve özür beklerler (JCAHO, 2007, s:47). Hata olduğunda istenen ve beklenen hatanın açıklanması, hastanın konu hakkında bilgilendirilmesi ve özür

dilenmesidir. En önemlisi sağlık çalışanının dürüst davranması beklenmektedir. Tıbbi hatalar diğer travmalardan farklıdır. Tıbbi hatalarda kasıt yoktur. Tıbbi hata olduğunda özellikle ciddi hatalarda özür dilemek çok kolay olmamaktadır (JCAHO, 2007, s:46).

Tıbbi hata olduğunda yapılması gerekenler şu şekilde özetlenebilir: öncelikle hasta değerlendirilmeli, olası zararlar için gerekli önlemler alınmalıdır. Hasta hata konusunda bilgilendirilmeli ve raporlama yapılmalıdır. Hastayı bilgilendirmek için sakın bir ortamda, yeterli vakit ayırarak hasta ve yakınının sorularına anlayacağı sade bir dille cevap verilmesi, hastanın tepkilerine izin verilmesi önerilmektedir (JCAHO, 2007, s:46,52).

Sağlık çalışanı davranışlarından hem hukuki hem etik açıdan sorumludur. Uygulamalarında gerekli dikkat ve özeni göstermesi etik sorumluluğunun bir gereğidir. Kişi bu sorumluluğu yerine getirmediğinde hem hukuka hem etiğe uymayan bir davranış sergilemiş ve tıbbi hata yapmış olacaktır. Hukuki açıdan suç sayılan bir eylem aynı zamanda etik açıdan da kabul edilemez bir eylem olabilir. Bir sağlık çalışanının kasıtlı olarak hastasına yanlış ilaç vererek ölümüne sebebiyet vermesi hem hukuka hem de etiğe uymayan bir davranıştır. Başka bir ifadeyle taksirli suç kapsamına giren davranışlar aynı zamanda etikdışı davranış nedeniyle oluşan tıbbi hata örnekleridir. Ersoy (2004), makalesinde kasten işlenen suçların tıbbi hata kavramı içerisinde değerlendirilmemesi gerektiğinden bahsetmektedir. Bu fiillerin mesleğin icrasından değil, tıbbın suça alet edilmesinden kaynaklandığını belirtmektedir. İhmal gibi bazı durumlar hariç tıbbi hatanın taksirli suç olarak kendini gösterdiğini vurgulamaktadır (Sayım 2015).

Sağlık çalışanlarının hata yaptıktan sonra etik davranmasını bazı faktörler engelleyebilir. Bu engellerden birkaçı; hata yapanın hataya bakışı, hatayı anlamlandırması, suçlama-cezalandırma kültürü olarak sıralanabilir. Bu durumlarda sağlık çalışanının etikdışı davranış sergilediği görülebilir. Etikdışı davranışlar genel olarak kanunlarla yasaklanmış, kamu vicdanında kabul edilemez davranışlardır (Sayım, 2015). Sayım (2015), sağlık alanında etikdışı alana girebilecek yaygın

uygulamaları; bireysel uygulama kaynaklı sorunlar, organizasyon veya kurum kaynaklı sorunlar, hem bireysel hem de organizasyon-kurum kaynaklı sorunlar, hasta üzerinde doğrudan sonuçlar doğuran özellikli uygulamalar, etik sorun içeren tartışma alanları olarak beş başlıkta sınıflandırmaktadır. Her bir başlığın alt maddeleri incelendiğinde etikdışı davranışların tıbbi hatalara neden olma olasılığının yüksek olduğu göze çarpmaktadır.

Tedavinin zamanında ve doğru seçilmemesi, sağlık çalışanlarının tedavi sorumluluğunu aksatması, zor hasta ya da hastalıkların baştan savılması başka doktor ya da hastanelere yönlendirilmesi, hastayı görmeden ilaç yazılması, hastanın yeterince aydınlatılmaması, maddi kazanç karşılığında uygun olmayan bir işlemin yapılması, yanlış/ gereksiz tıbbi uygulamalar bireysel uygulama kaynaklı sorunlar başlığı altında sıralanmaktadır (Sayım, 2015). Buradaki her bir maddenin tıbbi hata nedeni olduğu gazete manşetlerinde, açılan davalarda ve yapılan çalışmalarda sık sık görülmektedir. Bu konuda birkaç örnek vermek gerekirse; 1) Hemşirenin hastaya sadece intramüsküler olarak uygulanabilen bir ilacı intravenöz olarak uygulaması, 2) Hemşire tarafından 2 aylık bir bebeğe 7 dizyem yerine 70 dizyem ilaç uygulanması, 3) Karın ağrısı şikayetiyle acile gelen bir hastanın gerekli tanı işlemleri yapılmadan sadece analjezik uygulanarak evine gönderilmesi ve hastanın perfore apandisit nedeniyle hayatını kaybetmesi. Sağlık çalışanının etikdışı davranışı nedeniyle oluşan hata sonucunda hasta zarar görebilir ya da hayatını kaybedebilir.

Hasta sayısının fazlalığı ve görev yükünün ağırlığı, kazanç artırıcı işlem ya da tedavi yöntemlerinin sağlık çalışanlarına telkin edilmesi, ek ödeme ve teşvik sistemlerinin kurumsal davranışı olumsuz yönde yönlendirmesi, kurumdaki diğer servislerde elde edilen ek ödeme seviyesine ulaşmak için o servislerin yaptığı etikdışı davranışların örnek alınması, resmi hastaların faturalarının gerçek dışı harcamalarla yükseltilmesi, hastaneye gelir sağlamak amacıyla hastaların gereksiz yere fazladan yatırılması ve tıbbi işlemlere tabi tutulması, sağlık kuruluşlarının pahalı tedavi gerektiren uygulamalardan ve gelir getirmeyen sağlık hizmetlerinden kaçınması gibi birçok sorun organizasyon veya kurum kaynaklı sorunlara örnek olarak verilebilir (Sayım, 2015). Bu konuda, 1) Bir cerrahın daha fazla performans alabilmek için

kapasitenin üstünde sayıda vakayı ameliyata alması, hastanın ameliyatta arter yaralanması sonucu hayatını kaybetmesi, 2) Ameliyat sayısının çok olması, ancak postoperatif bakım yapacak hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle, servis hemşiresinin ameliyat sonrası hastanın yaşam bulgularını protokellere uygun kontrol edememesi ve hastanın hipovolemik şoka girdiğinin geç fark edilmesi, 3) İntihar eğilimi olan ve majör depresyon tanısıyla psikiyatri kliniğinde yatan hastanın semptomları tam olarak azalmamasına rağmen başka hasta yatırabilmek adına taburcu edilmesi ve hastanın taburcu olunca intihar etmesi gibi birçok örnek verilebilir.

Etikdışı davranışlardan tıbbi hata olasılığı en yüksek olan ihmaldir. Literatür incelendiğinde dava sebeplerinin başında hekim ya da hemşire aleyhine görevi ihmal suçlaması gelmektedir. Ameliyatta hastanın vücudunda yabancı madde unutulması, prematüre doğan bir bebeğin prematüre servisi olan bir hastaneye sevk edilmemesi ya da sevk edilmesinde gecikme, geçirdiği trafik kazası sonucu acil servise getirilen hastaya gereken müdahalenin zamanında yapılmaması sonucu hastanın ölmesi gibi birçok örnek verilebilir.

Sağlık hizmetleri sunumunda ya da bir hata geliştiğinde hastanın kendi kaderini belirleme ve özgür seçim yapma hakkı korunarak müdahalede bulunulmalıdır. Hataya bağlı yapılması gereken müdahalelerde de hastanın onamının alınması gereklidir (TTB, 2011). Hastadan hatayı gizlemek, hastayı bilgilendirmemek, raporlama yapmamak ve gerekli önlemleri almamak hem etikdışı davranış hem de suç teşkil eden bir davranıştır.

Sağlık personelinin hatalarını kabul etme konusunda çok başarılı oldukları söylenemez (Wolf ve Hughes, 2008, s:3,6). Tıbbi hata ile karşılaşıldığında inkar yaygın görülmektedir. Hata yapan hemşire suçluluk, pişmanlık, tükenmişlik, mesleki memnuniyetsizlik hissedebilmekte ve negatif tutum gösterebilmektedir (Dilmen, 2016, s:15; Mayo ve Duncan, 2004).

Yapılan araştırmalar hata olduğunda genel eğilimin onu gizlemek olduğunu göstermektedir. Bunun dışında birim sorumlu hemşiresi ya da hekime bildirim yapıldığı ancak bildirim oranlarının çok az olduğu görölmektedir. Bildirimin önündeki en büyük engelin de ayıplanma ve suçlanma korkusu olduğu görölmektedir (Bayındır Çevik ve ark., 2015; Cebeci ve ark., 2014; Dilmen, 2016; Saray Kılıç ve Özhan Elbaş, 2014; Yıldırım ve ark., 2009; Yiğitbaş ve ark., 2016).

Tez çalışması ile hemşirelik öğrencilerinin tıbbi hata konusunda farkındalıklarının sağlanması, bu konuda bilgi ve tutumlarını geliştirmek amacıyla bir eğitimi programı hazırlanması ve bu eğitimin etkililiğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, hemşirelik öğrencilerine verilen tıbbi hata eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisini değerlendirmektir. Planlanan eğitim ile öğrencilerin klinik uygulamalar esnasında yaşadıkları ve neden oldukları hataları azaltmak, öğrencileri tıbbi uygulama hatalarının hukuki ve etik boyutu hakkında bilinçlendirmek ve öğrencilerin bu konuda farkındalıklarını sağlamak amaçlanmıştır.

Araştırmanın hipotezleri;

Tıbbi hata eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin bilgisine etkisi yoktur. (H0<sub>1</sub>)

Tıbbi hata eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin tutumlarına etkisi yoktur. (H0<sub>2</sub>)

Tıbbi hata eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyine etkisi vardır. (H1<sub>1</sub>)

Tıbbi hata eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin tutumları üzerine etkisi vardır. (H1<sub>2</sub>)

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Çalışmanın hemşirelik son sınıf öğrencileri ile sınırlandırılmasının nedeni bu grubun etik dersi almış olmalarıdır. Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde 186'sı son sınıf olmak üzere toplam 796 öğrenci eğitim almaktadır. Araştırmanın yapıldığı okulda öğrenciler ilk üç sene Hemşirelik Esasları, İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği derslerini alarak son sınıfta bir dönem boyunca haftada 32 saat olmak üzere genel uygulama dersi, diğer dönemde de Halk Sağlığı Hemşireliği ve Psikiyatri Hemşireliği derslerini almaktadır. Araştırmanın ilk aşaması olan ihtiyaç analizi için ayrıca örneklem seçimine gidilmemiş, veri toplama formu çalışmaya



katılmayı gönüllü olarak kabul eden 150 öğrenciye 26-30 Eylül 2016 tarihleri arasında uygulanmıştır (katılım oranı % 80,6'dır). İkinci aşamada ise eğitim için 40 kişilik çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalışma grubu gönüllük esasına dayanılarak rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Çalışma hakkında son sınıf öğrencilerine bilgi verilmiş ve katılmak isteyenlerin isim ve iletişim bilgilerini listeye yazmaları istenmiştir. Listeye ismini yazan ve eğitimin tamamına katılmayı kabul eden 40 öğrenci çalışma grubuna dahil edilmiştir,

### **2.3. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırmada öntest-sontest tek gruplu yarı deneysel yöntem kullanılmıştır.

### **2.4. Araştırmanın Aşamaları**

1. Çalışmanın ilk aşamasında Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri ile ihtiyaç analizi yapılmıştır.

2. İhtiyaç analizinden elde edilen veriler doğrultusunda eğitim programı hazırlanmıştır.

3. Eğitim öncesinde öğrencilere, kişisel bilgi formu, bilgi testi, vaka formu, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden oluşan öntest uygulanmıştır.

4. Öğrencilere toplam yedi oturumdan oluşan eğitim programı uygulanmıştır.

5. Eğitimden sonra öğrencilere, kişisel bilgi formu, bilgi testi, vaka formu, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden oluşan sontest uygulanmıştır.

6. Elde edilen veriler analiz edilmiştir.

Bu aşamalara ilişkin bilgiler aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

#### **2.4.1. İhtiyaç Analizi**

Eğitim programı hazırlanmanın ilk basamağı eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesidir. Program hazırlanmadan önce eğitim verilecek grubun neye ihtiyaç duyduğu, gerçek ihtiyacının ne olduğu belirlenmelidir (Demirel, 2012, s:69). Ancak ihtiyaçlar doğru belirlendiğinde hazırlanan eğitimin işlevselliğinden söz edilebilir. Başarılı bir proje ya da eğitim için öncelikle ihtiyaçları değerlendirerek işe başlamak gerektiği konusunda eğitim uzmanlarının hemfikir olduğu görülmektedir (Demirel, 2012, s:74; Küçüktepe, 2014, s:100).

İhtiyaç analizi yapmak için değişik yöntem ve teknikler bulunmaktadır. İhtiyaç analizinde bu tekniklerden bir ya da birkaçını aynı anda kullanmak mümkündür (Demirel, 2012, s:79). Eğitim ihtiyaçları belirlenirken bilgi toplama aşamasında hangi yöntem ya da tekniklerin kullanılacağı ihtiyaç duyulan bilginin miktarına, türüne, bilginin aciliyetine, ihtiyaç duyulan bilginin kimden ya da kimlerden alınacağına ve ihtiyaç belirlemenin amacına bağlıdır (Karacaoğlu, 2009). İhtiyaç analizinde kullanılan tekniklerden bazıları şu şekildedir;

- Delphi Tekniği- Anket Geliştirme
- Progel-DACUM Tekniği
- Gözlem
- Meslek (İş) Analizi
- Ölçme Araçları- Testler
- Görüşme- Grup Toplantıları
- Kaynak Tarama
- Literatür Tarama
- Raporları Değerlendirme

## – Mevcut Programın İncelenmesi

Çalışmamızda ihtiyaç analizi yapmak için ölçme araçları tekniğinde en yaygın kullanılan yöntem olan ölçme araçları-test yöntemi kullanılmıştır. Test, bireylerde aranan özelliklerin ne miktarda var olduğunu saptamak üzere program girişinde öğrenciye verilen ölçme araçlarıdır. Kullanılan ölçme aracının sonuçlarına göre öğrencilerin öğrenme ihtiyaçları belirlenmektedir (Demirel, 2012, s:91; Karacaoğlu, 2009). Ayrıca programın giriş ve sonunda öğrencinin öğrenme eksikliklerini belirlemek amacıyla uygulan izleme testleri de kullanılabilir. Kullanılan testler başarı ve performans testleri olduğu gibi bireylerin ilgi, tutum, eğilim gibi özelliklerini ölçen psikometrik testler de olabilir (Küçüktepe, 2014, s:119; Demirel, 2012, s:91).

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak öğrencilerin tıbbi hata ile ilgili eksiklerini açığa çıkarmak amacıyla 13 sorudan oluşan bir veri toplama formu oluşturulmuştur. Veri toplama formu öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, tıbbi hataya yönelik eğitim alıp almadıklarını, tıbbi hata ve ilişkili konularda bilgilerini yeterli görüp görmediklerini ve eğitim gereksinimlerinin neler olduğunu içeren sorulardan oluşmaktadır. Veri toplama formu 26 - 30 Eylül 2016 tarihleri arasında okulda bulunan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden toplam 150 hemşirelik öğrencisi tarafından doldurulmuştur. Elde edilen verilerinin analizinde frekans analizi kullanılmıştır.

### **2.4.2. Veri Toplama Araçları**

Çalışmanın ilk aşamasında ihtiyaç analizi yapmak amacıyla literatür taramasına dayalı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu kullanılmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında ise; eğitim öncesi ve sonrasında araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu, bilgi testi, araştırmacı tarafından hazırlanan ve uzman görüşü alınan vaka formu, Özata ve Altuncan tarafından geliştirilen

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Güleç ve Seren İntepeler tarafından geliştirilen Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği kullanılmıştır. (Ek-2).

#### **2.4.2.1. İhtiyaç Analizi Veri Toplama Formu**

Araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formunda öğrencilerin yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarını içeren sosyo-demografik özellikleri, daha önce tıbbi hatalarla ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıklarına yönelik sorular ve tıbbi hata konusunda eksik olduklarını düşündükleri konuların tespit edilmesi ve en çok ihtiyaç duydukları konuların ortaya çıkarılması amacıyla hazırlanan sorulara yer verilmiştir (Ek-1).

#### **2.4.2.2. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel bilgi formunda öğrencilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumları ve sosyo-demografik özelliklerini içeren sorulara yer verilmiştir (Ek-2).

#### **2.4.2.3. Bilgi Testi**

Bilgi testi, literatür taramasına dayalı olarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Toplam 11 açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Öğrencilerin herbir soruya verdiği cevaplar araştırmacı tarafından hazırlanan rubriğe göre değerlendirilmiştir. Öğrencilerin bilgi testinden alacağı toplam puan 0-20 puan arasındadır (Ek-3,4).

#### **2.4.2.4. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği**

Özata ve Altuncan tarafından 2010 yılında geliştirilen, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek 49 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; ilaç ve

transfüzyon uygulamaları (18 madde), hastane enfeksiyonları (12 madde), hasta izlemi ve malzeme güvenliği (9 madde), düşmeler (5 madde) ve iletişim (5 madde) alt boyutlarıdır. Ölçek beşli likert tipindedir. Katılımcı maddeleri cevaplandırırken; “1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle ve 5: her zaman” şıklarından birini işaretleyerek cevap vermektedir. Değerlendirme yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.954 olarak hesaplanmıştır (Özata ve Altunkan, 2010) (Ek-5). Bizim çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.932 olarak hesaplanmıştır.

#### **2.4.2.5. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği**

Güleç ve Seren İntepeler tarafından 2013 yılında geliştirilen, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek 16 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; tıbbi hata algısı (2 madde), tıbbi hataya yaklaşım (7 madde) ve tıbbi hata nedenleri (7 madde) alt boyutlarıdır. Araştırmaya katılanların ölçek ve alt boyut puanlarını hesaplamak için ilgili maddelerin ortalaması alınarak puanlar elde edilmiştir. Ölçek beşli likert tipindedir. Maddeler (1) hiç katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) kararsızım, (4) katılıyorum ve (5) tamamen katılıyorum şeklindedir. Ölçekteki iki madde (10. ve 13. madde) ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek hesaplamasında 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 bölünür ve elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilir. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,75 olarak hesaplanmıştır (Güleç ve Seren, 2013) (Ek-6). Bizim çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.653 olarak hesaplanmıştır.

#### 2.4.2.6. Vaka Analiz Soruları

Vaka çalışmaları bir dokümanın ve olayın ayrıntılı incelenmesini sağlayan çalışmalardır (Uzuner, 1999, s:184). Araştırmamızda eğitim öncesi ve sonrası hepsi tıbbi hata içeren toplam dört vakadan oluşan vaka formu kullanılmıştır (Ek-7). Öğrencilerden bu vakaları analiz etmeleri istenmiştir. Öğrencilere her bir vakaya ilişkin, vakada tıbbi hata olup olmadığına ilişkin düşünceleri sorulmuş, durumu etik ilke ve değerler açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Vakalar araştırmacı tarafından hazırlanmış; hemşirelik esasları, hukuk, eğitim bilimleri, eğitimde ölçme ve değerlendirme ile tıp tarihi ve etik alanlarından olmak üzere toplam beş uzman görüşüne gönderilmiştir.

Vaka analizinde kullanılan birinci vaka hastanede yatışı sırasında yataktan düşerek omuzunu ve kalçasını kıran bir hastayı; ikincisi hemşire tarafından sıcak su torbası takip edilmediği için yanık oluşan hastayı; üçüncüsü ilaç uygulama hatası nedeniyle hayatını kaybeden hastayı; dördüncüsü sterilizasyona uyulmadığı için enfeksiyon gelişen hastayı işaret etmektedir.

#### 2.5. Veri Analizi

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 22 programına aktararak analizler tamamlanmıştır. İhtiyaç analizi için oluşturulan veri toplama formu verilerinin analizinde frekans analizi kullanılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası elde edilen veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort±ss) verilmiştir. Araştırmada kullanılan tıbbi hataya eğilim ve tıbbi hatalarda tutum ölçeklerine güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Araştırmaya katılanların ölçek ve alt boyut puanlarını hesaplamak için ilgili maddelerin ortalaması alınarak puanlar elde edilmiştir.

Uygulanacak analizlere karar vermek için bilgi puanı, tıbbi hataya eğilim ile alt boyutları ve tıbbi hatalarda tutum ile alt boyutları puanlarına Shapiro Wilk normallik

testi uygulanmıştır. Test sonucunda tüm puanların normallik varsayımını sağladığı ( $p>0,05$ ) görülmüş ve bu nedenle karşılaştırmalarda parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımlı grup (örn: öntest- sontest) arasında farklılık olup olmadığı Bağımlı Örneklem T Testi, iki bağımsız grup (örn: cinsiyet) arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı ise Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişki Pearson Korelasyon katsayısı ile yorumlanmıştır.

Vaka formundaki vakalar araştırmacı tarafından analiz edilmiş ve ne tür tıbbi hatalar içerdikleri incelenerek rubrik haline getirilmiştir (Ek-8). Öğrencilerin herbir vaka için verdiği cevaplar bu rubriğe göre niteliksel perspektiften değerlendirilmiştir. Aynı zamanda elde edilen veriler SPSS programına girilerek frekans analizleri yapılmıştır.

## **2.6. Tıbbi Hata Eğitim Programı**

Tıbbi hata eğitimi hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalar esnasında yaşadıkları ve neden oldukları hataları azaltmak, öğrencileri tıbbi uygulama hatalarının hukuki ve etik boyutuyla ilgili sorunlar hakkında bilinçlendirmek ve farkındalık sağlamak amacıyla planlanmıştır. Eğitim programı, yapılan ihtiyaç analizi verileri ışığında araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Eğitim, hemşirelerin tıbbi hata ile ilgili görev, yetki ve sorumlulukları, tıbbi hatalar, hasta güvenliği, tıbbi hatalarda mesleki ve yasal sorumluluk, tıbbi hatalarda etik sorumluluk ve tıbbi hataların bildirim konularını kapsamaktadır. Çalışma toplam yedi haftalık zaman diliminde herbiri yaklaşık iki saat olmak üzere yedi oturum olarak planlanmıştır. Çalışma grubu 2016-2017 eğitim-öğretim yılı Bahar döneminde Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü son sınıfında bulunan 40 öğrenciden oluşmaktadır. Araştırmaya katılımda gönüllük esası aranmıştır. Eğitimin etkililiği, öntest-sontest uygulamalı, tek gruplu, yarı deneysel desen kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tıbbi hata eğitimi Düzce Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi giriş kat 3 no'lu amfide 45'er dakikalık iki oturum halinde gerçekleştirilmiştir. Eğitimin gerçekleştirildiği amfi donanım ve teknolojik açıdan gerekli altyapıya sahiptir. Oturumlar öğrencilerin genel uygulama dersinin olmadığı Cuma günü 15.00-17.00 saatleri arasında gerçekleştirilmiştir. Eğitimde anlatım, tartışma, soru- yanıt, örnek olay (case-study) gibi öğretim yöntemleri kullanılmış ve öğrencilere oturumlardan sonra bir sonraki oturum için ödevler verilmiştir.

Tıbbi Hata Eğitimi 24 Şubat 2017 - 07 Nisan 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma grubunda yer alan öğrencilerle daha kolay iletişim sağlamak; öğrencilere verilen ödevleri hatırlatmak ve ödevlerin takibini yapmak; oturumlardan önce öğrencilere verilecek dokümanları ulaştırmak ve öğrencilere oturum günü ve saatini hatırlatmak amacıyla sosyal paylaşım sitelerinden birinde grup kurulmuş ve gerekli takipler, duyurular bu grup üzerinden sağlanmıştır.

Eğitime düzenli katılan, verilen ödevleri tam olarak yerine getiren öğrencilere eğitim sonunda eğitici tarafından düzenlenen katılım belgesi verilmiştir.

Aşağıda yedi oturumdan oluşan eğitimin her bir oturumuna yönelik bilgiler verilmiştir. Eğitim planı Ek-9'da verilmiştir.

1. Oturum: 24 Şubat 2017'de gerçekleştirilmiştir. Bu oturumda öğrencilerle tanışılmış, eğitim hakkında bilgi verilmiş ve eğitim öncesi öntest uygulanmıştır. Ayrıca bu oturumda eğitimde uyulması gereken kurallar, eğitimcinin öğrencilerden beklentileri, öğrencilerin eğitimden ve eğitimciden beklentileri hakkında konuşulmuştur. Eğitimde devam zorunluluğu olduğu, ancak öğrencinin eğitimden istediği zaman çıkabileceği, eğitimin kurallarına uymayan öğrencinin eğitimden çıkarılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca eğitim kurallarına uymayan öğrencinin eğitim sonunda verilecek olan katılım belgesini almaya hak kazanamayacağı da belirtilmiştir.



2. Oturum: 03 Mart 2017’de “Tıbbi Hatalar” oturumu gerçekleştirilmiştir. Bu oturumda tıbbi hatanın tanımı, tıbbi hata ile ilgili temel kavramlar, tıbbi hata nedenleri, tıbbi hataların sınıflandırması, hemşireliğe ilişkin tıbbi hata örnekleri ve tıbbi hata kaynakları hakkında bilgi verilmiştir. Oturumda öğrencilerin karşılaştıkları ya da yaptıkları birçok uygulama tıbbi hata bağlamında tartışılmıştır. Öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun oturumdan önce tıbbi hatayı sadece ilaç hatası olarak düşündüğü görülmüştür. Oturum sonunda öğrencilerden staj yaptıkları kliniklerde gördükleri, gözlemedikleri ve/veya kendi yaptıkları hataları raporlandıklarını istenmiştir.

3. Oturum: 10 Mart 2017’de “Hemşirelerin Tıbbi Hata ile İlgili Görev, Yetki ve Sorumlulukları” oturumu gerçekleştirilmiştir. Oturuma başlamadan önce bir önceki oturumun kısa bir değerlendirmesi yapılmıştır. Öğrencilerle verilen ödev hakkında konuşulmuş ve öğrencilerin bir önceki oturuma yönelik soruları cevaplandırılmıştır. Öğrenciler hem kendi yaptıkları hem de gözlemedikleri, çoğunluğu ilaç hatası olan tıbbi hata örneklerini paylaşmışlardır. Oturumda hemşireliğin görev tanımı, hemşireliğin görev, yetki ve sorumlulukları, hemşireliğin bakım süreci ve aşamaları, temel hemşirelik rolleri ve tıbbi hatalarla ilişkisi konusunda bilgi verilmiştir. Öğrenciler, oturum öncesi kendilerine online olarak gönderilen yönetmelikleri daha önce ayrıntılı incelemediklerini, görev, yetki ve sorumlulukları konusunda bilinçli olmadıklarını dile getirmişlerdir. Oturum sonunda öğrencilere hangi önlemler alınsa görülen hatalar önlenebilir, azaltılabilir? konulu bir ödev verilmiştir.

4. Oturum: 17 Mart 2017’de “Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar” oturumu gerçekleştirilmiştir. Oturuma başlamadan önce bir önceki oturumun kısa bir değerlendirmesi yapılmıştır. Öğrencilerle verilen ödev hakkında konuşulmuş ve öğrencilerin bir önceki oturuma yönelik soruları cevaplandırılmıştır. Öğrenciler bu oturumda hastanede karşılaştıkları olaylara farklı bir perspektiften baktıklarını, uygulamaları yaparken daha dikkatli olduklarını dile getirmişlerdir. Oturumda hasta güvenliğinin tanımı, hasta güvenliğinin önemi, hasta güvenliğinde hemşirenin rolleri konularında bilgi verilmiştir. Öğrencilerden bir sonraki oturum için uygulama

yaptıkları kliniklerde kullanılan, hasta güvenliği protokollerinden birer örnek getirmeleri istenmiştir.

5. Oturum: 24 Mart 2017’de “Tıbbi Hatalarda Mesleki ve Yasal Sorumluluk” oturumu gerçekleştirilmiştir. Oturuma bir önceki oturumun kısa bir değerlendirmesi yapılarak ve verilen ödev hakkında konuşularak başlanmıştır. Oturumda hemşirenin tıbbi hata sürecinde mesleki ve yasal sorumlulukları, tıbbi müdahale, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartları hakkında bilgi verilmiştir. Öğrencilerin getirdiği hasta güvenliği protokolleri tartışılmıştır. Öğrencilerin uygulama alanlarında ya da kitle iletişim araçları vasıtasıyla öğrendikleri örnekler üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır. Öğrencilerden bir sonraki oturum için klinik uygulamalarda karşılaştıkları/gözlemledikleri, aydınlatılmış onam kusurlarını raporlandırmaları istenmiştir.

6. Oturum: 31 Mart 2017’de “Tıbbi Hataların Bildirimi ve Tıbbi Hatalarda Etik Sorumluluk” oturumu olarak gerçekleştirilmiştir. Oturuma başlamadan önce bir önceki oturumun kısa bir değerlendirmesi yapılmıştır. Öğrencilerle verilen ödev hakkında konuşulmuş ve öğrencilerin bir önceki oturuma yönelik soruları cevaplandırılmıştır. Öğrencilerle bir önceki oturumdan sonraki bir haftalık süreçte karşılaştıkları aydınlatılmış onam kusurları ile ilgili değerlendirmeler yapılmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından önceden hazırlanan bir vaka öğrencilere çıktı olarak verilmiş ve bu vaka üzerinde vaka çalışması ile öğrencilerin tıbbi hatalarda tutum ve davranışları hakkında tartışılmıştır. Bu oturumun içeriğinde ise; tıbbi hata bildirim, tıbbi hataların raporlanması, tıbbi hata durumunda yapılması gerekenler, tıbbi hatanın bildirim ve yönetiminde hemşirenin sorumluluğu ve etik ilkeler konuları bulunmaktadır.

7. Oturum: 07 Nisan 2017’de eğitimin son oturumu gerçekleştirmiştir. Bu oturumda öğrencilerden eğitim hakkında geri bildirim istenmiştir. Sontest uygulanarak eğitim sonlandırılmıştır.

## **2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri**

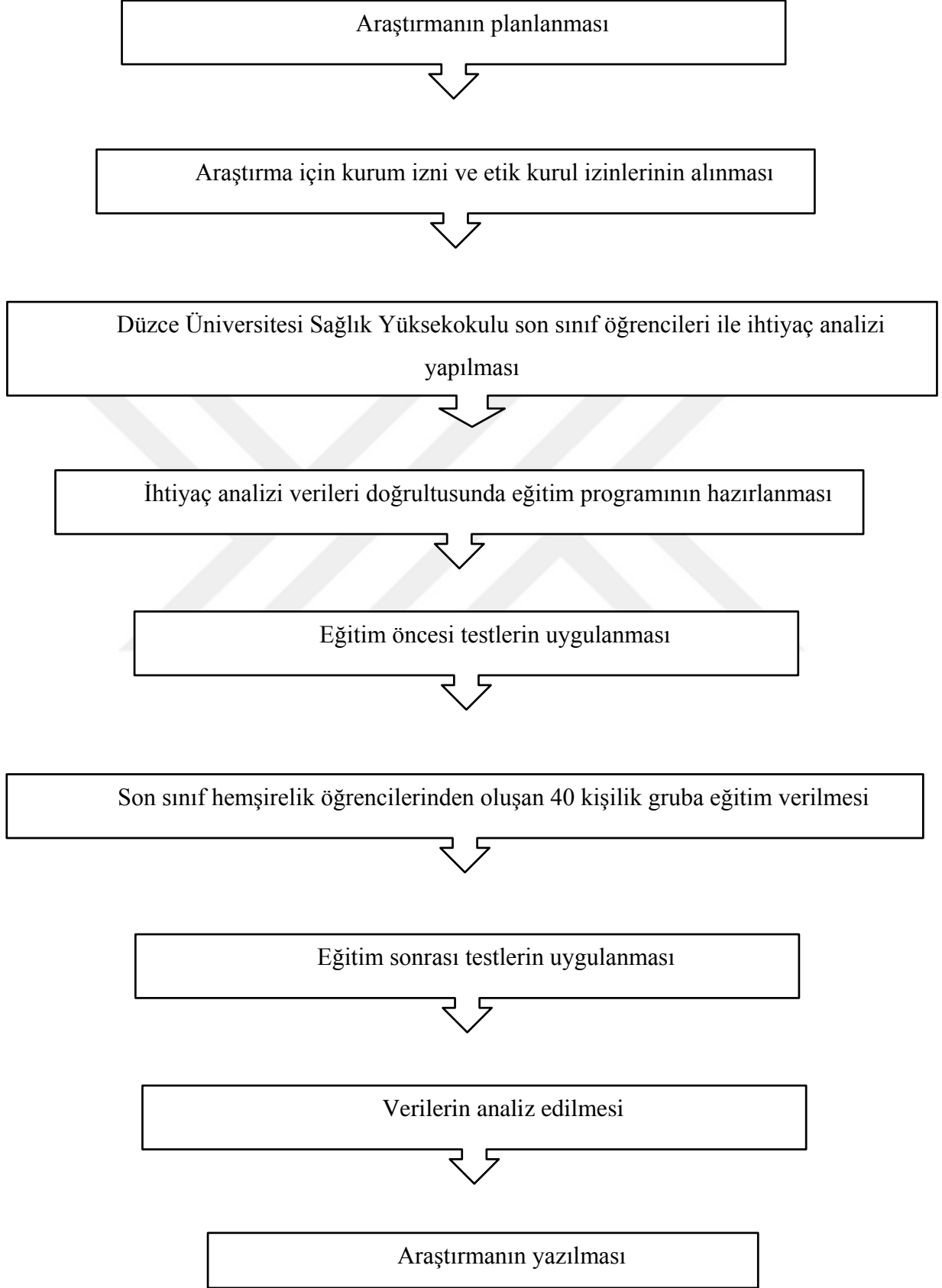
Çalışmanın ihtiyaç analizi bölümü, sadece literatür taramasına dayalı oluşturulan veri toplama formunun son sınıf hemşirelik öğrencilerine uygulaması ile sınırlandırılmıştır. Yapılan bu araştırmanın sonuçları Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri ile sınırlıdır.

Vakaların tümünün tıbbi hata içermesi sınırlılık yaratan bir durumdur.

## **2.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışma için Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.07.2016 tarih ve 2016/70 sayılı izin ve Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden 49614562/605.01/17745 sayı ve 28.07. 2016 tarihli izin alınmıştır (Ek-10,11). İhtiyaç analizi için veri toplama formu uygulanırken öğrencilere açıklama yapılmış ve sözel onamları alınmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası kullanılan Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği için ölçek sahiplerinden gerekli izinler alınmıştır. Eğitime katılan öğrencilerden eğitim öncesi yazılı olarak izin alınmıştır (Ek-12).

## 2.9. Araştırma Süreci Aşamaları



### 3. BULGULAR

#### 3.1. İhtiyaç Analizine Yönelik Araştırma Verilerinin Analizi

Bu bölümde ihtiyaç analizinden elde edilen verilerinin çözümlenmesiyle elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

**Çizelge 3.1.** İhtiyaç analizine katılan öğrencilerin demografik bilgileri

Öğrencilerin Demografik Özellikleri	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	127	84,7
Erkek	23	15,3
<b>Mezuniyet Durumu</b>		
Anadolu Lisesi	52	34,7
Genel Lise	52	34,7
Sağlık Meslek Lisesi	32	21,3
Mesleki ve Teknik Lise	11	7,3
Açık Lise	2	1,3
İmam Hatip Lisesi	1	0,7
Yaş $\bar{x} \pm SS$ : 21.7 $\mp$ 1.6		
<b>Toplam</b>	150	100

Çizelge 3.1.'de ihtiyaç analizine katılan öğrencilerin demografik özellikleri incelenmiştir. Öğrencilerin % 84,7'si kadınlardan, % 15,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. Öğrencilerin ortaöğretim mezuniyetlerine bakıldığında; % 34,6'sının Anadolu Lisesi, % 34,6'sının Genel Lise, % 21,3'ünün Sağlık Meslek Lisesi, % 7,3'ünün Mesleki ve Teknik Lise, % 1,3'ünün Açık Lise ve % 0,6'sının İmam Hatip Lisesi mezunu olduğu görülmektedir. Öğrencilerin yaşları 20-36 yaş arasında değişmekte; grubun ortalama yaşı 21.7  $\mp$  1.6'dır.

