



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İŞ STRESİ VE TIBBİ HATA  
YAPMA EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

DİLGE ÖĞÜT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ükke Karabacak

İSTANBUL-2021





T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İŞ STRESİ VE TIBBİ HATA  
YAPMA EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

DİLGE ÖĞÜT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ükke Karabacak

İSTANBUL-2021

## BEYAN

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

28/12/2020

Dilge ÖGÜT

## **ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR**

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Prof. Dr. Ükke KARABACAK'a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Çalışmalarım boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme ve sevgili eşim Can'a sonsuz teşekkürlerimi borç bilirim.



## İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>2</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>3</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>8</b>
2.1. Acil Servis.....	8
2.1.1. Acil Servis Tanımı .....	8
2.2. Acil Servis ve Tıbbi Hatalar.....	9
2.2.1. Tıbbi Hataların Nedenleri .....	12
2.2.2. Tıbbi Hataların Türleri .....	14
2.3. Acil Servis Hemşirelerinin Görev Yetki ve Sorumlulukları.....	14
2.3.1. Acil Servis Hemşirelerinde İş Stresi .....	17
2.3.2. Acil Servis Hemşirelerinde İş Stresi Tanımı.....	20
2.3.3. Acil Servis Hemşirelerinde İş Stresini Etkileyen Faktörler .....	22
2.4. İş Stresi ve Tıbbi Hata Eğilimi Arasındaki İlişki .....	25
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Modeli .....	29
3.2. Evren ve Örneklem .....	29
3.3. Veri Toplama Araçları .....	30
3.3.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu.....	30
3.3.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) .....	31
3.3.3. Algılanan İş Stresi Ölçeği .....	31
3.3.4. Etik Konular .....	32
3.4. Verilerin Analizi.....	32
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	33
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>34</b>

4.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formuna Göre Tanımlayıcı Bulgular.....	34
4.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'ne ve Algılanan İş Stresi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular .....	38
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>52</b>
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	52
5.2. Hemşirelerin Algıladıkları İş Stresi İle Tıbbi Hataya Eğilim Arasında İlişkinin Tartışılması.....	54
<b>6. KAYNAKLAR .....</b>	<b>62</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>72</b>
Ek 1 Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu .....	72
Ek 2 Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ).....	78
Ek 3 Algılanan İş Stresi Anketi.....	81
Ek 4 ATADEK Etik Kurul İzni.....	82
Ek 5 Kurum İzni.....	84
Ek 7 Kurum İzni Reddi .....	86
Ek 8 Kurum İzni Reddi 2 .....	87
Ek 9 Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni.....	88
Ek 10 Aydınlatılmış Onam Formu.....	89
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>90</b>

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

<b>ANA</b>	(American Association of Nurses) Amerikan Hemşireler Birliği
<b>AS</b>	Acil Servisler
<b>EMS</b>	(Emergency Health Services) Acil Sağlık Hizmetleri
<b>f</b>	Varyans Analizi
<b>ICN</b>	(International Council of Nurses) Uluslar Arası Hemşireler Birliği
<b>JCAHO</b>	(The Joint Commision on Accreditation of Healtcare Organizations) Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu
<b>n</b>	Örneklem Sayısı
<b>p</b>	İstatistiksel Olarak Anlamlılık Düzeyi

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.1.</b> Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları (N=150) .....	34
<b>Tablo 4.1.2.</b> Hemşirelerin Tıbbi Hata ile Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımları (N=150).....	35
<b>Tablo 4.1.3.</b> Acil Serviste Görülen Tıbbi Hataların Nedenlerine Göre Dağılımları (N=150).....	37
<b>Tablo 4.2.1.</b> Algılanan İş Stresi ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (N=150) .....	39
<b>Tablo 4.2.2.</b> Yaş Değişkeni ile Algılanan İş Stresi Ölçeği Arasındaki İlişki (N=150) .....	40
<b>Tablo 4.2.3.</b> Yaş Değişkeni ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150).....	40
<b>Tablo 4.2.4.</b> Eğitim Durumları ile Algılanan İş Stresi Ölçeği Arasındaki İlişki (N=150).....	42
<b>Tablo 4.2.5.</b> Eğitim Durumları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150).....	42
<b>Tablo 4.2.6.</b> Acil Serviste Çalışma Yılları ile Algılanan İş Stresi Ölçeği Arasındaki İlişki (N=150).....	43
<b>Tablo 4.2.7.</b> Acil Serviste Çalışma Yılları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150) .....	44
<b>Tablo 4.2.9.</b> Mesleklerini Sevme Durumları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150) .....	46
<b>Tablo 4.2.10.</b> Çalıştıkları Kurumdan Memnun Olma Durumları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150).....	48
<b>Tablo 4.2.11.</b> İş Doyum Düzeyleri ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150).....	49
<b>Tablo 4.2.12.</b> Algılanan İş Stresi ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150).....	50

## ÖZET

Araştırma, acil serviste çalışan hemşirelerin iş stresleri ile hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi; ilişkisel tarama modeli kullanıldı. Verilerin toplanmasında Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim, Algılanan İş Stresi Ölçeği kullanıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde Anadolu yakasında bulunan özel hastane grubu (3adet) ve bir adet özel hastane oluşturdu. Hastanelerin acil servisleri birinci seviyedir. Hastanelerin toplam 200 acil servis hemşiresi vardı. Evren örneklem büyüklüğü hesabına göre 200 kişilik evren için gerekli olan örneklem sayısı 140 kişi ile sınırlıdır. Örneklemi ana kütle içinden rastgele örnekleme yöntemi aracılığı ile seçilmiş olan 150 acil servis hemşireleri oluşturdu (106 kadın, 44 erkek). Veriler SPSS 22.0 programı ile tanımlayıcı (ortalama, standart sapma, yüzde) yöntemler, bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans (anova) testi, korelasyon analizi, Post Hoc testi kullanılarak analiz edildi. Araştırmada hemşirelerin %54'ü daha önce tıbbi bir hatayla karşılaşmış, %46'sı ise tıbbi hatayla karşılaşmamıştı. Hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit eden ve en sık karşılaştıkları tıbbi hatalar, yanlış ilaç uygulama (%36,7), iğne/kesici alet yaralanması (%58), hasta düşmeleri (%41,3) dir. Tıbbi hataların %93,3'ünün iş yükünün fazla olması, %91,3'ünün yoğun çalışma programı, %91,3'ünün personel azlığı; %82'sinin stres yaşamaları ve %79,3'ünün yorgunluk/bitkinlik nedeniyle olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, araştırmada hemşirelerin tıbbi hata yapma düzeylerine etki eden unsurlar, yoğun stres yaşamaları, acil serviste yoğun bir çalışma temposunun olması dolayısı ile hemşirelerin dikkatinin dağılması, hasta sayısının fazlalığı nedeni ile karışıklık yaşanması olduğu belirlendi. Acil servis hemşirelerinin iş stresi nedeni ile yapmış olduğu tıbbi hataları kapsayan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Araştırmanın, daha çok katılım sağlanan gruplarda yapılması önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Acil Servis, Acil Hemşireliği, İş Stresleri, Hasta Güvenliği.

## **SUMMARY**

### **The Relationship Between Work Stress and Medical Mistake Tendencies of Nurses Working in the Emergency Department**

The research was carried out descriptively in order to determine the relationship between the job stress of nurses working in the emergency department and their tendency to make mistakes; Relational scanning model was used. Introductory Information Form for Nurses, Tendency to Medical Errors in Nursing, Perceived Job Stress Scale were used to collect data. The universe of the study was composed of 3 private hospitals located on the Anatolian side of Istanbul and one private hospital. Emergency services of hospitals are first level. The hospitals had a total of 200 emergency room nurses. According to the population sample size calculation, the required sample size for a population of 200 is limited to 140 people. The sample consisted of 150 emergency room nurses (106 females, 44 males) who were randomly selected from the main population using the method of sampling. The data were analyzed with SPSS 22.0 program using descriptive (mean, standard deviation, percentage) methods, independent sample t-test and one-way variance (ANOVA) test, correlation analysis, Post Hoc test. In the study, 54% of the nurses had experienced a medical error before, and 46% did not encounter a medical error. The most common medical mistakes that nurses face and threaten patient safety are wrong drug administration (36.7%), needle / cutting device injuries (58%), patient falls (41.3%). 93.3% of medical errors have a high workload, 91.3% of an intensive work schedule, 91.3% of staff shortages; It was determined that 82% of them had stress and 79.3% were due to fatigue / exhaustion. As a result, it was determined that the factors that affect the level of medical errors of nurses, their intense stress, the distraction of nurses due to the intense working pace in the emergency service, and confusion due to the large number of patients in the study.

**Keywords:** Emergency Service, Emergency Nurse, Work Stress, Patient Safety

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzdeki bilimsel gelişmeler ve teknolojik gelişmeler akabinde sağlık alanında yeni tanı ve tedavi yöntemleri de gelişmiştir. Bu gelişme ile birlikte ölüm hızı azaltılmış buna bağlı olarak da yaşam süresi uzatılmıştır. Ancak sağlık alanında çalışmakta olan bireylerin çalışma şartlarındaki ağırlık, risk altındaki hastalarının bakımının sağlanması, ortamdan kaynaklanan iş stresi ve iş prosedürleri gibi birçok faktörlerin bulunması; tedavi ile bakımın yanlış uygulanmasına bağlı olarak ortaya çıkan hatalar ve bu hatalar sonucunda meydana gelen yaralanma ve ölümlerin artmasına neden olmaktadır. Oldukça karmaşık bir konu olan sağlık bakımı sırasında zaman zaman tıbbi hataların yaşanabilmesi mümkündür. Bu hatalar nedeniyle ise sakatlık, tedavide gecikmelerin yaşanması, ölüm ve yaralanma durumları meydana gelebilmektedir (1).

Tıbbi hatalar (malpraktis): Son yıllarda gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde her yönden (hukuk, eğitim, tıp, yönetim ve etik gibi) tartışılan bir konudur. Tıbbi hata kavramı “Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (*The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO*)” tarafından; Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu, hastanın zarar görmesi” biçiminde ifade edilmektedir (2).

Bir tedavinin, girişimin veya uygulamanın eksik ya da yanlış yapılması biçiminde ifade edilebilen tıbbi hatalar, uygulanması gerektiği halde uygulanmayan veya uygulanmaması uygun görüldüğü halde uygulanan işlemler olarak da ifade edilebilmektedir. Tüm bunlarla birlikte bu kavram şu şekilde de tanımlanabilmektedir: “Hatalı tıbbi uygulama, tıp bilimi ve alanlarında görev yapmakta olan, sağlık bakım profesyonellerinin hatalı ve uygun olmayan uygulamalarından hizmeti alan bireylerin zarar görmesi.”