**Çizelge 3.2.** İhtiyaç analizine katılan öğrencilerin tıbbi hata ile ilgili eğitim alma ve yeterlilik durumları

Eğitim alma ve yeterlilik durumları		n	%
Eğitim Alma	Alan	128	85,3
	Almayan	22	14,7
	Toplam	150	100,0
Eğitim Yeterliliği	Yeterli	58	45,3
	Yetersiz	70	54,7
	Toplam	128	100,0
Eğitim Kaynakları*	Lisans eğitimi	117	73,6
	Kongre, sempozyum	18	11,3
	Uygulama	24	15,1
	Toplam	159	100,0
Etik ile ilgili aldığı dersler	Deontoloji	79	61,2
	Adli Tıp	50	38,8
	Toplam	129	100,0

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 3.2.'de ihtiyaç analizine katılan öğrencilerin tıbbi hata ile ilgili eğitim alma ve yeterlilik durumları incelenmiştir. Öğrencilerin % 85,3'ü tıbbi hatalarla ilgili bir eğitim aldığını belirtirken; tıbbi hatalarla ilgili eğitim alan öğrencilerin % 54,7'si aldıkları eğitimi yetersiz bulmaktadır. Öğrencilerin % 73,6'sı tıbbi hata ile ilgili eğitimi lisans eğitimi sürecinde aldığını ifade etmektedir. Öğrencilerin tıbbi hata eğitimini lisans eğitimleri sürecinde aldıkları derslere bakıldığında; % 61,2'sinin deontoloji dersinde, % 38,8'inin ise adli tıp dersinde aldıkları görülmektedir.

**Çizelge 3.3.** İhtiyaç analizine katılan öğrencilerin tıbbi hata ve tıbbi hataya yönelik sorumluluklarına ilişkin bilgilerini yeterli bulma durumları

Tıbbi hata ve sorumluluklarına ilişkin bilgi durumu		n	%
Tıbbi hataya	Yeterli	20	13,3
	Kısmen yeterli	102	68,0
	Yetersiz	28	18,7
Mesleki sorumluluklara	Yeterli	24	16
	Kısmen yeterli	106	70,6
	Yetersiz	20	13,3
Görev ve yetkilere	Yeterli	20	13,3
	Kısmen yeterli	100	66,7
	Yetersiz	30	20,0
Hukuki ve cezai sorumluluklara	Yeterli	22	14,6
	Kısmen yeterli	90	60,0
	Yetersiz	38	25,3
Etik sorumluluklara	Yeterli	26	17,3
	Kısmen yeterli	93	62,0
	Yetersiz	31	20,6
	Toplam	150	100,0

Çizelge 3.3.'de ihtiyaç analizine katılan öğrencilerin tıbbi hata ve tıbbi hataya yönelik sorumluluklarına ilişkin bilgilerini yeterli bulma durumları incelenmiştir. Öğrencilerin tıbbi hataya ilişkin bilgilerini yeterli bulma durumlarına bakıldığında; % 68,0'inin bilgisini kısmen yeterli, % 18,7'sinin yetersiz, yalnızca % 13,3'ünün ise yeterli bulduğu görülmektedir. Öğrencilerin mesleki sorumluluklara ilişkin bilgilerini yeterli bulma durumlarına bakıldığında; % 70,6'sının bilgisini kısmen yeterli, %16'sının yeterli ve % 13,3'ünün ise yetersiz bulduğu görülmektedir. Öğrencilerin görev ve yetkilerine ilişkin bilgilerini yeterli bulma durumlarına bakıldığında; % 66,7'sinin bilgisini kısmen yeterli bulduğu, % 20'sinin yetersiz bulduğu, %13,3'ünün yeterli bulduğu görülmektedir. Öğrencilerin hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin bilgilerini yeterli bulma durumlarına bakıldığında; % 60'ının bilgisini kısmen yeterli, % 25,3'ünün yetersiz, %14,6'sının ise yeterli bulduğu görülmektedir. Öğrencilerin etik sorumluluklarına ilişkin bilgilerini yeterli bulma durumlarına bakıldığında; % 62'sinin kısmen yeterli, % 20,6'sinin yetersiz, %17,3'ünün yeterli bulduğu görülmektedir.

**Çizelge 3.4.** İhtiyaç analizine katılan öğrencilerin ihtiyaç duydukları eğitim konuları

<b>Tıbbi hata eğitim konuları</b>	<b>Min./Max.</b>	<b>Mean</b>	<b>Sd</b>
Tıbbi hata ile ilgili görev ve yetkiler	1,00 /10.00	7,30	2,68
Tıbbi hatalarda yasal sorumluluk	1,00 /10.00	6,47	2,72
Etik sorumluluk	1,00 /10.00	6,03	2,72
Tıbbi hatalarda mesleki sorumluluk	1,00 /10.00	5,93	2,52
Hata bildirim	1,00 /10.00	5,72	2,87
Hasta güvenliği	1,00 /10.00	5,41	2,71
Tıbbi hata nedenleri	1,00 /10.00	5,39	2,58
Tıbbi hata ile ilgili temel kavramlar	1,00 /10.00	4,57	3,17
Tıbbi hata örnekleri	1,00 /10.00	4,26	2,74
Tıbbi hata sınıflandırması	1,00 /10.00	3,90	2,25

Çizelge 3.4.'de ihtiyaç analizine katılan öğrencilerin tıbbi hata konusunda eğitim ihtiyaçları incelenmiştir. Öğrenciler en az ihtiyaç duyduğunu konuya 1, en çok ihtiyaç duyduğu konuya 10 olacak şekilde sıralama yapmıştır. Öğrencilerin konulara göre ihtiyaç durumlarına bakıldığında; en çok ihtiyaç duydukları konu hemşirenin tıbbi hata ile ilgili görev, yetki ve sorumlulukları iken (7,30), ihtiyaç en fazla hissettiklerinden en az hissettiklerine konu sıralaması şu şekildedir: yasal sorumluluk, etik sorumluluk, mesleki sorumluluk, hata bildirim, hasta güvenliği, tıbbi hata nedenleri, temel kavramlar, tıbbi hata örnekleri ve tıbbi hata sınıflandırmasıdır.



### 3.2. Eğitim Öncesi ve Sonrası Verilerin Analizinden Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde öğrencilerden eğitim öncesi ve sonrası elde edilen verilerin çözümlenmesiyle ulaşılan bulgulara yer verilmiştir.

**Çizelge 3.5.** Eğitime katılan öğrencilerin demografik bilgileri

Öğrencilerin Demografik Özellikleri	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	33	82,5
Erkek	7	17,5
<b>Mezuniyet</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	6	15,0
Anadolu Lisesi	18	45,0
Mesleki ve Teknik Lise	4	10,0
Genel Lise	12	30,0
Yaş $\bar{x} \pm SS$ : 22.7 $\mp$ 0.97		
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Çizelge 3.5.'de eğitime katılan öğrencilerin demografik özellikleri incelenmiştir. Öğrencilerin % 82,5'i kadınlardan, %17,5'i erkeklerden oluşmaktadır. Öğrencilerin ortaöğretim mezuniyetleri incelendiğinde, %45,0'inin Anadolu Lisesi, %30,0'unun ise Genel Lise, %15,0'inin Sağlık Meslek Lisesi, %10,0'unun Mesleki ve Teknik Lise mezunu olduğu görülmektedir. Öğrenciler 21-25 yaş aralığındadır ve yaş ortalamaları 22.7  $\mp$  0.97'dir.

**Çizelge 3.6.** Eğitime katılan öğrencilerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyutlarının öntest ve sontest puanlarının karşılaştırılması

<b>Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği</b>	<b>Test</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Toplam Puan	Öntest	40	4,27	0,357	-5,038	<b>0,000*</b>
	Sontest	40	4,57	0,342		
<b>Alt Boyutlar</b>						
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Öntest	40	4,22	0,427	-4,863	<b>0,000*</b>
	Sontest	40	4,58	0,360		
Hastane Enfeksiyonları	Öntest	40	4,34	0,403	-3,808	<b>0,000*</b>
	Sontest	40	4,62	0,393		
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Öntest	40	4,08	0,458	-3,372	<b>0,002**</b>
	Sontest	40	4,36	0,484		
Düşmeler	Öntest	40	4,43	0,530	-2,995	<b>0,005**</b>
	Sontest	40	4,67	0,394		
İletişim	Öntest	40	4,47	0,497	-2,836	<b>0,007**</b>
	Sontest	40	4,70	0,373		

\*:  $p < 0,01$  \*\*:  $p < 0,001$

Çizelge 3.6.'da eğitime katılan öğrencilerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyutlarının öntest ve sontest puanları arasındaki farklılık incelenmiştir. Öğrencilerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması 4,27'den 4,57'ye yükselmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ( $p=0,000$ ).

Ölçeğin İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutu puan ortalaması 4,22'den 4,58'e yükselmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ( $p=0,000$ ).

Ölçeğin Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması 4,34'den 4,62'e yükselmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ( $p=0,000$ ).

Ölçeğin Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması 4,08'den 4,36'ya yükselmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır (p=0,002).

Ölçeğin Düşmeler alt boyutu puan ortalaması 4,43'den 4,67'ye yükselmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır (p=0,005).

Ölçeğin İletişim alt boyutu puan ortalaması 4,47'den 4,70'e yükselmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır (p=0,007).

Hemşirelikte Tıbbi hataya eğilim ölçeğinin öntest ve sontest puan ortalamalarına bakıldığında; öğrencilerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu görülmektedir. Öğrencilerin eğitim sonrası puan ortalamalarının eğitim öncesine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular tıbbi hata eğitiminin, öğrencilerin tıbbi hataya eğilimlerini azaltmaya yönelik etkili olduğunu göstermektedir.

**Çizelge 3.7.** Eğitime katılan öğrencilerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının öntest ve sontest puanlarının karşılaştırılması

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	Test	n	Ort.	SS	t	p
Toplam Puan	Öntest	40	3,80	0,347	-10,169	<b>0,000**</b>
	Sontest	40	4,33	0,258		
<b>Alt Boyutlar</b>						
Tıbbi Hata Algısı	Öntest	40	3,11	0,702	-3,278	<b>0,002*</b>
	Sontest	40	3,56	0,744		
Tıbbi Hataya Yaklaşım	Öntest	40	3,84	0,487	-7,866	<b>0,000**</b>
	Sontest	40	4,50	0,383		
Tıbbi Hata Nedenleri	Öntest	40	3,96	0,435	-5,912	<b>0,000**</b>
	Sontest	40	4,38	0,361		

\*:p<0,01    \*\*:p<0,001

Çizelge 3.7.'de eğitime katılan öğrencilerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının öntest ile sontest puanları arasındaki farklılık incelenmiştir. Öğrencilerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puanı 3,80'den 4,33'e yükselmiştir. Bu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ( $p=0,000$ ).

Ölçeğin Tıbbi Hata Algısı alt boyutu puan ortalaması 3,11'den 3,56'ya yükselmiştir. Bu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ( $p=0,002$ ).

Ölçeğin Tıbbi Hataya Yaklaşım alt boyutu puan ortalaması 3,84'den 4,50'ye yükselmiştir. Bu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ( $p=0,000$ ).

Ölçeğin Tıbbi Hata Nedenleri alt boyutu puan ortalaması 3,96'dan 4,38'e yükselmiştir. Bu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ( $p=0,000$ ).

Tıbbi hatalarda tutum ölçeklerinin öntest ve sontest puan ortalamalarına bakıldığında; öğrencilerin tıbbi hatalarda tutumlarının olumlu olduğu görülmektedir. Öğrencilerin eğitim sonrası puan ortalamalarının eğitim öncesine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular tıbbi hata eğitiminin, öğrencilerin tıbbi hatalarda tutumlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

**Çizelge 3.8.** Eğitime katılan öğrencilerin tıbbi hataya ilişkin bilgi puanlarının karşılaştırılması

	Test	N	Ort.	SS	t	p
Bilgi Puanı	Öntest	40	2,53	1,109	-36,018	<b>0,000*</b>
	Sontest	40	18,23	2,326		

\*: $p<0,001$

Çizelge 3.8.'de eğitime katılan öğrencilerin tıbbi hataya ilişkin bilgi puanları karşılaştırılmıştır. Öğrencilerin bilgi puanı ortalaması 2,53'den 18,23'e yükselmiştir. Bu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ( $p=0,000$ ). Bu bulgu tıbbi

hata eğitiminin, öğrencilerin tıbbi hataya ilişkin bilgi artışında etkili olduğunu göstermektedir.

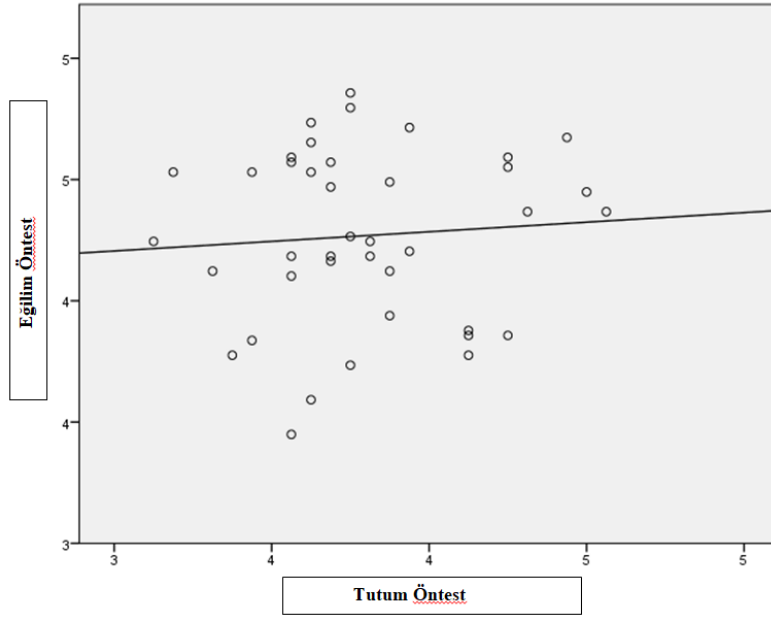
### 3.3. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

**Çizelge 3.9.** Eğitime katılan öğrencilerin öntest Tıbbi Hataya Eğilim ve Tıbbi Hatalarda Tutum ölçekleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Ölçek/Alt Boyut		Tıbbi hatalarda tutum	Tıbbi hata algısı	Tıbbi hataya yaklaşım	Tıbbi hata nedenleri
Tıbbi Hataya Eğilim	r	0,077	-0,100	0,107	0,066
	p	0,637	0,540	0,511	0,684
İlaç ve transfüzyon uygulamaları	r	-0,035	-0,154	-0,056	0,070
	p	0,831	0,342	0,732	0,668
Hastane enfeksiyonları	r	0,091	-0,153	0,186	0,029
	p	0,576	0,347	0,251	0,860
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	r	0,026	0,084	0,003	0,006
	p	0,872	0,607	0,988	0,969
Düşmeler	r	0,037	0,020	0,135	-0,094
	p	0,823	0,904	0,406	0,566
İletişim	r	<b>0,390*</b>	-0,088	<b>0,417*</b>	0,284
	p	<b>0,013</b>	0,591	<b>0,007</b>	0,076

\*:p<0,05

Çizelge 3.9.'da eğitim öncesi Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin korelasyon analizi verilmiştir. Uygulanan korelasyon analizi sonucunda öntest puanlar incelendiğinde eğilim ölçeğinin iletişim alt boyutu ile tutum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde %39'luk doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeğinin iletişim alt boyutu ile tutum ölçeğinin tıbbi hataya yaklaşım alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde %41,7'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim öncesi iki ölçek arasındaki ilişkiye ait grafik Grafik 3.1'de gösterilmektedir.



**Grafik 3.1.** Eğitim Öncesi Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Arasındaki İlişki

**Çizelge 3.10.** Eğitime katılan öğrencilerin sontest eğilim ve tutum ölçekleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

		<b>Tutum</b>	<b>Tıbbi hata algısı</b>	<b>Tıbbi hataya yaklaşım</b>	<b>Tıbbi hata nedenleri</b>
Tıbbi Hataya Eğilim	r	<b>0,542*</b>	-0,220	<b>0,414*</b>	<b>0,577*</b>
	p	<b>0,000</b>	0,173	<b>0,008</b>	<b>0,000</b>
İlaç ve transfüzyon uygulamaları	r	<b>0,578*</b>	-0,181	<b>0,527*</b>	<b>0,493*</b>
	p	<b>0,000</b>	0,263	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>
Hastane enfeksiyonları	r	<b>0,397*</b>	-0,281	0,288	<b>0,508*</b>
	p	<b>0,011</b>	0,079	0,071	<b>0,001</b>
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	r	<b>0,373*</b>	-0,092	0,226	<b>0,424*</b>
	p	<b>0,018</b>	0,573	0,161	<b>0,006</b>
Düşmeler	r	<b>0,394*</b>	<b>-0,357*</b>	0,277	<b>0,560*</b>
	p	<b>0,012</b>	<b>0,024</b>	0,083	<b>0,000</b>
İletişim	r	<b>0,572*</b>	-0,042	<b>0,338*</b>	<b>0,601*</b>
	p	<b>0,000</b>	0,799	<b>0,033</b>	<b>0,000</b>

\*:p<0,05

Çizelge 3.10.'da eğitim sonrası Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin korelasyon analizi verilmiştir. Uygulanan korelasyon analizi sonucunda sınıfta puanlar incelendiğinde eğilim ölçeği ile tutum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 54,2'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeği ile tutum ölçeğinin tıbbi hataya yaklaşım alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 41,4'lük doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeği ile tutum ölçeğinin tıbbi hata nedenleri alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 57,7'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır.

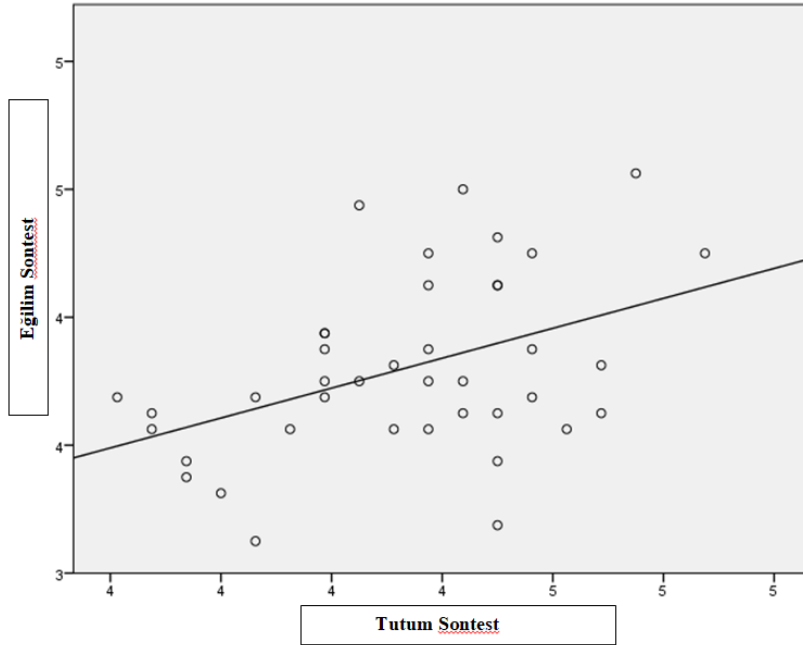
Eğilim ölçeğinin ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu ile tutum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 57,8'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeğinin ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu ile tutum ölçeğinin tıbbi hataya yaklaşım alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 52,7'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeğinin ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu ile tutum ölçeğinin tıbbi hata nedenleri alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde %49,3'lük doğrusal bir ilişki bulunmaktadır.

Eğilim ölçeğinin hastane enfeksiyonları alt boyutu ile tutum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 39,7'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeğinin hastane enfeksiyonları alt boyutu ile tutum ölçeğinin tıbbi hata nedenleri alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde %50,8'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır.

Eğilim ölçeğinin hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu ile tutum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 37,3'lük doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeğinin hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu ile tutum ölçeğinin tıbbi hata nedenleri alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 42,4'lük doğrusal bir ilişki bulunmaktadır.

Eğilim ölçeğinin düşmeler alt boyutu ile tutum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 39,4'lük doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeğinin düşmeler alt boyutu ile tutum ölçeğinin tıbbi hata algısı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde % 35,7'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeğinin düşmeler alt boyutu ile tutum ölçeğinin tıbbi hata nedenleri alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde %56'lık doğrusal bir ilişki bulunmaktadır.

Eğilim ölçeğinin iletişim alt boyutu ile tutum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 57,2'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeğinin iletişim alt boyutu ile tutum ölçeğinin tıbbi hataya yaklaşım alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 33,8'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Eğilim ölçeğinin iletişim alt boyutu ile tutum ölçeğinin tıbbi hata nedenleri alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 60,1'lik doğrusal bir ilişki bulunmaktadır.



**Grafik 3.2.** Eğitim Sonrası Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Arasındaki İlişki



Grafik 3.2 eğitim sonrası Tıbbi Hatalarda Tutum ve Tıbbi Hataya Eğilim ölçekleri arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Öğrencilerin tıbbi hatalarda tutum ölçeğinden aldıkları puan arttıkça eğilim ölçeğinden aldıkları puanın da arttığı görülmektedir. Başka bir ifadeyle öğrencilerin tıbbi hata algıları, yaklaşımları ve tıbbi hata nedenlerine yönelik tutumları arttıkça tıbbi hata eğilimleri azalmaktadır. Öğrencilere verilen tıbbi hata eğitiminin öğrencilerin tıbbi hataya yönelik farkındalıklarını arttırdığı, bu durumun öğrencilerin tıbbi hataya eğilimlerini etkilediği görülmektedir.

### **3.4. Vaka Analizlerinden Elde Edilen Bulgular**

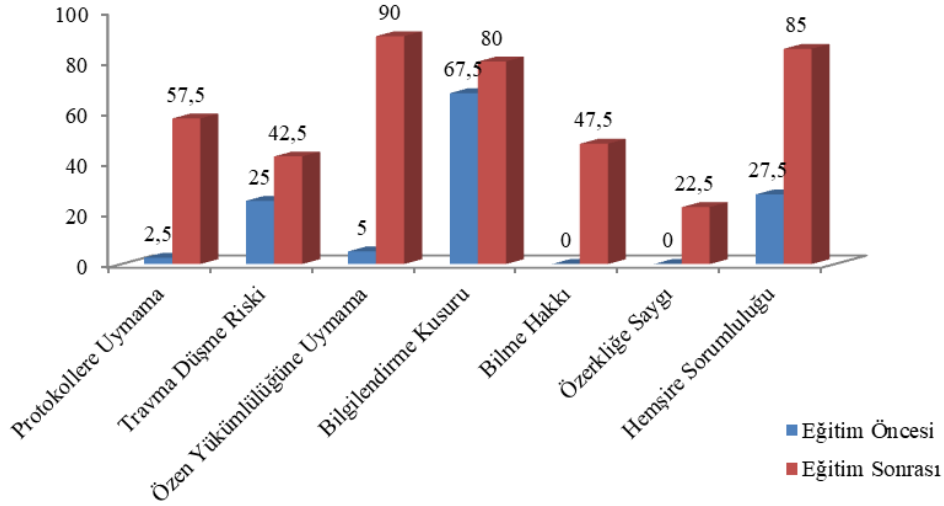
Aşağıda her bir vaka için niteliksel perspektiften değerlendirilerek elde edilen bulgular verilmiştir. Vaka analizinde öğrencilere vakaların içerdiği değer sorunlarına ilişkin seçenekler sunulmamıştır. Öğrencilerden vakaları kendi sözcükleri ile ifade etmeleri istenmiştir ve bu ifadeler üzerinden analiz yapılmıştır.

#### **3.4.1. Düşmelere İlişkin Vakanın Analizinden Elde Edilen Bulgular**

Hastanede yatışı sırasında yataktan düşerek omzunu ve kalçasını kıran hastaya ilişkin vakada eğitim öncesi 29 öğrenci tıbbi hata yapıldığını düşünüyorken; eğitim sonrası 38 öğrencinin tıbbi hata yapıldığını düşündüğü görülmektedir. Vakaya eğitim öncesi 9 öğrenci cevap vermemişken, 2 öğrenci hata yok cevabını vermiştir. Hata olmadığını düşünen öğrencilerden bir tanesi ise vakanın tıbbi hata değil komplikasyon olduğunu belirtmiştir. Eğitim sonrası ise cevap vermeyen 2 öğrenci bulunmaktadır. Bu öğrencilerden bir tanesi hem eğitim öncesi hem eğitim sonrası aynı vakayı cevapsız bırakmıştır.

Öğrenciler düşmelere ilişkin vakanın içerdiği değer sorunlarını eğitim sonrasında eğitim öncesine göre daha fazla ifade etmişlerdir. Eğitimden önce öğrenciler vakanın içerdiği değer sorunlarından protokollere uymama, travma-düşme

riski, özen yükümlülüğüne uymama, bilgilendirme kusuru ve hemşire sorumluluğunu ifade ederken, eğitim sonrası bilme hakkı ve özerkliğe saygı da eklenmiştir.



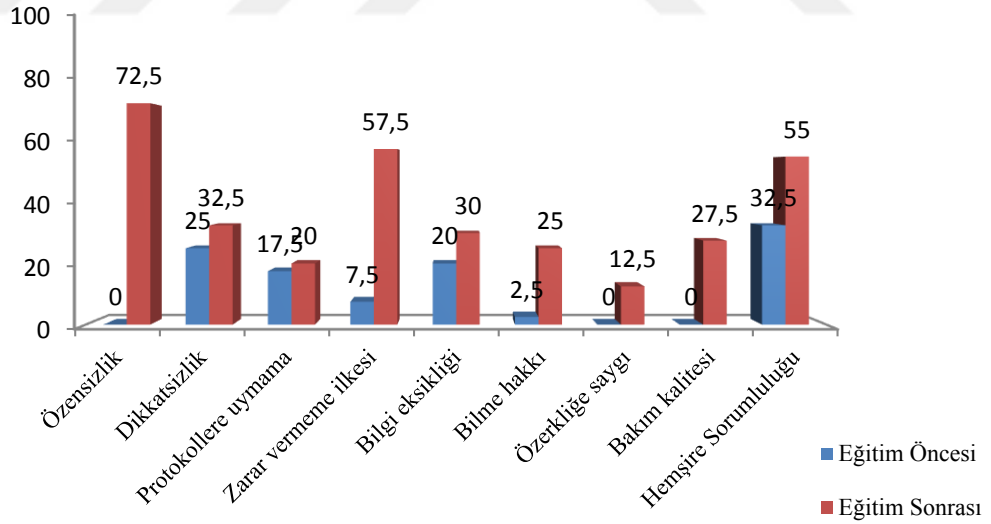
**Grafik 3.3.** Düşmelere ilişkin vaka için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili değer sorunlarını belirleme dağılımları

Grafik 3.3’de öğrencilerin düşmelere ilişkin vaka için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili ifade ettikleri değer sorunlarına ilişkin dağılım verilmiştir. Eğitim öncesi öğrencilerin % 2,5’i “Protokollere Uymama” ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 57,5 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrencilerin % 25’i “Travma Düşme Riski” ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 42,5’e yükselmiştir. Eğitim öncesi “Özen Yükümlülüğüne Uymama” ifadesi öğrencilerin % 5’i tarafından ifade edilirken, bu oran eğitim sonrasında % 90’a yükselmiştir. Eğitim öncesi öğrencilerin % 67,5’i vakada “Bilgilendirme Kusuru” olduğundan bahsederken, bu oran eğitim sonrasında %80 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrencilerden hiçbiri “Bilme Hakkı”ndan bahsetmezken, eğitim sonrasında öğrencilerin % 47,5’inin “Bilme Hakkı”ndan bahsettiği görülmektedir. Aynı şekilde “Özerkliğe Saygı”ya eğitim öncesi öğrenciler tarafından değinilmemişken, eğitim sonrasında öğrencilerin % 22,5’i “Özerkliğe Saygı”dan bahsetmektedir. Eğitim öncesi öğrencilerin % 27,5’i “Hemşire Sorumluluğu” ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 85 olarak bulunmuştur.

### 3.4.2. Yanığa İlişkin Vakanın Analizinden Elde Edilen Bulgular

Hemşire tarafından sıcak su torbası takip edilmediği için yanık oluşan hastaya ilişkin vakada eğitim öncesi 25 öğrenci tıbbi hata yapıldığını düşünüyorken; eğitim sonrası öğrencilerin tamamının tıbbi hata yapıldığını düşündüğü görülmektedir. Vakaya eğitim öncesi 12 öğrenci cevap vermemişken, 2 öğrenci hata yok, 1 öğrenci de hata olup olmadığını bilmiyorum cevabını vermiştir. Hata olmadığını düşünen öğrencilerden bir tanesi ise vakanın tıbbi hata değil hastanın kendi hatası olduğunu belirtmiştir.

Vakanın içerdiği değer sorunlarının öğrenciler tarafından eğitime öncesine göre eğitim sonrasında daha fazla ifade edildiği görülmektedir. Eğitimden önce öğrenciler vakanın içerdiği değer sorunlarından dikkatsizlik, protokollere uymama, zarar vermeme ilkesi, bilgi eksikliği, bilme hakkı ve hemşire sorumluluğunu ifade ederken, eğitim sonrası özensizlik, özerkliğe saygı ve bakım kalitesi de eklenmiştir.



**Grafik 3.4.** Yanığa ilişkin vaka için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili değer sorunlarını belirleme dağılımları

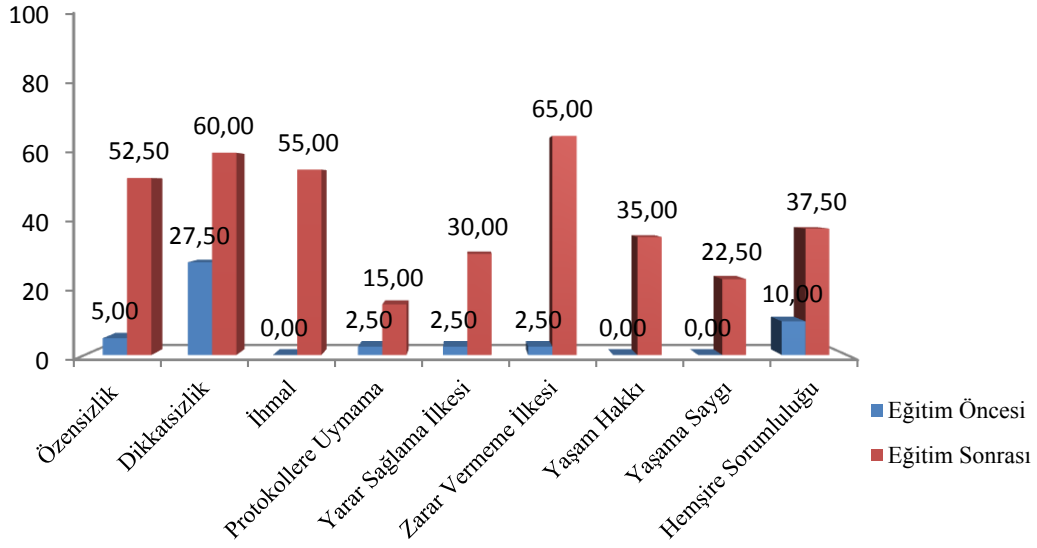
Grafik 3.4.'de öğrencilerin yanığa ilişkin vaka için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili ifade ettikleri değer sorunlarına ilişkin dağılımı verilmiştir. Eğitim öncesi öğrencilerin % 17,5'i "Protokollere Uymama" ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 20'0 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrencilerin % 25'i "Dikkatsizlik" ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 32,5'e yükselmiştir. Eğitim öncesi "Zarar Vermeme İlkesi" ifadesi öğrencilerin %7,5'i tarafından ifade edilirken, bu oran eğitim sonrasında % 57,5'e yükselmiştir. Eğitim öncesi öğrencilerin % 20'si vakada "Bilgi Eksikliği" olduğundan bahsederken, bu oran eğitim sonrasında %30 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrencilerin % 2,5'i "Bilme Hakkı"ndan bahsederken, eğitim sonrasında öğrencilerin % 25'inin "Bilme Hakkı"ndan bahsettiği görülmektedir. Eğitim öncesi öğrencilerin % 32,5'i "Hemşire Sorumluluğu" ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 55 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrenciler "Özensizlik", "Özerkliğe Saygı" ve "Bakım Kalitesi"nden bahsetmemişken eğitim sonrasında bu oran sırasıyla % 72,5, % 12,5 ve % 27,5 olarak bulunmuştur.

### **3.4.3. İlaç Uygulama Hatasına İlişkin Vakanın Analizinden Elde Edilen Bulgular**

İlaç uygulama hatası nedeniyle hayatını kaybeden hastaya ilişkin vakada eğitim öncesi 30 öğrenci tıbbi hata yapıldığını düşünüyorken; eğitim sonrası 39 öğrencinin tıbbi hata yapıldığını düşündüğü görülmektedir. Vakaya eğitim öncesi 9 öğrenci cevap vermemişken, 1 öğrenci hata yok cevabını vermiştir. Hata olmadığını düşünen öğrenci vakanın tıbbi hata değil ilaç hatası olduğunu belirtmiştir. Eğitim sonrası ise cevap vermeyen 1 öğrenci bulunmaktadır. Bu öğrenci hem eğitim öncesi hem eğitim sonrası aynı vakayı cevapsız bırakmıştır.

Vakanın içerdiği değer sorunlarının öğrenciler tarafından eğitim öncesine göre eğitim sonrasında daha fazla ifade edildiği görülmektedir. Eğitimden önce öğrenciler vakanın içerdiği değer sorunlarından sadece özensizlik, dikkatsizlik, protokollere

uymama, yarar sağlama ilkesi, zarar vermeme ilkesi ve hemşire sorumluluğunu ifade ederken eğitim sonrası ihmal, yaşam hakkı ve yaşama saygı da eklenmiştir.



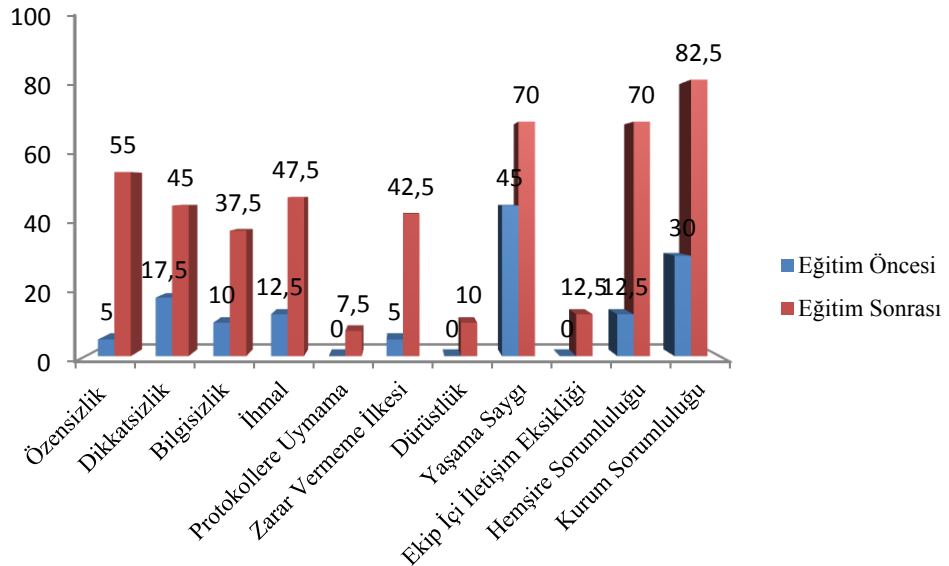
**Grafik 3.5.** İlaç hatasına ilişkin vaka için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili değer sorunlarını belirleme dağılımları

Grafik 3.5’de öğrencilerin ilaç hatalarına ilişkin vaka için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili ifade ettikleri değer sorunlarına ilişkin dağılımı verilmiştir. Eğitim öncesi öğrencilerin % 2,5’i “Protokollere Uymama” ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 15 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrencilerin % 27,5’i “Dikkatsizlik” ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 60’a yükselmiştir. Eğitim öncesi “Zarar Vermeme İlkesi” ifadesi öğrencilerin %2,5’i tarafından ifade edilirken, bu oran eğitim sonrasında % 65’e yükselmiştir. Eğitim öncesi öğrencilerin % 5’i vakada “Özensizlik” olduğundan bahsederken, bu oran eğitim sonrasında % 52,50 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrencilerin % 2,5’i “Yarar Sağlama İlkesi”nden bahsederken, eğitim sonrasında öğrencilerin % 30’unun “Yarar Sağlama İlkesi”nden bahsettiği görülmektedir. Eğitim öncesi öğrencilerin %10’u “Hemşire Sorumluluğu” ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında %37,5 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrenciler “İhmal”, “Yaşam Hakkı” ve “Yaşama Saygı”dan bahsetmemişken, eğitim sonrasında bu oran sırasıyla %55, % 35 ve % 22,5 olarak bulunmuştur.