Aynı zamanda tıbbi hata olarak değerlendirilebilecek durumların içinde yeterli bilgi ve deneyim donanımına sahip olunmaması ve ilgisizlik sonucunda görülebilen hastanede hastaların kalması gerekenden çok daha uzun süre kalması, hastanın sağlığında bozulmalar yaşanması, hastayı zarara uğratan ya da ölümüne sebep olan uygulamalar da yer almaktadır.

Tıbbi hatalar iki biçimde sınıflandırılabilir. Bunlardan biri kök neden, diğeri ise hata türü açısından. Kök nedenlere göre hatalar; işlem sonucu ortaya çıkan hatalar, ihmal sonucu görülen hatalar ve uygulamaya dayalı hatalardır. Hata türü açısından hatalar ise; cerrahi hatalar, sistem yetersizliğine dayalı ortaya çıkan hatalar, tanı koyma konusunda yaşanan hatalar ve ilaç hatalarıdır (3).

Sağlık bakım sisteminde dünya genelinde çözüm bulunması gereken sorunlar arasında tıbbi hatalar da yer almaktadır. ABD’de Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine, IOM) tarafından 2000 yılında yayımlanmış olan raporda, tıbbi hatalar sebebiyle her yıl ülkede bulunan sağlık kuruluşlarında 98.000 insanın yaşamını yitirdiği belirtilmiştir. Nosek ve arkadaşlarının (2005) Kanada’da yaptıkları çalışmada önlenebilecek olan tıbbi hatalar sebebiyle bir senede 7.000 kişinin hayatını kaybettiğini bildirmişlerdir. Hastanede tedavi gören hastaların %3,3-5,0’ının tedavinin uygulandığı esnada tıbbi hatalar yaşadığı tespit edilmiştir (4). Tıbbi hatalar konusunda yapılmış olan araştırmalara bakıldığında, sağlık bakımı ortamında bu konuya dair çok boyutlu problemlerin olduğu sonucuna varılmaktadır.

Bireylerin, ailelerin ve toplumların hayatlarını sağlıklı bir biçimde devam ettirmesinde, sağlık bakım personelleri ve bilhassa hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelik; tüm sağlık bakım kurumlarında hastalıkların önüne geçilmesi için, bedenen hasta ve ruhen hasta olan veya engelli bireylerin bakımını üstlenen bir meslek grubudur (5).

“Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses, ICN)” tarafından hemşirelik “Sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve rehabilitasyon çalışmalarında hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme yetkinliğine sahip bir meslek” biçiminde tanımlanmaktadır (5).

Tanı hatalarının ortaya çıkmasında çevre, hasta ile ilgili durumlar, tanıyı koyacak olan kişi ile ilgili durumlar ön plana çıkmaktadır (6). Teşhis sürecindeki en yaygın hatalar uygun tanı testi istemi hatası (%55), uygun bir takip planı oluşturulamaması (%45), yeterli öykü alma başarısızlığı ve yeterli fizik muayene yapmama (%42) ve tanı testlerinin hatalı yorumlanmasıdır (%37). Hataların ortaya çıkmasına etki eden unsurlar ise karar vermedeki başarısızlıklar (%79), uykusuzluk veya hafıza yorgunluğu (%59), bilgi eksikliği (%48), hasta ile ilişkili faktörler (%46) ve hasta devri (%20) olarak sıralanabilir (7).

Ersun ve ark (2013), çocuk hemşireleri ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin %61’inin tıbbi hata ile karşılaştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %51,5’i hekimlerin, %48,5’i arkadaşlarının hatalarına şahit olduğu ve en fazla yapılan tıbbi hata türünün %57,8 ilaç hatası olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %27,7’sinin daha önce ilaç hatası yaptığı, yapılan ilaç hatası türünün %67,8’inin yanlış doz ilaç uygulaması olduğu saptanmıştır (8).

Demir Dikmen ve ark (2014), “Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi” isimli çalışmasında şu sonuçlara ulaşmıştır: Hemşirelerin çalıştıkları alan ve çalışma süreleri ile tıbbi hata eğilimleri arasında anlamlı bir fark vardır. Araştırmanın sonucuna göre hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük oranda olduğu ortaya çıkmıştır. Deneyimi az olan, cerrahi kliniklerde görev yapan hemşirelerin ise tıbbi hata eğilimlerinin anlamlı yüksekliğe sahip olduğu saptanmıştır (9).

Er ve Altuntaş (2016), kadın doğum servisinde çalışan hemşireler ile yaptığı araştırmada %77,9'unun daha önce herhangi bir tıbbi hata yapmadığı, %63,4'ünün başka meslektaşlarının tıbbi hata yaptığını görmediği ifadelerini sunduğu görülmüştür. Hemşirelerin en fazla yorgunluk (%78,6), iş yükünün fazla olması (%75,6), çalışma saatlerinin fazla ve çalışma sürelerinin uzun olması (%74,8), tecrübesizlik (%72,5), stres (%71) ve mesleki bilgi ve becerinin yetersiz olması (%69,5) gibi faktörlerin tıbbi hataya neden olduğunu belirttikleri saptanmıştır (10).

Literatür taraması sonucunda hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olduğu, mesleki çalışma deneyimi az olan ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin anlamlı olarak yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Stres ve yorgunluğun, performansı ve bunun sonucunda hasta bakımını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (11). Aşırı iş yükünün ve stresinin tanı atlanmasında %23 oranında etkisinin olduğu rapor edilmiştir (12). En yüksek hata oranının saat 12:00 ile 03:59 arasında ortaya çıktığı belirtilmektedir (13).

Son on yılda Türkiye'de çeşitli boyutları ile tıbbi hatalar incelenen konular arasında önemli bir yere sahiptir. Konu ile ilgili yapılmış olan araştırmalar sonucunda ülkemizde görülen tıbbi hata oranları ile dünya ülkelerindeki hata oranlarının birbirine paralel olduğu tespit edilmiştir (15,16). Söz konusu hatalar ile ilgili gelen şikâyetlerde sağlık bakım profesyonellerinin şikâyetlerin hemen hemen yarısında kusur sahibi oldukları belirtilmiştir. Tüm sağlık çalışanları adına tıbbi hatalar önemli bir konudur. Ancak bu durum özellikle hemşireler için çok önemlidir.

Tıbbi hataların engellenmesi ve sağlık hizmetinin güvenli bir biçimde sunulması için gereken ilk koşul, sağlık bakım kurumlarında “hasta güvenlik kültürü”nn oluşturulması ile mümkün olmaktadır. Hasta güvenlik kültürü; hastalar ve çalışmakta olan bireylerin güvenliğini tehdit altına alan unsurlar ile tıbbi hataların raporlaştırılmasını, hastanın bir zarar görmeden tanısının konması, tedavisinin gerçekleştirilmesi ve bakım hizmetlerinin sağlanması, sağlık kurumlarının prosedürleri doğrultusunda bütün sağlık çalışanlarına “hasta güvenlik kültürü sorumluluğu” ile donanmasını gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla acil serviste görev yapmakta olan hemşirelerin tıbbi hatayı genellikle hangi konularda yapmaya eğilimli olduklarının belirlenmesi, bu hataların önlenmesi adına önemli bir durumdur (15,16).

Araştırmada acil serviste görev yapmakta olan hemşirelerin iş stresleri ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişki incelenmektedir. Literatür taramasının eksik noktası acil servis hemşirelerinin iş stresi ile tıbbi hata eğilimleri ilgili ilişkisinin geniş kapsamlı kurulmamış olmasıdır. Acil servisteki tıbbi hataları ve hekimlerin yaptığı tıbbi hataları ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış olsa da hemşirelerin iş stresi nedeni ile yapmış olduğu tıbbi hataları kapsayan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmanın literatürdeki bu boşluğu doldurması beklenmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Acil Servis

#### 2.1.1. Acil Servis Tanımı

Acil servis: “Hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının, ulaşımı kolay ve girişi ambulansların yanaşabileceği bir bölgesinde bulunan, acil sağlık yardımı gerektiren hastalara bu hizmeti veren birimleridir ve acil servislerde, diğer servislerde randevu sistemi ile bakılması için yeterince beklenemeyecek olan kalp krizi, travma, yanık gibi rahatsızlıklara ilk müdahaleler yapılır” şeklinde ifade edilmektedir (14).

Amerikan Kolej Acil Hekimler (The American College of Emergency Physicians, ACEP)’in 1994’teki açıklamasında ise acil servis tanımı şu şekildedir: “Acil servisler, yeni başlayan ve kişiye acil olabileceğini düşündüren şiddetteki tıbbi durumları değerlendiren ve tedavisini sağlayan sağlık birimleridir” (14).

Ülkemiz Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde yer alan acil servis tanımı şu şekildedir: “Hastane acil servisleri: ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen birimlerdir, kendilerine doğrudan başvuran veya il ambulans servisi başhekimliğine bağlı ekipler tarafından getirilen acil hasta ve yaralılara acil tıbbi müdahale yapmak zorundadır” (14). Ülkemiz Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin m.15’inde, “Acil servislerde, acil hasta ve yaralılar karşılanarak, ilk tıbbî müdahale ve tıbbî bakım yapılır. Özel ve kamuya ait bütün hastanelerin acil birimleri, bütün acil başvurularını ayırım yapmaksızın kabul ederler. Başvuran her hasta için acil tıbbî değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyon sağlanır. Acil sağlık hizmeti, hizmete ihtiyaç duyulan andan itibaren, kesin tedavi sürecine kadar hiçbir kesinti olmadan verilir” ibaresi bulunmaktadır (14).

Yaşamı ya da yaşam fonksiyonlarını tehlikeye atan akut hastalıklara ya da yaralanmalara sahip olan, acil müdahale gerektiren hastalar acil hasta olarak kabul edilir. Acil hastalarda gecikmeler yaşam kaybına neden olabilir. Hemen ya da birkaç saat içinde müdahale edilmemesi durumunda yaşam riski oluşmayacak olan hastalar ise acil olmayan hasta olarak tanımlanır (15).

Amerika’da 1995 yılında kabul edilen “Access to Emergency Medical Services Act of 1995” yasa tasarısında acil durum ile ilgili tanım yapılmış, yapılan tanım ise Acil Tıbbi Tedavi ve Aktif İşçi Yasası (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) tarafından kabul edilmiştir. Yapılan tanıma göre acil durum şu şekilde ele alınabilir: “Aniden başlayan, ağrıların da dahil edilmiş olduğu önemli semptomlarla kendini gösteren, acil müdahalenin yapılmadığı durumlarda; hasta sağlığını tehlikeye atan, vücudun yerine getirmiş olduğu fonksiyonlarda aksamalar meydana getiren, vücutta yer alan organların tamamında ya da bir kısmında hasara yol açan durumlardır” (15). Acil servise başvuran hastaların acil durumlarının varlıkları kontrol edilmeli ve hastalar bu varlıklar neticesinde değerlendirilmelidir (16). Acil olduğunu düşünerek acil servise başvuru yapan her bir kişi, aksi ispatlanana kadar acil vakadır.