### 3.4.4. Enfeksiyona İlişkin Vakanın Analizinden Elde Edilen Bulgular

Sterilizasyona uyulmadığı için enfeksiyon gelişen hastaya ilişkin vakada eğitim öncesi 25 öğrenci tıbbi hata yapıldığını düşünüyorken; eğitim sonrası 39 öğrencinin tıbbi hata yapıldığını düşündüğü görülmektedir. Vakaya eğitim öncesi 10 öğrenci cevap vermemişken, 4 öğrenci hata yok, 1 öğrenci de bilmiyorum cevabını vermiştir. Tıbbi hata olmadığını düşünen öğrencilerden bir tanesi ise vakayı eğitim/oryantasyon eksikliği olarak ifade ederken, iki öğrenci de hastane hatası olarak değerlendirmektedir. Eğitim sonrası ise cevap vermeyen 1 öğrenci bulunmaktadır. Bu öğrenci hem eğitim öncesi hem eğitim sonrası aynı vakayı cevapsız bırakmıştır.

Vakanın içerdiği değer sorunlarının öğrenciler tarafından eğitim öncesine göre eğitim sonrasında daha fazla ifade edildiği görülmektedir. Eğitimden önce öğrenciler vakanın içerdiği değer sorunlarından özensizlik, dikkatsizlik, bilgisizlik, ihmal, zarar vermeme ilkesi, yaşama saygı, hemşire sorumluluğu ve kurum sorumluluğunu ifade ederken eğitim sonrası protokollere uymama, dürüstlük ve ekip içi iletişim eksikliği de eklenmiştir.



**Grafik 3.6.** Enfeksiyon vakası için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili değer sorunlarını belirleme dağılımları

Grafik 3.6’da öğrencilerin enfeksiyon vakası için eğitim öncesi ve sonrası tıbbi hatayla ilgili ifade ettikleri değer sorunlarına ilişkin dağılımı verilmiştir. Eğitim öncesi öğrencilerin % 10’u “Bilgisizlik” ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 37,5 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrencilerin % 17,5’i “Dikkatsizlik” ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 45’e yükselmiştir. Eğitim öncesi “Zarar Vermeme İlkesi” ifadesi öğrencilerin %5’i tarafından ifade edilirken, bu oran eğitim sonrasında % 42,5’e yükselmiştir. Eğitim öncesi öğrencilerin % 5’i vakada “Özensizlik” olduğundan bahsederken, bu oran eğitim sonrasında % 55 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrencilerin % 12,5’i “İhmal”den bahsederken, eğitim sonrasında öğrencilerin % 45’inin “İhmal”den bahsettiği görülmektedir. Eğitim öncesi öğrencilerin %12,5’i “Hemşire Sorumluluğu” ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında %70 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrencilerin % 30’u “Kurum Sorumluluğu” ifadesini kullanırken, bu oran eğitim sonrasında % 82,5 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi öğrencilerin % 45’i vakada yaşama saygı ihlalinin olduğunu düşünüyorken, bu oranın eğitim sonrası % 70 olduğu görülmektedir. Eğitim öncesi öğrenciler “Protokollere Uymama”, “Dürüstlük” ve “Ekip İçi İletişim Eksikliği”nden bahsetmemişken eğitim sonrasında bu oran sırasıyla % 7,5, % 10 ve % 12,5 olarak bulunmuştur.

Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmeleri karşılaştırıldığında eğitim sonrasında öğrenciler tarafından eğitim öncesine göre daha fazla sayıda değer sorunu fark edilmiş ve daha fazla sayıda öğrenci tarafından dile getirilmiştir. Eğitim öncesi tıbbi hata olduğunu düşünenlerin sayısındaki ve ifade edilen değer sorunlarının sayısındaki artışın, eğitimin öğrencilerde tıbbi hata kavramına ilişkin bilgilerini netleştirmeye ve farkındalık yaratmaya bağlı olduğu söylenebilir.

## 4. TARTIŞMA

Hemşireler tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasında sağlık çalışanları içinde büyük bir öneme sahip, kilit rol oynayan meslek üyeleridir. Hemşirelerin bu konuda eğitilmesi, tıbbi hata konusunda farkındalıklarının sağlanması olası hataların azaltılması ve önlenmesi açısından son derece önemlidir. Eğitimlere geleceğin hemşireleri olan öğrencilerle başlamak ve meslek hayatlarında da hizmet içi eğitimlerle eğitimin devamlılığını sağlamak gerekir. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin tıbbi hata konusunda farkındalıklarını sağlama ve bilgilerini artırmaya yönelik olarak yürütülmüştür. Çalışmanın tartışması, eğitim hazırlamak için yapılan ihtiyaç analizine yönelik bulguların tartışılması, öğrencilere verilen eğitim öncesi ve sonrası elde edilen bulguların tartışılması, vaka analizlerine ilişkin bulguların tartışılması ve tıbbi hatanın etik bağlamında tartışılması olmak üzere dört başlıkta yapılacaktır.

### 4.1. İhtiyaç Analizine Yönelik Bulguların Tartışılması

Eğitim programı hazırlamanın ilk basamağı ihtiyaç analizi yapmaktır. Program hazırlanmadan önce eğitim verilecek grubun gerçek ihtiyacının ne olduğunun belirlenmesi ve programın bu doğrultuda geliştirilmesi önerilmektedir (Demirel, 2012, s:69; Küçüktepe, 2014, s:100). Buradan hareketle çalışmamızın birinci kısmını hemşirelik son sınıf öğrencilerinin tıbbi hata konusundaki gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan ihtiyaç analizi oluşturmaktadır. Bu bölümde ihtiyaç analizinden elde edilen bulgular tartışılacaktır.

Tıbbi hata konusunda eğitime mezuniyet öncesi dönemde başlamak ve geleceğin hemşireleri olan öğrencileri meslek hayatlarında karşılaştıkları hatalara karşı bilinçlendirmek, bir hata olduğunda nasıl davranmaları gerektiği konusunda tutum kazandırmak gerekmektedir. Tıbbi hata konusunun hemşirelik müfredatlarında yeterince yer almadığı, öğrencilerin bu konuda yeterli bilgi ile mezun olmadıkları



düşünülmektedir (Chenot, 2007, s:4; Cronenwett, 2007; Kim ve ark. 2017). Türkiye’de hemşirelik eğitim müfredatları incelendiğinde; konunun son yıllara kadar gözardı edildiği, son yıllarda konu hakkında artan farkındalığa bağlı olarak ilgili derslerin müfredatlarda yer almaya başladığı görülmektedir. Hasta güvenliği ve tıbbi hata konusunun dersler içerisinde çok az ve parça parça yer aldığı; bunun öğrenciler için yeterli olmadığı ve konunun bütünlüğü açısından öğrencinin ihtiyacını karşılamaktan uzak olduğu düşünülmektedir. Konuya yönelik hasta güvenliği, adli tıp ve sağlık hukuku gibi dersler bazı okullarda zorunlu, bazı okullarda ise seçmeli ders olarak müfredatlarda yer almaya başlamıştır. Ancak bu dersleri müfredatına ekleyen okulların sayısının istendik düzeyde olmadığı ve tüm hemşirelik okullarında bu konuda bir birlik olmadığı görülmektedir.

Bodur ve ark. (2012), çalışmalarında ebelik ve hemşirelik müfredatlarında hasta güvenliği ile ilgili formel eğitim açığı bulunduğunu, hasta güvenliğinin müfredatta açıkça yer almadığını, konuya teorik ve klinik eğitimin içeriğinde yeterince değinilmediğini, hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik kapsamlı bir eğitime gereksinim duyulduğunu belirtmektedirler. Reason (2000) ise, müfredatta açık bir hasta güvenliği öğrenme hedefi bulunmadığını, sistem yaklaşımına çok az vurgu yapıldığını belirtmektedir. Hasta güvenliği ve tıbbi hata konusunun müfredatta yeterince yer almaması Türkiye ile sınırlı bir sorun değildir. Lee ve ark. (2016), Güney Kore’deki hemşirelik okullarında hasta güvenliği konularının yeterli düzeyde olmadığını ve bu konuda okullar arasında bir birlik olmadığını belirtmektedir. Vaismoradi ve ark. (2011) ile Nabilou ve ark. (2015), İranlı hemşirelerin ve öğrencilerin güvenli bir hasta bakımı sunacak kadar bilgili olmadıklarını, ebelik, hemşirelik ve tıp eğitimi müfredatlarında hasta güvenliğine yeterince yer verilmediğini çalışmalarında dile getirmektedir. Maeda ve ark. (2011) ve Mansour (2013), Japonya’da pek çok hemşirelik okulunda hasta güvenliği konusunun ele alındığını, ancak konunun müfredatlarda istenen düzeyde olmadığını ve konuya ayrılan saatler ile kullanılan öğretim yöntemlerinin yetersiz olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızın çıkış noktasını oluşturan müfredatta tıbbi hata konusunun yeterince yer almadığı ve öğrencilerin bu konuda bilgi eksiklikleri olduğu savını destekler niteliktedir.

Hasta güvenliği eğitimi güvenli sağlık hizmeti sunmanın temel taşı, öğrencilerin uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır. Konunun sağlık çalışanları arasında geniş bir kitleyi oluşturan hemşirelerin eğitiminde yeterince yer almaması önemli bir eksikliklerdir. Hasta güvenliği ve tıbbi hata konularına yeterince yer vermeyen bir eğitim programından mezun olan öğrencilerin meslek hayatlarında sorunlarla karşılaşması kaçınılmazdır. Sağlık çalışanlarının tıbbi hata konusunda yaklaşımlarının ve bilgi düzeylerinin bilinmesi olası hataları önlemek için alınacak tedbirlerin şekillenmesi açısından önemlidir. Mezuniyet öncesi tıbbi hata eğitimi konusundaki yetersizlik sadece hemşirelik eğitimiyle sınırlı değildir. Yıldırım ve ark. (2009)'nın çalışmasına katılan hekimlerin % 85'i tıp eğitiminin bu konuda yetersiz olduğunu belirtmektedir. Gönüllü bir grup sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların % 56'sı hasta güvenliği ile ilgili bilgilerini yetersiz bulmaktayken; % 51'i lisans eğitimlerinde hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtmektedir (TTB, 2011, s.27). Karaca ve Aslan (2014)'ın çalışmasına katılan hemşirelerin % 76,2'si hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını, ancak eğitim alanların % 23,8'i aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını belirtmektedir. Yapılan diğer çalışmalar da sağlık çalışanlarının tıbbi uygulama hataları, hasta güvenliği, ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgilerinin olmadığını göstermektedir (Odabaşı ve ark., 2008; Yaşar Teke ve ark., 2007; Yıldırım ve ark., 2009). Çalışmamızın sonuçları yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin % 85,3'ü tıbbi hata ile ilgili bir eğitim aldığını belirtmekteyken; eğitim alanların % 46,7'sinin ise aldıkları eğitimi yetersiz buldukları görülmektedir.

Hasta güvenliği ve tıbbi hata konusu tüm sağlık çalışanları için büyük bir önceliğe sahiptir. Hataları etkili bir şekilde yönetmeyi öğrenmek, hasta bakımını iyileştirmek, aşırı gerilmiş sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltmak için tıbbi hata ve hasta güvenliği eğitimine önem verilmesi gerekmektedir. Bu bakımdan lisans eğitimleri sırasında geleceğin sağlık çalışanı olacak hemşire ve hekimlere konuya yönelik bilgi, beceri ve tutum kazandırılması, farkındalık düzeylerinin artırılması için gerekli eğitimler verilmeli ve konunun müfredatlarda yer alması sağlanmalıdır

(Mansour, 2012; Vaismoradi ve ark., 2011; Wakefield ve ark., 2005; Wolf ve ark., 2006).

Escher ve ark. (2017), tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında hasta güvenliğine yönelik bilgi, beceri ve tutum gelişimine yardımcı olmak için hasta güvenliği konusunun müfredatlarda yer alması, konu hakkında eğitimlerin düzenlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. The Ministry Committee of the European Council (Avrupa Konseyi Bakanlık Komitesi) da hasta güvenliğinin sağlanması ve sağlık alanındaki olumsuz olayların önlenmesinde eğitimin önemini vurgulamakta ve bu konuda öneriler yayımlamaktadır (Rall ve ark., 2011). Verilecek eğitimlere öğrencilerin eğitimlerinin ilk yıllarında başlayarak tüm sınıflara yayılması, hekim, hemşire, ebe ve eczacıların ortak öğrenme fırsatları oluşturulması önerilmektedir (Maddox ve ark., 2001; Sandars ve ark., 2007). Ayrıca tıbbi hata eğitimleri lisans eğitimine ek olarak mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim, kurs, kongre, sempozyum ve panel vb. etkinliklerle güncel tutulmalıdır (Yaşar Teke ve ark., 2007). Yıldırım ve ark. (2009)'nın çalışmasına katılan hekimlerin sadece % 8,3'ü tıbbi uygulama hataları ve ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilgilerini tıp eğitimi sürecinde öğrendiklerini, % 22,2'si ise kongre ve sempozyum gibi etkinliklerde öğrendiklerini belirtmişlerdir. Lee ve ark. (2016)'nın çalışmasına katılan öğrenci hemşirelerin % 81,6'sı hasta güvenliği eğitimini temel hemşirelik derslerinde ya da çeşitli kurslarda aldıklarını belirtmektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin % 11,3'ü kongre ve sempozyumlarda, % 15,1'i ise ders uygulamalarını yaptıkları alanlarda, % 73,6'sı lisans eğitimleri sırasında tıbbi hata ile ilgili eğitim aldığını belirtmekteyken; % 61,2'si deontoloji, % 38,8'i adli tıp derslerinde eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Araştırmanın yapıldığı fakültede deontoloji dersi zorunlu, adli tıp dersi ise seçmeli olarak üçüncü sınıfta ve haftada iki saat olarak verilmektedir. Tıbbi hata konusuna ise her iki derste de ikişer saat ayrılmaktadır. Araştırmaya katılan öğrenciler son sınıf hemşirelik öğrencileridir. Öğrencilerin tamamının zorunlu olan deontoloji dersini aldığı, bir kısmının deontoloji dersi ile birlikte adli tıp dersini de aldığı düşünüldüğünde; % 14,7'sinin eğitim almadığını belirtmesi, % 38,8'inin eğitim kaynaklarında deontoloji dersini

belirtmemesi dikkat çekicidir. Bu durum lisans eğitiminde yeterince tıbbi hata eğitimi verilmediği, verilen bilgilerin yeterli olmadığı ve farklı dersler içinde farklı boyutlarıyla ele alınan konunun öğrenciler tarafından birleştirilemediği, özümsemediği savını destekler niteliktedir. Bu nedenle yapılan çalışmalarda da vurgulandığı gibi tıbbi hata ve hasta güvenliği eğitimine müfredatta daha fazla yer verilmesi, adli tıp ve deontoloji derslerinde yüzeysel olarak değil, ayrı bir konu, hatta başlıbaşına bir ders olarak verilmesi gerekmektedir (Bodur ve ark., 2012; Yaşar Teke ve ark., 2007; Yıldırım ve ark., 2009).

Hemşireler, mesleki bilgi ve becerilerini uygularken, hukuk kuralları ve etik ilkeler çerçevesinde, hasta haklarını koruyarak sorumluluklarını yerine getirmektedirler. Bu kural ve sorumlulukları bilmeden yapılan uygulamalar hemşirelerin hukuki ve etik boyutta sorun yaşamasına neden olmaktadır (Işık Andsoy ve ark., 2014). Hemşirelik ve tıp eğitiminde, hasta güvenliği kapsamındaki tıbbi hata, mesleki sorumluluklar, görev ve yetkiler, hukuki ve cezai sorumluluklar ve etik sorumluluklara yönelik bilgilerin ikinci planda kaldığı düşünülmektedir. Eğitim programı tıbbi hataları azaltmak ve hasta güvenliği sağlamak amacıyla hemşirenin mesleki ve etik sorumluluğundan kaynaklanan taleplere ve sorunlara etkili bir şekilde cevap verebilecek nitelikte düzenlenmelidir (Johnstone ve Kanitsaki, 2006). Sağlık çalışanları tıbbi hata konusundaki etik yargılar hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Sağlık çalışanlarının kendisi ve/veya meslektaşları tarafından yapılan hatalarda etik ve etkili bir şekilde nasıl davranacağı konusunda eğitilmesi gerekmektedir (Johnstone ve Kanitsaki, 2006; Polat 2015, s. 28). Yaşar Teke ve ark. (2007)'nin hekimlerle yaptığı çalışmaya göre; hekimlerin yalnızca % 1,4'ü eğitimleri esnasında mesleki sorumluluk ve yükümlülükleri ile ilgili olarak aldıkları eğitimi yeterli bulmaktadır. Odabaşı ve ark. (2008)'nin yaptığı çalışmaya göre, hekimlerin % 72,5'i cezai sorumluluklarını bilmemektedir. Bizim bulgularımız da yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Çalışmamıza katılan öğrenciler, tıbbi hataya ilişkin bilgilerini yeterli bulmamaktadırlar.

Sağlık çalışanları hasta güvenliğini güncel, önemli ve gerekli bir konu olarak görmektedir (VanGeest ve Cummins, 2003). Çırpı ve ark. (2009)'nın ebe ve

hemşirelerle yaptığı bir çalışmada katılımcıların % 96,9'u hasta güvenliği uygulamalarının gerekliliğini belirtmekteyken; Kahriman ve ark. (2014)'nin çalışmasına katılan hemşirelerin % 53,7'si hemşirelerin bu konuda bilgi düzeylerinin artırılması gerektiğini düşünmektedir. Karaca ve Aslan (2014)'in çalışmasına katılan hemşirelerin % 39,1'i hasta güvenliği konusunda eğitim ihtiyaçları olduğunu belirtmektedir. Bodur ve ark. (2012)'nin çalışmasına katılan öğrencilerin % 74'ü konu hakkında eğitimi yetersiz bulmaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda da hasta güvenliği ve tıbbi hata konusunun önemli olduğu, aynı zamanda hem hemşirelerin hem hekimlerin konu ile ilgili eğitim ihtiyaçları olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Yaşar Teke ve ark., 2007; Yıldırım ve ark., 2009). Çalışmamıza katılan öğrenciler tıbbi hata konusuna ilişkin en çok hemşirenin tıbbi hata ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin bilgilere ihtiyaç duyduklarını belirtmişken, sırasıyla yasal, etik ve mesleki sorumluluk, hata bildirim, hasta güvenliği, tıbbi hata nedenleri, temel kavramlar, tıbbi hata örnekleri ve tıbbi hata sınıflandırması konularında da bilgiye ihtiyaç hissettiklerini belirtmişlerdir. Öğrenciler ihtiyaç analizine yönelik anketleri uygularken sözel olarak tıbbi hata konusunun çok önemli olduğunu, son sınıf olmalarına rağmen konu hakkında bilgilerini yeterli bulmadıklarını, eğitim programlarında tıbbi hataya yönelik bir ders olmadığını ve bunun eksikliğini özellikle uygulamalarda hissettiklerini ve sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir.

İhtiyaç analizi sonuçları ve öğrencilerin sözel geri bildirimlerinden de anlaşılacağı üzere öğrencilerin bu konuda eğitim ihtiyacı bulunmaktadır. Araştırma grubumuz son sınıf öğrencilerinden oluşmakta ve bu öğrenciler haftada 32 saatlerini hastanede hasta başında ve uygulama yaparak geçirdikleri genel uygulama dersini almaktadır. Dönem sonunda mezun olacakları ve hemşire olarak sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışacakları düşünüldüğünde durumun önemi anlaşılmaktadır.

Özetle; hemşirelik eğitiminde tıbbi hata ile ilgili eğitim ihtiyacı bulunmaktadır. Öğrenciler tarafından da dile getirilen bu ihtiyacın lisans eğitiminin ilk yıllarında başlanarak son sınıfa kadar giderilmesi gerekmektedir.

## 4.2. Eğitim Öncesi ve Sonrası Verilerin Analizinden Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde hemşirelik öğrencilerine verilen tıbbi hata eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Öğrencilerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesi  $4,27 \pm 0,357$  iken, eğitim sonrası  $4,57 \pm 0,342$  olarak bulunmuştur. “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”, “Hastane Enfeksiyonları”, “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği”, “Düşmeler” ve “İletişim” alt boyutları puan ortalamaları ise sırasıyla eğitim öncesi  $4,22 \pm 0,427$ ;  $4,34 \pm 0,403$ ;  $4,08 \pm 0,458$ ;  $4,43 \pm 0,530$ ;  $4,47 \pm 0,497$  ve eğitim sonrası ise  $4,58 \pm 0,360$ ;  $4,62 \pm 0,393$ ;  $4,36 \pm 0,484$ ;  $4,67 \pm 0,394$ ;  $4,70 \pm 0,373$  olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ölçek toplam puanında ve tüm alt boyutlarda anlamlı artış olduğu bulunmuştur. Ölçek puanlamasına göre toplam puandaki artış hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğu, azalma ise hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Öğrencilerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının 4 ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puan ortalamaları Mankan ve ark. (2017) ile Aydın ve ark. (2015)’nin son sınıf hemşirelik ve ebelik öğrencileri yaptıkları çalışma; Cebeci ve ark. (2012), Yiğitbaş ve ark. (2016) ile Demir Dikmen ve ark. (2014)’nin hemşirelerle yaptıkları çalışma ve Kıymaz (2015)’in acil serviste çalışan hemşirelerle yaptığı çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Eğitim tıbbi hatalara eğilimi azaltan bir faktördür. Işık Andsoy ve ark. (2014)’nin çalışmasında daha önce hasta güvenliği hakkında eğitim alan hemşirelerin “Enfeksiyonların Önlenmesi” ve “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p=0.043$ ,  $p=0.031$ ). Çalışmamıza katılan öğrencilerin öntest ile sontest Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; öğrencilerin eğitim sonrası ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ( $p=0,000$ ).

Bu bulgular tıbbi hata eğitiminin öğrencilerin tıbbi hataya eğilimlerini azaltmaya yönelik olarak etkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin tüm alt boyutlarından yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Ölçeğin bu alt boyutları incelendiğinde; eğitim öncesinde de sonrasında da “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyut puan ortalamasının en düşük olduğu ve bu nedenle tıbbi hata eğiliminin bu alt boyutta daha fazla olduğu saptanmıştır. “İletişim” alt boyut puan ortalamasının eğitim öncesinde de sonrasında da en yüksek olduğu; bu nedenle öğrencilerin tıbbi hataya eğilimlerinin bu alt boyutta daha az olduğu saptanmıştır. Mankan ve ark. (2017)’nin çalışmasında da intörn öğrencilerin ölçeğin tüm alt boyutlarından yüksek puan aldıkları, “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyut puan ortalamalarının en yüksek olduğu, bu nedenle tıbbi hataya eğilimlerinin bu alt boyutta daha az olduğu, “Düşmeler” alt boyut puan ortalamalarının ise en düşük olduğu ve bu nedenle tıbbi hata eğilimlerinin bu alt boyutta daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızla uyumlu olarak Kıymaz (2015), Cebeci ve ark. (2012) ile Işık Andsoy ve ark. (2014)’nin yaptığı çalışmalarda da hemşirelerin en yüksek puanı “İletişim” alt boyutundan, en düşük puanı “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutundan aldıkları görülmektedir. Bizim çalışmamızdaki bulgulardan farklı olarak Altuncan (2009), çalışmasında hemşirelerin en yüksek puanı “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutundan, en düşük puanı ise “Düşmeler” alt boyutundan aldıklarını bildirmişlerdir. Avşar ve ark. (2016)’nin yaptıkları çalışmada, hemşirelerin ölçeğin tüm alt boyutlarından yüksek puan aldığı; en yüksek puan ortalamalarının “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutunda, en düşük puan ortalamalarının ise “Düşmeler” ile “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutlarında olduğu belirlenmiştir. Ancak Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir (2015)’in çalışmalarında hemşirelerin ölçekten ve ölçek alt boyutlarından düşük puan aldığı; bu nedenle tıbbi hataya eğilimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalardaki farklılıkların araştırmaların farklı kurumlarda ve farklı örneklem gruplarında yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesi  $3,80 \pm 0,347$  iken, eğitim sonrası  $4,33 \pm 0,258$  olarak bulunmuştur. “Tıbbi Hata Algısı”, “Tıbbi Hataya Yaklaşım” ve “Tıbbi Hata Nedenleri” alt boyut puanları sırasıyla eğitim öncesi  $3,11 \pm 0,702$ ;  $3,84 \pm 0,487$  ve  $3,96 \pm 0,435$  eğitim sonrası ise  $3,56 \pm 0,744$ ;  $4,50 \pm 0,383$  ve  $4,38 \pm 0,361$  olarak bulunmuştur. Kıymaz (2015), araştırmasında hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puanını 3,59 olarak belirtmiştir. “Tıbbi Hata Algısı”, “Tıbbi Hataya Yaklaşım” ve “Tıbbi Hata Nedenleri” alt boyut puanlarını ise sırasıyla 3,00; 3,71 ve 3,71 olarak belirtmektedir. Bu değerler çalışmamızın eğitim öncesi değerleriyle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Özyer (2016)’in cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puan ortalaması düşük, tıbbi hata tutumlarının olumsuz olduğu görülmektedir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği’ne göre, puan ortalamasının 3’ün altında olması hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının olumsuz olduğu, 3 ve üzeri olması ise tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu anlamına gelmektedir. Olumsuz tutum, çalışanların tıbbi hata ve hata bildiriminin önemine yönelik farkındalığının düşük olduğunu; olumlu tutum ise bu farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir (Güleç ve Seren İntepeler, 2013).

Çalışmamızda öğrencilerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının hem eğitim öncesinde hem de sonrasında 3 ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin ölçekten öntest ve sontestte aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; tıbbi hatalarda tutumlarının olumlu olduğu görülmektedir. Çalışmamızda öğrencilerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği’nden en düşük puanı hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında “Tıbbi Hata Algısı” alt boyutundan, en yüksek puanı ise eğitim öncesi “Tıbbi Hata Nedenleri”, eğitim sonrası “Tıbbi Hataya Yaklaşım” alt boyutlarından aldıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin eğitim sonrası tıbbi hatalarda tutum puanı ve alt boyut puan ortalamalarının eğitim öncesine göre daha yüksek olduğu; öntest ile sontest arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0,000$ ). Bu bulgular tıbbi hata eğitiminin öğrencilerin tıbbi hatalarda tutumlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.



Yetersiz eğitim, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte ve tıbbi hata oranını artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda eğitim eksikliğinin önemli bir tıbbi hata nedeni olduğu ve tıbbi hataları azaltmak için eğitimin önemi vurgulanmaktadır (Altunkan, 2009, s:11; Demirtaş ve ark., 2014; Işık Andsoy ve ark., 2014; Karaca ve Arslan, 2014; Saygın ve Keklik, 2014; Vaismoradi ve ark., 2011; Wolf ve ark., 2006; Yaşar Teke ve ark., 2007; Yıldırım ve ark. 2009). Blendon ve ark. (2002), 831 hekim ve 1207 toplumdaki kişi ile yaptıkları çalışmada, tıbbi hata konusunda hem sağlık çalışanları hem toplum açısından bilgi eksikliği olduğunu; katılımcıların % 68'inin tıbbi hatanın ne olduğunu bilmediklerini bildirmektedirler. Lee ve ark. (2015), eğitim müfredatlarında yeterli öğrenme fırsatları olmadığı için hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliğine yönelik bilgilerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Kahriman ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışmaya katılan hemşirelerin % 53,7'si tıbbi hata oranlarını azaltmak için hemşirelerin bilgi düzeylerinin artırılması gerektiğini düşünmektedir.

Tıbbi hata ve hasta güvenliğine yönelik bir eğitim almak öğrencilerin ve hemşirelerin bu konuda bilgi düzeyinin artmasını sağlamaktadır. Karaoğlu ve ark. (2008), tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerine sadece bir saat verilen tıbbi hata ve hasta güvenliği dersinin öğrencilerin bilgi ve tutumlarını olumlu yönde etkilediğini göstermişlerdir. Madigosky ve ark. (2006)'nın ikinci sınıf tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmaya göre, hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik öğrencilere verilen eğitim, öğrencilerin bilgi, beceri ve tutumlarını olumlu yönde etkilemektedir. Kahriman ve ark. (2014)'nın çalışmasında da hemşirelere verilen eğitimin hemşirelerin tıbbi hatalara ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerini yükselttiği görülmektedir. Eğitim sonrası hemşirelerin bilgilerinin önemli derecede arttığı, son test bilgi puanlarının öntest bilgi puanlarına göre anlamlı derecede yükseldiği belirlenmiştir. Ayrıca aynı çalışmada daha önce tıbbi hata ve hasta güvenliğine ilişkin eğitim toplantılarına katılan hemşirelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu da belirtilmektedir. Aboumatar ve ark. (2012)'nin tıp öğrencileri ile hasta güvenliği müfredatının geliştirilmesi ve değerlendirilmesi üzerine yaptıkları çalışmada da verilen eğitimin öğrencinin bilgi puanı üzerinde anlamlı derecede artış sağladığı görülmektedir. Karaca ve Arslan (2014), çalışmalarında hasta güvenliğine yönelik eğitim alan hastane çalışanlarında hasta güvenliği kültürünün eğitim

almayanlara göre daha iyi düzeyde olduğunu belirtmektedirler. Maxwell ve Wright (2016), hemşirelik öğrencilerinin kalite geliştirme ve hasta güvenliği hakkında bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirmek için iki öğretim stratejisinin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında öğrencilerin bilgi puanlarının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre artış gösterdiğini, eğitimin öğrencilerin tutumlarını olumlu etkilediği belirtmişlerdir. İngiltere'de stajyer hekimlere 6 aylık süreçte 60'ar dakika olarak verilen hasta güvenliği eğitiminin bilgi, beceri, tutum ve davranışları üzerinde etkisini değerlendiren bir araştırmada, eğitimin stajyerlerin hasta güvenliği bilgisi, becerileri, davranışları ve tutumlarında olumlu yönde etki sağladığı; hasta güvenliği bilgi puanlarında anlamlı derecede artışa neden olduğu belirtilmiştir (Ahmed ve ark., 2014). İngiltere'de yapılan bir diğer çalışmaya göre; cerrahi intörnlerine yönelik düzenlenen yarım günlük eğitim, katılımcıların hata analizi ve iyileştirme tutumlarına anlamlı derecede etki etmekte; eğitim sonrası bilgi puanlarını anlamlı derecede yükseltmektedir. Eğitim sonunda katılımcılar hasta güvenliğine yönelik farkındalıklarının arttığını bildirmişlerdir (Arora ve ark., 2012).

Eğitim çalışmalarının hata bildirimlerini de etkilediği gösterilmiştir. İstanbullu ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada Güvenlik Raporlama Sistemi ile ilgili verilen eğitim sonrası hasta düşmelerine yönelik bildirimlerin arttığı görülmüştür. Japonya'da bir üniversite hastanesinde cerrahi servislerde çalışan hemşirelere yönelik hasta güvenliği ile ilgili hazırlanan ve altı ay boyunca ayda bir kez 15'er dakika şeklinde verilen kısa bir eğitimin vaka bildirimlerinin artmasına neden olduğu; ancak eğitimden altı ay sonra eğitimin etkisinin ve bildirim sayılarının azaldığı bildirilmiştir (Nakamura ve ark., 2014). Eğitimin etkisini korumak için düzenli ve uzun vadeli çaba gerekmektedir. Bizim araştırma bulgularımız yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin bilgi puanı ortalaması eğitim öncesi 2,53 iken eğitim sonrası 18,23 olarak bulunmuştur. Bu bulgular öğrencilerin eğitim öncesi tıbbi hata konusunda bilgilerinin ne kadar az ve yetersiz olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda verilen eğitimin öğrencilerin bilgi düzeylerinde önemli derecede artışa neden olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarına verilen eğitim, tutum ve

davranışlarına yansiyacaktır. Son yıllarda hasta güvenliği konusu giderek önem kazanmaktadır ve hasta güvenliği konusunda eğitime artan bir eğilim bulunmaktadır. Kirkman ve ark. (2015)'nin hekim ve tıp öğrencileri için son zamanlarda gerçekleştirilen hasta güvenliği eğitim müdahalelerinin sonuçlarını inceledikleri sistematik derleme bu durumu kanıtlar niteliktedir. 1996-2014 yılları arasında yayımlanmış 26 makalenin incelendiği çalışmada, eğitimin çalışanların ya da öğrencilerin hasta güvenliği bilgi, beceri ve tutumlarını iyileştirdiği ve olumlu davranışlara neden olduğu belirlenmiştir. Hasta güvenliği konusundaki tutum değişikliklerini teşvik etmek, hataları azaltmak ve hata bildirimlerini artırmak için bilgilendirme ve eğitime geleceğin sağlık çalışanı olacak sağlık lisansiyerlerinin eğitimlerinin bir parçası olarak başlanması gerekmektedir (Rall ve ark., 2011). Araştırmamızda eğitime katılan öğrenciler, eğitim sürecinde ve sonrasında tıbbi hataların bildirimine yönelik olumlu yönde geri bildirimlerde bulunmuşlardır.

Öğrencilere verilen tıbbi hata eğitimi öğrencilerin tıbbi hata konusunda bilgilerini, tıbbi hataya yönelik farkındalıklarını artırırken, tıbbi hataya eğilimlerini azaltmaktadır. Tıbbi hataya eğilim ve tutum arasında doğrudan izlenebilir bir ilişki bulunmaktadır. Araştırmamıza katılan öğrencilerin sınıfta Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puanları incelendiğinde; iki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde % 54,2'lik doğrusal bir ilişki bulunduğu görülmüştür. Kıymaz (2015) da çalışmasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puanı ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanı arasında 0,235'lik çok zayıf pozitif bir korelasyon bulunduğunu belirtmektedir. Her iki çalışma sonucuna göre; Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puan ortalaması arttıkça Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puan ortalaması da artmaktadır. Yani sağlık çalışanlarının tıbbi hata tutumları ne kadar olumlu olursa tıbbi hata eğilimleri de o oranda azalacaktır. Tıbbi hataları azaltmak için sağlık çalışanına olumlu tutum kazandırmak, olumlu tutum kazandırmak için de çalışanların tıbbi hata farkındalıklarını sağlamak gerekmektedir. Bunu sağlamanın en iyi yolu da konu hakkında düzenli eğitimlerin verilmesidir. Özetle; öğrencilere ya da sağlık çalışanlarına eğitimlerle olumlu tutum kazandırılarak tıbbi hata eğilimleri, dolayısıyla tıbbi hata oranlarının azaltılması mümkün görünmektedir.

### 4.3. Vaka Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

Aşağıda her bir vaka için öğrencilerin yapmış oldukları analizler tartışılacaktır.

#### 4.3.1. Düşmeler

Hastanede yatışı sırasında yataktan düşerek omzunu ve kalçasını kıran hasta vakası eğitim öncesi 29 öğrenci, eğitim sonrası ise 38 öğrenci tarafından tıbbi hata olarak değerlendirilmiştir. Saray Kılıç (2009)'ın çalışmasına katılan hekim ve hemşirelerin % 76.1'i ameliyathanede sedyeden düşürülen hasta vakasını tıbbi hata olarak değerlendirmektedir. Ayrıca katılanların % 98.6'sı bu hatayı ekip kaynaklı bir hata olarak değerlendirirken; % 71.8'i bu olayı bildireceğini, % 28.2'si ise bildirmeyeceğini belirtmektedir. Hasta düşmeleri literatürde de önemli bir tıbbi hata olarak yer almaktadır. Düşme, bireylerde yaralanma, fonksiyon kayıpları, yaşam kalitesinin azalması, tedavi maliyeti ve hastanede kalış süresinde artma gibi birçok olumsuzluğa yol açabilmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Berke ve Eti Aslan, 2010; Oliver ve ark., 2004; Polat, 2015). Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre düşmelerin önlenmesi hemşirenin sorumluluğundadır. Önlemeye yönelik uygulamalar hemşire kararı ile uygulanan girişimlerdir (19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik). Düşmelerin önlenmesi konusunda gerekli önlemleri almak hemşirelik bakım kalitesinin bir göstergesidir. Aynı zamanda düşmelerin önlenmesi kalite göstergeleri içerisinde yer almaktadır (SKS, 2015). Çırpı ve ark. (2009)'nın çalışmasına katılan hemşireler de hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamaları aktif hemşirelik rolü olarak değerlendirmektedirler. Hemşireler, düşme riski değerlendirme ölçekleri kullanarak düşme riski olan hastaları belirlemekte ve "Düşme Riski" hemşirelik tanısı ile takip etmektedirler. Bu süreçte uygun bakım planlarının yapılmaması, hastanın protokollere uygun takip edilmemesi, gerekli özen ve dikkatin gösterilmemesi ve sorumlulukların ihmali sonucunda hasta güvenliği sorunları ile karşılaşmaktadır.