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

Tıbbi acil durum, “bir kişinin fiziksel veya psikolojik tehlike altındaki bir hastaya veya ailesine ihtiyacı olan tıbbi tedavinin derhal verilmesi ”olarak tanımlanabilir. (19).

Ertelenmemesi, geciktirilmemesi ve dikkatli bir şekilde ele alınması gereken durumlar için acil olarak kabul edilir (18,19).

Hastanenin diğer b6l6mleriyle karşılaştırıldığında acil servis, hasta kabul6n6n ve taburcu edilmesinin en yoğun olduğu birimlerden biridir. Aynı zamanda bu serviste kaybedilen zaman bireylerin yaşamlarına mal olabilir. Acil servisin ağır çalışma koşulları, hastaya uygulanacak m6dahalelerin aciliyeti, hastanın ve akrabalarının içinde bulunduğu y6ksek stres seviyesi gibi nedenlerden dolayı 6nemli farklılıklar barındırmaktadır (20). Sağlık bakım profesyonelleri sadece T6rkiye’de değil, d6nyanın her yerinde oldukça yoğun bir tempoda çalışmaktadır (21).

Acil servislerde şiddet olayları sıklıkla yaşanmaktadır (22). Hastaların uyumsuz davranışları, acı duyması, bu duruma tanık şekilde çalışmak zorunda olması, hasta refakatılarının kaygılarını belli etmesi, yakınlarının yanından gitmek istememeleri ve bu insanlara seri bir şekilde m6dahalede bulunmalarını beklemeleri zaman zaman acil servislerde çalışan hemşire ve doktorların hasta yada hasta yakınlarının arasında problemler oluşturmasına sebep teşkil etmektedir (23).

Verilmekte olan sağlık hizmetlerinin kalitesini ise bu durum d6ř6rmekte, hastanın aldığı hizmet ve bakımdan hoşnut olmamasına, hemşire ve doktorlarına g6stermiş oldukları hizmetten yeterince doyum alamamalarına sebep olmaktadır. Ayrıca, acil durum birimlerinin karmaşık yapısının, profesyonel ve profesyonel olmayan meslek gruplarının işbirliğinin, sağlık hizmetlerinin verilmesinde tıbbi hatalara neden olduğu bildirilmektedir (24). Acil servislerinde bulunan hastaların g6venliğini arttırmaya y6nelik Uluslararası Acil Hemşireleri Derneği’nin bu konuda bazı ilkeleri bulunmaktadır. Bu ilkeler ise şunlardır (23);

1. Her bir hasta ya da hastanın ailesi g6venli ve kaliteli bir şekilde acil sağlık hizmetinden yararlanabilir. Acil servisin kaliteli hizmet verebilmesinde en 6nemli rol acil hemşirelerine d6şmektedir. Herhangi bir hastanede hasta g6venliği ile ilgili standartlar oluşturulurken acil hemşirelerinin komite içinde yer alması gerekmektedir.

2. Ekibin içinde iletişimin artırılması için politikalar düzenlenmeli, örgüt kültürü oluşturulmalı, liderlik için doğru stratejiler planlanmalıdır.

3. Güvenlik kültürü içinde cezalandırıcı yaklaşımlardan uzak durulmalı, hatadan ziyade hataya neden olan durumlar üzerinde daha çok düşünülmelidir.

4. Acil serviste görevli olan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalarda yer alması gereklidir.

5. Acil servis hemşirelerinin bilgi ve becerilerini arttırmak için, konuyla ilgili sürekli eğitim düzenlenmeli ve hemşirelerden bakım sürecini, çevresel faktörleri ve riskleri sorgulamaları istenmelidir.

6. Hasta bakımında kullanılan ekipman standartlaştırılmalı ve sağlık hizmeti sağlayıcısı ve sağlık malzemeleri üreten kurum daha etkili ve güvenli bakım sağlamak için birlikte çalışmalıdır.

Sağlık profesyonellerinin arasında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması tıbbi hata ile karşılaşma riskini düşürecektir. Hastanelerde ortaya çıkabilecek yüksek riskli uygulamalar tespit edilmeli, tıbbi hata yapma durumunda sağlık profesyonelleri açık yüreklilikle ve tereddüt etmeden hatayı bildirebilmelidir. Bu sayede hasta güvenliği sağlanmış olur (25). IOM (2001)'da yayınladığı bir raporda, acil servisteki kalabalığın hasta güvenliğini riske ettiğini ve sağlık bakım profesyonellerinin hata yapma olasılığını arttırdığını bildirmiştir. Özellikle acil serviste yetersiz sağlık çalışanlarının istihdam edilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini etkiler ve hasta güvenliğini tehdit edebilir (26,27).

Sağlık hizmetlerinin bireylere neden olabileceği zararı önlemek için sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık kuruluşları ve sağlık profesyonelleri tarafından alınan tüm önlemler hasta güvenliği olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliğinin amacı, hastalar ve yakınları için fiziksel ve psikolojik olarak olumlu bir ortam sağlamaktır. Böyle bir ortamda, tıbbi hatalar, hastalara ulaşmadan önce gerekli önlemleri belirleyerek, bildirerek, düzelterek ve alarak tıbbi hataları önleyerek önlenabilir (28). Hataların raporlanması ve açıklanması, etkili bir güvenlik kültürünün oluşturulmasında önemlidir. Güvenlik kültürü, ilgili kişilerin hatalı tıbbi uygulamalar hakkında tanımlanması, kabul edilmesi ve bilgilendirilmesi sonucu oluşur (29). Hastalara sağlık hizmetlerinde hataların neden olduğu zararı önlemek ve azaltmak için kullanılan en önemli yöntem, hataların raporlanması ve analizidir (30; 31). Raporlama hataları, altta yatan nedenlerin tanımlanmasını, tartışılmasını ve tekrarlanmayı önlemek için gerekli bilgilerin elde edilmesini sağlar. Hataların raporlanması, hem hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek hem de kaliteli hasta bakımı ile hasta güvenliğini sağlamak için de önemlidir (28; 29). Kurum yöneticilerinin, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki tutum ve davranışlarını bilmesi, zayıf noktaları, organizasyondaki hataları ve bunlara katkıda bulunan faktörleri tanımlaması son derece önemlidir.

### **2.2.1. Tıbbi Hataların Nedenleri**

Tıbbi hataların ortaya çıkmasında pek çok nedenden bahsedilebilir. Özellikle bu nedenler 3 ana başlık altında toplanabilir (30):

1. İnsan Kaynaklı Nedenler: Bunlar yorgunluk, yetersiz eğitim, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, zamansızlık, yanlış karar verme, mantık hatası, tartışmacı kişilik yapısına sahip olma olarak sıralanabilir.

2. Kurumsal Kaynaklı Nedenler: Bunlar iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, personelin yanlış dağıtımını olarak sıralanabilir.

3. Teknik Kaynaklı Nedenler: Bunlar yetersiz otomasyon, yetersiz veya eksik cihazlar, karar vermeye yönelik destek eksikliği, integrasyon eksikliği olarak sıralanabilir.

Literatür incelendiği zaman hemşirelik hizmetleri ile ilgili ortaya çıkan tıbbi hataların ana kaynağı dikkatsizlik, önlensizlik, acemilik, özensizlik, yönetmeliklere uymamak olarak sıralanabilir (30). İhmal; herhangi bir işin tam olarak yapılmaması, yeteneklerin yetmesine rağmen işi yapmama, boş vermişlik düşüncesi ile işe önem vermeme olarak tanımlanabilir. Yapılmaması gereken bir şeyin yapılması dikkatsizlik, önlenabilir bir durumun önlenmemesi ise tedbirsizlik olarak açıklanabilir (22). Meslekte yetersizlik genel olarak bireyin meslek esaslarını bilmemesi, yeteneğini geliştirmemiş olması, kanunlara, emirlere ve yönetmeliklere hakim olamaması olarak tanımlanabilir (22).

Hata kaynağının ne olduğunu bilmek hasta güvenliğini sağlayabilmek adına önlem alınabilmesi aşamasında büyük avantaj sağlar (22). Hemşirelerin tıbbi hata neticesinde yasal sürece girmesine neden olan durumların başında yeterli izlem yapmama, yanlış ilaç uygulama, ilaç reaksiyonlarını takip etmeme, cerrahi müdahalelerde yabancı cisim unutulması, doktorun istemlerinin yanlış algılanması, yanlış malzeme kullanılması gelmektedir (16).

Çalışma ortamlarının yoğunlaşması iş stresini beraberinde getirmektedir (26). Nöbetli çalışma sisteminin benimsenmesinin sağlık profesyonelleri üzerindeki etkisini incelemiş olan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin uzun çalışma saatleri sonucunda hem fizyolojik hem de psikolojik olarak sağlıklarını kaybettikleri, sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendiği, birey ve hasta güvenliğinin ihlal edildiği ortaya çıkmıştır (22). Çalışma saatlerinin standardın üzerine çıkması sağlık profesyonellerinin dikkatinin dağılmasına, muhakeme yeteneklerinin bozulmasına sebebiyet vermektedir. Bu durum ise tıbbi hataları beraberinde getirmektedir (26).

### **2.2.2. Tıbbi Hataların Türleri**

Tıbbi hataları kök neden ya da hata türü kapsamında iki farklı açıdan incelemek mümkündür. Söz konusu kök nedenler olduğunda tıbbi hatalar şu şekilde sıralanabilir; işleme bağlı olan hatalar (yanlış işlem uygulama), ihmale bağlı olan hatalar (doğru olan işlemi yapamama), uygulamaya bağlı olan hatalar (doğru planlanan işlemin yanlış uygulanması).

Söz konusu hata türü olduğunda ortaya çıkan tıbbi hatalar ise (32); ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar, diğer hatalardır. İlaç hataları en sık karşılaşılan hatalar arasında yer almaktadır. Yanlış dozda ilaç kullanımı, ilacın yanlış verilmesi, verilmiş olan ilaç ile başka ilaçların etkileşime geçmesi, alerjisi olan bireylerde sorgulama yapılmadan ilaç uygulaması yapılması ilaç hataları arasında yer almaktadır. Yanlış taraf cerrahisi, yanlış organ cerrahisi cerrahi hatalar; laboratuvarında yanlış testlerin uygulanması, testlerin yanlış yorumlanması tanı hataları olarak adlandırılmaktadır. Sistemde meydana gelen ve saptanması güç olan hatalar sistem yetersizliği nedeni ile ortaya çıkan hatalar olarak tanımlanırken hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonları da diğer hatalar arasında yer almaktadır (32).

### **2.3. Acil Servis Hemşirelerinin Görev Yetki ve Sorumlulukları**

Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik 2010 yılında çıkarılmıştır. Hemşirelerin uzmanlık alanlarına göre görev, yetki ve sorumlulukları açıkça belirtilmiştir. Yönetmeliğe göre acil servis hemşiresinin görevleri iki ana başlıkta toplanmıştır. Bu başlıklar “Hemşirelik Bakımı” ve “Tıbbi Tanı ve Tedavi Planının Uygulanmasına Katılım” dir. Hemşirelik bakımı:

- a) Hastanın acil servise kabulünü sağlar.

b) Hastaların monitorizasyonunu (EKG, solunum, SpO2, vücut ısısı, arteriyel kan basıncı) sağlar. Bu parametreleri izler, değerlendirir, sonuçlarını kaydeder ve normalden sapmaları hekime bildirir.

c) Hastaların hızlı fiziksel değerlendirmesini yapar, verileri değerlendirir, sonuçlarını kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.

ç) Aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirler.

d) Yatışına karar verilen hastaları ve ameliyata alınacak hastaları kurum içi transfer prosedürüne göre naklini gerçekleştirir.

e) Periferik IV kateter takar ve kateter pansumanlarını yapar, oksijen ve buhar tedavisini uygular, trakeal aspirasyon yapar; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verir; nazogastrik tüp takar, gastrik lavaj uygular; rektal tüp uygular, lavman yapar; perine bakımı verir, prezervatif sonda / üriner kateter takar ve kateter bakımı verir; sıcak ve soğuk uygulama yapar; göğüs tüplerini ve diğer drenaj sistemlerini kontrol eder, drenaj torbalarını değiştirir; yaptığı işlemleri gözlemleri ile birlikte kaydeder.

f) İnfüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum politika ve talimatları doğrultusunda başlatır, izler ve kaydeder.

g) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.

ğ) Hastaya uygun pozisyon verir, gereken sıklıkta pozisyonunu değiştirir ve mobilizasyonunu sağlar.

h) Sıvı-elektrolit dengesine yönelik mevcut ve olası sorunları dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapar ve kaydeder.

ı) Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir

i) Pace makerli hastayı izler ve gerekli bakımı uygular.

j) Acil servis hastaları ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurar, onların psikososyal problemlerine uygun hemşirelik bakımı verir.

k) Acil servis İnfeksiyonlarının gelişmesi ve yayılmasının önlenmesi için gerekli önlemleri alır ve alınmasını sağlar (el yıkama, eldiven, izolasyon, maske, gömlek vb).

l) Yaşamı sona eren hastayı ilgili talimatlar doğrultusunda hazırlar morga transferini sağlar ve yakınlarına destek olur.

- Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılım:

a) Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif girişimlere katılır; hemşirelik işlevlerini yerine getirir.

b) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

c) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan ve idrar örneklerini toplar, laboratuvara gönderir, sonuçlarını takip eder, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.

d) Hastaya uygulanacak radyolojik tetkikler için hastayı hazırlar, ilgili birime transferini organize eder, gerekli durumlarda transfere eşlik eder (17).

### **2.3.1. Acil Servis Hemşirelerinde İş Stresi**

Stres, 14. yüzyılda sözlüklerde zorluk, sıkıntı ve şanssızlık anlamına gelmektedir (36). Benzer şekilde, 17. yüzyılda afet, felaket, sıkıntı, hüzn gibi bazı anlamlarda kullanılmış, ancak 18. ve 19. yüzyılda anlamı değişmiş ve nesneye, bireysel, organizmaya ve manevi yapıya baskı olarak kullanılmıştır. Bu nedenle stres, bu güçlerin etkisi ile nesnelere veya bireylerin deformasyonuna ve rahatsızlığına karşı bir direnç olarak kullanılmaya başlanmıştır (36). Stres terimi başlangıçta fizikte kullanılmış, daha sonra biyoloji, psikoloji, tıp ve biyokimyasal gibi farklı açılardan açıklanmıştır. Sınırsız çalışmaya bağlı stres yapılmasına rağmen, ortak bir stres tanımı yapılamamıştır (37). Örneğin; Richlin-Klonsky ve Hoe (2003) stresi, insanların çevreye adapte olmasını zorlaştıran iç veya dış değişiklikler olarak tanımlamaktadır (38).

Benzer şekilde Holmes ve Rahe (1967) bunu olağan davranışların değiştirilmesini gerektiren dış ve iç talepler olarak tanımlamaktadır (39). Lazarus vd. (1985), stresin, bireyin kapasitesini aşan talepler ve kaynaklar arasındaki dengesizlik olduğunu iddia etmektedir (40). Bireyin çevresel taleplere karşı yetersiz kaldığını gösteren bir endişe ve zorlanma halidir (41). Bu yüzden stresin insanların algısından kaynaklandığını söyleyebilmektedir.

Bu tanımlardan görüldüğü üzere stres çoğu insan tarafından olumsuz bir kavram olarak bilinmekte ve kaygı, hayal kırıklığı ve çatışma gibi terimlerle karıştırılmaktadır. Büyük olasılıkla bu yakınsama nedeniyle, stres yerine kullanılırlar, ancak gerçekte farklı anlamları vardır (42). Stres yerine genellikle kullanılan ilk kavram kaygıdır.

Stranks'a (2005) göre “tutuklama, endişe, güvensizlik ve güvence için sürekli bir ihtiyaçla birleşen bir gerginlik halidir”. Bireylerde bazı endişe belirtileri vardır. Bol terleme, solunum zorluğu, mide rahatsızlıkları, hızlı kalp atışı, sık idrara çıkma, kas gerginliği veya yüksek tansiyondur (43). Stres ve anksiyete arasındaki fark, stresin çevresel bir olay, durum veya zihinsel bir endişe olmadığıdır. Aksine, bu şeylere bir tepkidir, bu yüzden Windle (1992) “onu tetikleyen ajanlarla eşit olmak zorunda olmadığını” iddia etmektedir (24). Kaygı seviyesi, stresin yoğunluğuna bağlıdır. Aile üyeleri kaygı, bozukluk sorunları ve nevrotik hastalıkları olan bireyler daha yüksek risk altındadır (36). Diğer terim, bazen stresin yerine geçme eğiliminde olan hayal kırıklığıdır. Amaçlara ulaşmamak veya başkaları tarafından kısıtlanmakla ilgilidir. Bireylerin çevresinden veya bireylerin kendilerinden kaynaklanır.

Stres her zaman devam etmesine rağmen bireylerin amaçlarına ulaştıklarında kaybolur (45). Genellikle stres yerine kullanılan bir başka kavram ise çatışmadır. Thomas (1992), çatışmayı, taraflardan birinin önlendiğini veya yakın bir gelecekte önleneceğini algıladığı zaman ortaya çıkan bir süreç olarak tanımlar. Çatışmanın nedenleri sosyal, ekonomik ve organizasyonel koşullar (aile, sosyal-kültürel çevre, yetersiz kaynaklar, amaç ve durum farkı, rol belirsizliği, yönetim tarzı ve değişime direnç) gibi ayrı gruplardır. Çatışma geçici olsa da, stres kalıcıdır ancak her ikisi de bireyler üzerinde baskı ve gerginliğe neden olmaktadır. Ayrıca uzmanlık kullanma kabiliyeti ve mesleki gelişim için kapsam eksikliği açısından hayal kırıklığı yaratmaktadır. Aslında, belirli bir düzeyde stres, çoğu insan tarafından olumsuz bir kavram olarak bilinmesine rağmen, insanlar için faydalıdır (45, 49). Birkök (2000), stresin olumlu tarafının seviyesine bağlı olduğunu vurgular (46). Orta düzeyde stres, sağlık, motivasyon ve hareketin dengeli olduğu anlamına gelir. Çünkü çok az stres herhangi bir çaba ve sebep olmadığı anlamına gelir ancak aşırı stres, aşırı çaba ve çok az memnuniyet olduğunu göstermektedir (49).

Ciurea vd. (2011) “stresin vücudun her türlü talebe verdiği spesifik olmayan tepki olduğunu” iddia etmektedir. Stresten etkilenen tüm insanların o stresörlere bazı tepkiler gösterdikleri bir gerçektir. Windle (44) tüm streslerin olumlu ya da olumsuzun insan vücudunda bazı değişiklikler yaratıp yaratmadığını, ancak vücudun aynı şekilde reaksiyon gösterdiğini belirtiyor.

Bireylerin fizyolojik ve psikolojik dengesini etkileyen pek çok unsur vardır ve bu unsurlar stres kaynağı olarak kabul edilebilir. Bireylerin hem iş içi çevresi hem de iş dışı çevresi birbiri ile etkileşim halindedir (56). Çalışma ortamlarında iş stresi sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (57). İşin zorluğu, karmaşık yapıda olması, iş yükünün fazla olması stresin yoğunluğunu arttırmaktadır (58).

İş stresi organizasyon içinde yer alan bireyler ile organizasyonun tamamı için önemlidir (59). Stres genel olarak iş doyumunu, iş performansını, verimliliği, işe gelmeme isteğini, işten ayrılma sürecini etkiler (60).

Literatüre bakıldığında birbirinden farklı çalışmalarda iş stresi kavramının farklı şekilde işlendiği ancak, her birinin belirli bir noktada birleştiği görülmektedir (61).

İş gereksinimleri ile işçi yetenekleri arasında bir uyumsuzluk oluştuğunda iş stresi ortaya çıkar. Bu iş stresi zararlı fiziksel ve duygusal cevaplar olarak ele alınır (61). Tel ve ark. (2003) iş stresini yeteneklerin yetersizliği, fiziksel ya da psikolojik sebeplerden ötürü ortaya çıkan, gerilim yaratan durumlar olarak tanımlamıştır (62). Bireylerin görevlerini yerine getirme aşamasında işin yapısından ya da yetenek eksikliğinden ötürü ortaya çıkan uyumsuzluk iş stresi olarak tanımlanabilir (63). İş başarısı ile iş stresi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde 4 farklı işlevsel ilişki bahsedilebilir. İlki, en önemli stres kaynaklarından biri iştir. İş eğer ki çalışanların yeteneklerini zorluyor ya da sınırlıyorsa stresin ortaya çıkışı kaçınılmazdır (64; 65; 66). Yönetimin kalitesiz olması, iş yükünün fazla olması, sorumlulukların yerine getirilememesi çalışanların strese girmesine neden olur (65, 66). İkincisi, iş dışındaki stres kaynakları bazı durumlarda iş içinde de kendini göstermeye başlayabilir (64, 65, 66). Üçüncüsü, kişi yaptığı işle beraber bazı stresli durumları da azaltmaya veya ortadan kaldırmaya çalışabilir (64, 65, 66). Dördüncüsü, iş başarımı veya bundaki bir azalma stres göstergesi olarak değerlendirilebilir (64; 65; 66).