Çalışmamızda eğitim öncesi vakayı dokuz öğrenci cevaplandırmamışken, sadece bir öğrenci komplikasyon olarak değerlendirmiştir. Bir öğrencinin komplikasyon olarak değerlendirmesi, öğrencilerin bazılarının komplikasyon ve tıbbi hata ayırımında sorun yaşadıklarını göstermektedir. Vakayı cevapsız bırakan öğrencilerin düşmelerin bir tıbbi hata olup olmadığından emin olmadığı düşünülmektedir. Arıkan ve ark. (2016)'nın tıp fakültesi ve hukuk fakültesi son sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmanın sonucuna göre; malpraktis-komplikasyon ayırımı konusunda tıp fakültesi öğrencileri 7/10 oranında, hukuk fakültesi öğrencileri ise 3/10 oranında isabetli cevaplar vermişlerdir. Komplikasyon-tıbbi hata ayırımını bilmek sağlık çalışanı açısından önemlidir. Komplikasyon ceza hukukuna göre kaza-tesadüf sayılmaktadır. Sağlık çalışanı komplikasyon durumunda sorumlu tutulmazken, hatası nedeniyle sorumlu tutulmaktadır (Birtok 2007; Hakeri, 2014).

Hemşirelerin düşmeyi kendi mesleki sorumlulukları içinde yer alan önlenebilir bir hata olarak tanımlamaları önemlidir.

#### **4.3.2. Yanık Vakası**

Hemşire tarafından sıcak su torbası takip edilmediği için yanık oluşan hasta vakasını eğitim öncesi 25 öğrenci tıbbi hata olarak değerlendirmişken, eğitim sonrası öğrencilerin tamamı tıbbi hata olarak değerlendirmiştir. Sıcak ve soğuk uygulamalar, Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre hemşire ya da hekim kararı ile uygulanan girişimlerdir (19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik). Bu uygulamaların kararı hekim tarafından da hemşire tarafından de verilmiş olsa uygulamayı yapmak hemşirenin sorumluluğundadır. Hemşire, bu girişimleri güncel protokollere uygun, gerekli özen ve dikkati göstererek yapmakla yükümlüdür. Sıcak uygulamada her 5 dakikada bir uygulama bölgesi kontrol edilmelidir (Çalışkan, 2016, s:680). Sağlık çalışanının dikkatsiz ve özensiz çalışması, hastanın yetersiz izlenmesi, mevcut protokollere uymama ya da yanlış/uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı oluşan durumlar literatürde de tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Polat, 2015). Hemşirelerin bakım ve

uygulamalarını yaparken mevcut protokellere uygun yapması, gerekli özeni göstermesi, olası riskler hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirmesi, gerekli önlemleri alması gerekmektedir. Aksi takdirde hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata ile karşı karşıya kalınabilmektedir.

Çalışmamızda eğitim öncesi vaka bir öğrenci tarafından tıbbi hata değil, hastanın kendi hatası olarak değerlendirilmiş; 12 öğrenci ise vakayı cevapsız bırakmıştır. Bu durum eğitim öncesinde öğrencilerin hemşire sorumlulukları ve bu sorumluluklar yerine getirilmediğinde ortaya çıkan olumsuzlukların tıbbi hata olup olmadığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Tıbbi hata konusunda hastalara da sorumluluk düşmektedir. Ancak hemşirenin dikkat ve özenle yapması gereken bir uygulamanın sorumluluğunu hasta ve yakınına yüklemek doğru değildir.

Bu bulgular eğitim programları hazırlanırken, uygulanırken ve değerlendirilirken eğitimi alan hemşirelerin açıklayıcı modellerinin ve mesleğe ilişkin önyargılarının ortaya konularak yol almasının ne denli önemli olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca eğitim rolü gereği hemşirenin hasta ve yakınlarına gerekli ve yeterli eğitim vermesinin ve işbirliği yapılmasının tıbbi hataları azaltmak açısından önemini göstermektedir.

#### **4.3.3. İlaç Uygulama Hatası**

İlaç uygulama hatası nedeniyle hayatını kaybeden hastaya ilişkin vaka için eğitim öncesi 30 öğrenci tıbbi hata yapıldığını düşünüyorken; eğitim sonrası 39 öğrencinin tıbbi hata yapıldığını düşündüğü görülmektedir. Literatür incelendiğinde tıbbi hatalar arasında birinci sırayı ilaç hatalarının aldığı görülmektedir. Hemşire kaynaklı ilaç hataları; yasal olmayan hekim istemine göre ilaç verilmesi, hekim istemi olmadan ilaç verilmesi, yanlış ilaç ya da yanlış dozda ilaç verilmesi, ilacın uygun yolla verilmemesi, ilaç ile ilgili bilgilere dikkat edilmemesi ve ilaç uygulamasının unutulmasıdır (Altunkan, 2009; Aştı ve Acaroğlu 2000; Bayındır

Çevik ve ark., 2015; Cebeci ve ark., 2012; Çırpı ve ark., 2009; Leape, 1994; Şentürk, 2013; Küçük Alemdar ve Yaman Aktaş, 2013).

Hemşirelerin ilaç uygulamalarına ilişkin hem yasal hem ahlaki sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire, ilaçların hazırlanmasından uygulanmasına ve ilaçların farmakolojik özelliklerinden ilaç yan etkilerine kadar geniş bir yelpazede bilgi sahibi olmalıdır (Aştı ve Acaroğlu 2000). İlaç uygulamaları, altı doğru ilkesi (doğru ilaç, doğru doz, doğru hasta, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt) çerçevesinde, dikkat ve özenle titiz bir şekilde gerçekleştirmelidir (Tosun, 2016, s:739). Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre hemşire, ilaç uygulamalarını yapar; ilaçların etki ve yan etkilerini gözler ve istenmeyen bir etki ile karşılaştığında uygun girişimde bulunur (19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik). Çırpı ve ark. (2009)'nın çalışmasına katılan hemşireler ilaç hatalarını önlemeye yönelik uygulamaları aktif hemşirelik rolü olarak değerlendirmektedirler. Bodur ve ark.'nın (2012) yaptıkları çalışmada, ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin yaptığı tıbbi hataların % 59'unun ilaç hataları olduğu; yapılan bu hataların % 12'sinin hastalara zarar verdiği bildirilmiştir. İlaç hataları nedeniyle karşılaşılan hukuki ve etik sorunların azaltılabilmesi için hemşirelerin ilaç uygulamaları ile ilgili bilgi eksikliklerinin giderilmesi, hemşirelik okullarında verilen farmakoloji eğitimlerinin niteliğinin artırılması ve olası ilaç hatalarına yönelik öğrencilerin farkındalıklarının sağlanması gerekmektedir.

Çalışmamızda eğitim öncesi dokuz öğrenci vakayı cevapsız bırakmış, bir öğrenci hata yok cevabını vermiştir. Hata olmadığını düşünen öğrenci vakanın tıbbi hata değil, ilaç hatası olduğunu belirtmiştir. Bu durum, bazı öğrencilerin tıbbi hata ve ilaç hatası kavramlarını birbirinden farklı kavramlar olarak gördüklerini, tıbbi hatanın çerçevesini tam olarak bilmediklerini göstermektedir. Bununla birlikte eğitim öncesi öğrenciler tarafından vakalar arasında en yüksek oranda tıbbi hata olarak bu vaka değerlendirmiştir. Bu durumun tıbbi hataların sadece ilaç hataları ya da tedavi hataları olarak algılanmasının bir yansıması olduğu düşünülmektedir.

#### 4.3.4. Enfeksiyona İlişkin Vaka

Sterilizasyona uyulmadığı için enfeksiyon gelişen hastaya ilişkin vaka eğitim öncesi 25 öğrenci tarafından tıbbi hata olarak değerlendirilmişken; eğitim sonrası 39 öğrenci tıbbi hata olarak değerlendirmiştir.

Öğrencilerden değerlendirmeleri istenen vaka yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımı ve personel dikkatsizliğine bağlı oluşan bir tıbbi hatadır. Aynı zamanda bu vaka personelin gerekli ve yeterli eğitim almadan ve oryantasyonu tamamlanmadan çalıştırılması nedeniyle kurumsal faktörlere bağlı ortaya çıkan bir tıbbi hata olarak da değerlendirilmektedir.

Literatürde hastane enfeksiyonları tıbbi hata olarak kabul edilmektedir (Altuncan, 2009; Aştı ve Acaroğlu 2000; Bayındır Çevik ve ark., 2015; Cebeci ve ark., 2012; Şentürk, 2013; TTB, 2011, s:38; Küçük Alemdar ve Yaman Aktaş, 2013). Hastane enfeksiyonları hastanede yatış süresinde uzama, mortalite ve morbidite oranlarında artış, işgücü kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve tedavi maliyetlerinde artışa neden olan önemli hasta güvenliği sorunlarıdır (Aşcıoğlu, 2007). Enfeksiyon kontrolünde doğru veya uygun malzeme kullanımı son derece önemlidir (Aştı ve Acaroğlu 2000). Enfeksiyon hastanelerde kalite göstergelerinden biridir (SKS, 2015). Bu konuda özellikle ameliyathane hemşirelerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Ameliyathane hemşiresi steril alanda çalışan ve bu sterilliğin korunmasına yönelik uygulamaların ve sterilizasyonun öneminin farkında olan, ameliyatta kullanılan malzemelerin uygunluğunu kontrol eden cerrahi ekibin önemli bir üyesidir (19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik). Kontrollü travma olarak adlandırılan ameliyat, her durumda enfeksiyon riski içermektedir. Ameliyathane hemşiresinin enfeksiyona neden olabilecek tüm faktörleri değerlendirip gerekli önlemleri alması, hastayı “Enfeksiyon Riski” tanısı ile takip etmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda vakaya eğitim öncesi 10 öğrenci cevap vermemişken, dört öğrenci hata yok, bir öğrenci de “bilmiyorum” cevabını vermiştir. Tıbbi hata



olmadığını düşünen öğrencilerden biri vakayı eğitim/oryantasyon eksikliği olarak değerlendirirken, iki öğrenci de hastane hatası olarak değerlendirmektedir. Bu cevaplar diğer vakalarda da bahsedildiği gibi bazı öğrencilerin tıbbi hata kavramının çerçevesini tam çizemediklerini, tıbbi hatanın kapsamını tam olarak bilmediklerini, eğitim sayesinde bu konuda eksik olan bilgilerinin tamamlandığını ve olayın tıbbi hata olup olmadığını daha kolay değerlendirebildiklerini göstermektedir. Eğitim sonrası ise cevap vermeyen bir öğrenci bulunmaktadır. Bu öğrenci hem eğitim öncesi hem eğitim sonrası aynı vakayı cevapsız bırakmıştır. Aynı öğrencinin ilaç uygulama hatasına ilişkin vaka dışında diğer vakaları cevaplandırmaması dikkat çekicidir.

Dört farklı boyutta tıbbi hata içeren vaka analiz soruları eğitim öncesine göre eğitim sonrasında daha fazla sayıda öğrenci tarafından tıbbi hata olarak değerlendirilmiştir. Eğitim sonrasında öğrenciler tarafından eğitim öncesine göre daha fazla sayıda değer sorunu fark edilmiş ve daha fazla sayıda öğrenci tarafından dile getirilmiştir. Eğitim sonrası tıbbi hata olduğunu düşünenlerin sayısındaki ve ifade edilen değer sorunlarının sayısındaki artışın, eğitimin öğrencilerde tıbbi hata kavramına ilişkin bilgilerini netleştirmek ve farkındalık yaratmak açısından etkili olduğu söylenebilir. Öğrencilerin eğitim sayesinde yeni bir profesyonel dil edindiği, tıbbi hata ve etik terminolojisine hakim olduğu, yeni bir değer evreni oluşturduğu, lisans eğitimleri boyunca öğrendikleri kavramları tıbbi hata ile daha isabetli ilişkilendirebildiği, tıbbi hatayı etik ilke ve değerlerle daha iyi analiz edebildiği düşünülmektedir.

Öğrencilerin vaka analizlerine verdikleri yanıtlar öğrencilerin uygulama ne kadar teknik görünüyorsa ona o kadar tıbbi hata deme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Örneğin yanığa ve enfeksiyona ilişkin vakalar diğer vakalara oranla daha az oranda tıbbi hata olarak değerlendirilmiştir. Bir öğrencinin eğitim sonrasında sadece ilaç uygulama hatasını tıbbi hata olarak değerlendirmesi diğer vakaları cevapsız bırakması bu durumu desteklemektedir. Bu bulgular hemşirelere rollerinin ve mesleki sorumluluklarının çerçevesinin tam olarak öğretilmesinin önemine işaret etmektedir.

#### **4.4. Tıbbi Hata ve Etik Arasındaki İlişki**

Bilim ve teknolojiadaki hızlı gelişmeler her geçen gün tıp ve hemşirelikte yeni uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yeni uygulamalar toplumun değer yargılarının değişmesine ve yeni değer sorunlarının ortaya çıkarmasına neden olmaktadır. Hemşirelerin hızla gelişen bu teknolojiye ayak uydurmaları ve teknolojiyi hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları beklenmektedir. Bununla birlikte hemşirelerden uygulamalarında tıp, etik ve hukuka uygun davranış sergilemeleri de talep edilmektedir. Bu nedenle hemşireler karşılaştıkları yeni sorunlar ve yeni uygulamalar hakkında etik analizleri öğrenmek ve uygulamalarında göz önünde bulundurmaları durumundadırlar (Polat 2015, s:30). Son yıllarda tıbbi uygulamaların hem hukuki hem de etik boyutuyla ilgili tartışmaların sıklıkla gündeme geldiği görülmektedir. Tıbbi hata konusunun sık gündeme gelmesi ve konu hakkında farkındalığın artmasında özellikle hasta haklarındaki gelişmelerin etkili olduğu söylenebilir (Çetinkaya 2016, s: 210; Polat 2015, s:33,36).

Tıbbi hata farklı bilim dalları tarafından ilgilenilen multidisipliner bir konudur. Bu bölümde tıbbi hata, tıbbi hataya ilişkin kavramlar, etik ilkeler, hemşirelerin tıbbi hata süreçlerindeki etik sorumlulukları ve ihbar yükümlülüğü, tıbbi hataların önlenmesinde cezalandırma kültürüne karşı sistem yaklaşımı bağlamında tartışılacaktır.

##### **4.4.1. Tıbbi Hataya İlişkin Kavramlar ve Etik Değerlendirme**

Tıbbi hata ve ilgili kavramların kullanımında karışıklıklar ve kavramların ayırımında sorunlar yaşandığı görülmektedir. Hata, kötü uygulama, komplikasyon, yan etki, sorumluluk, meslek sınırları gibi kavramların tanımlarının netleşmesi etik ve hukuk açısından önemlidir. Sağlık çalışanlarının bu kavramların açıklamalarını ve ayırımlarını bilmesi hem karşılaşılan olguları anlamlandırabilmek hem de sağlık çalışanlarının sorumluluklarının çerçevesini çizebilmek açısından gereklidir. Komplikasyon, hukuki açıdan kabul edilebilir risk, izin verilen risk, istenmeyen yan

etki gibi kavramlarla tanımlanmaktadır ve aydınlatılmış onam süreci doğru işletildiğinde ortaya çıkan zarar ve olumsuzluktan sağlık çalışanı sorumlu tutulmamaktadır. Tıbbi hata ise; hukuki açıdan kusurlu davranış, özen ve dikkat yükümlülüğünün yerine getirilmemesi olarak değerlendirilmekte ve kusurlu uygulama hatasından sağlık çalışanı sorumlu tutulmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanı neyin hata, neyin komplikasyon olduğunu değerlendirebilecek bilgiye sahip olmalıdır (Birtek, 2007; Çetin, 2006, s:33; Civaner, 2011; Mayo ve Duncon, 2004; Özer ve ark., 2015; Savaş, 2012). Kavramlar arasındaki ilişkiyi bilmek ve ayırımı yapmak, çalışanın sorumluluğunun nerede başlayıp nerede bittiğini belirlemek ve meslek hayatında yasal ve etik açıdan karşılaşılabilecek sorunları önlemek açısından da önemlidir. Tıbbi uygulamaların hukuki boyutunu bilmek hemşireye yasalar çerçevesinde ne yapabileceğini, etik boyutunu bilmek ne yapması gerektiğini öğretir (İrvan, 2005, s:68). Tıbbi uygulamaların etik ve hukuk boyutunun birbirinin tamamlayıcısı olduğunu unutmamak gerekir. Tıptaki etik ilkeler sağlık hukukunun da başlangıç noktasını oluşturmaktadır (Üstün 2009, s: 116). Her iki alanda, hem etik hem hukuk açısından olmazsa olmaz olan, aydınlatılmış onam gibi ortak noktalar söz konusudur (Polat 2015, s:33, 36; Çetinkaya 2016, s: 210). Çalışmamıza katılan öğrencilerin bilgi testi ve vaka analiz sorularına verdikleri cevaplar öğrencilerin tıbbi hata ve ilgili kavramlar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, tıbbi hata-komplikasyon ayırımında sorun yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca öğrencilerin sorumluluklarına ilişkin bilgi eksiklikleri de bulunmaktadır. Bir sağlık çalışanının ya da geleceğin sağlık çalışanı olacak öğrencilerin tıbbi hata ve ilgili kavramları ve tıbbi hatada mesleki, yasal ve etik sorumluluklarını bilmemesi tıbbi hata ve hata bildirimlerine bakışını etkileyebilecek bir durumdur. Bu, hasta güvenliğini sağlamak açısından üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir konudur.

Sağlık çalışanlarının tıbbi etiğin önemli bir bölümünü oluşturan sorumluluklarının çerçevesini çizebilmesi tıbbi hatalardan korunmak açısından önemlidir. Sağlık çalışanlarından hukuki açıdan hastaya bakmaya yetkili, mesleki ve bilimsel açıdan hastaya bakmaya yeterli, hasta ile ilişkisinde etik ilkelere bağlı olması ve her türlü girişimde hastanın aydınlatılmış onamını alarak uygulama yapması beklenmektedir. Hemşire, uygulamalarını yaparken kendi klinik

deneyimlerine dayanarak kişisel sorumluluk almaktadır. Hasta için neyin daha yararlı olduğunu hesaplayarak uygulamalarına yansıtma hemşirenin etik açıdan yüklenmiş olduğu bir sorumluluktur (McIntyre ve Popper, 1983; Polat 2015, s: 29,36; Üstün 2009, s:116).

Tıbbi hatada sorumluluk sadece sağlık personeli ile sınırlı değildir. Çok boyutlu bir kavram olan tıbbi hatanın geniş bir sorumluluk yelpazesi bulunmaktadır. Sağlık çalışanları ile birlikte hastaların da bu sorumluluktan üzerlerine düşen payı alması gerekmektedir. Hastalar tedavi sürecinde sağlık çalışanlarına gerekli bilgiyi vermediğinde hata ya da olumsuzlukla karşılaşılması kaçınılmazdır. Sağlık çalışanlarından tıbbi hatayı bildirmesi beklendiği gibi, hastalardan da tedavi ve tedavi sonuçlarını etkileyebilecek herhangi bir tıbbi bilgiyi, örneğin geçmişlerinde olan bir durumun bilgisini tam olarak açıklaması beklenmektedir. Hasta, kendisi hakkında sorulan soruları eksiksiz bir şekilde cevaplandırmalıdır. Hastalar bazen madde bağımlılığı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi durumlarda ayrımcılığa maruz kalmaktan korktukları için sağlık çalışanlarını bilgilendirmekten kaçınabilmektedir. Bu durumda önemli bilgiler paylaşılmadığı için olumsuz olaylarla ya da tıbbi hata ile karşılaşılabilir (Blood, 2014). Tıbbi hataların azaltılmasında önemli bir nokta, tıbbi uygulama sürecinde hem hasta hem de sağlık çalışanı sorumluluklarının net bir şekilde tanımlanması ve bu sorumluluklar hakkında hasta/hasta yakını ile görüşülmesidir.

Tıbbi hatalara neden olan önemli bir etken de kurumsal faktörlerdir. Kurumun fiziki koşulları, hizmetiçi eğitim olanakları, hasta başına düşen hemşire sayısının yetersizliği, çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarının net tanımlanmaması gibi birçok faktörün tıbbi hatalara zemin hazırladığı bilinmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanı ve hasta dışında sağlık kurumu ve ülkenin sağlık politikalarını oluşturan, uygulayan ve denetleyen kişi ve kurumlara da önemli görevler düşmektedir. Hemşirelikteki uzmanlaşmanın klinikte karşılığını bulmaması, yönetmelikte uzmanlık alanlarının tanımlanmış olmasıyla birlikte sağlık kurum ve kuruluşlarında uzman hemşire kadrolarının olmaması, hemşirelerin görev yerlerinin istekleri dışında belirlenmesi ve değiştirilmesi gibi faktörler tıbbi hata oluşmasında önemli rol

oyunmaktadır. Örneğin; meslek hayatına genel cerrahi kliniğinde başlayan bir hemşirenin herhangi bir nedenle çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğine görevlendirilmesi, hemşirenin yüksek lisansını yaparken ya da tamamladığında uzmanlık alanında çalıştırılmaması, çalışılan klinikte ekip üyelerinin sık değişmesi ve farklı alanlarda çalışmak zorunda kalan hemşirenin kendisinden beklenen performansı gösterememesi ya da yer değişikliğine bağlı kliniğe adaptasyonda yaşanan sorunlar ve sıklıkla karşılaşılan tıbbi hatalara neden olabilecek durumlardır.

Tıbbi hatalara neden olabileceği düşünülen bir diğer konu ise; ülkemizde yıllardır çözülemeyen ve çözülmesi beklenirken daha da karmaşık hale gelen Sağlık Meslek Lisesi problemi. Ülkemizde farklı eğitim seviyelerinden mezun olan kişiler aynı ünvan ve şartlarda çalışmaktadır. 18 Ocak 2014 tarihinde yürürlüğe giren düzenleme ile meslek liselerinin hemşirelik bölümüne öğrenci alımının durdurularak hemşire yardımcılığı bölümlerinin açılmasının bazı sorunları da beraberinde getirdiği görülmektedir (28886 sayılı Resmi Gazete). Sağlık kurum ve kuruluşlarında hemşire yardımcılığı bölümünden mezun olanların hangi şartlar ve hangi ünvanla çalışacağı belirsizlik taşımakta ve istihdam edilebilecekleri bir kadro bulunmamaktadır. Hemşire yardımcılarının görev, yetki, sorumluluklarının net olmaması ve mesleki sınırlarındaki belirsizlik, daha az ücretle hemşire statüsünde çalıştırılmaya müsait bir konumda bulunmaları, önlisans mezunu hemşirelere tanınan uzaktan eğitimle hemşirelikte lisans tamamlama ya da kısa süreli kurslarla hemşire ünvanı verilmesi gibi beklentiler tıbbi hata açısından risk oluşturabilecek durumlara yol açabilecektir. Hemşire yardımcılığının mesleki sınırlarının net belirlenmemesine bağlı olarak bazı liselerde bu bölümde eğitim alan öğrencilere hemşirelik eğitimi verildiği ve mesleki uygulamalarında hemşirelik öğrencisi gibi yetiştirildiği, bazılarında ise hastabakıcı gibi eğitim verildiği görülmektedir. Gelecekte yetersiz eğitim alan öğrencilerin sahada olmasına bağlı tıbbi hata oranlarında artış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin farklı ünvanlara sahip olması, farklı meslek (Acil Tıp Teknisyeni, Yaşlı Bakım Teknisyeni vb.) mensuplarının hemşirelik yapması ve bunların denetlenmiyor olması, hemşirelik eğitiminde bir standart olmaması, hemşirelik lisans eğitimlerinde hemşire dışı kişilerin görev alması gibi faktörler de tıbbi hataların oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Tıbbi hataların azaltılabilmesi için

sağlık politikalarının düzenlenmesi önemlidir. Sağlık politikaları ile ülke genelinde uygun işleyiş için çerçeve çizilmeli; sağlık kurum ve kuruluşları da bu çerçevede gerekli istihdam ve görevlendirmeleri yapabilmelidir. Aksi takdirde görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmemiş kişilerin uygun olmayan koşullarda sağlık hizmeti sunmasına bağlı olumsuz durumlarla karşılaşılması kaçınılmazdır.

#### **4.4.2. Etik İlkeler ve Tıbbi Hata**

Tıbbi uygulamanın etik bir uygulama olarak kabul edilebilmesi için etik ilkelere uygun yapılması gerekmektedir. Hemşireler uygulamalarını yaparken evrensel ilkeler olan yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet ilkelerini göz önünde bulundurmalıdırlar (McIntyre ve Popper, 1983; Polat 2015, s:29,36; Üstün 2009, s:116). Bu bölümde tartışma ilkeci kurama dayanarak yürütülecektir.

Tıbbi müdahalede esas amaç hastaya zarar vermemek, kötü davranmamaktır. İlkçağlardan beri uyulması gereken bir ilke olarak karşımıza çıkan zarar vermeme ilkesi hem sağlık çalışanını, hem hastayı hem de üçüncü kişileri ve toplumu kapsamaktadır. Bu ilke sağlık çalışanını hastaya zarar vermemekle yükümlü kılmaktadır. Sağlık çalışanı mesleki uygulamalarını bu ilkeyi gözeterek yapmaya çalışır. Sağlık çalışanları hastayı tedavi ederek, acısını hafifleterek hastanın yaşam kalitesini artırmaya, hastanın esenliğine katkıda bulunmaya çalışmaktadır. Hemşireler, uygulamalarında hastanın yararını gözetmeli ve zarar vermekten kaçınmalıdır. Her tıbbi uygulama birtakım riskleri içinde barındırmaktadır. Bu nedenle hemşire yaptığı uygulamaları yarar-zarar dengesini gözeterek yapmak zorundadır. Uygulamanın yararı, risk ve zarara göre belirgin ölçüde daha fazla ise uygulama gerçekleştirilmelidir. Aksi takdirde sağlık çalışanının eylemi ahlaken savunulur olmayacaktır (Beauchamp ve Childress, 2017, s:227,229,307,309; Demirhan Erdemir 2011, s:91,95; Polat 2015, s:29). Sağlık çalışanının sadece kendi değerlerini göz önünde bulundurarak eylemde bulunması hasta yararı anlamına gelmemektedir. Sağlık çalışanının yarar olarak değerlendirdiği her zaman hasta için

yarar olarak kabul edilmeyebilir. Yarar, uygulanan kararın hasta değerlerine ne kadar uygun olduğu ile yakından alakalıdır. Hasta/hasta yakını değerlerine uygun olan eylemi doğru, uygun olmayan eylemi yanlış olarak değerlendirme eğilimindedir. Bu nedenle bir eylemin ahlaken savunulur olabilmesi için hastanın değerleri dikkate alınmalıdır.

Tıbbın birincil amacı insanlığa hizmet etmektir, insan yararadır. Hemşireler mesleki uygulamalarını yaparken ahlaken zarar vermemekle yükümlüdür. Ancak hemşireler bu ilkeleri gözeterek uygulamalarını yaptıklarında da hata ile karşılaşabilmektedirler. Burada yapılan hatanın hemşirenin mesleki rollerine uygun olarak sorumluluklarını özenle ve vicdanına uygun olarak davranmasına rağmen mi, yoksa yükümlülüklerini yerine getirmeyerek özensiz şekilde davranması nedeniyle mi olduğu değerlendirilmelidir. Ayrıca hatanın çalışanın yetersiz teknik bilgisi, yanlış strateji ya da süreç nedeniyle mi olduğu değerlendirilmelidir. Kişilerin gereğince özenli ve vicdanlı davranırsa da iyi niyetli hatalar yapabileceği unutulmamalıdır (Beauchamp ve Childress, 2017, s:50,51).

Adalet ilkesi, tıbbi uygulamalarda tıbbi gereklilik ve tıbbi ölçütler dışında hastalar arasında hiçbir ayırım yapılmamasını ve adil bir biçimde dağıtım yapılmasını gerektiren ilkedir (Polat 2015, s:29). Adalet ilkesi, sağlık personelinin hastalara eşit davranmasını, tedavide birini diğerinden daha önemli görmemesini, hakkaniyetli, eşitlikçi ve uygun bir biçimde muamele etmesini sağlar. İlkenin temelini tıbbi araç, gereç ve imkanların adaletli biçimde dağıtılması oluşturmaktadır (Beauchamp ve Childress, 2017, s:380; Demirhan Erdemir 2011, s: 97). Hemşire bu ilkeye uygun davrandığında hastaya hak ettiği ve olması gerektiği gibi müdahale edeceği için olası tıbbi hataların önüne geçilmiş olacaktır.

Özerklik, kişinin kendi üzerinde kendisinin söz sahibi olması, kendi planları doğrultusunda özgür eylemlerde bulunmasıdır. Özerkliğe saygı, hastaların haklarına saygı göstermek ve hastayı yapılacak uygulamalar hakkında bilgilendirmek ve özgür iradesi ile onayını almak anlamına gelmektedir (Beauchamp ve Childress, 2017, s:154; Demirhan Erdemir 2011, s:111). Özerkliğe saygı, bireyin kendi hakkında

bağımsızca karar verebilme hakkıdır (Çobanoğlu 2007, s: 65). Özerkliğe saygı, hemşirelerin hasta savunuculuğu rolünün bir gereğidir. Aynı zamanda tıbbi hata konusunda hastaya sorumluluk vermek, hasta ile sorumluluğu paylaşmaktır. Hastaların özerkliklerini korumak ve desteklemek hekimin/hemşirenin etik sorumlulukları arasındadır (Lachman, 2007; Polat, 2015, s:29,31).

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (2014)'ne göre tıbbi müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat vermesi ile yapılabilir. Kişiler, özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme ve kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Tıp etiği bağlamında onam, kişinin kendisine uygulanacak tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerini kabul ya da reddetmesi; aydınlatılmış onam ise, kabul ya da ret eyleminin konuyla ilgili olarak kişiye verilen bilgiye dayanması anlamına gelmektedir (Çobanoğlu 2007, s: 61). Aydınlatılmış onam, özerkliğe saygı ilkesinin bir uzantısı ve tıbbi uygulamaların ön koşuludur. Onam alınmadan hastaya hiçbir uygulama yapılamayacağı gibi, hasta bilgilendirilmeden alınan onam da geçerli olmayacaktır. Hasta, yapılacak işlemler hakkında özgür iradesi ile karar verme hakkına sahiptir. Uygulamalardan önce hastadan onam alınması hastanın kişilik hakkına saygı gösterilmesinin yansımasıdır. Bununla birlikte hastanın durumunu bilme ve öğrenme hakkı, kendi geleceği hakkında karar verme hakkının bir gereğidir. Aydınlatılmış onam bireyin kendi hakkında karar vermesi esasına dayanmaktadır. İnsan onuru ve vücut bütünlüğünü korumayı hedeflemekte ve sağlık personeli ile hasta arasındaki ilişkinin temelini oluşturmaktadır (Demirhan Erdemir 2011, s: 112; Lachman, 2007; Polat 2015, s:45, 46). Aydınlatılmış onam hem etik hem yasal bir yükümlülüktür. Bu çerçevede hastalara hastalıkları, hastalığın seyri, tedavi seçenekleri ve tedavinin sonuçları hakkında bilgi vererek, hastaların kendi ile ilgili kararları kendilerinin alması sağlanmalıdır. Hemşire bakım ve tedavi sürecinde tüm uygulamalarında hastayı bilgilendirmeye ve yapacağı işlemlerde hasta onam verme yetkinliğinde ise kendisinden, değil ise veli ya da vasisinden onam alarak yapmaya özen göstermelidir. Son zamanlarda artan davalar aydınlatılmış onamın özellikle yazılı onamın önemini artırmıştır. Yaşanacak olumsuzluklara bir önlem olarak hem sözel hem yazılı aydınlatılmış onam alınması ve gerekli belgelerin hasta dosyasına



kaldırılması önerilmektedir (Çobanoğlu 2007, s: 65; Polat 2015, s: 45). Hastanın onamının uygun olması için onam veren kişinin onam vermeye yetkisi, onam verilen girişimin hukuka uygun olması ve onamın hasta aydınlatılarak alınmış olması gibi şartlara dikkat edilmelidir (Polat 2015, s: 46).

Hasta güvenliğinin sağlanması, tıbbi hataların ve malpraktis davalarının azaltılması açısından hasta özerkliği gereği tüm tıbbi uygulamaların hastanın onayı alınarak ve uygulama hakkında hasta ve yakınları bilgilendirilerek yapılmalıdır. Hasta, uygulama hakkında bilgilendirildiğinde ve karar hasta tarafından alındığında karşılaşılan olumsuzluğun sorumluluğu paylaşılırken; karar sağlık çalışanı tarafından alındığında sağlık çalışanı bu sorumluluğu tek başına üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bu nedenle eğitim programlarında tıbbi hatalarda sorumluluğunun paylaşılması adına önemli olan özerklik ve aydınlatılmış onam konusunun üzerinde önemle durulması gerekmektedir.

#### **4.4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hata Süreçlerindeki Etik Sorumlulukları ve İhbar Yükümlülüğü**

Hemşireler genellikle hastaların ilk ulaştığı, hastaların sağlık durumundaki değişiklikleri ilk fark eden ve hastalarla daha fazla zaman geçiren kişilerdir. Hemşireler çalışma ortamında birçok nedenle etik sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Yaşanan etik sorunların kaynağına bakıldığında; özellikle yoğun çalışma şartları, personel eksikliği ve bunlara bağlı faktörlerin olduğu görülmektedir. Hemşirelerin görev tanımlarının net olmaması, yoğun iş yükü nedeniyle hastaya yeterince zaman ayıramama, hastaların bakımına yetişememe, hastanın yeterince aydınlatılmaması, hastalarla yaşanan iletişim problemleri, hastaların sözlü tacizleri, hekime ulaşamayan hastanın gerginliğini hemşireye yansıtması, zaman zaman hekimlerin boşluklarını doldurmak zorunda kalma, sürekli hastayla karşı karşıya gelmek zorunda kalan hemşirelerin hekim olmadığında görev ve yetkilerinin dışına çıkarak uygulama yapmaları hemşirelerin yaşadığı etik sorunlara örnek olarak verilebilir (Chenot 2007, s:5; Çetinkaya 2016, s:211). Bu sorunlar hemşirelerin tıbbi hata yapma risklerini

arttırmaktadır. Bu tür sorunların sık yaşandığı ve bu nedenle sürekli olarak en azından ramak kala olaylara devamlı dikkat edilmek durumunda olan sağlık kurumlarında hasta güvenliği zafiyetinden söz edilmelidir. Bu konuda sağlık kurumunu çözüm bulmaya zorlamak da sağlık çalışanlarının, dolayısıyla hemşirelerin de ahlaki sorumluluğudur. Hemşireler bu sorunlardan kaçınmak için uygulamalarını hem etik hem hukuki açıdan sorumlulukları çerçevesinde özen yükümlülüğüne uygun olarak gerekli dikkat ve özenle yapmalıdır (Çetinkaya 2016, s:216).

Hemşireler tıbbi hataları önleme ve yönetme konusunda etik yükümlülüğe sahiptir. Etik olarak, hastanın sağlığını ve yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen bir hata meydana geldiğinde hastanın özerkliğine saygı ve hatayı açığa çıkarma yükümlülüğü gereği hatayı hasta ve yakınlarına açıklamalıdır (Blood, 2014). Tıbbi hataların hastalara açıklanması, aydınlatılmış onam, doğruyu söyleme, adalet, dürüstlük gibi etik ilkeler nedeniyle temel ahlaki gerekçelere sahiptir. Bu gerekçelere rağmen açıklama ile ilgili sıkıntılar görülmektedir (Kim ve ark. 2017). Bir tıbbi hatayı açıklamak, özellikle hemşirenin kişisel olarak sorumlu olduğu durumlarda, çoğunlukla büyük cesaret gerektiren bir durum haline gelebilmektedir. Hemşireler ahlaki yükümlülükleri ve mesleki etik ilkeleri gereği hatayı gizlemek için birçok neden olsa da hatayı açıklamak ve mümkün olduğunca telafi ederek özür dilemek durumundadırlar (ANA, 2001; Lachman, 2007).