### **2.3.2. Acil Servis Hemşirelerinde İş Stresi Tanımı**

İş hayatı, kişiye topluluk içinde bir rol, konum ve ekonomik olarak kazanç sağlamaktadır, fakat bazı fizyolojik ve psikolojik bazı sorunları da beraberinde getirir. İşe bağlı streste bunlardan sadece biridir. İş stresi, işin gereklerinin çalışanların yeteneklerine, kaynaklarına, gereksinimlerine uymadığı zamanlarda oluşan fiziksel ve psikolojik tepkilerin olumsuz reaksiyonudur. İş stresi önemli bir konu olmakla beraber bugünün ve geleceğin bir sorunudur (71).

Çalışmalardaki memnuniyetsizlik, çalışanların iş streslerini yönetememesinden ortaya çıktığı görülür. İş stresi ve iş tatmini arasında negatif bir ilişki görülmüştür. Çalışanların yüksek iş stresleri iş tatminlerinin azalmasına neden olmakla beraber çalışanların performanslarının düşmesine neden olur, Dolayısıyla iş stresinin doğru yönetilmesi kurum için hayati önem taşımaktadır (72).

Acil servis hemşirelerinde iş stresi sonucu; rekabete karşı koymayı becerememe (67; 68; 69; 70), kendine güvensizlik (68), “Benim fikirlerim budur” diyememe (67; 69; 70), karışık durumlarda başarısızlık (67; 68; 69; 70), panik olma(67; 69; 70), iş yerindeki sorunlara aşırı duygusal tepki gösterme (67; 69; 70), başarılı olmayı başaramama(67; 69; 70), karar verme sürecinde yetersiz kalma, dayanışma eksikliği, katılımcılığın azalması, iş kazalarının artması, iş performansının azalması (67; 69; 70), işe devamsızlığın artması (67; 69; 70), kalite kontrolünde hataların artması, hatalara karşı vurdumduymaz davranma (67; 69; 70), alkolsigara vs. kullanımının artması, sağlık sorunlarının artması, yorgunluk, sinirlilik, baş ağrıları, zor uyanma, kolay ağlama, uyku düzeninin bozulması, yalnız kalma isteği, iştahsızlık, çarpıntılar, mide bağırsak hastalıkları, alerjiler, göğüs ağrıları, konsantrasyon güçlüğü, titreme, el terlemesi, romatizmal ağrılar gibi psikosomatik belirtilerde artış yaşanması (69) gibi durumlar yaşanabilir.

İnsanın her yönden sağlığını tehdit eden stresin kuruma zarar verdiği söylene de belli miktarda doğaldır. Belirli ölçüde stres, bireyin ilgisini aktif tutar, iş için sarf ettiği çabayı artırır, performansını ve mesleki gelişimi sağlar. Yapıcı stres, bireyi harekete geçirir, başarıma isteğini artırır, iş tatminini sağlar. Ama bireyi güdülemesi için gereken stresin şiddetini ve miktarını kontrol altında tutmak gerekir (75). Kabul edilebilir stres düzeyinin üzerindeki stres faktörleri azaltılmazsa kişilerin iş yaşam kalitelerini azaltır ve performanslarını etkiler (76).

Her stresi ortaya çıkaran faktör her çalışanda aynı etkiyi yaratmaz. İş ortamındaki bir personelin sağlığını etkileyebilecek stres faktörü diğer personeller için etkili olmayabilir (77). Konusu sağlık olan ve hata kaldırmayan bir meslek olan hemşirelik mesleğinde özellikle insanların sağlığından sorumlu olma başlı başına bir stres kaynağıdır. Yüksek düzeyde bilgi ve ekip çalışması gerektiren hemşirelik mesleğinde birçok strese neden olan faktör vardır. Yirmi dört saat boyunca hizmet vermeyi gerektirdiği, kadın hemşirelerin hemşire kimlikleri dışında anne ve eş kimliği üstlendikleri için ruhsal açıdan risk altındadırlar (78). Hemşireler yaptıkları işin yüksek stresli olduğunun farkında olmalıdır. Çalışanlar çalıştıkları işteki stresin ne derece farkında olursa, onu tanımak ve idare etmek için o ölçüde hazır olacaktır. Stresli, mutsuz, depresif sağlık çalışanı daha sık yanlış yapacak, kişiler arası bağlantıları da bozulacaktır. En önemli hizmet kollarının başında gelen sağlık sektöründen kişilerin kaliteli ve etkili sağlık bakımı alabilmeleri için sağlık çalışanlarının hem maddi hem manevi olarak ihtiyaçlarının karşılanması gereklidir. Sağlık çalışanlarının daha verimli ve etkili çalışabilmeleri için; görev tanımlarının çok iyi bir şekilde belirlenmesi, çalışma saatlerinin düzeltilip özel yaşamlarına olumsuz etkisinin azaltılması, ücret düzeyleri ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeye getirilmesi, çalışan sağlık personel sayısını arttırarak iş yükünün azaltılması kalitenin yükselmesine yarar sağlayacaktır (79).

### **2.3.3. Acil Servis Hemşirelerinde İş Stresini Etkileyen Faktörler**

Yönetim tarzı ve dengesiz iş yükü: Hemşirelerin birinci faktör olarak algıladıkları stres düzeyi, yürütme davranışının ve iş yükünün dengesiz dağılımı hemşirelerin kıdemlerine göre biraz değişmektedir. Yönetim tarzı ve kararsız iş yükü faktörü tarafından algılanan stres seviyesi, mesleki kıdem arttıkça azalmaktadır. 6 yıl ve üstü kıdeme sahip gruptaki hemşireler tarafından algılanan stres düzeyi, 1-5 yıl ve 1 yıllık meslek kıdem grubundaki hemşirelere göre daha düşüktür. Benzer şekilde, gruptaki hemşirelerdeki yürütme davranışı ile iş yükünün dengesiz dağılımına dair 1 yıldan daha az görev yapmış olan hemşirelerdeki strese göre 1 ve 5 yıl arasında görev yapmış olan hemşirelerin stres düzeyi çok daha düşüktür (78).

Hemşirelerin edindikleri tecrübeler doğrultusunda kuruma adaptasyonlarını sağlaması paralelinde stres kaygı düzeylerinde azalmalar olduğu söylenebilmektedir (78).

Hastalık-Ölüm Süreci: Hemşirelerin mesleki kıdemleri doğrultusunda hastalık süreci ve ölüme dair algılamış oldukları stres düzeyi değişiklik göstermektedir. Hastalık süreci ve ölüme ilgili olarak 1 yıla kadar mesleki kıdeme sahip gruptaki hemşireler tarafından algılanan stres düzeyi, 1-5 yaş arasında mesleki kıdemde bulunan hemşirelik grubundan daha yüksektir. 1 ila 5 yaş arasında mesleki kıdeme sahip gruptaki hemşireler tarafından algılanan stres düzeyi, 6 yıl veya daha fazla kıdeme sahip olan hemşirelerin algılamış oldukları düzeyden çok daha fazladır. Dolayısıyla hastalık ve ölüm sürecine göre stres düzeyi ele alındığında mesleki kıdem seviyesinin artmasına oranla bu düzeyin azaldığı ifade edilebilmektedir (78).

Literatürde hemşirelerin algılanan stres düzeylerinin mesleki kıdem gruplarına, hastalık süreçlerine ve ölüm faktörlerine göre incelenmiş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmektedir. Bu sonuçlara bakıldığında ise hastalık süreci ve ölüm faktörüne dair olan stres düzeylerinde kıdem faktörünün herhangi bir fark ortaya koymadığı, hemşirelerin kıdemleri ile bu düzeyin birbirinden bağımsız olduğu ifade edilebilmektedir.

Hasta Güvenliği: Bu faktör hemşireler üzerinde strese neden olan üçüncü faktördür. Hemşireler tarafından algılanan stres seviyesi, hasta güvenliği açısından hemşirelerin ciddiyetine göre değişmektedir. Mesleki kıdemleri 1 ile 5 arasında olan gruptaki hemşireler tarafından algılanan stres düzeyi, 6 yıl ve üstü mesleki kıdemde bulunan gruptaki hemşirelerin algılanan stres seviyesinden daha yüksektir. Bu doğrultuda kıdemin artması ile birlikte bu konuda ortaya çıkacak olan stres düzeyinde de azalmaların meydana geldiği, hemşirelerin kendilerini geliştirmeleri ile birlikte bu düzeyi daha da düşürebildikleri ifade edilebilmektedir. Hemşirelerin hasta güvenliği faktörü ile ilgili algıladıkları stres düzeyinin mesleki kıdem gruplarına göre

istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi kullanıldı; gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu bilgilerden yola çıkarak hemşirelerin bu faktöre bağlı olarak algılamış oldukları stres düzeyinin kıdemleri ile bir bağlantısı olmadığı, ikisinin birbirinden bağımsız olduğu, kıdem faktörünün herhangi bir fark ortaya koymadığı ifade edilebilmektedir (78).

**İşin Tamamlanmaması:** İşlerin tamamlanmamış olması hemşireleri strese sokan başka bir faktördür. Hemşirelerin kıdemleri doğrultusunda bu faktöre yönelik olan stres düzeylerinde değişiklikler görülmektedir. 1-5 yıl mesleki kıdeme sahip olan hemşirelerin algılamış oldukları stres düzeyi diğer hemşirelere göre düşük seyretmektedir. Mesleki kıdemi 6 yıl üstü olan hemşirelerde ise bu oran daha da düşmektedir. Bu durumun sebebi mesleki kıdemi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin hemşirelerin meslekte daha fazla zamana sahip olmaları ve işi tamamlama konusundaki endişelerinin azalmasıyla açıklanabilmektedir (78).

**Hekim Davranışları:** Doktor davranışı, hemşireler için başka bir stres kaynağıdır. Kıdem gruplarına göre hekim davranışlarından dolayı algılanan stres düzeylerinde farklılıklar vardır. 1 ile 5 yaş arasında mesleki kıdeme sahip gruptaki hemşireler tarafından algılanan stres düzeyi diğer gruplara göre daha yüksektir ve 6 yıldan fazla kıdeme sahip olan hemşire gruplarının algılamış oldukları düzeyin daha düşük olduğu görülmektedir. Mesleki kıdemin artması ile beraber bu faktöre dayalı olan stres düzeyinde azalmalar meydana gelmektedir. Bunun sebebi ise mesleki kıdemleri artan hemşirelerin hekimlerle olan ilişkilerinin artmasına paralel olarak onlara daha kolay uyum sağlayabilmeleri ve strese sebep olan durumların zamanla etkilerini öğrenmeleri ile açıklanmaktadır (78).

Hemşireler tarafından algılanan stres düzeyinin hekim davranış faktörü ile ilişkili olarak istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu faktöre bağlı olarak hemşirelerin algılamış oldukları stres düzeyinin

kıdemden bağımsız bir biçimde gerçekleştiği, kıdemın bu konuda herhangi bir fark ortaya koymadığı ifade edilebilmektedir.

**Mesleki Gelişim:** Hemşireleri strese sokan faktörlerden biri de mesleki gelişimdir. Bu faktöre bağılı olarak ortaya çıkan stresin hemşire kıdemine göre düzeyinde farklılık görülmektedir. 1 ile 5 yıl arasında mesleki kıdeme sahip hemşirelerin algılamış oldukları düzey diğerlerine oranla çok daha yüksektir. 6 yıldan daha fazla kıdeme sahip olan hemşirelerde ise bu düzey düşmektedir. Mesleki kıdemın artmasıyla beraber stres düzeyinde azalmalar meydana gelmektedir. Bu düzey, hemşirelerin tecrübeli hale gelmesine paralel olarak azalmaktadır (78).

**Kurum Politikası:** Hemşireler üzerinde kurum politikası da stres yaratmaktadır. Bu faktöre bağılı olarak hemşirelerin stres düzeylerindeki algılar kıdeme göre farklılık göstermektedir. Mesleki kıdemi 1 ve 5 yıl arasında olan hemşirelerin bu faktöre dair oluşturmuş oldukları stres algısı diğer gruplara nazaran çok daha yüksek olmaktadır. Mesleki kıdemi 6 yıl üzeri olan hemşirelerde ise bu düzey düşük seyretmektedir. Mesleki kıdemın artmasına paralel olarak stres düzeyinde azalmalar meydana gelmektedir. Bu durumun sebebi hemşirelerin kurum politikalarını benimsemesi sonrası bu faktörü bir stres kaynağı olarak algılamamasından kaynaklanmaktadır (78).

#### **2.4. İş Stresi ve Tıbbi Hata Eğilimi Arasındaki İlişki**

Tıbbi hatalarda hem uygulama hem de planlama hatalarından söz etmek gerekmektedir. Planlanmış olan bir tedavinin planlandığı şekilde ilerleyememesi ve sonuca ulaşamaması uygulama hatası olarak kabul edilirken, hedefe ulaşabilmek adına yanlış bir planlama yapılması planlama hataları olarak tanımlanır (80).

Tıbbi hataların ortaya çıkmaması adına planlama aşamasında doğru hareket etmek çok önemlidir (81). Tıbbi hataların ortaya çıkmasına etki eden nedenler üç farklı başlıkta toplanabilir (82):

1. İşlem Nedeni ile Ortaya Çıkan Hatalar: Hedefe ulaşmak adına yanlış plan yapılması, yanlış plan nedeni ile yanlış işlem yapılması,

2. İhmal Nedeni ile Ortaya Çıkan Hatalar: Yanlış şekilde işlem yapma, işlemin doğrusunun yapılamaması,

3. Uygulama Nedeni ile Ortaya Çıkan Hatalar: Hedeflenmiş olan bir işin sonuca ulaşamaması, doğru olan bir işlemin yanlış şekilde uygulanması.

Hastanelerde yaşanan tıbbi hataların ortaya çıkmasında pek çok etkenden söz edilebilir. Bunlar (83); yetersiz iletişim, yeterli eğitimin olmaması, bellek yitimi, dikkatsiz davranışlar, yorulma, tükenme, stres, ihmal, karmaşık ve gürültülü çalışma ortamı, çevresel etkiler.

Söz konusu hemşirelik hizmetleri kapsamında yaşanan tıbbi hatalar olduğunda dikkatsizlik, tedbirsizlik, acemilik, özen eksikliği, yönetmeliklere uymamak en önemli nedenler arasında yer almaktadır (84-85).

Sağlık hizmeti sırasında meydana gelme ihtimali olan tıbbi hatalar arasında ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı hataları, sistem yetersizliği nedeni ile oluşan hatalar ve diğer hatalar yer almaktadır (86).

Tıbbi hatalar içinde en yaygın olanı ilaç hatalarıdır. ABD İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCCMERP) ilaç hatalarını: “Sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenemez bir olay” şeklinde tanımlanmıştır (87). Yanlış ilaç kullanımı, yanlış doz kullanımı, yanlış teknik ya da malzeme kullanımı ilaç hatası olarak kabul edilmektedir (88).

Yapılan araştırmalara göre ilaç uygulamaları multidisipliner bir süreç olarak kabul edilmektedir. hemşireler ise uygulamanın son noktasında yer aldıkları için öneme sahiptir. İş stresi hemşirelerin ilaç uygulaması sırasında olumsuz bir hamle yapmasında etkenler arasında yer almaktadır (89).

Yapılan yanlış tanı, yanlış tedavi yapılmasına, gereksiz ek uygulamaların ortaya çıkmasına neden olabilir. literatüre bakıldığında tanı ve görüntüleme üniteleri nedeni ile ortaya çıkan hatalı raporların tıbbi hatalara neden olabileceği, bu ünitelerden çıkan hata raporlarının ise iş stresine bağlı artış gösterebileceği vurgulanmıştır (90).

Cerrahi hatalar söz konusu olduğunda en bilinen hata yanlış taraf cerrahisidir. Yanlış taraf cerrahisi ise hem iş stresinden hem de deneyimsizlikten kaynaklanmaktadır. Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN) yanlış taraf cerrahisini şu şekilde tanımlamaktadır: “Yanlış hastaya, yanlış vücut tarafına, doğru işaretlenmiş anatomik tarafın yanlış düzeyi üzerinde gerçekleşen tüm cerrahi uygulamalar” (91). Yapılan araştırmalara göre yatışı yapılmış 50 hastadan 1’ine cerrahi hataların denk gelmektedir (92).

İş stresinin minimum seviyede etkilemiş olduğu tıbbi hatalardan biri sistem yetersizlikleri nedeni ile ortaya çıkan hatalardır. Bu hatalar sağlık hizmeti sırasında meydana gelen, cihazlardaki bozukluklardan kaynaklanan hatalardır. Hatalar ortaya çıkmadan saptanamamakta ancak, ortaya çıkması durumunda göze çarpmaktadır (93).

Hemşirelik mesleği kapsamında ele alınabilecek tıbbi hatalar (97); bakım standartlarını uygulama ve takip etme yetersizliği, iletişimde yetersizlik, kayıt tutma yetersizliği, değerlendirme yetersizliği, hasta güvenliğinin korunması girişimindeki yetersizliktir.

Yukarıda sayılan tıbbi hata nedenleri arasında değerlendirme, kayıt tutma ve iletişim yetersizlikleri iş stresi ile birebir bağlantılıdır (97).

Bakım standartlarını uygulama/izleme yetersizliği, hemşirenin bağımlı işlevlerinden oluşan tedavi standartları ve hekim istemlerinin yerine getirilmesini içerir. Ülkemizde hemşireler öncelikle hemşirelik yasası olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerle hekim istemlerini yerine getirme zorunluluğunu taşırlar (98).

Eskreis (99)'e göre hatalı uygulamaların ortaya çıkması sonucunda açılan davaların en önemli nedeni yetersiz hasta izlemeleridir. Hastaların sürekli gözlem altında kalması gerekiyorsa sağlık profesyonellerinin hastayı izlemesi ve takip etmesi gerekmektedir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı, hastanenin acil servis bölümünde çalışan hemşirelerin iş stresleri ile hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Araştırmanın modeli, araştırmanın evreni, araştırmanın örnekleme, araştırmanın veri toplama yöntemleri ve veri analizleri ile ilgili bilgiler bu bölümde ele alınmıştır.

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Hemşirelerin iş stresleri ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan araştırmada deneysel olmayan araştırma tasarımlarından ilişkisel tarama modeli kullanıldı (100). Değişkenler arasındaki ilişkileri açıklamak, tanımlamak ya da incelemek için kullanılan bir araştırma tasarımıdır.

#### 3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde Anadolu yakasında bulunan bir özel hastane grubu ve bir adet özel hastane oluşturdu. Hastanelerin toplam 200 (N) acil servis hemşiresi vardı. Yapılan örneklem büyüklüğüne göre  $\alpha=0.05$  anlamlılık ve  $\pm \% 5$  hata payı dikkate alındığında 200 kişilik evren için gerekli olan örneklem sayısı 140 kişi ile sınırlı bulundu. Geri dönüş oranları kapsamında ana kütle içinden rastgele örnekleme yöntemi aracılığı ile seçilmiş olan 150 kişi (n) ile yüzyüze görüşme yapıldı. Hemşirelerle 08:00-18:00 çalışma zamanlarında görüşüldü. İzinli veya raporlu olduklarında hastaneye geldikleri zaman görüşme yapıldı. Hemşireler minimum altı aylık deneyime sahip hemşirelerdi. Hastanelerden kurum izni alındı (Ek 5, Ek 6). Hastanelerin acil servisleri 1. Seviye acil servislerdir.

Araştırmada cevap aranan sorular aşağıdaki gibidir;

1. Acil serviste çalışan hemşirelerin iş stresi nedenleri nelerdir?

2. Acil serviste en sık karşılaşılan tıbbi hata türleri hangileridir?

3. Acil serviste görevli olan hemşirelerin tıbbi hata yapma oranı ne kadardır?

4. Acil serviste görevli olan hemşirelerde tıbbi hataya sebebiyet veren faktörler nelerdir?

5. Acil serviste çalışan hemşirelerde hemşirelerin iş stresleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasında ilişki var mıdır?

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1), Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilimi Ölçeği (Ek 2) ve Algılanan İş Stresi Ölçeği (Ek 3) kullanıldı.

#### **3.3.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu**

Hemşirelerin tanıtıcı bilgi formu araştırmacı tarafından literatürden destek alınarak hazırlandı (102, 103, 104, 105, 106). Bu form içinde sosyodemografik bilgiler, mesleki özellikler, acil serviste yaşanan tıbbi hatalar yer almaktadır. Sosyodemografik bilgiler için 4 adet soru oluşturuldu, bu sorular yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durumu kapsadı. Mesleki özellikler ile ilgili çalışma yılından çalışma şekline kadar detayları bünyesinde barındıran 12 soru hazırlandı. Acil serviste yaşanan tıbbi hatalar için ise 10 soru hazırlandı, toplamda 26 soru hemşirelere yöneltildi (Ek 1).