Hata, hemşireyi psikolojik olarak olumsuz etkileyen bir faktördür. Hemşire bir hata yaptığında ya da bir hataya şahit olduğunda psikolojik olarak travma yaşamaktadır. Bir hata ile karşılaştığında olumlu ya da olumsuz mutlaka bir tepki veren hemşire bu tepkiyi bazen hatayı açığa çıkarmak, raporlandırarak gerekli mercilere iletmek, bazen ekip arkadaşları ile paylaşmak, bazen yakın arkadaşlarına itiraf etmek bazen de gizlemek biçiminde gösterir. Genellikle hastaya zarar vermeyen hatalar ya da ramak kala olaylar gizlenmektedir. Hastaya zarar veren hataları bildirme daha yaygındır. Hastaya zarar veren bir hatanın bir şekilde ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Aynı şekilde bir başkasının yaptığı hataya şahit olduğunda da

benzer bir süreç söz konusudur. Kişi hatayı bildirirse de bildirmese de bu, kişide vicdani bir yük oluşturacaktır.

Vicdan; yapılan eylemin doğru mu yanlış mı, iyi mi kötü mü olduğunun sorgulanması, içsel bir onay mekanizmasıdır. Kişi standartlara aykırı bir eylemde bulunduğu anda vicdan azabı, suçluluk gibi olumsuz duygular yaşayacaktır. Hemşire hatayı bildirdiğinde ceza almaktan, dava edilmekten, eleştirilmekten, otoritesinin sarsılmasından korkarken, öte yandan bildirmede yaşadığı vicdani huzursuzluktan korkmaktadır. Aynı klinikte çalıştığı arkadaşının hatasını bildirdiğinde arkadaşına kötülük yaptığını düşünürken, bildirmede de hasta hakkını ihlal ettiği için vicdanen huzursuz hissetmektedir. Sağlık çalışanı iyi yüreklilik ve bağlılık nedeniyle meslektaşının hatasını bildirmede ahlaken doğru olmayan bir eylemde bulunmaktadır. Bir hata olduğunda etik tepki, hatayı dürüstçe ifşa edecek kadar mütevazı olmakla başlar. Hemşire, hataları ile yüzleşmeli ve hataları dürüstçe kabul etmelidir. Hata bildiriminde dürüstlük çok önemlidir. Hatayı itiraf edip derhal uygun bir makama bildirmek yapılması gereken en doğru şeydir (Blood, 2014; Lachman, 2007; McIntyre ve Popper, 1983).

Hatanın gizlenmesi ahlaki açıdan olumsuz sonuçlar doğurabileceği gibi hasta tedavisi açısından da olumsuzluk yaratabilmektedir. Hatalar ancak dürüstçe açıklandığında hasta tam olarak bilinçli kararlar verebilir ve özerkliği gereğince görmek isteyeceği şekilde tedavi edilebilir. Hata açıklanmadan hasta kendi kaderini tayin için gerekli bilgiden yoksundur. Hatayı gizlemek hata sonrası bakım ve tedavinin sağlanması da dahil olmak üzere, yapılan hatanın düzeltilmesi için gerekli olan bilgilerden hastanın mahrum edilmesi, hata sonrası bakım ve tedavilere yönelik hasta ve yakınlarını seçim yapma haklarının engellenmesi, onamlarını almama, hastalara ve yakınlarına oluşan hata nedeniyle acı çekmenin adil olmayan yükünün yaşatılmasıdır (Beauchamp ve Childress, 2017, s:52,63,64; Blood, 2014; Johnstone ve Kanitsaki, 2006; Lachman, 2007; Mayo ve Duncon, 2004; McIntyre ve Popper, 1983). Hastalar bakımları sırasında oluşan hatalar konusunda bilgilendirilmek istemektedirler. Hatayı açıklamak hastanın göreceği zararı azaltmakta ya da önlemektedir. Onun zamanında ve uygun tedaviyi almasına neden olan belirleyici bir

eylemidir. Hatanın açıklanması aynı zamanda hastanın bilme hakkının bir gereğidir. Ayrıca hasta özerkliğini koruduğu için sağlık çalışanı-hasta ilişkisini güçlendirmekte ve güveni arttırmakta; sağlık çalışanın yasal problemlerle karşılaşma olasılığını azaltmaktadır (Hobgood ve ark., 2004).

Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının dürüstlük ve özür dileme konusunda isteksizlikleri nedeniyle hasta yakınları ile sıkıntılar yaşandığını ve hata bildirimleri dürüstçe yapılmadığı ve özür dilenmediği için davaların arttığını; hatalar dürüstçe açıklandığında dava oranlarının azaldığını göstermektedir (Varjavand ve ark., 2012; Vincent ve ark., 1994; Witman ve ark., 1996). Hataların açıkça kabul edilmesi sadece etik açıdan değil, aynı zamanda mesleğin gelişimi açısından da önem taşımaktadır. Hatayı gizlemek, hemşire-hasta arasındaki güven ilişkisini ve meslek itibarını zedelemekte, mesleğin hasta güvenliği raporlama gerekliliklerine ilişkin kabul edilmiş etik ve mesleki uygulama standartlarını ihlal etmektedir (Blood, 2014; Johnstone ve Kanitsaki, 2006; Lachman, 2007).

Sağlık çalışanlarının hatalarından ders almayı bilmesi gerekir. En iyi golfçüler ve piyanistler standartlarını korumak için başkalarının görüşlerini istemekte ve en iyi bilim insanları meslektaşlarının eleştirileri için minnettar olmaktadır. Sağlık çalışanlarının da bu görüşü benimsemesi, hatalardan ders alınması adına önemlidir (McIntyre ve Popper, 1983). Hemşireler tıbbi hata bildirimini yapma ve raporlama sistemlerini kullanma konusunda diğer sağlık çalışanlarına oranla daha isteklidir. Aynı zamanda hekimlerle karşılaştırıldığında, hemşirelerin raporlama süreci/sistemi hakkında daha fazla bilgi ve bilince sahip olduğu görülmektedir (Lawton ve Parker 2002; Wolf ve Hughes, 2008, s:4,13). Hemşirelerle yapılan bir çalışmanın sonucuna göre; hemşireler hataların rapor edilmesi, konu hakkında gerekli eğitimlerin alınması, gelecekteki hataları önlemek için politikalar ve prosedürlerde değişiklikler önerilmesi ve hataların nedenlerinin araştırılmasından sorumlu olduklarına inanmaktadırlar. Aynı zamanda hekimler de hemşirelerin hataları rapor etmekten sorumlu olduğuna inanmaktadır (Wolf ve Hughes, 2008, s:14).

Tıbbi hataları azaltmanın önemli bir basamağı hataları bildirmektir. İstanbullu ve ark. (2012)'nin çalışmasına katılan sağlık çalışanlarının % 98'i çalışma hayatlarında en az bir kez bir hata ile karşılaştıklarını ifade ederken; % 62'si karşılaştığı olayla ilgili olay bildiriminde bulunmadığını belirtmiştir. Karaca ve Aslan (2014), hemşirelerin çoğunun hasta güvenliği ile ilgili eğitim almasına rağmen raporlama oranlarının düşük olduğunu belirtmektedirler. Bu durum bize hemşirelerin güvenlik raporlama sistemi ile ilgili tutum ve davranışlarında yetersizlik olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalardan farklı olarak Gökdoğan ve Yorgun (2010)'un çalışmasına katılan hemşirelerin % 85.6'sı hataların rapor edilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin % 66.3'ü rapor etme konusunda yeterince hizmetiçi eğitim aldıklarını; % 81.7'si tıbbi hataları rapor etme konusunda kurum tarafından desteklendiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışma raporlama sistemine yönelik hizmetiçi eğitim verilen bir kurumda gerçekleştirilmiştir. Buradan hareketle eğitimle hata bildirimlerinin istenen düzeye getirilebileceği, sağlık çalışanlarının farkındalıklarını artırılabilirliği söylenebilir. Blood (2014) da eğitimin hata bildirimlerini artıracaklarını belirtmektedir. Lawton ve Parker (2002)'in yaptığı çalışmaya göre; yanlış uygulama yapıldığında bildirilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı yüksek, ancak bildirim yapanların oranı bu sayıya oranla daha düşüktür. Yıldırım ve ark. (2009)'nin çalışmasında araştırmaya katılan hekimlerin % 28'i bir tıbbi hata yaptığında yaptığı hatayı bölüm sorumlusuna iletceğini, % 14'ü hiç kimseye söylemeyeceğini, bir tıbbi hataya şahit olduğunda ise % 34'ü durumu ilgili bölüm sorumlusuna iletceğini, % 5,2'si başkasının hatasını hiç kimseye söylemeyeceğini belirtmiştir. Gönüllü bir grup sağlık çalışanı ile yapılan bir başka çalışmaya göre; hataların hasta ve yakınına açıklanması gerektiğini düşünenlerin oranı % 72 iken, açıklayanların oranı sadece % 25'dir (TTB, 2011, s.27). Demirtaş ve ark. (2014)'nin yaptığı çalışmada, katılımcıların % 69,9'unun hatalı uygulamaların hastaya veya yakınlarına bildirilmesi gerektiğine inandıkları belirtilmiştir.

Eğitim sağlık çalışanlarına tıbbi hata ve hasta güvenliğine yönelik olumlu tutum kazandırmanın en önemli yoludur (Seren İntepeler ve Dursun, 2012). Saray Kılıç ve Özhan Elbaş (2014)'in yaptığı çalışmada hemşire ve hekimlerin hasta güvenliği konusunda bilgilerinin yeterli, ancak hataların bildirilmesi ile ilgili eğitim

ihtiyaçlarının olduğu tespit edilmiştir. Moskowitz ve ark. (2007)'nin çalışması da bu görüşleri destekler niteliktedir. Üçüncü sınıf tıp öğrencilerine hasta güvenliği ile ilgili verilen bir günlük eğitimin öğrencilerin tıbbi hata ve hasta güvenliği konusunda tutumları üzerine etkisinin değerlendirildiği bu çalışmanın sonuçları eğitimin önemini ve etkisini göstermektedir. Aynı çalışmada eğitimden önce “bir hata olduğunda bildiririm” diyenlerin oranı % 40 iken, eğitimden sonra bu oranın % 72 olduğu; bir hata ile karşılaştığında bildireceğini ifade edenlerin oranının ise % 85'ten % 95'e yükseldiği görülmektedir. Kim ve ark. (2017), eğitimin tıbbi hata ve bildirim konusunda farkındalık sağladığını belirtmektedir. Tıp öğrencilerine verilen tıbbi hata eğitimi sonrasında eğitime katılan öğrenciler tıbbi hata olduğunda hatayı açıklama konusunda üzerlerine büyük görev düştüğünü ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada öğrenciler eğitim sayesinde tıbbi hatayı açıklama konusunda güvenlerinin arttığını da belirtmişlerdir. Tıbbi hata raporlamaya ilişkin uzmanlık öğrencilerinin tutum ve davranışlarını geliştirmek için uygulanan bir eğitim programının etkililiğini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, eğitimin kısa vadede olumlu sonuçlanmasa da tıbbi hata bildirimine yönelik tutum ve davranışlarda olumlu bir değişikliğin teşvik edilmesi için anahtar olduğu, çalışanların farkındalığını artırmak açısından önemli olduğu belirtilmiştir (Coyle ve ark., 2005). Aboumatar ve ark. (2012), tıp öğrencilerine verdikleri eğitimden sonra öğrencilerin % 85'inin hataları açıklayacağını ifade ettiklerini belirtmektedir. Ahmed ve ark. (2014)'nin çalışmasına göre; eğitim tıbbi hata bildirimini artırmaktadır. Eğitim öncesi ve sonrası bildirim oranlarında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Escher ve ark. (2017)'nin İsveçli tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmada hasta güvenliği eğitiminin öğrencilerin tutumlarını olumlu etkilediği ve içsel motivasyonlarını artırdığı belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada eğitimin sağlıkta profesyonellik ve güvenli uygulama sağlamak açısından önemi vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda da eğitimin değerlendirildiği son oturumda öğrenciler benzer görüşler bildirmiş, eğitimin tıbbi hatalara ve hataların bildirimine yönelik bakış açılarını değiştirdiğini belirtmişlerdir.

Sağlık bakım kalitesini ve güvenliğini artırmak, olumsuz olayları önleyebilmek için sağlık çalışanlarına etik değerler, etik sorumluluklar, etik tutum ve davranışlar öğretilmelidir (Bolsin ve ark. 2005). Etiğin bir amacı doğru karar verebilmektir.

Bunun için ele alınan olgudaki veriler üzerinde düşünmek, daha sonra konuyla ilgili değerleri ortaya koymak ve son olarak ödevleri belirlemek gerekir (Ülman, 2010). Sağlık çalışanları etik sorumluluklarının bilincinde, etik ilkelere uygun, yaptıkları her bir uygulamanın etik sorumluluğunu da alarak çalışırlar. Etik sorumluluk, kişinin yaptığı şeyi bilerek, isteyerek ve özgürce yapmasını gerektiren bir durumdur. Sağlık kuruluşları da aynı şekilde kurumsal etik kuralları benimseyerek, hastalara ve çalışanlara saygı ve haysiyetle hizmet etmekle yükümlüdür (Gündoğan, 2017; Ray, 2006). Eğitim, hemşirelerin hem tıbbi uygulamalarda sorumluluklarını öğrenmeleri hem de tıbbi hata konusunda farkındalıklarının sağlanması açısından önemlidir. Platon'un da savunduğu ve önerdiği gibi insanlar doğru eylem tarzının ne olduğunu bildiğinde doğru davranışı ortaya koyacaktır. Eğitimle bilgi artışı sağlanacak, dolayısıyla hangi eylemin daha doğru eylem olduğuna karar verebilme yetisi gelişecektir (Stroll ve ark., 2017, s:20). Eğitimle hemşirelere sorumluluklarını öğretmek, sorumluluklarının farkında çalışanlar yetişmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Sorumluluklarının farkında olan hemşirelerin daha az hata yapacağı varsayılabilir. Ayrıca eğitimle mesleki tutumlar da geliştirilebilir. Böylece tıbbi hataya yönelik istenen tutum ve davranışlar sağlanabilir. Mesleki tutumlar, genellikle, mesleki etiğin, fikirlerin veya eylemlerin doğru veya yanlış olarak kabul edilip edilmediğini belirleyen ilkelerle belirlenir. Bunlar sağlık çalışanının mesleki görgü kurallarını, meslektaşlarına karşı davranış kurallarını ve daha da önemlisi hastalara yönelik davranışlarını etkiler (McIntyre ve Popper, 1983). Kişi etik değerlere ve etik sorumluluklara uygun davrandığında tıbbi hata yapma ihtimali azalacaktır. Bu nedenle çözüm, eğitimle etiğe dayalı bir organizasyon ve kurum kültürü oluşturmaktan geçmektedir. Eğitimle sağlık çalışanlarına etik öğretilerek tıbbi uygulamalarda yaşanacak sorunlar azaltılmaya, karşılaşılabilecek etik dışı olaylar önlenmeye çalışılabilir. Eğitimle etik sorumluluklar konusunda sağlanan farkındalık kişilerin tutumlarına ve zamanla uygulamalarına yansımaya olacaktır. Bu da tıbbi hataların azaltılması olarak geri dönecektir.

Eğitim, sağlık çalışanının farkındalığını arttırarak hata azaltıcı yöntemlerin ya da sistemlerin sağlık çalışanları tarafından daha istekli kullanımını sağlayacaktır. Örneğin doğru ve etkili biçimde kontrol listelerini kullanacaktır. Kontrol listeleri

uygulamalarda koordinasyonunu sağlama ve uygulamanın doğru prosedürle yürümesi açısından hemşire için yol göstericidir. Kontrol listeleri, uygulamanın protokellere uygun yapılmasını, uygulama basamaklarının ve uyulması gereken kuralların takibini kolaylaştırır. Örneğin “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” kullanıldığında yanlış taraf cerrahisi, yanlış hastanın ameliyat edilmesi ve yabancı cisim unutulması gibi istenmeyen durumlar önemli ölçüde engellenecek; görülecek komplikasyonlar azalacak ve hasta onamına ilişkin sorunlar bertaraf olacaktır. Böylece hasta güvenliği açısından önemli gelişmeler görülecek ve tıbbi hata oranları azalacaktır. Yapılan çalışmalar “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi”nin etkili bir şekilde kullanılması ile ameliyata ilişkin komplikasyonların yarısının önlenildiğini göstermektedir (Candaş ve Gürsoy, 2015; Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011, s:1). Beklenen yararın sağlanabilmesi için kontrol listelerinin etkin bir şekilde kullanılması gerekir. Ekibin kontrol listesini kullanmayı öğrenmesi biraz zaman alıcıdır. Sağlık çalışanları tarafından kontrol listelerini kullanmak bir zorlama, hatta bir zaman kaybı olarak görülebilmektedir. Kontrol Listesinin başarılı olabilmesi için, ekibin onu kullanmayı istemesi ve gerekli olduğuna inanması gerekmektedir (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011, s:36,37). Aksi takdirde çalışanlar kontrol listelerini mecbur oldukları için dolduracak ve tıbbi hataların önlenmesi amacıyla uzaklaşılacaktır. Bu durumda checklist doldurmaktan öteye gidilemeyecek, hataları azaltmak yerine ekibe sevimsiz bir işyükü olarak dönecektir. Bu nedenle kontrol listelerinin nasıl kullanılacağı, kullanım amaçları, avantajları ve önemi ekibe anlatılarak, amaca uygun kullanılıp kullanılmadığının takibinin yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızın eğitim bölümü 40 kişilik gönüllü öğrencilerden oluşan bir grupta toplam 7 oturum olarak yürütülmüştür. Eğitimde anlatım, tartışma, soru- yanıt, örnek olay (case-study) gibi öğretim yöntemlerinin kullanılması yanısıra öğrencilerin farkındalıklarını artırmak amacıyla her oturum sonrasında kliniklerde gözlemledikleri veya deneyimledikleri hataları raporlandırımları gibi ödevler verilmiştir. Eğitime katılanların gönüllü kişilerden oluşması, sayının 40 kişi ile sınırlandırılması, her bir oturumda öğrencilerin deneyimlerini paylaşmak için



yeterince zaman ayrılması ve eğitimin ardışık olarak 7 hafta sürmesi eğitimin olumlu yönleridir. Aynı zamanda eğitime katılan öğrencilerin meslek derslerinin uygulamalarını sağlık kurum ve kuruluşlarında yapmaları, dolayısıyla hastane ortamını deneyimlemeleri ve daha önce etik dersi almalarına bağlı kavramları biliyor olmaları eğitim ve eğitimci açısından avantajdır. Ayrıca tıbbi hataya yönelik gerçekleştirilen eğitimlerin genelde tıbbi hatanın bir boyutuna odaklandığı ve kısa süreli olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda tıbbi hata bir boyutuyla değil bütüncül olarak ele alınmaya çalışılmıştır. Benzer şekilde Kahriman ve arkadaşları (2014) çalışmalarında tıbbi hata kavramı, Dünya ve Türkiye’de tıbbi hatalar, tıbbi hatalara ilişkin yapılan çalışmalar ve sonuçları, tıbbi hataların nedenleri ve sınıflandırılması, tıbbi hatalarda mesleki ve yasal sorumluluklar, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği, hasta güvenliği ve risk yönetimi, hata bildirim ve hataların önlenmesi konularına yönelik eğitim vermişlerdir. Bizim çalışmamızda bu çalışmaya ek olarak tıbbi hataların etik boyutun daha ayrıntılı olarak üzerinde durulmuştur.

Literatürde farklı eğitim yöntemleri kullanılarak yapılan tıbbi hata/hasta güvenliği eğitimleri bulunmaktadır. Garcia ve Goolsarran (2016), hemşire ve hekimlerden oluşan bir gruba ayda bir kez bir saatlik vaka analizi, atölye çalışması (workshop) ve grup çalışması yöntemlerini kullanarak eğitim vermişlerdir. Eğitime toplam 86 kişi katılmış; eğitimden sonra eğitimin etkililiği anket yöntemi ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarına hasta güvenliği ilkelerinin etkili bir şekilde öğretilebileceği ve tıbbi hataların azaltılabileceği belirtilmiştir. Katılımcıların % 90’ı öğrendikleri güvenlik kavramlarını büyük oranda kullanacaklarını ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızla paralel olarak tıbbi hatalara ilişkin bilgi artışının kişilerin farkındalıklarını arttırdığı ve tıbbi hataların azaltılmasında etkili olduğu söylenebilir.

Wayman ve ark. (2007), tıbbi hataların açıklanmasına yönelik planladıkları eğitimin etkililiğini pediatrik onkoloji hemşireleri için simüle edilmiş bir ortamda öntest-sontest yarı deneysel yöntem kullanarak değerlendirmişlerdir. Hemşirelerin olumsuz olayları açıklarken kullandıkları iletişim becerileri öntest ve sontestte anket ve ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada simülasyon temelli eğitimin

tıbbi hataların açıklanması konusunda hemşirelerin öz yeterliliğini arttırdığı ve iletişim becerilerini geliştirdiği belirtilmiştir. Niemeyer (2018), hasta güvenliği sağlamaya ve geliştirmeye yönelik etkili eğitim stratejilerini içeren 12 makaleyi incelediği çalışmasında simülasyon temelli öğrenme (simulation-based learning), vaka senaryoları (case scenarios), vaka analizi (case analysis) ve öğrenci geri bildirimleri (student feedback) gibi birçok farklı yöntemin kullanıldığını; pek çok stratejinin birlikte uygulandığı zaman, simülasyon temelli öğrenmenin temel strateji olarak en çok kullanıldığını belirtmiştir. Aggarwal ve ark. (2010) da aynı şekilde etkili eğitimler için simülasyon temelli eğitimleri önermektedir. Çalışmamızda “Tıbbi Hataların Bildirimi ve Tıbbi Hatalarda Etik Sorumluluk” oturumunda tıbbi hata içeren bir vakada öğrencilerin vakaya ilişkin tutumları hakkında tartışılmıştır. Vaka tartışması sonucunda öğrencilerin tıbbi hata durumunda nasıl davranmaları gerektiği konusunda tam olarak kendilerini hazır hissetmedikleri görülmüştür. Çalışmanın gerçekleştirildiği fakültede simülasyon laboratuvarının henüz tamamlanmamış olması nedeniyle eğitimde bu yönetime yer verilmemiştir. Bununla birlikte tıbbi hataların açıklanması ve tıbbi hata ile karşılaşıldığında nasıl davranılması ve sağlık çalışanlarının hazırlanması konusunda simülasyon temelli eğitimlerin önemli olduğu düşünülmektedir.

Hasta güvenliğini sağlamanın ilk adımı olan eğitimlerin sadece yeni başlayan hemşirelerle ya da lisans eğitimiyle sınırlandırılmaması; eğitimin hem içeriğinin hem yönteminin eğitim verilecek grubun gereksinimleri ve grup dinamikleri göz önünde bulundurularak hazırlanması gerekmektedir (Vrbnjak ve ark., 2016).

Tıp eğitiminin başlangıcında öğretilen "önce zarar verme" öğretisinin zamanla hatayı kabul etme isteğini büyük ölçüde etkileyen hatasız bir uygulama idealine dönüştüğü görülmektedir (Hobgood ve ark., 2004). Sağlık çalışanlarına eğitimleri sırasında mükemmellik aşılması, mükemmel olması için yetiştirilen kişilere hataların kabul edilemez olduğu mesajı verilmesi, en ufak hatada ya da başarısızlıkta tepki gösterilmesi kişilerin kendilerini yetersiz hissetmesine ve utanç duymasına neden olmaktadır. Mükemmel olmaya çalışmak övgüye değerdir. Hastaya karşı

sorumluluk duygusunu geliştirir. Ancak daha öğrenci iken aşılana bu tutumun hata bildiriminin önünde büyük bir engel teşkil ettiği düşünülmektedir (Leape, 1997).

Hemşirelik, tıp ya da ebelik öğrencileri uygulamaları sırasında ya hata yapmakta ya da hataya şahit olmaktadır. Bodur ve ark. (2012), hemşirelik ve ebelik son sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin tıbbi hata yapma oranlarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Öğrencilerin % 37'sinin ders uygulamaları sırasında tıbbi hata yaptıkları; hataların % 59'unun ilaç hataları olduğu ve yapılan hataların % 12'sinde hastaların bu hatadan zarar gördüğü görülmektedir. Aynı çalışmada öğrencilerin % 59'u staj arkadaşlarının sık hata yaptığını; meydana gelen hataların % 35'inin hastaya zarar verdiğini bildirmişlerdir. Mankan ve ark. (2017), hemşirelik ve ebelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin % 10.4'ünün intörlükleri boyunca en az bir kez tıbbi hata yaptığını, % 25.7'sinin ise bir tıbbi hataya şahit olduğunu belirtmektedir. Öğrencilerin tıbbi hataların bildirim konusunda desteklenmeleri, olumlu bir tutum oluşturma ve hataları açıklama konusunda cesaretlendirilmeleri önemlidir. Önemli olan tıbbi hata konusunda sağduyulu, farkındalığı yüksek, hata olduğunda hukuki ve etik çerçeveye uygun tepki gösterebilen çalışanlar yetiştirebilmektir.

Hata bildiriminde değinilmesi gereken bir diğer kavram “whistleblowing” kavramıdır. Whistleblowing, bir çalışanın yanlış, etik olmayan ya da yasadışı davranışı yönetim ya da bir dış otorite ya da kamuoyuna bildirmesi, ifşa etmesidir (Bouville, 2008; Eaton ve Akers, 2007). Aktan (2006), “whistleblowing” kavramını *“bir organizasyon içerisinde yasa-dışı ve etik değerlere uygun olmayan davranış ve eylemlerin organizasyon içi ve/veya organizasyon dışı başka kişilere veya kurumlara zarar vermemesi için enformasyon sahibi kişiler (çalışanlar veya paydaşlar) tarafından sorunları çözme güç ve yetkisine sahip iç ve dış otoritelere bildirilmesi”* olarak tanımlamaktadır. İngilizce literatürde örgütsel hata, örgütsel yanlış davranış ve malpraktis gibi kavramlarla da ifade edilmektedir. Whistleblowing, organizasyonda yaşanan yanlış davranış ve eylemlerin ortadan kaldırılması için mücadele etme, kişisel sorumluluk ve mesleki vicdani yükümlülük gereğidir (Aktan 2006; Bolsin ve ark. 2005). Hemşireler sağlık gibi insan hayatı için hassas ve ertelenemez ihtiyaç

olan bir konuda kendilerini hastaların savunucusu olarak görmektedirler. Bu nedenle hasta yararını önplanda tutarak etik ilkeler çerçevesinde hareket etmelidirler. Gördüğü olumsuz davranışlar karşısında sessiz kalmayı tercih eden hemşire hem hastalara zarar vermekte hem de kendisini vicdani olarak rahatsız hissetmektedir. Hatanın ifşası özellikle etik kaygılarla gerçekleştirilmesi arzu edilen bir durumdur ve hasta güvenliğine önemli katkı sağladığı kabul edilmektedir (Bolsin ve ark., 2011; Taş ve Antalyalı 2015). Kitle iletişim araçlarında zaman zaman hemşirelerin özellikle bir başkasının yaptığı hatalarda bu yolu kullandığı görülmektedir. Bu durum kurumda tıbbi hata bildirim konusunda sıkıntı yaşandığının ve uygun sistemlerin kullanılmadığının; bu sebeple hemşirelerin hissettikleri bu vicdani yükten farklı yollarla kurtulmaya çalıştıklarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

#### **4.4.4. Tıbbi Hataların Önlenmesinde Cezalandırma Kültürüne Karşı Sistem Yaklaşımı**

Tıbbi hatalar yıkıcıdır. Bazı hatalar telafisi mümkün olmayan zararlara neden olabilmektedir. Ancak birçoğu önlenebilir hatalardır. Hemşireler bu hataların oluşmasını önlemek için her türlü çabayı göstermelidir. Hemşireler hasta güvenliği kültürünün ve sistemlerinin oluşturulması, iyileştirilmesi ve yeni yaklaşımların geliştirilmesinde önemli role sahiptir. Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının hataları gizleme eğiliminde olduğunu, yeterince bildirim yapılmadığını, hata bildirimlerinde isteksiz davranıldığını ve direnç gösterildiğini, başkalarının hatalarını bildirmeye daha eğimli olduğunu göstermektedir (Dursun ve ark. 2010; Gündoğdu ve Bahçecik, 2012; İstanbullu ve ark., 2012; Johnstone ve Kanitsaki, 2006; Lawton and Parker, 2002; Mayo ve Duncan, 2004; Yıldırım ve ark., 2009). Daha önceki bölümlerde de bahsedildiği üzere hemşireler ceza alma, iş arkadaşları tarafından eleştirilme, dışlanma gibi birçok nedenden dolayı hataları raporlandırmak istememektedir (Çakır ve Tütüncü 2009; Gündoğdu ve Bahçecik, 2012; Mayo ve Duncan, 2004; Özata ve Altuncan 2010). Çalışanların olumsuz olayları rapor ederken eleştirilmekten korkmaları durumunda bir hasta güvenliği kültürü elde etmek zordur. Özellikle hasta güvenliğine yönelik cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım

benimsenmesi konusunda aktif rol almalıdırlar. Hemşire hata yaptığında, sistem hatalarını araştırmaya katılma ve hatayı gerekli birimlere ve hastaya bildirme sorumluluğundadır (Lachman, 2007). Hata bildirimlerini hata yapan kişiyi rencide etmek, cezalandırmak, suçlamak ve utandırmak için bir neden olarak görmek yerine, öğrenme fırsatı olarak görmek gerekir (Johnstone ve Kanitsaki, 2006). Bu fırsatları iyi değerlendirmek için cezalandırıcı olmayan ve herkesin katılımını sağlayan sistemler kurulmalı ve bu sistemlerin devamlılığı, işlerliği sağlanmalıdır. Hata olduktan sonra hata yapan kişinin cezalandırılması kısa vadede hatayı engelliyor gibi görünse de uzun vadede etkisi tartışılmaktadır. Ayrıca tıbbi hatayı yapan kişiye odaklanan, sistem ve koşulları gözardı eden bu yaklaşımın ceza ve tazminat davalarını artırdığı, süreçteki sorunlara, sistemdeki başarısızlıklara odaklanmadığı için hataları önlemede yetersiz kaldığı görülmektedir. Cezalandırma yöntemi hata bildirimlerini olumsuz etkilediği gibi kişilerin ceza alma korkusu nedeniyle etikdışı davranmalarına neden olmaktadır. Hataları azaltmak için anonim olay raporlama ve cezalandırıcı olmayan sistem yaklaşımı benimsenmedikçe hata bildirimlerinin istenen düzeyde olmayacağı düşünülmektedir.

Literatürde hataların çalışandan ziyade sistemden kaynaklandığı tezi desteklenmektedir. Olumsuz olaylar raporlanır, söz konusu raporlar değerlendirilir ve sistemleri düzeltmek için önlemler geliştirilirse sistemler iyileştirilebilir. Bu nedenle sağlık çalışanları hataları raporlamak konusunda desteklenmelidir (Conerly 2000). Sistem yaklaşımı hemşirelik hatalarını belirlemek, mesleki uygulamaların geliştirilmesini sağlamak açısından da kritik önem taşımaktadır. (Johnstone ve Kanitsaki, 2006). Sağlık çalışanının hatası nedeniyle haksız biçimde cezalandırılmayacağı, hata raporlarının riskleri azaltmak ve problemleri çözmek için kullanılacağı konusunda güven oluşturulmalıdır (JCI, 2007, s:1, 10; Leape, 1997; Öztürk ve Kahrıman 2016, s. 30; Wolf ve Hughes, 2008, s:6-7). Hemşire hizmet kalitesini artırmak ve hata oranlarını azaltmak için uygun sistemlerin geliştirilmesinde etkin görev almalıdır. Bu sistemleri kurarken hastanenin daimi çalışanları yanında hastaneye uygulama için gelen öğrenciler unutulmamalıdır.

Hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde her şeyi bilmeleri gerektiği beklentisi ve bilgi ile doldurulması yerine, her şeyi bilmenin mümkün olmadığı anlatılarak araştırma kültürü öğretilmelidir (Johnstone ve Kanitsaki, 2006). Öğrencilerin tıbbi hataya tepkisi sağlık çalışanlarının tepkisine benzerdir. Öğrenciler bir hata ile karşılaştıklarında ceza almaktan, öğretim elamanının tepkisinden, dersi geçememekten korktukları için hataları bildirmek istememektedirler. Öğrencilerin yaptıkları yanlış ya da hata nedeniyle cezalandırılmaları hataları gizlemelerine neden olmakta ve eğitimcilerin öğrencilerin eksikliklerini düzeltmesini zorlaştırmaktadır (McIntyre ve Popper, 1983). Öğrencilerin hataya bakışı büyük oranda uygulama yürütücüsü öğretim elemanından etkilenmektedir. Öğrenci cezalandırıcı bir model benimsemiş bir eğitimci karşısında hata gizleme eğilimindeyken; hata ihtimalini kabul eden ve öğrenci ile hata konusunda konuşan, destek sağlayan, sistem modelini benimsemiş eğitimci de bildirim daha yatkın olacaktır. Öğrenci bir hata yaptığında hata bildirim süreci çalışan hemşirelerde olduğu gibi işlemektedir. Öğrencilerin uygulamaya çıktıkları hastanenin benimsemiş olduğu raporlama sistemine göre hata bildirimlerini yapmaları gerekmektedir.

Eryılmaz ve Biricikoğlu (2011), etikdışı davranışların önlenmesine yönelik iki yaklaşımdan bahsetmektedir. Bunlardan birincisi “çürük elma” yaklaşımı, ikincisi de “çürük bidon” yaklaşımıdır. Çürük elma yaklaşımı, dürüst olmayan personelin ıslah olması mümkün görünmediği durumlarda kurumdan atılması gerektiğini savunurken; çürük bidon yaklaşımı ise çürük bidon nasıl tamir edilip yeniden kullanılabiliriyorsa etikdışı davranışların da düzeltilebileceğini savunmaktadır. Çürük elma yaklaşımını tıbbi hatalara yönelik kişi yaklaşımına benzetmek mümkündür. Nasıl ki cezalandırma yöntemi ile hatalar azaltılamıyorsa kişilerin kurumdan uzaklaştırılması da sorunu kökten çözmeyecektir.

Özetle hem sağlık çalışanı hem uygulama için hastanede bulunan öğrencilerin görevleri gereği hata ile karşı karşıya oldukları unutulmamalıdır. Proaktif model benimsenerek hatalar oluşmadan önlenmeli; tüm önlemlere rağmen hataların olabileceği kabul edilmeli ve bir hata meydana geldiğinde cezalandırıcı model yerine

sistem modelinin benimsenmesi ve bildirimleri artırıcı uygulamaların desteklenmesi gerekmektedir.



## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşireler hastanedeki konumları itibariyle hataları tanımlama, analiz etme ve eylemde bulunma açısından önemli role sahiptir. Genellikle hemşireler kurumda ve yönetimde sürekliliği olan, kalite çalışmalarında yer alan, teknoloji kullanımına yatkın olan kıdemli kişilerdir. Hataların azaltılmasında kilit rol oynayan hemşirelerin önleyici davranışlarını güçlendirmek için bazı önemli faktörler bulunmaktadır. Birincisi, hemşire eğitiminde hata ve nedenleri hakkında daha fazla farkındalık sağlamak ve hasta güvenliği kültürünü mesleki gelişimin bir parçası olarak kazandırmaktır. İkincisi, ramak kala olayların raporlanması, analizinin sağlanması ve risk yönetimi için proaktif yaklaşımların kolaylaştırılmasıdır. Üçüncüsü, insanın hata yapabileceğinin kabul edilmesidir. Hata tıp uygulamalarının kaçınılmaz bir parçasıdır. Sağlık hizmetlerindeki tıbbi uygulamaların tamamen hatasız yapılabildiğini gösteren bir çalışma mevcut değildir. Sağlık bakımı insani bir çabadır ve tüm insani çabalarda olduğu gibi iyi niyetli olduğunda da hataya maruz kalılabileceği kabul edilmelidir. Herkesin hata yapabileceğinin kabul edilmesi, hataların önlenmesindeki ilk adımdır. Dördüncüsü ise hatayı ortaya çıkarmaktır. Hatayı ortaya çıkarmak hatadan ders alarak gelecekte oluşacak hataları önleme amacı yanında hasta özerkliğine saygının bir gereğidir. Hatalar, beceri yetersizliğinden kaynaklanıyorsa, beceri düzeyi arttırılmaya; dikkatsizlikten veya yapılabilir şeyleri yapmaktan kaynaklanıyorsa davranışlar iyileştirilmeye çalışılmalıdır. Tüm bunların sağlanmasının ilk basamağını farkındalık oluşturmak için düzenlenen eğitimler oluşturmaktadır (Hobgood ve ark., 2004; Lachman, 2007; McIntyre ve Popper, 1983; Miller ve Chaboyer, 2006).