### 3.3.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ)

Özata ve Altuncan (107), 2010 yılında HTHEÖ hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini belirlemek için oluşturulmuştur. HTHEÖ'de toplamda 5 alt boyut ve 49 adet madde yer almaktadır. Likert tipine sahip olan ölçekte 5 kategori bulunmaktadır (1= Hiç, 2= Çok Nadir, 3= Zaman Zaman, 4= Genellikle, 5= Her Zaman). Ölçek üzerinden elde edilebilecek en yüksek puan 245 olurken, en düşük puan ise 49'dur. Ölçek içinde yer alan 5 alt boyut şunlardır: 18 maddede ilaç ve transfüzyon uygulamaları, 5 maddede düşmeler, 12 maddede hastane enfeksiyonları, 5 maddede iletişim, 9 maddede ise hasta izlemi ve malzeme güvenliğidir. Toplam puanda gerçekleşecek olan yükselmeler hemşirelerin sahip olduğu tıbbi hata yapma eğiliminin düşük seviyede olduğunu, düşmeler ise hata yapma eğiliminin yüksek seviyede olduğunu ifade etmektedir. Özata ve Altuncan (107) tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak belirlenmiştir. (107, 108) (Ek 2).

Bu araştırmada Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri ,971 olarak bulundu. Tıbbi hataya eğilim alt boyutu olan ilaç ve transfüzyon uygulamaları Cronbach's Alpha değeri ,933, Hastane enfeksiyonları alt boyutu ,930, Hasta izlenimi ve malzeme güvenliği alt boyutu ,914, Düşmeler alt boyutu ,919, İletişim alt boyutu ,865 olarak bulundu.

### 3.3.3. Algılanan İş Stresi Ölçeği

Cohen ve Williamson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olan Algılanan İş Stresi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik uygulaması Baltaş (109) tarafından yapılmıştır. Bu güvenilirlik uygulamasında Alpha değeri 0,84 olarak belirlenmiştir. Ölçek içerisinde 15 soru yer almaktadır ve ölçek 5'li likert tipine sahiptir. Ölçek değerlendirmesinde elde edilen toplam puanın 15'e bölünmesi ile bir değer elde edilir; değer aralığı harflerle tanımlanmıştır (A=1.0-1.3; B=1.4-1.9; C=2.0-2.5; D=2.6-3.1; E=3.2-3.4; F=3.5-4.0).

Yapılan hesaplamada A, B, E ve F verimliliği etkileyen, sağlığı tehlikeye sokan stres d¼zeylerini ifade etmektedir. C ve D harfleri ise uyaran etkisi oluşturan, başarıyı arttıran stres d¼zeyleri olarak kabul edilmektedir (Ek 3). Araştırmada Algılanan iş stres ölçeğinin cronba alpha değerı ,923 olarak hesaplandı.

#### **3.3.4. Etik Konular**

Araştırmanın gerçekteştirebilebilmesi için Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu (ATADEK)'ndan etik izin alındı (Karar numarası: 2019-15/4) (Ek 4). Araştırma, İstanbul Anadolu yakasında bulunan özel bir hastane grubu ve özel hastanede yapıldı. Kurumlardan kurum izni alındı (Ek 5, Ek 6). Ölçeklerin geçerlik güvenirlik çalışmalarını gerçekteştiren araştırmacılarından gerekli izin alındı. (Ek 8). Veri toplamada tamamen gönüll¼lük esas alınarak elde edilen kişisel veriler gizli tutuldu. Hemşirelerden yazılı onam alındı (Ek 10).

#### **3.4. Verilerin Analizi**

Elde edilen veriler hem bağımlı hem de bağımsız değerşkenler özelinde incelendi ve SPSS 22.0 paket programında istatistikçi danışmanlığında analiz edilerek değerlendirildi.

Demografik değerşkenler kapsamında hemşirelerin dağılımları hem frekanslar (f) hem de yüzdeler (%) ile belirlendi. Her bir ölçeğin alt boyutlarına göre toplamalar ve ortalamalar hesaplandı, standart sapmalar ortaya çıkarıldı. Algılanan İş Stresi düzeyi ile Tıbbi Hataya Eğilim d¼zeylerinin demografik değerşkenlere göre nasıl bir değerşim gösterdiğinin anlaşılabilmesi için bağımsız örneklem T-Testi ve Anova analizleri kullanıldı. Farklılıkların yönünü anlamak için yapılan Post Hoc testi uygulandı. Aynı zamanda Tıbbi Hataya Eğilim düzeyi ile Algılanan İş Stresi düzeyi arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılabilmesi için de korelasyon analizinden yararlandı.

### 3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, tez önerisinde planlanan Acıbadem Sağlık Grubu'nda kurum izni alınamadığından yapılamadı (Ek 7). Akabinde Amerikan Hastanesine başvuruldu. Kurum izni alınamadığı için araştırma bu hastanede de yapılamadı (Ek 8).

Kurum izni alınan hastanelerde (Ek 5, Ek 6) bulunan 200 kişilik acil servis hemşiresinin hepsi araştırmaya katılmayı kabul etmedi. Araştırmayı kabul eden 150 hemşire ile çalışma tamamlandı. Hemşirelerin meslekteki deneyimleri ve acil serviste çalışma yılları azdır. Eğitim Araştırma Hastaneleri (EAH) ve Özel Dal Hastaneleri gibi acil servisleri 3. Seviye olan hastanelerde araştırma yapılamadı. Bu hastanelerin hemşire sayıları eklenerek evren örneklem sayısının arttırılabilirdi.

Veriler toplanırken sadece nicel değerlendirme araçlarının kullanılması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde; acil serviste çalışan hemşirelerin iş stresi ve tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla elde edilen bulguların istatistiksel analizleri yapılarak aşağıda tablolar halinde sunuldu.

### 4.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formuna Göre Tanımlayıcı Bulgular

**Tablo 4.1.1.** Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları (N=150)

Özellik		n	%
Cinsiyet	Kadın	106	70,6
	Erkek	44	29,4
Yaş	18 ve 27 yaş arası	57	38
	28 ve 37 yaş arası	69	46
	38 ve 47 yaş arası	24	16
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	27	18
	Ön lisans	24	16
	Lisans	91	60,7
	Yüksek lisans	8	5,3
Hemşire olarak çalışma yılı	0 ve 5 yıl arası	63	42
	6 ve 11 yıl arası	47	31,3
	12 ve 17 yıl arası	21	14
	18 ve 23 yıl arası	14	9,3
	24 ve 29 yıl arası	5	3,3
	30 ve 35 yıl arası	0	0
Acil serviste çalışma yılı	0 ve 5 yıl arası	103	68,7
	6 ve 11 yıl arası	37	24,7
	12 ve 17 yıl arası	9	6
	18 ve 23 yıl arası	1	0,7
	24 ve 29 yıl arası	0	0
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	27	18
	Vardiya	116	77,3
	Diğer	7	4,7
	Toplam	150	100

Araştırmada hemşirelerin %70,6'sı kadın, %29,4'ü erkektir. Yaşları 18-47 arasındadır ve ortalaması  $30,61 \pm 6,452$ 'dir. Hemşirelerin %18,0'si sağlık meslek lisesi, %16,0'sı ön lisans, %60,7'si lisans, %5,3'ü yüksek lisans eğitime sahiptir.

Hemşirelerin mesleki kıdemleri 1-28 yıl arasında ve ortalaması  $8,44 \pm 6,407$ 'dir. Hemşirelerin acil servisteki çalışma yılları 1-23 yıl arasındadır ve ortalaması  $4,74 \pm 3,878$ 'dir. Hemşirelerin çalışma şekilleri incelendiğinde; %18'inin sürekli gündüz, %77,3'ünün vardiya şeklinde, %4,7'sinin ise çalışma saatlerinin değişiklik gösterdiği belirlendi.

**Tablo 4.1.2.** Hemşirelerin Tıbbi Hata ile Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımları (N=150)

		n	%
<b>Tıbbi hata ile karşılaşma durumları</b>	Evet	81	54
	Hayır	69	46
<b>Hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir tıbbi hata olması durumu</b>	Evet	2	1,3
	Hayır	148	98,7
	Toplam	150	100
<b>Acil serviste hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalar*</b>	Hastane enfeksiyonları	83	55,3
	Tehlikeli kısaltmalar	39	26
	Hava embolisi	14	9,3
	Son kullanma tarihi geçen ilaç kullanma	16	10,7
	Yanlış ilaç uygulama	55	36,7
	Yanlış yerden ilaç uygulama	29	19,3
	Yan etkisi olan ilaç kullanımı	35	23,3
	Yanlış doz ilaç uygulaması	43	28,7
İlacın yan etkisine bağlı hatalar	49	32,7	

\*Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

**Tablo 4.1.2.** Hemşirelerin Tıbbi Hata ile Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımları (N=150) (Devam)

	İğne/kesici alet yaralanması	87	58
	Araç-gerece bağlı hatalar	35	23,3
	Hipoglisemiye bağlı hatalar	12	8
	Tanı testlerinin yetersizliğine bağlı hatalar	10	6,7
	Tanı hataları	21	14
	Ölümcül zarar verici olaylar	10	6,7
	Tedavide gecikme veya yapmama	33	22
	İnfüzyon pompa hataları	8	5,3
<b>Acil serviste hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalar*</b>	Hasta düşmeleri	62	41,3
	Yatak başı bakımda vital bulgulardaki değişikliklerin atlanması	28	18,7
	Uygun olmayan fiziki ortam	59	39,3
	Hasta bakım ve tedavisinde el hijyenine dikkat edilmemesi	48	32
	Hasta bakım ve tedavisinde sterilizasyona dikkat edilmemesi	43	28,7
	Uygun olmayan koşullarda (sedye üstünde) hastaya bakım ve tedavinin verilmesi	41	27,3
	Diğer	1	

\*Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Hemşirelerin %54,0'ü daha önce tıbbi bir hatayla karşılaşmış, %46,0'sı ise daha önce tıbbi bir hatayla karşılaşmamıştır. Daha önce tıbbi hata gören hemşirelerin sayıları görmeyenlerden fazladır. Bu araştırmada acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit eden ve en sık karşılaşılan tıbbi hatalar, iğne/kesici alet yaralanması (%58,0), hasta düşmeleri (%41,3), uygun olmayan fiziki ortam (%39,3), yanlış ilaç uygulama (%36,7) ve ilacın yan etkisine bağlı hataları (%32,7) olarak sıraladıkları belirlendi.