Tıbbi hata konusunda farkındalık oluşturmak ve tıbbi hata eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve tutumuna etkisini değerlendirmek üzere yapılan araştırmamızın sonuçları şu şekildedir;

Öğrenciler lisans eğitimleri sırasında aldıkları tıbbi hata eğitimini yeterli bulmamaktadırlar.



Tıbbi hata konusu hemşirelik lisans müfredatlarında yeterince yer almamaktadır.

Öğrencilerin tıbbi hata ile ilgili eğitim ihtiyacı bulunmaktadır.

Öğrenciler tıbbi hataya ilişkin bilgilerini yeterli bulmamaktadırlar.

Öğrenciler tıbbi hataya ilişkin mesleki sorumluluklara yönelik bilgilerini yeterli bulmamaktadırlar.

Öğrenciler tıbbi hataya ilişkin görev ve yetkilere yönelik bilgilerini yeterli bulmamaktadırlar.

Öğrenciler tıbbi hatalarda hukuki ve cezai sorumluluklara ilişkin bilgilerini yeterli bulmamaktadırlar.

Öğrenciler tıbbi hatalarda etik sorumluluklara ilişkin bilgilerini yeterli bulmamaktadırlar.

Öğrencilere verilen tıbbi hata eğitimi öğrencilerin tıbbi hataya yönelik farkındalıklarını arttırmaktadır.

Tıbbi hata eğitimi, öğrencilerin tıbbi hataya eğilimlerini azaltmaktadır.

Tıbbi hata eğitimi, öğrencilerin tıbbi hatalarda tutumlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Tıbbi hata eğitimi, öğrencilerin tıbbi hataya ilişkin bilgilerinin artmasında etkilidir.

Öğrencilerin tıbbi hata algıları, yaklaşımları ve tıbbi hata nedenlerine yönelik tutumları arttıkça tıbbi hata eğilimleri azalmaktadır.

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların azaltılması amacıyla geleceğin sağlık çalışanı olan hemşirelik öğrencilerinin konu hakkında farkındalıklarının sağlanması ve olumlu tutum geliştirmelerinin sağlanması açısından tıbbi hata eğitimlerine özellikle mezuniyet öncesi dönemde başlanması,

Lisans eğitim müfredatlarında tıbbi hatalara yer verilmesi ve öğrencilerin güvenli sağlık hizmeti sunmaya hazır hale getirilmesi,

Hemşirelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programında mesleki derslere ilişkin konu başlıklarından biri olan “Hasta, Çalışan Güvenliği ve Kalite Yönetimi” başlığında tıbbi hata konusuna vurgu yapılması,

Öğrencilerin tıbbi hata konusunda eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda okullar arasında uygulama farklılıkları olabileceği kabul edilmekle birlikte asgari düzeyde bir birlik sağlanması,

Eğitime lisans eğitiminin ilk yıllarında başlayarak, eğitimin tüm sınıflara yayılması, hekim, hemşire, ebe ve eczacılar için ortak öğrenme fırsatları oluşturulması,

Tıbbi hata ve hasta güvenliği ile ilgili derslerin müfredata eklenmesi ve öğrencilerin ilgisini çekecek şekilde düzenlenmesi,

Tıbbi hata konusunun deontoloji ve adli tıp derslerinin içerisinde ayrı bir ders konusu olarak işlenmesinin yanısıra ayrı bir ders olarak verilmesi,

Tıbbi hata konusuna teorik ve klinik eğitimin içeriğinde daha fazla yer verilmesi,

Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusunda bilinç, beceri ve tutumlarının geliştirilmesi,

Tıbbi hata eğitiminin hizmet içi eğitimler, kongre ve sempozyumlarla güncel tutulması,

Sağlık çalışanlarının tıbbi hata ile ilgili farkındalığını arttırmak amacı ile verilecek eğitimlerin sürekliliği ve güncelliğinin sağlanması,

Hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik kapsamlı eğitimler planlanması ve bu eğitimlerde uluslararası hasta güvenliği hedeflerine yer verilmesi,

Ekibin tüm üyelerine hasta güvenliği kültürü oluşturulması ve geliştirilmesi konusunda destek sağlanması,

Eğitimlerin etkililiğinin öntest-sontest, gözlem, görüşme ya da anket gibi yöntemler kullanılarak değerlendirilmesi,

Hemşirelerin ve öğrencilerin karşılaştıkları sorunlarda danışmanlık hizmeti verebilecek birimlerin kurulması,

- Hemşirelerin ve öğrencilerin tıbbi hataları bildirme konusunda cesaretlendirilmesi ve eğitimlerle desteklenmesi önerilmektedir.

Çalışmamızda öğrencilere verilen eğitimde aşağıdaki başlıklara yer verilmiştir. Tıbbi hata konusunda verilecek eğitimlerin de bu başlıkları içerecek şekilde düzenlenmesi önerilebilir.

### Tıbbi hatalar

- Tıbbi hata tanımı
- Tıbbi hata ile ilgili temel kavramlar
- Tıbbi hata nedenleri
- Tıbbi hataların sınıflandırması
- Hemşireliğe ilişkin tıbbi hata örnekleri
- Tıbbi hata kaynakları
- 

### Hemşirelerin tıbbi hata ile ilgili görev, yetki ve sorumlulukları

- Hemşireliğin görev tanımı
- Hemşireliğin görev, yetki ve sorumlulukları
- Hemşireliğin bakım süreci ve aşamaları
- Temel hemşirelik rolleri
- 

### Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar

- Hasta güvenliğinin tanımı
- Hasta güvenliğinin önemi
- Hasta güvenliğinde hemşirenin rolü
- Hasta güvenliğinde hemşirenin rolleri
- Tıbbi hata açısından risk değerlendirme ve önlem alma

### Tıbbi hatalarda mesleki ve yasal sorumluluk

- Hemşirenin tıbbi hata sürecinde mesleki sorumlulukları
- Hemşirenin tıbbi hata sürecinde yasal sorumlulukları
- Hemşirenin tıbbi hatalarda hukuki sorumlulukları
- Hemşirenin tıbbi hatalarda cezai sorumlulukları
- Hemşirenin tıbbi hatalarda idari sorumlulukları
- Tıbbi müdahale
- Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartları

### Tıbbi hataların bildirim ve tıbbi hatalarda etik sorumluluk

- Tıbbi hata bildirim

- Tıbbi hataların raporlanması
- Tıbbi hata durumunda yapılması gerekenler
- Tıbbi hatanın bildirim ve yönetiminde hemşirenin sorumluluğu
- Tıbbi hatalarda etik sorumluluk ve profesyonel tutum



## ÖZET

### Tıbbi Hata Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi

Tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanması hemşirelik bakım kalitesinin yükseltilmesinde önemli göstergelerdendir. Tıbbi hataların azaltılabilmesi için eğitimlere geleceğin hemşireleri olan öğrencilerden başlamak ve meslek hayatlarında da hizmetiçi eğitimlerle eğitimin devamlılığını sağlamak gerekir. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerine verilen tıbbi hata eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Eğitim ile öğrencilerin klinik uygulamalar esnasında yaşadıkları ve neden oldukları hataları azaltmak, öğrencileri tıbbi uygulama hatalarının hukuki ve etik boyutu hakkında bilinçlendirmek ve öğrencilerin bu konuda farkındalıklarını arttırmak amaçlanmıştır.

Bu araştırmada öntest-sontest tek gruplu yarı deneysel yöntem kullanılmıştır. Çalışmanın evrenini Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Çalışmanın ilk aşamasında hemşirelik son sınıf öğrencileri ile ihtiyaç analizi yapılmıştır. İhtiyaç analizi için ayrıca örneklem seçimine gidilmemiş, veri toplama formu çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 150 öğrenciye 26-30 Eylül 2016 tarihleri arasında uygulanmıştır (katılım oranı % 80,6'dır). İkinci aşamasında ise ihtiyaç analizinden elde edilen veriler doğrultusunda toplam yedi haftadan oluşan eğitim programı hazırlanmış ve uygulanmıştır. Eğitim için 40 kişilik çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalışma grubu gönüllük esasına dayanılarak rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrasında öğrencilere, kişisel bilgi formu, bilgi testi, vaka formu, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden oluşan öntest ve sontest uygulanmıştır.

İhtiyaç analizinden elde edilen verilerin işlenmesinde frekans analizi kullanılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası elde edilen verilerin analizinde ise frekans analizi yanında, Bağımlı Örneklem T Testi, Bağımsız Örneklem T Testi, Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Çalışmada, öğrencilerin % 85,3'ünün tıbbi hatalarla ilgili eğitim aldığı; eğitim alan öğrencilerin % 54,7'sinin aldıkları eğitimi yetersiz buldukları belirlenmiştir. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve bilgi puanı ortalamaları yükselmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, öğrencilerin tıbbi hataya ilişkin aldıkları eğitimi ve bilgilerini yeterli bulmadığı, müfredatta tıbbi hata konusunun yeterince yer almadığı, öğrencilere verilen tıbbi hata eğitiminin öğrencilerin tıbbi hataya yönelik bilgi ve farkındalıklarını arttırdığı, tıbbi hataya eğilimlerini azalttığı ve tıbbi hatalarda tutumlarını olumlu yönde etkilediği; bu nedenle lisans müfredatlarında tıbbi hata konusuna yeterince yer vererek öğrencilerin güvenli sağlık hizmeti sunmaya hazır hale getirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Etik Sorumluluk, Hasta Güvenliği, Hemşirelik Eğitimi, Malpraktis, Tıbbi Hata.

## SUMMARY

### **The Effect of Medical Error Education on the Nursing Students' Knowledge and Attitudes**

Decreasing of medical errors and providing patient safety are fundamental factors at increasing the quality of nursing care. To decrease the medical errors, education must be initiated with the students who will be nurses in the future and also, continuing education must be provided with on-the-job training activities in their career. This study is planned for evaluating the effects of medical error education on the knowledge and attitudes of the nursing students. With this training, it is planned to reduce the medical errors caused by the nursing students during their clinical applications and to raise awareness towards legal and ethical dimensions of medical errors

In this study, one-group pretest-posttest semi-experimental design method is used. The study group was consisted of senior students of Düzce University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing. In the first stage of the study, need assessment is carried out with the senior students of nursing education. For the need assessment the entire group of senior students were recruited; therefore no sampling had done. Data collection form was applied to 150 students who accepted to participate the study voluntarily between September 26-30, 2016 (participation level: 80,6 %). On the second stage, seven-week education programme is prepared in accordance with the data obtained from the need assessment and applied to the study group. A study group of 40 subjects was selected randomly, based on voluntariness. Before the education sessions data on personal information was collected from the study group; scale of medical error trends and scale of medical error attitudes, a general exam on medical errors and a case-based exam were applied. Same set of measurement was applied after the education process was completed.

Frequency analysis is used to analyze the data of need assessment. Paired Student T-Test, Unpaired T-Test and Pearson's Correlation Coefficient are used in addition to Frequency Analysis to analyze pre- and post-tests' results.

In this study, it was determined that 85.3% of the students received education on medical errors, and 54.7% of the students who received education found the education inadequate. The "Malpractice Tendency Scale in Nursing", "Scale of Attitudes Towards Medical Errors" and knowledge score averages increased after the education. This increase was found to be statistically significant ( $p < 0.001$ ).

The results obtained from the study revealed that (1) the students think that the education they have been provided on medical error is not adequate, (2) medical error is not adequately emphasized in the nursing curriculum, (3) medical error education increase the knowledge and the awareness of students about medical errors and (4) it decreases the medical error tendency and effect the attitudes positively toward medical errors. Therefore it is suggested that medical errors should be covered as a subject adequately in the nursing curriculum to make the students ready to provide safe health service.

**Keywords:** Ethical Responsibility, Malpractice, Medical Error, Nursing Education, Patient Safety.

## KAYNAKLAR

- ABOUMATAR HJ, THOMPSON D, WU A, DAWSON P, COLBERT J, MARSTELLER J, KENT P, LUBOMSKI LH, PAINE L, PRONOVOST P (2012). Republished: Development and evaluation of a 3-day patient safety curriculum to advance knowledge, self-efficacy and system thinking among medical students. *Postgrad Med J*, **88**: 545-551.
- AGARWALA AV, NURUDEEN S, HAYNES AB (2015). Perioperative checklists and handoffs: Implementation and practice. *Advances in Anesthesia*, **33**: 191-216.
- AGGARWAL R, MYTTON OT, DERBREW M, HANANEL D, HEYDENBURG M, ISSENBERG B, MACAULAY C, MANCINI ME, MORIMOTO T, SOPER N, ZIV A, REZNICK R (2010). Training and simulation for patient safety. *Qual Saf Health Care*, **19**(Ek 2): 34-43.
- AHMED M, ARORA S, TIEW S, HAYDEN J, SEVDALIS N, VINCENT C, BAKER P (2014). Building a safer foundation: The lessons learnt patient safety training programme. *BMJ Qual Saf*, **23**: 78-86.
- AHRQ (2017a). Culture of Safety. Erişim Adresi: [https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture]. Erişim Tarihi: 01/08/2017.
- AHRQ (2017b). Reporting patient safety events. Erişim Adresi: [https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/13/voluntary-patient-safety-event-reporting-incident-reporting]. Erişim Tarihi: 09/08/2017.
- AKALIN HE (2004). Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz?. *ANKEM Derg*, **18**(Ek 2): 12-13.
- AKALIN HE (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, **5**(3): 141-146.
- AKARSU B (1998). Felsefe Terimleri Sözlüğü. İnkilap Kitabevi, 12. Baskı, İstanbul, s.:146,162.
- AKÇA AY F (2008). Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul.
- AKÇA AY F (2013). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- AKGÜN S (2014). Hasta güvenliği, beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar-sentinel olaylar-sentinel events in healthcare. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. **1**(2): 75-82.
- AKGÜN ŞAHİN, KARDAŞ ÖZDEMİR F (2015). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **12**(3): 210-214.
- AKINCI VURAL B, COŞKUN G (2011). Kurumsal sosyal sorumluluk ve etik. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, **1**: 61-87.
- AKTAN CC (2006). Organizasyonlarda yanlış uygulamalara karşı bir sivil erdem, ahlaki tepki ve vicdani red davranışı: Whistleblowing. *Mercek Dergisi*, 1-13.



- ALCAN Z, AKSOY A, CİVİL B, TEKİN DE, EKİM R, ÖZBUCAK CİVİL S, ÇAKAR V (2011). Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi, s.:78.
- ALCAN Z, TEKİN DE, ÖZBUCAK CİVİL S (2012). Hasta Güvenliği Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- ALTUNKAN H (2009). Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- ANA (2001). Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements. American Nurses Association, Silver Spring, Maryland, s.:21,22,26.
- ANA (2006). Assuring patient safety: registered nurses' responsibility in all roles and settings to guard against working when fatigued. Erişim Adresi: [http://www.nursingworld.org/Kategorisindenseniz/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Archives/Copy-of-AssuringPatientSafety-1.pdf]. Erişim Tarihi: 25/08/2017.
- ARDAHAN M (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2): 23-27.
- ARDAHAN M, ALP FY (2015). Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2): 85-88.
- ARONSON JK (2009). Medication errors: Definitions and classification. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6): 599-604.
- ARIKAN M, KALKAN E, ERDİ F, DENİZ M, İZCİ E (2016). Tıp hukukunda olgularla malpraktis-komplikasyon ayrımı: Tıp fakültesi ve hukuk fakültesi son sınıf öğrencilerinin konuya bakış açısı, sorunlar ve çözüm önerileri, *Türk Nöroşir Derg*, 26(1): 40-48.
- ARORA S, SEVDALIS N, AHMED M, WONG H, MOORTHY K, VINCENT C (2012). Safety skills training for surgeons: A half-day intervention improves knowledge, attitudes and awareness of patient safety. *Surgery*, 152: 26-31.
- AVŞAR G, ATABEK ARMUTÇU E, KARAMAN ÖZLÜ Z (2016). Hemşirelerin tıbbi hata eğilim düzeyleri ve tıbbi hata türleri: Bir hastane örneği. *HSP*, 3(2): 115-122.
- ASLAN H (2017). Kadın doğum hekimliğinde dava edilmeyi önleyici yaklaşımlar. Erişim Adresi:[http://tjodistanbul.org/eski/index.php?option=com\_k2&view=item&id=375:kadin-dogum-hekimliginde-dava-edilmeyi-onleyici-yaklasimlar]. Erişim Tarihi: 10/09/2017.
- AŞCIOĞLU S (2007). Hastane enfeksiyonları. *Türk Hij. Den. Biyol. Derg.* 64(1): 1-3.
- AŞTI T, ACAROĞLU R(2000). Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(2): 22-27.
- AYDIN E (1999). "Tıbbi Etik ve Malpraktis" *Tıbbi Tıp Etiği Araştırmaları*. Ed: Arda B. Biyoetik Derneği Yayınları, s.:45-50.

- AYDIN E (2006). Dünya ve Türk Tıp Tarihi. Güneş Kitabevi, Ankara.
- AYDIN O (2004). "Tutumlar" *Davranış Bilimlerine Giriş*. Ed: Özkalp E. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, 3. Baskı, Eskişehir, s.: 279-295.
- AYDIN Y, TURAN Z, DİKMEN Y, TAŞTAN E, YILMAZ G (2015). Ebelik ve hemşirelik intörn öğrencilerin tıbbi hataya eğilim düzeylerinin belirlenmesi, Ebelikte Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu Özet Kitabı, Sakarya, s.:9-10.
- AYDINLI S (2015). Meslek etiği, estetik duyarlılık, etik sorumluluk. Erişim Adresi: [http://www.mimarlikdersi.com/index.cfm?sayfa=mimarlik&DergiSayi=398&RecID=3700]. Erişim Tarihi: 09/04/2017.
- BABADAĞ K (1991). Hemşirelik ve Etik. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **5**(19): 5-10.
- BAHÇECİK N (2016). "Tıbbi Hataların Bildirimi ve Yönetimi" *Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitim Rehberi*. Ed: Öztürk H, Kahriman İ. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, s.:53-71.
- BARKER KN, FLYNN EA, PEPPER GA (2002). Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med.*, **162**: 1897-1903.
- BAYAT AH (2010). Tıp Tarihi. Pınarbaş Matbaacılık ve Reklam Hizmetleri, 2. Baskı, İstanbul.
- BAYINDIR ÇEVİK A, DEMİRCİ A, GÜVEN Z (2015). Hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitim sırasında yaptıkları ilaç uygulama hataları ve tıbbi hata farkındalıkları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6**(3): 152-159.
- BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF (2017). Biyomedikal Etik Prensipleri. Çeviri Ed: Temel MK. Betim Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.
- BEDELL SE, DEITZ DC, LEEMAN D, DELBANCO TL (1991). Incidence and characteristics of preventable iatrogenic cardiac arrests. *JAMA*, **265**(21): 2815-2820.
- BERKE D, ETİ ASLAN F (2010). Cerrahi hastalarını bekleyen bir risk: Düşmeler, nedenleri ve önlemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **13**(4): 72-77.
- BERWICK DM (2003). Errors today and errors tomorrow. *N.Engl.J.Med.*, **348**(25): 2570-2572.
- BIFFTU BB, DACHEW BA, TIRUNEHB T, BESHAN DT (2016). Medication administration error reporting and associated factors among nurses working at the University of Gondar referral hospital, Northwest Ethiopia, 2015. *BMC Nursing*, **15**:43.
- BİLGE Y (2012). "Tıpta Uygulama Hatalarının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi". *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları*. Ed: Bilge Y. Geçim İE. Ofset Digital, 1. Baskı, Ankara, s.:7-12.
- BİRTEK F (2007). Tıbbi müdahaleler açısından komplikasyon- malpraktis ayrımı. *İstanbul Barosu Dergisi*, **81**(5): 1997-2006.
- BLENDON RJ, DESROCHES CM, BRODIE M, BENSON JM, ROSEN A, SCHNEIDER E, ALTMAN DE, ZAPERT K, HERRMANN M, STEFFENSON A (2002). Views of

- practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med*, **347**(24): 1933-1940.
- BLOOD J (2014). Ethical responsibility and treatment errors. *Nature Publishing Group*, **216**(2): 59-60.
- BODUR S, FİLİZ E, ÇİMEN A, KAPÇI C (2012). Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. *Genel Tıp Dergisi*. **22**(2): 37-42.
- BOLSIN S, FAUNCE T, OAKLEY J (2005). Practical virtue ethics: Healthcare whistleblowing and portable digital technology. *J Med Ethics*, **31**: 612-618.
- BORCHARD A, SCHWAPPACH DLB, BARBİR A, BEZZOLA P (2012). A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Annals of Surgery*, **256**(6): 925-933.
- BOUVILLE M (2008). Whistle-blowing and morality. *Journal of Business Ethics*, **81**: 579-585.
- BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD NM, HEBERT L, LOCALIO AR, LAWTHERS AG, NEWHOUSE JP, WEILER PC, HIATT HH (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, **324**(6): 370-376.
- BURKHARDT MA, NATHANIEL AK (2013). Çağdaş Hemşirelikte Etik, Çeviri Ed: Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü. İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul.
- BÜKEN E (2014). “Tıpta Uygulama Hataları ve Engelleme Yolları” *Uluslararası Türk – Amerikan Tıp Hukuku ve Etiği Sempozyum Kitabı*. Ed: Özel Ç, Özcan Büyüktanır BG. Seçkin Yayıncılık, Ankara, s.:185-191.
- BÜYÜK LAROUSSE SÖZLÜK VE ANSİKLOPEDİSİ (1986). Sorumluluk. Milliyet Gazetecilik A.Ş. s.:10687.
- CAN İÖ, ÖZKARA E, CAN M (2011). Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **25**(2): 69-76.
- CANDAŞ B, GÜRSOY A (2015).Cerrahide hasta güvenliği: güvenli cerrahi kontrol listesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **3**(1): 40-50.
- CARAYON P, HUNDT AS, KARSH BT, GURSES AP, ALVARADO CJ, SMİTH M, BRENNAN PF (2006). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Qual Saf Health Care*, **15**(Ek1): 50-58.
- CEBECİ F, GÜRSOY E, TEK S (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **15**(3): 188-196.
- CEBECİ F, KARAZEYBEK E, SUCU DAĞ G (2014). Öğrenci hemşirelerin hastane uygulamaları sırasında tanık oldukları tıbbi hata durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3**(2): 736-748.
- CHENOT TM (2007). Frameworks for patient safety in the nursing curriculum. University of North Florida College of Education and Human Services. Doctoral Thesis.
- CİVANER M (2011). “Malpraktis” yerine “hizmet kaynaklı zarar”. *Türk Pediatri Arşivi*,

46(1): 6-11.

- CLAY-WILLIAMS R, COLLIGAN L (2015). Back to basics: Checklists in aviation and healthcare. *BMJ Quality Safety*, **24**(7): 428-431.
- CONERLY C (2000). Strategies to increase reporting of near misses and adverse events. *J Nurs Care Qual*, **22**(2): 102-106.
- COX KR, SCOTT SD, HALL LW, AUD MA, HEADRICK LA, MADSEN R (2009). Uncovering differences among health professions trainees exposed to an interprofessional patient safety curriculum. *Q Manage Health Care*, **18**(3): 182-193.
- COYLE YM, MERCER SQ, MURPHY-CULLEN CL, SCHNEIDER GW, HYNAN LS (2005). Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care*, **14**: 383-388.
- CRONENWET L, SHERWOOD G, BARNSTEINER J, DISCH J, JOHNSON J (2007). Initial psychometric evaluation of the nursing quality and safety self-inventory. *Nurs Outlook*, **55**: 122-131.
- ÇAKIR A, TÛTÛNCÛ Ö (2009). İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Turunç Matbaacılık, Antalya, 189-205.
- ÇALIŞKAN N (2016). "Sıcak Soğuk Uygulamalar". *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. Ed: Atabak Aştı T. Karadağ A. Akademi Basın Yayıncılık, 2. Cilt, İstanbul.
- ÇETİN G (2006). "Tıbbi Malpraktis" *Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi*. Ed: Çetin G, Yorulmaz Ç. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No: 48, İstanbul, s.:31-42.
- ÇETİNKAYA P (2016). Hemşirelikte Tıbbi Uygulama Hataları. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- ÇIRPI F, DOğAN MERİH Y, YAŞAR KOCABEY M (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2**(3): 26-34.
- ÇOBANOğLU N (2007). Tıp Etiği. İlke Yayınevi, 1. Baskı, Ankara.
- DAŞTAN A, BAYRAKTAR Y, BELLİKLİ U (2015). Muhasebe mesleğinde etik ikilem ve etik karar alma konularında farkındalık oluşturma: Trabzon ilinde bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **29**(1): 63-82.
- DEMİR DİKMEN Y, YORGUN S, YEŞİLÇAM N (2014). Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **1**(1): 44-56.
- DEMİR ZENCİRCİ A (2010). Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **1**: 67-74.
- DEMİREL Ö (2012). Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Program Geliştirme. Pegem Yayıncılık, 19. Baskı, Ankara.
- DEMİRHAN ERDEMİR A (2011). Tıpta Etik ve Deontoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul

- DEMİRTAŞ Ü, ÖZENÇ S, ÖZDEN A, ÖZMEN P, DURMUŞ M, YAPICI A, ALTAYLI E, TOK D, TUNCER SK, ALTINEL S, TÜRK YZ (2014). Tıp öğrencilerinin hasta güvenliği algısı. *TAF Prev Med Bull*, **13**(4): 315-320.
- DİLMEN B (2016). Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi.
- DOKTORLUK, HEMŞİRELİK, EBELİK, DİŞ HEKİMLİĞİ, VETERİNERLİK, ECZACILIK VE MİMARLIK EĞİTİM PROGRAMLARININ ASGARİ EĞİTİM KOŞULLARININ BELİRLENMESİNE DAİR YÖNETMELİK (2 Şubat 2008). Resmi gazete, Sayı: 26775. Erişim Adresi: [http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/02/20080202-9.htm]. Erişim Tarihi: 01/11/2016.
- DURDUN S, BAYRAM N, AYTAÇ S (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler*, **8**(1): 1-14.
- DTB (1992). Dünya Tabipler Birliği Malpraktis Bildirisi (1992). Erişim Adresi: [http://www.ttb.org.tr/TD/TD59/597.html]. Erişim Tarihi: 06/08/2016.
- EATON TV, AKERS MD (2007). Whistleblowing and good governance. *The CPA Journal*, **77**(6): 66-71.
- EKİCİ D (2013). Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi. Sim Matbaacılık, Ankara, s.: 73,81-83,187.
- ERDEMİR F (1998). Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2**(1): 59-63.
- ERSOY N (1994). Hemşirelik ve etik. *Hemşirelik Bülteni*, **33**(7): 43-51.
- ERSOY Y (2004). Tıbbi hatanın hukuki ve cezai sonuçları. *TBB Dergisi*, **53**: 161-190.
- ERTEM G, OKSEL E, AKBIYIK A (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, **84**(1): 1-10.
- ERYILMAZ B (2012). Üç temel alan etik davranış ilkelerinin belirlenmesi etik incelemeler etik kültürün geliştirilmesi. Erişim Adresi: [http://etik.gov.tr/Portals/0/sunumlar/25 Mayıs Etik Günü]. Erişim Tarihi: 27/08/2017.
- ERYILMAZ B, BİRİCİKOĞLU H (2011). Kamu yönetiminde hesap verebilirlik ve etik. *İş Ahlakı Dergisi*, **4**(7): 19-45.
- ESCHER C, CREUTZFELDT J, MEURLING L, HEDMAN L, KJELLIN A, FELLÄNDER-TSAI L (2017). Medical students' situational motivation to participate in simulation based team training is predicted by attitudes to patient safety, *BMC Medical Education*, **17**: 37.
- FENG X, BOBAY K, WEISS M (2008). Patient safety culture in nursing: A dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **63**(3): 310-319.
- GADD S, COLLINS AM (2002). Safety culture: A review of the literature. *Health & Safety Laboratory*, **44**: 1-36.
- GARCIA C, GOOLSARRAN N (2016). Learning from errors: Curriculum guide for the

morbidity and mortality conference with a focus on patient safety concepts, *MedEdPORTAL*, **12**: 10462.

GAWANDE A (2010). The Checklist Manifesto. Profile Books LTD, London.

GÖKMEN H, GÜLEÇ S (2010). Tıbbi malpraktis riskinin yönetiminde bir araç olarak hekim mesleki sorumluluk sigortaları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **1**: 9-17.

GÖKDOĞAN F, YORGUN S (2010). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **13**(2): 53-59.

GÖKPINAR M (2008). Ceza sorumluluğunun temeli "Kast". *TBB Dergisi*, **79**: 198-233.

GRS (2016). Güvenli Raporlama Sistemi 2016 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu. TC.Sağlık Bakanlığı.Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı.

GÜL Ş, GENÇ KUZUCA İ, YALIM NY (2016). Hemşirelerin etik eğitiminin meslek hayatına yansımaları konusundaki görüşleri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, **3**(2): 85-97.

GÜLEÇ D (2012). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Tezi, s.:58.

GÜLEÇ D, SEREN İNTEPELER Ş (2013). Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi.*Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **15**(3): 26-41.

GÜN M, GÖÇMEN BAYKARA Z, ŞAHİNOĞLU S (2010). Hemşirelik Etiğinin Tarihsel Gelişimi. VI. Tıp Etiği Kongresi "Biyoetikte Yeni Ufuklar" Bildiri Kitabı. 1. Baskı, İstanbul.

GÜNDOĞAN AO (2017). Eylemde sorumluluk ve özgür ilişkisi. Erişim Adresi: [<http://www.aliosmangundogan.com/PDF/Bildiri/Ali-Osman-Gundogan-Eylemde-Sorumluluk-ve-Ozgurluk.pdf?i=1>]. Erişim Tarihi: 10/09/2017.

GÜNDOĞDU S, BAHÇECİK N (2012). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **15**(2): 119-128.

GÜNGÖR P, DOĞAN MERİH Y, YAŞAR KOCABEY M (2012). Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **43**(4): 128-138.

HAKERİ H (2014). Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayırımı. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, **5**: 23-28.

HAKERİ H (2016). Tıp Hukuku. Seçkin Yayıncılık, 11. Baskı, Ankara.

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (01 AĞUSTOS 1998). Resmi Gazete, Sayı: 23420. Erişim Adresi: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>].Erişim Tarihi: 16/12/2016.

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK (6 Nisan 2011). Resmi Gazete, Sayı: 27897. Erişim Adresi: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>].Erişim Tarihi: 16/12/2016.

- HAYNES AB, WEISER TG, BERRY WR, LIPSITZ S, BREIZAT AH, DELLINGER EP, HERBOSA T, JOSEPH S, KIBATALA P, GAWANDE A (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, **360**(5): 491-499.
- HEALTH QUALITY SAFETY COMMISSION (2016). Patient safety reporting systems: A literature review of international practice. Erişim Adresi: [<https://www.hqsc.govt.nz/assets/Reportable-Events/Publications/Patient-safety-reporting-systems-literature-review-Nov-2016.pdf>]. Erişim Tarihi: 16/02/2017.
- HEALTH RESEARCH EDUCATIONAL TRUST (2013). Checklists to improve patient safety. Erişim Adresi: [<http://www.hpoe.org/checklists-improve-patient-safety>]. Erişim Tarihi: 15/01/2017.
- HEALTHGRADES (2004). HealthGrades Quality Study Patient Safety in American Hospitals. Erişim Adresi: [[http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr\\_articles/Patient\\_Safety\\_in\\_American\\_Hospitals-2004.pdf](http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/Patient_Safety_in_American_Hospitals-2004.pdf)]. Erişim Tarihi: 13/01/2017.
- HEMŞİRELİK TERİMLERİ SÖZLÜĞÜ (2017). Erişim Adresi: [[http://www.tdk.org.tr/index.php?option=com\\_hemsirelik&view=hemsirelik](http://www.tdk.org.tr/index.php?option=com_hemsirelik&view=hemsirelik)]. Erişim Tarihi: 15/08/2017.
- HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ (8 Mart 2010). Resmi Gazete, Sayı: 27515. Erişim Adresi: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>]. Erişim Tarihi: 16/12/2016.
- HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK (19 Nisan 2011). Resmi Gazete, Sayı: 27910. Erişim Adresi: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>]. Erişim Tarihi: 16/12/2016.
- HEMŞİRELİK KANUNU (2 Mayıs 2007). Resmi Gazete, Sayı: 26510. Erişim Adresi: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>]. Erişim Tarihi: 16/12/2016.
- HKS (2011). Hastane Hizmet Kalite Standartları. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Pozitif Matbaa Ltd. Şti., Ankara.
- HOBGOOD C, HEVIA A, HINCHEY P (2004). Profiles in patient safety: When an error occurs. *Academic Emergency Medicine*, **11**(7): 766-770.
- HOLLNAGEL E (2012). Proactive approaches to safety management. Erişim Adresi: [<http://www.health.org.uk/sites/health/files/ProactiveApproachesToSafetyManagement.pdf>]. Erişim Tarihi: 09/04/2017.
- HOPE (2004). Insurance and Malpractice. Final report of HOPE's Sub-Committee on Co-ordination Brussels.
- HUANG Q (2008). Clinical risk management, medical negligence prevention and the law: A review. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, **20**: 185-197.
- ICN (2006). Safe Staffing Saves Lives. Erişim Adresi: [<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf>]. Erişim Tarihi: 16/12/2016.

Tarihi: 01/04/2017.

- ICN (2015). Nurses: A Force For Change, Care Effective, Cost Effective. Erişim Adresi:[[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND\\_2015\\_Eng.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_2015_Eng.pdf)]. Erişim Tarihi: 01/04/2017.
- ILAN R, FOWLER R (2005). Brief history of patient safety culture and science. *Journal of Critical Care*, **20**(1): 2-5.
- ISMP (2017). Discussion paper on adverse event and reporting in healthcare. Erişim Adresi: [<https://www.ismp.org/Tools/whitepapers/concept.asp>]. Erişim Tarihi: 09/08/2017.
- IŞIK ANDSOY I, KAR G, ÖZTÜRK Ö (2014). Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. *HSP*, **1**(1): 17-27.
- IŞIK O, AKBOLAT M, ÇETİN M, ÇİMEN M (2012). Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **11**(4): 421-430.
- IŞIK YILMAZ ŞB (2012). Tıbbi müdahalelerde hekimin aydınlatma yükümlülüğü. *TBB Dergisi*, **98**: 389-410.
- İNCEOĞLU M (2010). Tutum Algı İletişim. Beykent Üniversitesi Yayınevi, 5. Baskı, İstanbul.
- İNSAN HAKLARI VE BİYOTIP SÖZLEŞMESİ (2014). Resmi Gazete, Sayı: 25439. Erişim Adresi: [<http://www.hasta.saglik.gov.tr/TR,4776/insan-haklari-ve-biyotip-sozlesmesi.html>]. Erişim Tarihi: 08/11/2017.
- İRVAN S (2005). “Medya ve etik” *Medya, Etik ve Hukuk*. Ed: Alankuş S. IPS İletişim Vakfı Yayınları, İstanbul, s.:68.
- İSTANBULLU İT, YILDIZ H, ZORA H (2012). Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi’nde uygulanan güvenlik raporlama sisteminin geliştirilmesine yönelik bir araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **4**: 1-17.
- İZZETTİN FV, APİKOĞLU RABUŞ Ş, OKUYAN B, SANCAR M (2013). “İlaç Güvenliği” *Hastane Yönetimi*. Ed: Sur H, Palteki T. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.:561-576.
- JCAHO (2007). Disclosing Medical Errors A Guide to An Effective Explanation and Apology. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, USA, s.:46,47,52.
- JCI (2007). Disclosing Medical Error, A Guide to An Effective Explanation and Apology. Erişim Adresi: [<https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/4578/disclosing-medical-errors-a-guide-to-an-effective-explanation-and-apology>]. Erişim Tarihi: 12/01/2017.
- JOHNSTONE MJ, KANITSAKI O (2006). The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, **43**(3): 367-376.
- KAHRİMAN İ, ÖZTÜRK H, BABACAN E (2014). Hemşirelerin Tanı, Tedavi Ve Bakım Uygulamaları Sırasında Tıbbi Hata Oranlarının Değerlendirilmesi. Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu Proje No: 2014-2. Erişim Adresi: [<https://sanerc.ku.edu.tr/wp-content/uploads/2017/04/Hem%20Firelerin-Tan%20Tedavi-ve-Bak%20Uygulamalar%20Siras%20Inda-T%20bbi->



Hata-Oranlar%C4%B1n%C4%B1n-De%C4%9Ferlendirilmesi.pdf].Erişim Tarihi: 09/09/2016.

KAHRİMAN İ, ÖZTÜRK H (2016). “Tıbbi Hatalar ve Nedenleri” *Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitim Rehberi*. Ed: Öztürk H, Kahriman İ, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, s.:1-23,28-29.

KARACA A, ARSLAN H (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **1**(1): 9-18.

KARACAOĞLU ÖC (2009). İhtiyaç analizi ve delphi tekniği; Öğretmenlerin eğitim ihtiyacını belirleme örneği. Erişim Adresi: [http://www.eab.org.tr/eab/2009/pdf/264.pdf]. Erişim Tarihi: 17/07/2017.

KARAGÖZOĞLU Ş (2005). Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **9**(1): 6-14.

KARAOĞLU N, ŞEKER M, KARA F, OKKA B (2008). Selçuk Üniversitesi’nde Tıp Fakültesine yeni başlayan öğrencilerin tıbbi hatalar konusunda bilgi düzeyleri: Eğitimsel bir perspektif. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **28**: 663-671.

KARATAŞ S (2012). Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğu sorunu. Erişim Adresi: [http://www.dayanirsagkan.av.tr/yayinlar/T%C4%B1bbi%20M%C3%BCdahalelerin%20Hukuka%20Uygunlu%C4%9Funu%20Sorunu.docx]. Erişim Tarihi: 07/02/2017.

KARSH BT, ESCOTO KH, BEASLEY JW, HOLDEN RJ (2006). Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. *Applied Ergonomics*, **37**(3): 283-295.

KESSELS-HABRAKEN M, VAN DER SCHAAF T, DE JONGE J, RUTTE C (2010). Defining near misses: Towards a sharpened definition based on empirical data about error handling processes. *Social Science and Medicine*, **70**(9): 1301-1308.

KIYMAZ D (2015). Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

KIM CW, MYUNG SJ, KYUNG EO E, CHANG Y (2017). Improving disclosure of medical error through educational program as a first step toward patient safety. *BMC Medical Education*, **17**: 52.

KIRKMAN MA, SEVDALIS N, ARORA S, BAKER P, VINCENT C, AHMED M (2015). The outcomes of recent patient safety education interventions for trainee physicians and medical students: A systematic review. *BMJ Open*, **5**(5):e007705.

KOHN LT, CORRİGAN JM, DONALDSON MS (1999). To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. National Academy Press, Washington.

KRIZEK TJ (2000). Surgical Error. *Archives of Surgery*, **135**: 1359-1366.

KURUTKAN MN (2009). Ölümcül Hataları Engelleme Programı. Sage Yayınevi, Ankara, s.:97,130,139,141.

- KÜÇÜK ALEMDAR D, YAMAN AKTAŞ Y (2013). Türkiye’de hemşirelik hizmetlerinde tıbbi hata türleri ve nedenleri, *TAF Prev Med Bull*, **12**(3): 307-314.
- KÜÇÜKTEPE C (2014). “Program Geliştirme Süreci, Program Geliştirmede Çalışma Grupları ve Çalışma Planı Hazırlama- İhtiyaç Belirleme Yaklaşım ve Teknikleri” *Eğitimde Program Geliştirme Kavramlar ve Yaklaşımlar*. Ed: Şeker H. Anı Yayıncılık, 3. Baskı, Ankara, s.:89-126.
- KÜRŞAT Z (2008). Hemşirelerin hukuki sorumluluğu. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, **1**: 293-322.
- LACHMAN VD (2007). Patient safety: The ethical imperative. *Medsurg Nurs*, **16**(6): 401-403.
- LAMB RM, STUDDERT DM, BOHMER RMJ, BERWICK DM, BRENNAN TA (2003). Hospital disclosure practices: Results of a national survey. *Health Affairs*, **22**(2): 73-83.
- LAWTON R, PARKER D (2002). Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*, **11**: 15-18.
- LEAPE LL, LAWTHERS AG, BRENNAN TA, JHONSON WG (1993). Preventing medical injury, *Quality Review Bulletin*, **19**(5): 144-148.
- LEAPE LL (1994). Error in medicine. *JAMA*, **272**(23): 1851-1857.
- LEAPE LL (1997). A systems analysis approach to medical error. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **3**(3): 213-222.
- LEE NJ, JANG H, PARK SY (2016). Patient safety education and baccalaureate nursing students’ patient safety competency: A cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*, **18**: 163-171.
- MADDOX PJ, WAKEFIELD M, BULL J (2001). Patient safety and the need for professional and educational change. *Nursing Outlook*, **49**(1): 8-13.
- MADIGOSKY WS, HEADRICK LA, NELSON K, COX KR, ANDERSON T (2006). Changing and sustaining medical students’ knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Academic Medicine*, **81**(1): 94-101.
- MAEDA S, KAMISHIRAKI E, STARKEY J, EHARA K (2011). Patient safety education at Japanese nursing schools: results of a nationwide survey, *BMC Research Notes*, **4**: 416.
- MAHON SM (2011). “Screening and Detection for Asymptomatic Individuals” *Cancer Nursing :Principles and Practice*. Ed: Yarbrow CH, Wujcik D, Gobel BH. Jones and Bartlett Publishers, 7. Baskı, Canada, s.: 115-135.
- MAKARY MA, DANIEL M (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*, **353**: i2139.
- MANKAN T, BAHÇEÇİOĞLU TURAN G, POLAT H (2017). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde malpraktis. *HSP*, **4**(2): 98-104.
- MANSOUR M (2012). Current assessment of patient safety education. *British Journal of Nursing*, **21**(9): 536-543.

- MANSOUR M (2013). Examining patient safety education in pre-registration nursing curriculum: Qualitative study. *Journal of Nursing Education and Practice*, **3**(12): 157-167.
- MAYO AM, DUNCAN D (2004). Nurse perceptions of medication errors: What we need to know for patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, **19**(3): 209-217.
- MAXWELL KL, WRIGHT VH (2016). Evaluating the effectiveness of two teaching strategies to improve nursing students' knowledge, skills, and attitudes about quality improvement and patient safety. *Nursing Education Perspectives*, **37**(5): 291-292.
- McINTYRE N, POPPER K (1983). The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *British Medical Journal*, **287**: 1919-1923.
- MEKHJIAN HS, BENTLEY TD, AHMAD A, MARSH G (2004). Development of a web-based event reporting system in an academic environment. *Journal of the American Medical Informatics Association*, **11**(1): 11-19.
- MILLER A, CHABOYER W (2006). Captain and champion: nurses' role in patient safety. *Nursing in Critical Care*, **11**(6): 265-266.
- MOSKOWITZ E, VELOSKI JJ, FIELDS SK, NASH DB (2007). Development and evaluation of a 1-day interclerkship program for medical students on medical errors and patient safety. *American Journal of Medical Quality*, **22**(1): 13-17.
- MRAYYAN MT, SHISHANI K, AL-FAOURI I (2007). Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: Nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management*, **15**(6): 659-670.
- NABILOU B, FEIZI A, SEYEDIN H (2015). Patient safety in medical education: students' perceptions, knowledge and attitudes. *PLoS One*, **10**(8): 1-8.
- NAKAMURA N, YAMASHITA Y, TANIHARA S, MAEDA C (2014). Effectiveness and sustainability of education about incident reporting at a university hospital in Japan. *Health Inform Res*, **20**(3): 209-215.
- NAMAL A (2015). Etik Teorileri Işığında Tıpta Etik İnkilemler ve Etik Karar Verme Süreci. Erişim Adresi: [<http://istanbultip.istanbul.edu.tr/ogrenci/wp-content/uploads/2015/01/T%C4%B1bb%C4%B1n-%C4%B0lk-D3-424-Prpf.-Dr.-F.-Ar%C4%B1n-Namal-Etik-Vakalar-3.pdf>]. Erişim Tarihi: 15/10/2017.
- NCC MERP (2017). What is a medication error?. Erişim Adresi: [<http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>]. Erişim Tarihi:03/08/2017.
- NCI (2017). NCI Dictionary of Cancer Terms. Erişim Adresi: [<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?expand=R>]. Erişim Tarihi: 03/09/2017.
- NIEMEYER M (2018). Effective patient safety education for novice RNs: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*. **8**(3): 103-115.
- NPSF (2017). Patient Safety. Erişim Adresi: [<http://www.npsf.org>]. Erişim Tarihi: 03/02/2017.
- ODABAŞI AB, TÜMER AR, ODABAŞI O (2008). Bir grup hekimin 5237 sayılı Türk Ceza

- Kanunu ile ilgili değerlendirmeleri: Anket alışması. *Adli Tıp Bülteni*, **13**(2): 49-56.
- OFLAZ F (2011). “Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları” *III. Sağlık Hukuku Kurultayı*. Ankara Barosu Yayınları, Ankara, s.:406-415.
- OĞUZ NY (2004). Yüksek riskli bir mekan: Sağlık kuruluğu. *Tıp Dünyası*. Erişim Adresi: [http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/14.php]. Erişim Tarihi: 04/04/2017.
- OĞUZ NY, TEPE H, BÜKEN NÖ, KUCUR DK (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu, 1. Basım, Ankara.
- OLIVER D, DALY F, MARTIN FC, MCMURDO M (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing*, **33**: 122-130.
- OVALI F (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **1**: 33-43.
- ÖZ F(2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret A.ř., Ankara, s.:52.
- ÖZATA M, ALTUNKAN H (2010). “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması” *2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. Ed: Kırılmaz H. T. C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Baydan Ofset, 1. Basım, Ankara, s.:415-432.
- ÖZCAN N, YAZICI Ö, İLHAN M (2016). “Tıbbi Hatalarda Mesleki ve Yasal Sorumluluklar: Tıbbi Hata Durumunda İzlenmesi Gereken Süreç ve Raporlama” *Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitim Rehberi*. Ed: Öztür H, Kahrıman İ. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, s.: 25-38.
- ÖZDEN MC (2017). Sorumluluk üzerine. Erişim Adresi: [http://danismend.com/kategori/altkategori/sorumluluk-uzerine/]. Erişim Tarihi:25/08/2017.
- ÖZER Ö, TAşTAN K, SET T, ÇAYIR Y, şENER MT (2015). Tıbbi hatalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, **42**(3): 394-397.
- ÖZGÖNÜL ML (2010). Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Doktora Tezi. s.:2,7,16.
- ÖZKAYA N, YILMAZ R, ÖZKAYA H, CAN M, PAKİş I, YILDIRIM A, ELMAS İ (2011). Tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu’na gönderilen 0-18 yaş grubu olguların değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, **46**(2): 151-158.
- ÖZPINAR B (2008). Tıbbi müdahalede kötü uygulamadan doğan hukuki sorumluluğun sebepleri ve sonuçları. *Ankara Barosu Dergisi*, **66**(3): 90-103.
- ÖZTÜRK H, KAHRİMAN İ (2016). “Hasta Güvenliği ve Yasalarda Yeri” *Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitim Rehberi*. Ed: Öztürk H, Kahrıman İ. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, s.:87-112.
- ÖZTÜRK YE, ÖZATA M (2013). Hemşirelerde örgütsel vatandaşlık davranışı ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişkinin araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **18**(3): 365-381.

- ÖZYER Y (2016). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- POLAT O (2015). Tıbbi Uygulama Hataları. Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara.
- PRONOVOST P, SEXTON B (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Quality and Safety in Health Care*, **14**: 231-233.
- PRONOVOST PJ, THOMPSON DA, HOLZMUELLER CG, LUBOMSKİ LH, MORLOCK LL (2005). Defining and measuring patient safety. *Critical Care Clinics*, **21**: 1-19.
- RALL M, VAN GESSEL E, STAENDER S (2011). Education, teaching & training in patient safety. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, **25**(2): 251-262.
- RAY SL (2006). Whistleblowing and organizational ethics. *Nursing Ethics*, **13**(4): 438-445.
- REASON J (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, **320**: 768-770.
- SANDARS J, COOK G (2007). ABC of Patient Safety. Blackwell Publishing, USA.
- SARAY KILIÇ H (2009). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- SARAY KILIÇ H, ÖZHAN ELBAŞ N (2014). Araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgileri ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **17**(2): 97-104.
- SAS (2015). Sağlıkta Akreditasyon Standartları. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara.
- SAVAŞ H. (2012) Komplikasyon- tıbbi hata ayırımı nasıl yapılır? *Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*, **5**(57): 34-36.
- SAVAŞ H (2013). Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları, Tıbbi Malpraktis- Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları. Seçkin Yayıncılık, 3. Baskı, Ankara, s.:48,57.
- SAYGIN T, KEKLİK B (2014). Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **17**(2): 99-118.
- SAYIM F (2015). Sağlık sektöründe etik dışı alana girebilecek yaygın uygulamalar ve sınıflandırma. *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, **15**: 57-65.
- SCHIMMEL EM (1964). The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, **60**: 100-110.
- SEREN İNTEPELER Ş (2014). "Risk Yönetimi" *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*. Ed: Tatar Baykal Ü, Ercan Türkmen E. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, s.:333-359.
- SEREN İNTEPELER Ş, DURSUN M (2012). Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **15**(2): 129-135.

- SEWELL M, ADEBIBE M, JAYAKUMAR P, JOWETT C, KONG K, VEMULAPALLI K, LEVACK B (2011). Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *International Orthopaedics*, **35**(6): 897-901.
- SINGER S, TUCKER A (2005). Creating a Culture of Safety in Hospitals. Erişim Adresi: [[http://iis-db.stanford.edu/evnts/4218/Creating\\_Safety\\_Culture-SSingerRIP.pdf](http://iis-db.stanford.edu/evnts/4218/Creating_Safety_Culture-SSingerRIP.pdf)]. Erişim Tarihi: 07/02/2017.
- SKS (2015). Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 1.Baskı, Ankara.
- STAVROUDÍS TA, MİLLER MR, LEHMANN CU (2008). Medication errors in neonates. *Clinics in Perinatology*, **35**(1): 141-161.
- STEEL K, GERTMAN M, CAROLINE C, ANDERSON J (1981). Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *The New England Journal of Medicine*, **304**(11): 638-642.
- SUR H, ÖZSARI H, SAY B (2013). “Hasta Güvenliği” *Hastane Yönetimi*. Ed: Sur H, Palteki T. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.:509-520.
- ŞENTÜRK SE (2013). Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- TARIM M (2013). “Tıbbi Risk Yönetimi” *Hastane Yönetimi*. Ed: Sur H, Palteki T. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.:553-561.
- TAŞ F, ANTALYALI ÖL (2015). Kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin izharcılık (whistleblowing) tutumları, *MAKÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2**(3): 34-54.
- TAYLAN S, ALAN S, KADIOĞLU S (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **14**: 66-74.
- THOMASSEN STORESUND A, SØFTELAND E, BRATTEBØ G (2014). The effects of safety checklists in medicine: A systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, **58**(1): 5-18.
- TOADER E, DAMIR D (2014). Medical responsibility as moral and ethical foundation for the professional conduit. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, **149**: 955-961.
- TOKAÇ M (2008). Türk tıp tarihine ait belgelerde hasta güvenliği. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Erişim Adresi: [<http://www.sdplatform.com/Dergi/120/Turk-tip-tarihine-ait-belgelerde-hasta-guvenligi.aspx>]. Erişim Tarihi: 09/07/2017.
- TORLAK Ö (2012). “Sorumluluk Kavramları ve İşletmelerin Sosyal Sorumlulukları” *İşletmelerde Sosyal Sorumluluk ve Etik*. Ed: Torlak Ö, Dalyan F. Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1. Baskı, Eskişehir, s.: 2-25.
- TOSUN H (2016). “İlaç Yönetimi”. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. Ed: Atabak Aştı T. Karadağ A. Akademi Basın Yayıncılık, 2. Cilt, İstanbul.
- TRAINA F (2009). Medical malpractice: The experience in Italy. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, **467**(2): 434-442.
- TTB (2011). Füsün Sayek TTB Raporları, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Türk

- Tabipleri Birliği Yayınları, 1. Baskı, Ankara, s.:27,37,38,81-83,91.
- TTB (2012). Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- TDK (2017). Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Erişim Adresi: [http://www.tdk.gov.tr]. Erişim Tarihi: 14/08/2016.
- STROLL AA, LONG AA, BOURKE VJ, CAMPBELL R (2017). Etik Kuramları. Çeviri Ed: TÜRKERİ M. Lotus Yayınevi, 4. Baskı, Antalya.
- TÜTÜNCÜ Ö, YAĞCI K, KÜÇÜKUSTA D (2006). Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği ve akreditasyon: Tıbbi laboratuvarlar değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **8**(4): 286-302.
- UHR J (1999). Three accountability anxieties : A conclusion to the symposium. *Australian Journal of Public Administration*, **58**: 98-101.
- UNCU EM (2013). Eski Mezopotamya’da tıp. *History Studies*, **5**(5): 107-118.
- UTLU N (2016). Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, **29**: 17-35.
- UZUNER Y (1999). “Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri” *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Ed: Bir AA. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s.:175-190.
- ÜLMAN YI (2010). Etik, biyoetik, hukuk: temel kavramlar ve yaklaşımlar. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1**(1): 1-4.
- ÜSTÜN Ç (2009). Tıp’ta Etiğin Yerini Belirlemek (Türkiye Açısından Kısa Değerlendirme). *Ankara Barosu Başkanlığı Sağlık Hukuku Digestası Dergisi*, **1**(1): 115-119.
- VAISMORADI, M, SALSALI M, MARCK P (2011). Patient safety: Nursing students’ perspectives and the role of nursing education to provide safe care, *International Nursing Review*, **58**(4): 434-42.
- VANGEEST JB, CUMMINS DS (2003). An educational needs assessment for improving patient safety. *National Patient Safety Foundation White Paper Report*, **3**: 1-28.
- VARJAVAND N, BACHEGOWDA LS, GRACELY E, NOVACK DH (2012). Changes in intern attitudes toward medical error and disclosure. *Medical Education*, **46**: 668-677.
- VRBNJAKA D, DENIEFFEB S, O’GORMANB C, PAJNKIHARC M (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, **63**: 162-178.
- VINCENT C, YOUNG M, PHILIPS A (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet*, **343**: 1609-1613.
- VINCENT C (2011). The Essentials of Patient Safety. BMJ Books. 2<sup>nd</sup> Edition, London, s.:5.
- VRIES EN, PRINS HA, CROLLA RM, OUTER AJ, ANDEL G, HELDEN SH, SCHLACK WS, PUTTEN A, DIJLGRAAF MGW, SMORENBURG SM (2010). Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes, *N Engl J Med*, **363**(20): 1928-1937.
- WAKEFIELD A, ATTREE M, BRAIDMAN I, CARLISLE C, JOHNSON M, COOKE H

- (2005). Patient safety: Do nursing and medical curricula address this theme? *Nurse Education Today*, **25**(4): 333-340.
- WAYMAN KI, YAEGER KA, SHAREK PJ, TROTTER S, WISE L, FLORA JA, HALAMEK LP (2011). Simulation- based medical error disclosure training for pediatric healthcare professionals. *Journal For Healthcare Quality*, **29**(4): 12-19.
- WEISSMAN JS, ANNAS CL, EPSTEIN AM, SCHNEIDER EC, CLARRIDGE B, KIRLE L, RIDLEY N (2005). Error reporting and disclosure systems. *JAMA*, **293**(11): 1359-1366.
- WHO (2008). Safe Surgery Saves Lives. Erişim Adresi: [http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01437870-200807000-00007]. Erişim Tarihi: 05/06/2016.
- WHO (2009). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Final Technical Report. Erişim Adresi: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\_full\_report.pdf]. Erişim Tarihi: 08/08/2017.
- WHO (2012). Information Model for Patient Safety Incident Reporting Systems Expert Review Meeting: Summary Report. Erişim Adresi: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/IMPS\_summary-report.pdf]. Erişim Tarihi: 08/08/2017.
- WHO (2017). Patient safety, From information to action, Reporting and learning for patient safety. Erişim Adresi: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/reporting\_and\_learning/en/]. Erişim Tarihi: 08/08/2017.
- WITMAN AB, PARK D, HARDIN S (1996). How do patients want physicians to handle mistakes? *Arch Intern Med*, **156**: 2565-2569.
- WOLF ZR, HICKS R, SEREMBUS JF (2006). Characteristics of medication errors made by students during the administration phase: A descriptive study. *Journal of Professional Nursing*, **22**(1): 39-51.
- WOLF ZR, HUGHES RG (2008). "Error Reporting and Error Disclosure" *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Ed: Hughes RG. AHRQ Publication, Chapter 35, Rockville.
- WONG J, BEGLARYAN H (2004). Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety : A Review of the Research. Erişim Adresi: [http://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books\_331\_0.pdf]. Erişim Tarihi: 06/09/2017.
- WYATT RM (2016). Patient safety systems chapter: A must-read. *Quick Safety*, **22**: 1-4.
- YALÇIN Ş, ACAR A (2010). "Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi" II. *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı*. Ed: Kırılmaz H. T. C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Cilt 1, Ankara.
- YALVAÇ G (2012). "Hukuksal açıdan tıpta uygulama hataları" *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları*. Ed: Bilge Y, Geçim E. Ofset Digital, 1. Baskı. Ankara, s.:16-22.



YAŞAR TEKE H, ALKURT ALKAN H, BAŞBULUT AZ, CANTÜRK G (2007). Tıbbi uygulama hataları ile ilgili kanuni düzenlemelere hekimlerin bakışı ve bilgilenme düzeyi: Anket çalışması. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine*, **4**(2): 61-67.

YILDIRIM A, AKSU M, ÇETİN İ, ŞAHAN AG (2009). Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **31**(4): 356-366.

YILDIRIM G, KADIOĞLU S (2007). Etik ve tıp etiği kavramları. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **29**(2): 7-12.

YILDIRIM Ö (2008). Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Doktora Tezi.

YİĞİTBAŞ Ç, OĞUZHAN H, TERCAN B, BULUT A, BULUT A. (2016). Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları. *Anadolu Kliniği*, **21**(3): 207-214.



## EKLER

### Ek-1: İhtiyaç Analizi

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerine verilecek tıbbi hata eğitiminin içeriğini oluşturmaya yönelik olarak planlanmıştır. Araştırmanın başarısı tümüyle sizin katılımınıza bağlıdır. Vereceğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. İsminizi belirtmeniz gerekmemektedir. Bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Şerife YILMAZ GÖREN  
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz.....
2. Yaşınız.....
3. Mezuniyet durumunuz  
 Sağlık Meslek Lisesi  
 Anadolu Lisesi  
 Fen Lisesi  
 Mesleki ve Teknik Lise  
 Genel Lise  
 Diğer .....
4. Mesleğinize ilişkin tıbbi hatalarla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?
5. Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?  
 Evet  
 Hayır

6. Eğitim aldığınız kaynakları belirtiniz? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

Lisans Eğitimi (Ders belirtiniz.....)

Kongre, Sempozyum vb.

Uygulama yaptığım kurumun bünyesinde yapılan eğitim çalışmaları

Diğer .....

7. Tıbbi hata konusunda bilginizi yeterli buluyor musunuz?

Evet

Kısmen

Hayır

8. Tıbbi hatada mesleki sorumluluklarınıza ilişkin bilginizi yeterli buluyor musunuz?

Evet

Kısmen

Hayır

9. Tıbbi hatada görev ve yetkilerinize ilişkin bilginizi yeterli buluyor musunuz?

Evet

Kısmen

Hayır

10. Tıbbi hatada hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin bilginizi yeterli buluyor musunuz?

Evet

Kısmen

Hayır

11. Tıbbi hatada etik sorumluluklarınıza ilişkin bilginizi yeterli buluyor musunuz?

Evet

Kısmen

Hayır

12. Aşağıda verilen konuları en çok ihtiyaç duyduğunuzdan en az ihtiyaç duyduğunuza göre sıralayınız. En az ihtiyaç duyduğunuz 1, en çok ihtiyaç duyduğunuz 10 olacak şekilde sıralama yapınız.

- Hemşirelerin Tıbbi Hata ile İlgili Görev ve Yetkileri ( )
- Tıbbi Hata ile İlgili Temel Kavramlar ( )
- Hemşirelikte Tıbbi Hata Nedenleri ( )
- Tıbbi Hataların Sınıflandırılması ( )
- Tıbbi Hata Örnekleri ( )
- Hasta Güvenliği ( )
- Tıbbi Hatalarda Mesleki Sorumluluk ( )
- Tıbbi Hatalarda Yasal Sorumluluk ( )
- Tıbbi Hatalarda Etik Sorumluluk ( )
- Tıbbi Hataların Bildirimi ( )

13. Tıbbi hatalarla ilgili düzenlenecek bir eğitimde yukarıda değinilen konulara ek olarak hangi konuların ele alınmasını istersiniz? Kısaca açıklayınız.

## Ek-2: Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı;

Bu anket, tıbbi hata eğitime hazır bulunuşluğunuzu ölçmek amacıyla açık uçlu sorulardan oluşan bilgi testi, dört vakadan oluşan vaka analizi, “Tıbbi Hataya Eğilim” ve “Tıbbi Hata Tutum” ölçeklerinden oluşmaktadır. Vereceğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçlı kullanılacak, herhangi bir puan değerlendirmesi yapılmayacaktır. İsmiğiniz araştırmacı tarafından körleştirilerek kullanılacaktır. Bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim. Keyifli bir eğitim dilerim.

Öğr. Gör. Şerife YILMAZ GÖREN  
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

1. Adınız- Soyadınız.....
2. Cinsiyetiniz.....
3. Yaşınız.....
4. Hangi liseden mezun oldunuz?  
 Sağlık Meslek Lisesi  
 Anadolu Lisesi  
 Fen Lisesi  
 Mesleki ve Teknik Lise  
 Genel Lise  
 Diğer .....

### **Ek-3: Bilgi Testi**

1. Tıbbı hata, malpraktis, komplikasyon kavramlarını tanımlayınız. Kavramlar arasındaki ilişkiyi kısaca açıklayınız.
2. Tıbbi hata nedenlerini başlıklar halinde sıralayınız.
3. Hemşirelikte en yaygın karşılaşılan hataları örneklendiriniz.
4. Tıbbi hataları sınıflandırınız.
5. Hemşirenin bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız işlevleri nelerdir? Her birini birer örnekle kısaca açıklayınız.
6. Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre hemşirelik hizmetinin kapsamı ve rolleri nasıl tanımlanmıştır? Kısaca yazınız.
7. Hemşirenin tıbbi hata sürecindeki sorumluluklarını yazınız.
8. Hasta güvenliği açısından tıbbi hataların önemini birkaç cümleyle tartışınız.
9. Hemşirelik mesleki uygulamalarının hukuka uygunluğunun şartları nelerdir? Başlıklar halinde yazınız.
10. Hemşirenin sağlık hizmeti sunumu sürecindeki yasal sorumluluklarını başlıklar halinde yazınız.
11. Tıbbi hataların bildirimini nasıl yapılmaktadır? Ülkemizde nasıl bir bildirim sistemi uygulanmaktadır? Açıklayınız.

#### Ek-4: Bilgi Testi Rubriği

Sorular	0	1	2
<b>Soru 1</b> Tıbbi hata, malpraktis, komplikasyon kavramlarını tanımlayınız. Kavramlar arasındaki ilişkiyi kısaca açıklayınız.	Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş	<p><b>Tıbbi Hata:</b> Sağlık çalışanının hastasına uygulaması gereken standart tıbbi fiili bilgisizlik, dikkatsizlik, tedbirsizlik, özensizlik veya hizmet koşulları nedeniyle yapmaması veya yapılan işlem sonucunda zarar oluşması; bu zararın öngörülebilir veya engellenebilir olmasına rağmen gerekeni yapmaması, konsültasyonu yapmaması veya konsültasyonda gecikmesi ya da standardize uygulamayı usulüne uygun olmayan başka şekilde yapmasıdır.</p> <p><b>Malpraktis:</b> Latince “mala praxis” sözcüklerinden köken alan “malpraktis” dilimize “tıbbi uygulama hatası”, “tıbbi kötü uygulama” olarak çevrilmiştir. Malpraktis derken, tıbbi ihmal nedeniyle zarara uğramış hastanın sağlık çalışanı aleyhine açtığı mahkeme sürecinden söz edilmektedir.</p> <p><b>Komplikasyon:</b> Bir hastalığın seyri veya tedavisi esnasında ortaya çıkan, hastalığın kendisinden veya tıbbi müdahalelerden kaynaklanan, ortaya çıkabileceği o konu ile ilgili çevrelerde ve literatürde belirlenmiş ve kabul edilmiş olan, diğer bir hastalık ya da bozukluktur. Hukukta komplikasyon karşılığı olarak kabul edilebilir risk, izin verilen risk ve istenmeyen yan etki kullanılır.</p> <p><b>Öğrenci kavramların sadece ikisini tanımlamış, kavramlar arasında ilişkiyi tanımlayamamış.</b></p>	<p><b>Tıbbi Hata:</b> Sağlık çalışanının hastasına uygulaması gereken standart tıbbi fiili bilgisizlik, dikkatsizlik, tedbirsizlik, özensizlik veya hizmet koşulları nedeniyle yapmaması veya yapılan işlem sonucunda zarar oluşması; bu zararın öngörülebilir veya engellenebilir olmasına rağmen gerekeni yapmaması, konsültasyonu yapmaması veya konsültasyonda gecikmesi ya da standardize uygulamayı usulüne uygun olmayan başka şekilde yapmasıdır.</p> <p><b>Malpraktis:</b> Latince “mala praxis” sözcüklerinden köken alan “malpraktis” dilimize “tıbbi uygulama hatası”, “tıbbi kötü uygulama” olarak çevrilmiştir. Malpraktis derken, tıbbi ihmal nedeniyle zarara uğramış hastanın sağlık çalışanı aleyhine açtığı mahkeme sürecinden söz edilmektedir.</p> <p><b>Komplikasyon:</b> Bir hastalığın seyri veya tedavisi esnasında ortaya çıkan, hastalığın kendisinden veya tıbbi müdahalelerden kaynaklanan, ortaya çıkabileceği o konu ile ilgili çevrelerde ve literatürde belirlenmiş ve kabul edilmiş olan, diğer bir hastalık ya da bozukluktur. Hukukta komplikasyon karşılığı olarak kabul edilebilir risk, izin verilen risk ve istenmeyen yan etki kullanılır.</p> <p><b>Öğrenci kavramları da aralarındaki ilişkiyi de tanımlamış.</b></p>

<p><b>Soru 2</b> Tıbbi hata nedenlerini başlıklar halinde sıralayınız.</p>	<p>Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş</p>	<p><b>1. Sağlık çalışanına ait faktörler:</b> tecrübesizlik, yorgunluk, yetersiz eğitim, mesleki bilgi ve beceri eksikliği, ihmal, tedbirsizlik</p> <p><b>2. Kurumsal faktörler:</b> işyeri yapısı, politikalar, hizmet içi eğitim olmaması ya da yetersizliği, olumsuz fiziki koşullar, hemşire sayısının yetersizliği, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, görev tanımlarının yetersizliği</p> <p><b>3. Teknik faktörler:</b> yetersiz otomasyon, eksik ya da yetersiz cihaz</p> <p><b>4. Hastaya ait faktörler:</b> hastanın genel durumunun bozuk olması ya da hastalığın ciddiyeti, iletişim sorunları</p> <p><b>5. İşleme ilişkin faktörler:</b> protokollerin olmaması, laboratuvar sonuçlarının güvenilirliği ile ilgili sorunlar</p> <p><b>6. Ekibe ait faktörler:</b> ekip çalışmasında sıkıntı, hemşire-hekim ve diğer sağlık çalışanı arasında iletişim sorunları</p> <p><b>Öğrenci altı maddeden üç ve daha az madde yazmış.</b></p>	<p><b>1. Sağlık çalışanına ait faktörler:</b> tecrübesizlik, yorgunluk, yetersiz eğitim, mesleki bilgi ve beceri eksikliği, ihmal, tedbirsizlik</p> <p><b>2. Kurumsal faktörler:</b> iş yeri yapısı, politikalar, hizmet içi eğitim olmaması ya da yetersizliği, olumsuz fiziki koşullar, hemşire sayısının yetersizliği, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, görev tanımlarının yetersizliği</p> <p><b>3. Teknik faktörler:</b> yetersiz otomasyon, eksik ya da yetersiz cihaz</p> <p><b>4. Hastaya ait faktörler:</b> hastanın genel durumunun bozuk olması ya da hastalığın ciddiyeti, iletişim sorunları</p> <p><b>5. İşleme ilişkin faktörler:</b> protokollerin olmaması, laboratuvar sonuçlarının güvenilirliği ile ilgili sorunlar</p> <p><b>6. Ekibe ait faktörler:</b> ekip çalışmasında sıkıntı, hemşire-hekim ve diğer sağlık çalışanı arasında iletişim sorunları</p> <p><b>Öğrenci özellikle 1., 2. ve 5. maddeler olmak üzere en az dört madde yazmış.</b></p>
<p><b>Soru 3</b> Hemşirelikte en yaygın karşılaşılan hataları örneklendiriniz.</p>	<p>Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- İlaç hataları (Literatürde en yaygın olan hata)</li> <li>- Hekim istemine veya mevcut protokollere uymama</li> <li>- Yanlış veya uygun olmayan malzemenin kullanımına bağlı hatalar</li> <li>- Hastanın durumundaki değişikliklerin erken fark edilerek doktora iletilmemesi</li> <li>- Doktor istemlerinin yanlış yorumlanması</li> <li>- İletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- İlaç hataları (Literatürde en yaygın olan hata)</li> <li>- Hekim istemine veya mevcut protokollere uymama</li> <li>- Yanlış veya uygun olmayan malzemenin kullanımına bağlı hatalar</li> <li>- Hastanın durumundaki değişikliklerin erken fark edilerek doktora iletilmemesi</li> <li>- Doktor istemlerinin yanlış yorumlanması</li> <li>- İletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar</li> <li>- Düşmelerden kaynaklanan hatalar</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Düşmelerden kaynaklanan hatalar</li> <li>- El yıkamamadan kaynaklanan enfeksiyonlar</li> <li>- Ameliyatta yabancı cisim unutulması</li> <li>- Yatak yaraları</li> <li>- Kan transfüzyonunda hatalar</li> <li>- Nöbet teslim kurallarına uymama</li> <li>- Standart uygulamaların dışına çıkma</li> </ul> <p><b>Öğrenci 13 maddeden 5 ve daha az yazmış</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El yıkamamadan kaynaklanan enfeksiyonlar</li> <li>- Ameliyatta yabancı cisim unutulması</li> <li>- Yatak yaraları</li> <li>- Kan transfüzyonunda hatalar</li> <li>- Nöbet teslim kurallarına uymama</li> <li>- Standart uygulamaların dışına çıkma</li> </ul> <p><b>Öğrenci 13 maddeden 6 ve daha fazla yazmış</b></p>
<p><b>Soru 4</b> Tıbbi hataları sınıflandırınız.</p>	<p>Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş</p>	<p><b>Tanı Hataları</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanıda hata ya da gecikme</li> <li>- Testlerdeki eksiklikler/başarısızlıklar</li> <li>- Eski testleri ya da tedaviyi kullanma</li> <li>- Sonuç ve testlerin izlenmesinde hata</li> </ul> <p><b>Tedavi Hataları</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operasyon, prosedür veya testte hata</li> <li>- Tedavinin uygulanmasındaki hatalar</li> <li>- İlaç dozu ya da uygulama metodunda hata</li> <li>- Anormal bir teste cevap vermede tedavide önlenebilir gecikme</li> <li>- Uygun olmayan bakım</li> </ul> <p><b>Önleyici Hataları</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profilaktik tedaviyi sağlamada başarısızlık</li> <li>- Tedavinin yetersiz takip ve izlemi</li> </ul> <p><b>Diğer Hatalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- İletişim hataları</li> <li>- Ekipman yetersizliği</li> <li>- Ve diğer sistem eksiklikleri</li> </ul> <p><b>Öğrenci 2 ve daha az başlık yazmış</b></p>	<p><b>Tanı Hataları</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanıda hata ya da gecikme</li> <li>- Testlerdeki eksiklikler/başarısızlıklar</li> <li>- Eski testleri ya da tedaviyi kullanma</li> <li>- Sonuç ve testlerin izlenmesinde hata</li> </ul> <p><b>Tedavi Hataları</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operasyon, prosedür veya testte hata</li> <li>- Tedavinin uygulanmasındaki hatalar</li> <li>- İlaç dozu ya da metodunda hata</li> <li>- Anormal bir teste cevap vermede tedavide önlenebilir gecikme</li> <li>- Uygun olmayan bakım</li> </ul> <p><b>Önleyici Hataları</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profilaktik tedaviyi sağlamada başarısızlık</li> <li>- Tedavinin yetersiz takip ve izlemi</li> </ul> <p><b>Diğer Hatalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- İletişim hataları</li> <li>- Ekipman yetersizliği</li> <li>- Ve diğer sistem eksiklikleri</li> </ul> <p><b>Öğrenci 3 ve daha fazla başlık yazmış</b></p>

**Soru 5**  
Hemşirenin bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız işlevleri nelerdir? Her birini birer örnek vererek kısaca açıklayınız.

Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş

**Bağımlı hemşirelik fonksiyonları:** Hemşirenin bir başka sağlık bakım personeli tarafından yapılan istem dahilinde yaptığı girişimlerdir. Tedaviyi uygulama, ilaç uygulama gibi uygulamalar hemşirenin bağımlı fonksiyonları arasındadır.

**Hemşirenin bağımsız fonksiyonu:** Bir başka sağlık bakım personelinin istemine gerek olmadan hemşirenin kendi kararı ile yaptığı girişimlerdir. Hemşirenin bağımsız fonksiyonlarını güvenli biçimde yerine getirmesi yeterli bilgi ve beceri ile mümkündür. Hemşirenin bağımsız fonksiyonlarına örnek olarak bakım verme, araştırma, eğitim, hasta haklarını savunma, hastaya yardım etme gibi görevleri verilebilir.

**Hemşirenin yarı bağımlı fonksiyonu (destekleyici fonksiyon):** Başka bir sağlık personelinin danışmanlığı ya da yardımı ile yapılan hemşirelik uygulamalarıdır. Hemşirelikte yarı bağımlı roller hemşirenin tanı ve tedavi girişimlerinde üstlendiği görevlerden, hasta ve ailesi ile sağlık ekibi üyeleri arasında sağladığı koordinasyondan oluşur.

**Öğrenci fonksiyonları yazmış, ancak örneklendirememiş ya da örneklendirerek yalnızca bir fonksiyon yazmış**

**Bağımlı hemşirelik fonksiyonları:** Hemşirenin bir başka sağlık bakım personeli tarafından yapılan istem dahilinde yaptığı girişimlerdir. Tedaviyi uygulama, ilaç uygulama gibi uygulamalar hemşirenin bağımlı fonksiyonları arasındadır.

**Hemşirenin bağımsız fonksiyonu:** Bir başka sağlık bakım personelinin istemine gerek olmadan hemşirenin kendi kararı ile yaptığı girişimlerdir. Hemşirenin bağımsız fonksiyonlarını güvenli biçimde yerine getirmesi yeterli bilgi ve beceri ile mümkündür. Hemşirenin bağımsız fonksiyonlarına örnek olarak bakım verme, araştırma, eğitim, hasta haklarını savunma, hastaya yardım etme gibi görevleri verilebilir.

**Hemşirenin yarı bağımlı fonksiyonu (destekleyici fonksiyon):** Başka bir sağlık personelinin danışmanlığı ya da yardımı ile yapılan hemşirelik uygulamalarıdır. Hemşirelikte yarı bağımlı roller hemşirenin tanı ve tedavi girişimlerinde üstlendiği görevlerden, hasta ve ailesi ile sağlık ekibi üyeleri arasında sağladığı koordinasyondan oluşur.

**Öğrenci fonksiyonları örnekleri ile yazmış**

<p><b>Soru 6</b> Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre hemşirelik hizmetinin kapsamı ve rolleri nasıl tanımlanmıştır? Kısaca yazınız.</p>	<p>Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş</p>	<p>Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir.</p> <p>Hemşirelik Rollerini Bakım verici Rolü Eğitici Rolü Araştırmacı Rolü Yönetici Rolü Koordinatör Rolü Savunucu Rolü</p> <p><b>Öğrenci kapsamı yazmış, rolleri yazmamış</b></p>	<p>Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir.</p> <p>Hemşirelik Rollerini Bakım verici Rolü Eğitici Rolü Araştırmacı Rolü Yönetici Rolü Koordinatör Rolü Savunucu Rolü</p> <p><b>Öğrenci kapsamı ve rolleri tam olarak yazmış</b></p>
<p><b>Soru 7</b> Hemşirelerin tıbbi hata sürecindeki sorumlulukları nelerdir?</p>	<p>Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastaları ve aileleri olası riskler konusunda bilgilendirmek.</li> <li>- Olumsuz/istenmeyen olayları derhal ilgili yetkililere bildirmek.</li> <li>- Bakımın güvenlik ve niteliğini değerlendirmede aktif rol oynamak.</li> <li>- Hasta güvenliğini artıran önlemleri desteklemek.</li> <li>- Hatayı azaltan standart tedavi, politika ve protokollerin oluşturulması için gerekli desteği sağlamak.</li> <li>- Hastalar ve diğer profesyoneller ile iletişimi güçlendirmek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastaları ve aileleri olası riskler konusunda bilgilendirmek.</li> <li>- Olumsuz/istenmeyen olayları derhal ilgili yetkililere bildirmek.</li> <li>- Bakımın güvenlik ve niteliğini değerlendirmede aktif rol oynamak.</li> <li>- Hasta güvenliğini artıran önlemleri desteklemek</li> <li>- Hatayı azaltan standart tedavi, politika ve protokollerin oluşturulması için gerekli desteği sağlamak.</li> <li>- Hastalar ve diğer profesyoneller ile iletişimi güçlendirmek.</li> </ul>

		- Olumsuz olayları kaydetmek çözümlmek, ulusal bildirim sistemleriyle işbirliği yapmak.(ICN2006) <b>Öğrenci yedi maddeden dört tanesini yazmış.</b>	- Olumsuz olayları kaydetmek çözümlmek, ulusal bildirim sistemleriyle işbirliği yapmak. <b>Öğrenci yedi maddeden en az 5 tanesini yazmış.</b>
<b>Soru 8</b> Hasta güvenliği açısından tıbbi hataların önemini birkaç cümleyle tartışınız.	Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş	Tıbbi hataların önlenmesi hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir basamağı oluşturur. Hasta güvenliği sağlık hizmetlerindeki kalitenin bir göstergesidir. Aynı zamanda hemşirelik bakımı ve hemşirelik hizmetlerindeki kalitenin de bir göstergesidir. Hasta güvenliğinde temel hedef; sağlık hizmeti sunumunda oluşacak hataları engellemek, hastaları bu hatalara bağlı olumsuzluklardan korumak ve hataları önleyecek bir sistem kurmaktır.  <b>Tıbbi hataların azaltılmasının hasta güvenliği açısından öneminden bahsetmiş.</b>	Tıbbi hataların önlenmesi hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir basamağı oluşturur. Hasta güvenliği sağlık hizmetlerindeki kalitenin bir göstergesidir. Aynı zamanda hemşirelik bakımı ve hemşirelik hizmetlerindeki kalitenin de bir göstergesidir. Hasta güvenliğinde temel hedef; sağlık hizmeti sunumunda oluşacak hataları engellemek, hastaları bu hatalara bağlı olumsuzluklardan korumak ve hataları önleyecek bir sistem kurmaktır.  <b>Tıbbi hataların azaltılmasının hasta güvenliği açısından öneminden ve tıbbi hataların önlenmesinin hemşirelik bakımında ve hemşirelik hizmetlerinde kalite göstergesi olduğundan bahsetmiş.</b>
<b>Soru 9</b> Hemşirelik mesleki uygulamalarının hukuka uygunluğunun şartları nelerdir? Başlıklar halinde yazınız.	Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş	<b>Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için gerçekleşmesi gereken şartlar</b> - Tıbbi müdahalenin kanunun yetkili kıldığı kişilerce yapılması - Tıp biliminin verilerine göre gerekli ve bu verilere uygun tıbbi müdahale •Endikasyon •Müdahalenin özenli yapılması - Aydınlatılmış onam ve hasta rızası <b>Öğrenci maddelerden 2 veya daha az yazmış</b>	<b>Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için gerçekleşmesi gereken şartlar</b> - Tıbbi müdahalenin kanunun yetkili kıldığı kişilerce yapılması - Tıp biliminin verilerine göre gerekli ve bu verilere uygun tıbbi müdahale •Endikasyon •Müdahalenin özenli yapılması - Aydınlatılmış onam ve hasta rızası <b>Öğrenci maddelerin tamamını yazmış</b>

<p><b>Soru 10</b> Hemşirenin sağlık hizmeti sunumu sürecindeki yasal sorumluluklarını başlıklar halinde yazınız.</p>	<p>Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş</p>	<p>✓ Hukuki sorumluluğu Tazminat ✓ Cezai sorumluluğu Hapis cezası, adli para cezası ✓ İdari sorumluluğu Disiplin</p> <p><b>Öğrenci maddelerden 2 veya daha az yazmış</b></p>	<p>✓ Hukuki sorumluluğu Tazminat ✓ Cezai sorumluluğu Hapis cezası, adli para cezası ✓ İdari sorumluluğu Disiplin</p> <p><b>Öğrenci maddelerin tamamını yazmış</b></p>
<p><b>Soru 11</b> Tıbbi hataların bildirimini nasıl yapılmaktadır? Ülkemizde nasıl bir bildirim sistemi uygulanmaktadır? Açıklayınız.</p>	<p>Soruya hiç cevap verilmemiş ya da yanlış cevap verilmiş</p>	<p>Olumsuz olay yaşandığında olay bildirim formu doldurularak hastanenin/kurumun kalite birimine gönderilmektedir. Tıbbi hata raporlama sistemleri zorunlu ve gönüllü olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ülkemizde 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Güvenli Raporlama Sistemi uygulaması başlamıştır.</p> <p><b>Öğrenci sadece hastane içinde bildirimini nasıl olacağından bahsetmiş.</b></p>	<p>Olumsuz olay yaşandığında olay bildirim formu doldurularak hastanenin/kurumun kalite birimine gönderilmektedir. Tıbbi hata raporlama sistemleri zorunlu ve gönüllü olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ülkemizde 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Güvenli Raporlama Sistemi uygulaması başlamıştır.</p> <p><b>Öğrenci hem hastane içinde bildirimini nasıl olacağından hem de Sağlık Bakanlığı Güvenli Raporlama Sisteminden bahsetmiş.</b></p>

### Ek-5: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>					
<b>İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGLAMALARI</b>	<b>HİÇ</b>	<b>ÇOK NADİR</b>	<b>ZAMAN ZAMAN</b>	<b>GENELLİKLE</b>	<b>HER ZAMAN</b>
İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum					
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum					
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım					
Okunmuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim					
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim					
İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					

Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim					
<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 aseptik kurallarına dikkat ederim					
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim					
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm					
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					

<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-çıkardığı sıvı takibini yaparım					
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım					
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim					
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim					
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım					
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim					
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım					
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim					
<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 ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım					
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim					



Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim					
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım					
<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 doğrulattırım					

## Ek-6: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

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

## **Ek-7: Vaka Analiz Soruları**

### **Vaka-1**

78 yaşındaki N.K. merdiven çıkmada ve yürümede güçlük, nefes darlığı şikayetiyle acil servise başvurmuştur. Hastaya gerekli tetkikler ve konsültasyonlar yapıldıktan sonra hastanın yatarak tedavisine karar verilmiştir. N.K. 25 yıl önce DM, 20 yıl önce HT tanısı almış bir hastadır. Hastanın görme ve işitme problemleri bulunmaktadır. Yalnız yaşayan ve emekli bir öğretmen olan N.K.'nın yanında refakatçisi de bulunmamaktadır. Hemşire, yatak korkuluğunu kaldırmayı ve hemşire çağrı zili konusunda hastayı bilgilendirmeyi unutmuştur. Hasta, etajerde bulunan suyu almaya çalıştığı sırada yataktan düşerek kalçasını ve omzunu kırmıştır.

- Vakada herhangi bir tıbbi hata yapıldığını düşünüyor musunuz? Durumu etik ilke ve değerler açısından tartışınız.

### **Vaka-2**

30 yaşındaki Y.B. sezaryen ile bir kız bebek dünyaya getirmiştir. Spinal anestezi ile ameliyatı gerçekleştirilen Y.B. ameliyattan çıktıktan bir süre sonra hemşireye üşüdüğünü söyler. Hemşire, hastanın her iki ayağının altına sıcak su torbası (termofor) bırakarak diğer hastalarla ilgilenmek için odadan ayrılır. Doğum sırasında verilen anestezinin etkisiyle termoforun sıcaklığını hissetmeyen Y.B. anestezinin etkisi geçmeye başlayınca topuklarında çok şiddetli ağrı, acı hissetmeye başlar. Yapılan muayenede sıcak su torbalarının her iki ayağını da ağır derecede yaktığı anlaşılır. Durum hemen doğumu yaptıran doktora bildirilir ve hastada 2. derece derin yanık olduğu anlaşılır. Ertesi gün taburcusu planlanan hasta tedavisi tamamlanana kadar hastanede gözetim altında tutulur.

- Vakada herhangi bir tıbbi hata yapıldığını düşünüyor musunuz? Durumu etik ilke ve değerler açısından tartışınız.

### **Vaka-3**

Ameliyat sonrası emboli riski ile antikoagulan tedavi uygulanan 2 yaşındaki S.H'ye nöbetçi hemşire A.L. tarafından yanlışlıkla 0,8 dizyem yerine, 8 dizyem antikoagulan enjekte edilir. Enjeksiyon yapıldıktan sonra fenalaşan hasta yoğun bakıma alınır. Yapılan tüm müdahalelere rağmen kardiyak arrest gelişir ve hayatını kaybeder.

- Vakada herhangi bir tıbbi hata yapıldığını düşünüyor musunuz? Durumu etik ilke ve değerler açısından tartışınız.

### **Vaka-4**

Hemşire M. mezun olduktan bir ay sonra bir hastanenin ameliyathane bölümünde işe başlamıştır. İşe başladıktan kısa bir süre sonra, gerekli eğitim ve oryantasyon yapılmadan steril(scrup) hemşire olarak ameliyatlarda görevlendirilen Hemşire M. sinüzit ameliyatı için odayı hazırlamak üzere KBB ekibi tarafından kullanılan odaya girer. Yanına yanlışlıkla steril olmamış seti alan hemşire indikatörü kontrol etmediği için bu durumu fark etmez. Hastanın ameliyatı sorunsuz gerçekleşir, herhangi bir problem görülmez. Ancak hastada ameliyat sonrası enfeksiyon gelişir.

- Vakada herhangi bir tıbbi hata yapıldığını düşünüyor musunuz? Durumu etik ilke ve değerler açısından tartışınız.

**Ek-8: Vaka Analizi Rubrik Formu**

1. VAKA	2.VAKA	3.VAKA	4.VAKA
Tıbbi hata	Tıbbi hata	Tıbbi hata	Tıbbi hata
Protokollere uymama	Özensizlik	Özensizlik	Özensizlik
Travma/düşme riski	Dikkatsizlik	Dikkatsizlik	Dikkatsizlik
Özen yükümlülüğüne uymama	Protokollere uymama	İhmal	Bilgisizlik
Bilgilendirme kusuru	Zarar vermeme ilkesi	Protokollere uymama	İhmal
Bilme hakkı	Bilgi eksikliği	Yarar sağlama ilkesi	Protokollere uymama
Özerkliğe saygı	Bilme hakkı	Zarar vermeme ilkesi	Zarar vermeme ilkesi
Hemşire sorumluluğu	Özerkliğe saygı	Yaşam hakkı	Dürüstlük
	Bakım kalitesi	Yaşama saygı	Eğitim/oryantasyon eksikliği
	Hemşire sorumluluğu	Hemşire sorumluluğu	Ekip içi iletişim eksikliği
			Hemşire sorumluluğu
			Kurum sorumluluğu

## **Ek-9: Eğitim Planı**

### **TIBBİ HATA EĞİTİM PROGRAMI**

#### **AMAÇ**

Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliğini sağlama bağlamında tıbbi hataları tanınması, tıbbi hataların azaltılması ve bildirim konusunda farkındalıklarının sağlanmasıdır.

#### **YETERLİK**

Hemşirelik öğrencileri mesleki uygulamalarında tıbbi hatalardan kaçınarak hasta güvenliği sağlar.

#### **ALT YETERLİKLER**

Hemşirelik uygulamalarında tıbbi hatalar açısından mesleki, yasal ve etik ilkelere ve düzenlemelere uygun davranır.

Hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliğini sağlama bilinci ile hareket eder.

Hemşirelik uygulamalarında tıbbi hataların azaltılması ve bildiriminde aktif rol üstlenir.

#### **KAZANIMLAR (LEARNING OUTCOMES)**

Öğrenciler bu eğitimin sonunda;

Hasta güvenliği ve tıbbi hata kavramlarını tanımlar.

Hasta güvenliği açısından tıbbi hataların önemini tartışır.

Hemşirelerin hasta güvenliği ve tıbbi hata ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklarını açıklar.

Tıbbi hata ile ilgili mesleki, yasal ve etik sorumlulukları konusunda farkındalık sahibi olur.

Tıbbi hata bildiriminde etkin rol üstlenir.

Hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliğini sağlama ve tıbbi hataları azaltmada aktif rol alır.

## **İÇERİK**

Tıbbi hatalar

Hasta güvenliği

Hemşirelerin hasta güvenliği ve tıbbi hata ile ilgili görev, yetki ve sorumlulukları

Tıbbi hatalar açısından hemşirelerin mesleki, yasal ve etik sorumlulukları

Tıbbi hataların bildirim

Tıbbi hataların nedenleri ve kaynakları

Tıbbi hataların azaltılması (risk faktörleri ve önlemler)

## **ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ**

Anlatım

Tartışma

Soru- yanıt

Örnek Olay (Case-study)

Vaka incelemesi

Ödev

## **SÜRE**

90 dakika

## **ÖLÇME DEĞERLENDİRME**

Bilgi testi (Öntest- sontest)

Vaka analizi (Öntest- sontest)

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Öntest- sontest)

Tıbbi Hata Tutum Ölçeği (Öntest- sontest)

## **I. OTURUM**

**KONU:** Grup Üyelerinin Tanışması, Grup Kurallarının Belirlenmesi, Program Hakkında Bilgilendirme ve Ön testlerin Uygulanması

### **AMAÇ**

Grup üyelerinin eğitim programı hakkında bilgilendirilmesi ve eğitim öncesi ön test olarak ölçekler ve bilgi testinin uygulanmasıdır.

### **KAZANIMLAR (LEARNING OUTCOMES)**

Öğrenciler bu oturum sonunda;

Eğitim programı hakkında bilgi sahibi olur.

Eğitim programına katılan diğer öğrencilerle tanışır.

Eğitim programı süresince uyulması gereken kurallar hakkında bilgi sahibi olur.

Eğitim öncesi konu ile ilgili bilgi ve tutumları ile ilgili farkındalık sahibi olur.

### **İÇERİK**

Tanışma

Programı tanııtma

Grup kurallarını belirleme

Ön test uygulama

### **ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ**

Anlatım

Tartışma

Soru-yanıt

### **SÜRE**

90 dakika



## **II.OTURUM**

**KONU:** Hemşirelerin Tıbbi Hata ile İlgili Görev, Yetki ve Sorumlulukları

### **AMAÇ**

Öğrencinin hemşireliğin görev, yetki ve sorumluluklarını tıbbi hata bağlamında tartışabilmesidir.

### **KAZANIMLAR (LEARNING OUTCOMES)**

Öğrenciler bu dersin sonunda;

Hemşireliğin görev tanımını yapar.

Temel hemşirelik rollerinin açıklar.

Hemşireliğin bakım süreci ve aşamalarının açıklar.

Hemşireliğin görev, yetki ve sorumluluklarını tıbbi hata bağlamında tartışır.

Mesleki uygulamalarında görev, yetki ve sorumluluklarına uygun davranmaya dikkat eder.

### **İÇERİK**

Hemşireliğin görev tanımı

Hemşireliğin görev, yetki ve sorumlulukları

Hemşireliğin bakım süreci ve aşamaları

Temel hemşirelik rolleri

### **ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ**

Anlatım

Tartışma

Soru-yanıt

### **SÜRE**

90 dakika

### **III. OTURUM**

**KONU:** Tıbbi Hatalar

#### **AMAÇ**

Öğrencinin tıbbi hata ve hata kaynaklarını ayırt edebilmesi ve tıbbi hataların önemini kavrayabilmesidir.

#### **KAZANIMLAR (LEARNING OUTCOMES)**

Öğrenciler bu dersin sonunda;

Tıbbi hatayı tanımlar.

Tıbbi hata ile ilgili temel kavramları tanımlar.

Tıbbi hata ile ilgili kavramlar arasındaki bağlantıları kurabilir.

Tıbbi hata nedenlerini açıklar.

Tıbbi hataları sınıflandırır.

Hemşireliğe ilişkin tıbbi hataları örneklendirir.

Hemşirelik uygulamalarında karşılaştığı tıbbi hata kaynaklarını ayırt edebilir.

Hemşirelik uygulamalarında tıbbi hata yapmamaya duyarlılık gösterir.

Tıbbi hataların önemini açıklar.

Tıbbi hataların önemini benimser.

Tıbbi hataların azaltılmasında sorumluluk üstlenir.

#### **İÇERİK**

Tıbbi hata tanımı

Tıbbi hata ile ilgili temel kavramlar

Tıbbi hata nedenleri

Tıbbi hataların sınıflandırması

Hemşireliğe ilişkin tıbbi hata örnekleri

Tıbbi hata kaynakları

#### **ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ**

Anlatım

Tartışma

Soru-cevap

Örnek Olay (Case-study)

## **SÜRE**

90 dakika

## **IV.OTURUM**

**KONU:** Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar

### **AMAÇ**

Hemşirelik öğrencilerinin mesleki uygulamalarında tıbbi hatalardan kaçınarak hasta güvenliği sağlamaları konusunda bilgi ve farkındalıklarını sağlamak.

### **KAZANIMLAR (LEARNING OUTCOMES)**

Öğrenciler bu dersin sonunda;

Hasta güvenliğini tanımlar.

Hasta güvenliğinin amacını tanımlar.

Hasta güvenliğinin önemini kavrar.

Tıbbi hataları hasta güvenliği bağlamında tartışabilir.

Hasta güvenliği açısından tıbbi hataların önemini ifade edebilir.

Hasta güvenliği açısından tıbbi hataların önemini benimser.

Hasta güvenliğinde hemşirenin rollerini açıklar.

Hasta güvenliğinde hemşirenin görevlerini örneklendirebilir.

Tıbbi hatalara ilişkin alınması gereken önlemlerin önemini kavrar.

Çalıştığı kurumdaki tıbbi hata açısından mevcut risklerin farkına varıp gerekli önlemleri alması gerektiğinin bilincine varır.

Hasta güvenliği kültürünün gelişmesine katkı sağlar.

Hasta güvenliğini artırmada aktif rol alır.

Hasta güvenliği bilinci ile hareket eder.

## **İÇERİK**

Hasta güvenliğinin tanımı

Hasta güvenliğinin önemi

Hasta güvenliğinde hemşirenin rolü

Hasta güvenliğinde hemşirenin rolleri

Tıbbi hata açısından risk değerlendirme ve önlem alma

## **ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ**

Anlatım

Tartışma

Soru-cevap

Örnek Olay (Case-study)

## **SÜRE**

90 dakika

## **V.OTURUM**

**KONU:** Tıbbi Hatalarda Mesleki ve Yasal Sorumluluk

## **AMAÇ**

Öğrencilerin tıbbi hatalar açısından mesleki ve yasal sorumlulukları konusunda bilgi ve farkındalık sahibi olmasıdır.

## **KAZANIMLAR (LEARNING OUTCOMES)**

Öğrenciler bu dersin sonunda;

Tıbbi müdahale kavramını tanımlar.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarını ifade eder.

Tıbbi hatalarla ilgili mesleki ve yasal sorumluluklarını ifade eder.

Tıbbi hatalarla ilgili mesleki ve yasal sorumluluklarını bilmenin önemini ifade eder.

Tıbbi hatalarla ilgili mesleki ve yasal sorumluluklarının farkına varır.

Örnek olayları mesleki ve yasal sorumlulukları çerçevesinde değerlendirir.

Mesleki uygulamalarında tıbbi hataların hukuki boyutunu bilerek uygulama yapar.

Hatalı uygulamalar sonucunda açılan davalar hakkında bilgi sahibi olur.

Tıbbi hataları izlemenin önemini kavrar.

## **İÇERİK**

Hemşirenin tıbbi hata sürecinde mesleki sorumlulukları

Hemşirenin tıbbi hata sürecinde yasal sorumlulukları

Tıbbi müdahale

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartları

## **ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ**

Anlatım

Tartışma

Soru-yanıt

Örnek olay (Case-study)

## **SÜRE**

90 dakika

## **VI.OTURUM**

**KONU:** Tıbbi Hatalarda Etik Sorumluluk ve Tıbbi Hataların Bildirimi

## **AMAÇ**

Öğrencilerin tıbbi hatalarda etik sorumluluklarının bilincine varmasının ve hataların bildirim konusunda sorumluluk üstlenici tutum benimsemesinin sağlanmasıdır.

## **KAZANIMLAR (LEARNING OUTCOMES)**

Öğrenciler bu dersin sonunda;

Tıbbi hataların bildirimini önemini açıklar.

Tıbbi hataların bildiriminde istekli davranır.

Tıbbi hatanın bildirim ve yönetiminde hemşirenin sorumluluğunu tartışabilir.

Tıbbi hataları etik açıdan değerlendirir.

Hastaya yapılacak tüm işlemlerde hastaya işlemi açıklamanın ve hastanın onamını almanın önemini tartışabilir.

Hemşirenin hastasına neyin yararlı neyin zararlı olduğunu hesaplamakla yükümlü olduğunu ifade eder.

Hastanın kendi yazgısını belirleme hakkına saygı duyar.

Hastanın kendi yazgısını belirleme hakkına saygı duyması gerektiğinin farkına varır.

Hemşire hasta ilişkisinden doğan görevlerde etik ilkelere uygun hareket etmesi gerektiğini bilir.

Yapacağı uygulamalarda yarar-zarar dengesi gözetmesi gerektiğini bilir.

Yapacağı uygulamalarda yarar-zarar dengesi gözetmesi gerektiğini uygular.

Uygulamalarını yaparken toplumsal değer yargılarını dikkate alır.

Yaptığı her hemşirelik uygulamasında etik değerlendirme yapar.

Hemşire hasta ilişkisinde etik ilkelere ve değerlere uygun davranır.

## **İÇERİK**

Tıbbi hata bildirimini

Tıbbi hataların raporlanması

Tıbbi hata durumunda yapılması gerekenler

Tıbbi hatanın bildirim ve yönetiminde hemşirenin sorumluluğu

Etik ilkeler

## **ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ**

Anlatım

Tartışma

Soru-yanıt

Örnek olay (Case-study)

## **SÜRE**

90 dakika

## **VII.OTURUM**

**KONU:** Eğitimin Değerlendirilmesi ve Son-test Uygulaması

### **AMAÇ**

Eğitim programının değerlendirilmesi ve eğitim sonrası son-test, ölçekler ve bilgi testinin uygulanmasıdır.

### **KAZANIMLAR (LEARNING OUTCOMES)**

Öğrenciler bu eğitim sonunda;

Eğitim programını değerlendirir.

Eğitimine yönelik geri bildirimde bulunur.

Eğitim programı hakkında önerilerde bulunur.

### **İÇERİK**

Eğitimin değerlendirilmesi

Son-test uygulaması

### **ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ**

Anlatım

Tartışma

Soru-yanıt

### **SÜRE**

90 dakika

## Ek-10: Etik Kurul İzni

2016-7

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Tıbbi Hata Eğitiminin, Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz Anket çalışmaları					
	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞE RLEN DİRİL EN BELG ELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Seyit ANKARALI  
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.



DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Tıbbi Hata Eğitiminin, Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU								
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	<b>Belge Adı</b>	<b>Açıklama</b>						
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				BAP		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>						
	İLAN	<input type="checkbox"/>						
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>						
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>						
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>						
DİĞER:	<input type="checkbox"/>							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/70	Tarih: 25.07.2016						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.							
<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>								
<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>		Doç.Dr.Seyit ANKARALI						
<b>Unvanı/Adı/Soyadı</b>	<b>Uzmanlık Alanı</b>	<b>Kurumu</b>	<b>Cinsiyet</b>		<b>Araştırma ile ilişki</b>	<b>Katılım *</b>	<b>İmza</b>	
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyostatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BAYBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Gülbin SEZEN	Anestezi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd.Doç.Dr.Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Uzm.Dr.Abdullah BELADA	KBB	Düzce Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Uzm.Dr.Seda ERİŞEN KARACA	Çocuk Hastalıkları	Düzce Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Şerife SÜLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı:Doç.Dr.Seyit ANKARALI  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

## Ek-11: Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/08/2016-E.17745



T.C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Yüksekokulu  
Hemşirelik Bölümü



Sayı :49614562/605.01/17745  
Konu :Araştırma İzni-Öğr.Gör.Şerife  
Y.GÖREN

04/08/2016

SAYIN ÖĞR.GÖR.ŞERİFE YILMAZ GÖREN

İlgi :28/07/2016 tarihli, - sayılı ve Araştırma İzni-Öğr.Gör.Şerife Y.GÖREN konulu yazı

İlgide kayıtlı dilekçeniz incelenmiş olup "Tıbbi Hata Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi" konulu doktora tezi kapsamında Yüksekokulumuz Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile eğitim yapılması ve gerekli anketlerin uygulanması Başkanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd.Doç.Dr.Fatma EKER  
Hemşirelik Bölüm Başkanı

<http://ebys.duzce.edu.tr/envision-Dogrula/BelgeDogrulama.aspx>

BARKOD NO: \*BD4425466212\*

Konuralp Yerleşkesi 81620 Merkez DÜZCE

Tel: : 0 380 542 11 41

E-Posta: : syo@duzce.edu.tr

Faks: 0 380 542 11 40

Elektronik ağı:www.syo.duzce.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Burak İşlek



## Ek-12: Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Tıbbi Hata Eğitiminin, Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi” dir. Bu araştırmanın amacı, öğrencilerin klinik uygulamalar esnasında yaşadıkları ve neden oldukları hataları azaltmak, tıbbi uygulama hataları konusunda hukuki ve etik sorunlar hakkında bilinçlendirmek ve farkındalık sağlamaktır. Bu çalışmada size tıbbi hata ile ilgili eğitim verilecektir. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre bir akademik yarıyıl olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 40’tır.

Bu araştırma ile ilgili olarak eğitime düzenli katılmak sizin sorumluluklarınızdır.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir; ancak sizin için beklenen yararlar tıbbi hata konusunda eğitim almak ve farkındalığınızın artmasıdır

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen durum ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 531 793 11 18 no.lu telefondan Öğr. Gör. Şerife YILMAZ GÖREN’e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız durumunda sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmemiz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

<b>Gönüllünün,</b> Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks:  Tarih ve İmza:	<b>Açıklamaları yapan araştırmacının,</b> Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
--	--



## ÖZGEÇMİŞ

### I. Bireysel Bilgiler

Adı : Şerife  
Soyadı : YILMAZ GÖREN  
Doğum yeri ve tarihi : Ankara, 15.11.1983  
Uyruğu : T.C.  
Medeni durumu : Evli  
İletişim e-posta : [serifeyilmaz83@hotmail.com](mailto:serifeyilmaz83@hotmail.com)

### II. Eğitimi

**Doktora** (2012-2018) Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,  
Tıp Tarihi ve Etik

**Yüksek Lisans** (2007-2009) Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık  
Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

**Lisans** (2002-2006) Erciyes Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik

**Yabancı Dili:** İngilizce

### III. Mesleki Deneyimi

- Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Öğretim Görevlisi, 2016-  
Devam ediyor

- Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Öğretim Görevlisi 2010-2016

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi,  
Hemşire, 2007-2010

- Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım, Hemşire, 2007

#### **IV. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar**

Türkiye Biyoetik Derneği

Türk Hemşireler Derneği

#### **V. Bilimsel İlgi Alanları ve Etkinlikleri Makaleler**

##### **Ulusal ve Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler**

- Birden B., Yılmaz Gören Ş., Yaşar Soydan N., Yalın NY. Klinik öncesi dönemde verilen etik eğitiminin klinik döneme uygunluğu açısından irdelenmesi. Türkiye Biyoetik Dergisi 2015; 2(1): 47-62.
- Yılmaz Gören Ş., Yalın NY. Ulusal hemşirelik dergilerinin araştırma ve yayın etiği politikalarının dergi internet siteleri üzerinden incelenmesi. Türkiye Biyoetik Dergisi 2015; 2(2): 137-154.
- Aydın M., Özen Bekar E., Yılmaz Gören Ş., Sungur MA. Hemşirelik Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2016; 16(1): 223-242.
- Yılmaz Gören Ş., Yalın NY. Hemşirelik Tarihinde Bir Öncü “Safiye Hüseyin Elbi”. Mersin Üniversitesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2016; 6(2): 38-45.
- Yılmaz Gören Ş., Demirci M., Birden B., Topçu E., Şahinoğlu S., Son Bir Yılda Basında Çıkan Kürtajla İlgili Haberlerin Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi. Türk Tıp Etiği, Tıp Hukuku ve Tıp Tarihi Araştırmaları Yıllığı, 2017, 1 (7-8-9).
- Topçu E., Birden B., Demirci M., Yılmaz Gören Ş., Şahinoğlu S., Tıp Tarihi

Kitaplarında Kadın ve Kadınla İlgili Konuların Toplumsal Cinsiyet Açısından Anlamı. Türk Tıp Etiği Tıp Hukuku ve Tıp Tarihi Araştırmaları Yıllığı, 2017, 1 (7-8-9).

### **Ulusal ve Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler**

- Yılmaz Gören Ş., Yalım NY. Türk Hemşirelik Tarihinde Bir Öncü “Safiye Hüseyin Elbi” IX. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, 10-13 Haziran 2015, Malatya (Sözel Bildiri)
- Topçu E., Yılmaz Gören Ş., Başağaç Gül R.T., Kahya E., Arda B. A Compulsory Doctoral Course At Ankara University: “Ethics Of Science And History Of Science”, 2nd International Conference On Ethics Education, 2014, Ankara (Sözel Bildiri)
- Yılmaz Gören Ş. “Etik Eğitiminde Bir Üniversite Örneği "Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi Eğitim Müfredatında Etik " 8. Türkiye Biyoetik Derneği Sağlık Bilimlerinde Etik Eğitimi Sempozyumu, 2013, Ankara (Sözel Bildiri)
- Yılmaz Gören Ş., Demirci M., Topçu E., Birden B., Şahinoğlu S. Son Bir Yılda Basında Çıkan Kürtajla İlgili Yazıların Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi, 4. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi, 2013, İstanbul (Sözel Bildiri)
- Birden B., Topçu E., Demirci M., Yılmaz Gören Ş., Şahinoğlu S. Tıp Tarihi Kitaplarında Kadın ve Kadınla İlgili Konuların Toplumsal Cinsiyet Açısından Anlamı, 4. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi, 2013, İstanbul (Sözel Bildiri)
- Yılmaz Gören Ş., “Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Preop ve Postop Dönemde Beden İmajı Ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi”, Ulusal Cerrahi Kongresi, İzmir, 2012 (Poster Bildiri)

- İlçe A., Altınbaş Akkaş Ö., Alpteker H., Yılmaz Ş., Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Klasik ve Entegre (Dahiliye-Cerrahi) Sistemde Karşılaştırılması, 13.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ş.Urfa, 2011 (Poster Bildiri)
- Karaca A, Açıköz F, Süzer Özkan F, Özen E, Akkuş D, Yıldırım N, Yılmaz Ş, Kapısız Ö, Eğlendirirken Öğreten Bir Uygulama Tiyatro, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Uluslararası Katılımlı). 19-21 Ekim 2011, Şanlıurfa, (Poster Bildiri)
- Yılmaz Ş, Aygün N, Baktır H, Boydaş F, Yıldırım M, Taşcı S, 65 Yaş Üstü Bireylerde Fiziksel Rahatsızlıklar ve Yaşlı İhmali, 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Ş.Urfa, 2006, (Poster Bildiri)