**Tablo 4.1.3.** Acil Serviste Görülen Tıbbi Hataların Nedenlerine Göre Dağılımları (N=150)

	n	%
İş yükünün fazla olması	140	93,3
Çalışan sayısının az olması	125	83,3
Görev dışı işlerin yüklenmesi	117	78,0
Stres	123	82,0
Yorgunluk/bitkinlik	119	79,3
Yoğun çalışma	137	91,3
Çalışma sürelerinin uzun olması	73	48,7
Aylık nöbet sayılarının fazla olması	83	55,3
Kompleks tıbbi vakalar	29	19,3
Personel azlığı	129	86,0
Tıbbi prosedür komplikasyonları	22	14,7
Tanı/destek birimlerinden kaynaklanan hatalar	11	7,3
Eczane hatası	15	10,0
Hekimin yazısının anlaşılması	36	24,0
Tıbbi kayıtların yanlışlığı	25	16,7
Tükenmişlik duygusu	75	50,0
İletişim eksikliği	100	66,7
<b>Acil serviste görülen tıbbi hataların nedenleri*</b>		
Olumsuz fiziksel ortam	84	56,0
Tedbirsizlik	32	21,3
Görev, yetki ve sorumluluklarının tam belirlenmemiş olması	69	46,0
Dikkatsizlik	91	60,7
İhmal	38	25,3
Yöneticilerden memnun olunmaması	52	34,7
Bilgi eksikliği	60	40,0
Mesleki acemilik ve yetersizlik	53	35,3
Özensizlik	36	24,0
Emir ve yönetmeliklere uymamak	14	9,3
Prosedür ve protokollerin yokluğu	12	8,0
Mesleğe yönelik hizmet içi eğitim eksikliği	48	32,0
Çalışan birimin sabit olmaması	51	34,0
Hasta sayısının fazla olması	104	69,3
Vardiyalı çalışma	44	29,3
Tedavi uygulama saatinin geciktirilmesi	11	7,3
Hekim tarafından önerilmeden verilen ilaç	10	6,7
Tedavi kesildikten sonra yapılan ilaç uygulaması	5	3,3
İlaç alerjilerinin bildirimi	22	14,7
Diğer	0	0

\*Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Hemşirelerin %93,3'ü, tıbbi hataların iş yükünün fazla olmasından kaynaklandığını belirtmekte, %91,3'ü yoğun çalışma programından kaynaklandığını belirtirken %91,3'ü ise personel azlığının tıbbi hatalara yol açtığını vurgulamaktadır. Ayrıca tıbbi hatalara; %82 oranında stres yaşamaları ve %79,3 oranında yorgunluk/bitkinlik yaşamalarının sebep olduğunu belirtmişlerdir.

#### **4.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'ne ve Algılanan İş Stresi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular**

Bu bölümde Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğine ve Algılanan İş Stresi Ölçeği'ne ilişkin karşılaştırmalar ve bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim ve Algılanan İş Stresi Ölçeği puanlarının yaşa, eğitime, çalışma yıllarına, mesleklerini sevme durumlarına, çalıştıkları kurumdan memnun olma ve iş doyum düzeyleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.2.1.** Algılanan İş Stresi ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (N=150)

	Dağılım Aralığı	Madde Sayısı	Puan Ortalamaları $\bar{x} \pm SS$	Madde Puan Ortalamaları $\bar{x} \pm SS$
<b>Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği</b>	49-245	49	235,33±10,40	4,80±0,21
<b>İlaç ve Transfüzyon uygulamaları</b>	18-90	18	13,25±2,85	4,56±0,45
<b>Hastane enfeksiyonları</b>	12-60	12	7,62±2,37	4,62±0,48
<b>Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği</b>	9-45	9	4,54±0,45	4,49±0,63
<b>Düşmeler</b>	5-25	5	4,54±0,45	4,58±0,60
<b>İletişim</b>	5-25	5	2,97±0,82	2,97±0,50
<b>Algılanan İş Stresi Ölçeği</b>	15-75	15	2,97±0,82	-

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim ölçeğinin puan ortalaması 235,33±10,40 olarak belirlendi. Acil servis hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu belirlendi. Ölçeğin değerlendirilmesi aşamasında elde edilen puanların ortalamalarına yönelim vardı. Algılanan İş Stresi ölçeğinin puan ortalaması 2,97±0,82 olarak belirlendi. D harfine denk gelmektedir. Ölçek değerlendirmesinde C ve D harfleri ise uyaran etkisi oluşturan, başarıyı arttıran stres düzeyleri olarak kabul edilmektedir (C=2.0-2.5; D=2.6-3.1).

**Tablo 4.2.2.** Yaş Değişkeni ile Algılanan İş Stresi Ölçeği Arasındaki İlişki (N=150)

		Ortalama	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	F	p
<b>Algılanan İş Stresi Ölçeği</b>	18 ve 27 yaş arası	3,00	25	1,2	2,129	0,004
	28 ve 37 yaş arası	3,07	124	,567		
	38 ve 47 yaş arası	2,63	120			

Yaş değişkeninin algılanan iş stresine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0,05).

**Tablo 4.2.3.** Yaş Değişkeni ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150)

	Yaş	Ortalama	Kareler Toplamı	f	p	Post Hoc	
	18 ve 27 yaş arası (a)	4,49	8,4				
Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	28 ve 37 yaş arası (b)	4,5	21,7	1,9	,011	(a) – (c) p= ,020	(b) – (c) p=,021
	38 ve 47 yaş arası (c)	4,78	30,1				
İlaç ve Transfüzyon uygulamaları	18 ve 27 yaş arası (a)	4,56	6,1				
	28 ve 37 yaş arası (b)	4,56	25,2	1,2	,238	–	
	38 ve 47 yaş arası (c)	4,61	31,3				
Hastane enfeksiyonları	18 ve 27 yaş arası (a)	4,52	10,8				
	28 ve 37 yaş arası (b)	4,61	23,9	2,2	,002	(a) – (c) p= ,003	(b) – (c) p=,020
	38 ve 47 yaş arası (c)	4,91	34,8				

**Tablo 4.2.3.** Yaş Değişkeni ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150) (Devam)

	Yaş	Ortalama	Kareler Toplamı	f	p	Post Hoc	
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	18 ve 27 yaş arası (a)	4,36	22,609	3,068	0	(a) – (c) p= ,006	(b) – (c) p=,000
	28 ve 37 yaş arası (b)	4,24	36,552				
	38 ve 47 yaş arası (c)	4,82	59,16				
Düşmeler	18 ve 27 yaş arası (a)	4,38	15,247	1,917	0,011	(a) – (c) p= ,002	(b) – (c) p=,009
	28 ve 37 yaş arası (b)	4,45	39,44				
	38 ve 47 yaş arası (c)	4,87	54,687				
İletişim	18 ve 27 yaş arası (a)	4,49	14,723	3,116	0	(a) – (c) p= ,001	(b) – (c) p=,003
	28 ve 37 yaş arası (b)	4,54	23,432				
	38 ve 47 yaş arası (c)	4,93	38,155				

Yaş değişkeninin tıbbi hata yapma durumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p < 0,05$ ). Farklı yaşlardaki hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanları farklı seviyededir.

Farklılığın yönünü anlamak için yapılan Post Hoc testi sonucunda 38 ve 47 yaş arası hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanları diğer yaşlara kıyasla daha düşük olduğu belirlendi.

**Tablo 4.2.4.** Eğitim Durumları ile Algılanan İş Stresi Ölçeği Arasındaki İlişki (N=150)

	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Error	p	Post Hoc
<b>Algılanan İş Stresi Ölçeği</b>	Sağlık meslek lisesi	27	2,9	,82	,15	
	Ön lisans	24	2,9	,85	,17	
	Lisans	91	3,0	,84	,08	,723
	Yüksek lisans	8	2,6	,33	,11	
	N	150	2,9	,82	,06	

Hemşirelerin eğitim durumu algılanan iş stresine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.2.5.** Eğitim Durumları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150)

	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Error	p	Post Hoc
<b>Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği</b>	Sağlık meslek lisesi (a)	27	4,3	,62	,12	
	Ön lisans (b)	24	4,7	,28	,05	
	Lisans (c)	91	4,5	,40	,04	,024
	Yüksek lisans (d)	8	4,4	,48	,17	
	N	150	4,5	,45	,03	
<b>İlaç ve Transfüzyon uygulamaları</b>	Sağlık meslek lisesi (a)	27	4,5	,54	,10	
	Ön lisans (b)	24	4,5	,45	,09	
	Lisans (c)	91	4,5	,42	,04	,400
	Yüksek lisans (d)	8	4,3	,57	,20	
	N	150	4,5	,45	,03	

**Tablo 4.2.5.** Eğitim Durumları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150) (Devam)

<b>Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği</b>	Sağlık meslek lisesi (a)	27	4,0	,90	,17	,004	(a)-(b) p=,014	(b)-(c) p=,008
	Ön lisans (b)	24	4,7	,40	,08			
	Lisans (c)	91	4,3	,54	,05			
	Yüksek lisans (d)	8	4,3	,51	,18			
	N	150	4,3	,63	,05			
<b>Düşmeler</b>	Sağlık meslek lisesi (a)	27	4,2	,85	,16	,013	(a)-(b) p=,026	(b)-(c) p=,002
	Ön lisans (b)	24	4,8	,33	,06			
	Lisans (c)	91	4,4	,55	,05			
	Yüksek lisans (d)	8	4,4	,49	,17			
	N	150	4,4	,60	0,04			
<b>İletişim</b>	Sağlık meslek lisesi (a)	27	4,4	,61	,11	,148	-	
	Ön lisans (b)	24	4,7	,39	,08			
	Lisans (c)	91	4,5	,48	,05			
	Yüksek lisans (d)	8	4,5	,53	,18			
	N	150	4,5	,50	,04			

Hemşirelerin eğitim durumlarının tıbbi hata yapmaya etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ). Bu sonuç doğrultusunda farklı eğitim durumlarına sahip hemşirelerin tıbbi eğilim puanları farklı seviyededir. Farklılığın yönünü anlamak için yapılan Post Hoc testi sonucunda ön lisans mezunu hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanları sağlık meslek lisesi ve lisans mezunu hemşirelere kıyasla daha düşük olduğu belirlendi.

**Tablo 4.2.6.** Acil Serviste Çalışma Yılları ile Algılanan İş Stresi Ölçeği Arasındaki İlişki (N=150)

	Ortalama	F	p	Post Hoc
<b>Algılanan İş Stresi Ölçeği</b>	0 ve 5 yıl arası	3,0	2,9	,001
	6 ve 11 yıl arası	2,8		
	12 ve 17 yıl arası	2,9		
	18 ve 23 yıl arası	2,3		

Hemşirelerin acil serviste çalışma yıllarının iş stresine etkisi istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Bu sonuç doğrultusunda acil serviste çalışma yılları gruplarındaki hemşirelerin algılanan iş stresi puanları farklı seviyededir.

**Tablo 4.2.7.** Acil Serviste Çalışma Yılları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150)

		Ortalama	F	p	Post Hoc
<b>Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği</b>	0 ve 5 yıl arası (a)	4,5	6,7	,000	(a)-(c) p=,030
	6 ve 11 yıl arası (b)	4,5			
	12 ve 17 yıl arası (c)	4,8			
	18 ve 23 yıl arası (d)	5,0			
<b>İlaç ve Transfüzyon uygulamaları</b>	0 ve 5 yıl arası (a)	4,5	3,7	,000	-
	6 ve 11 yıl arası (b)	4,5			
	12 ve 17 yıl arası (c)	4,8			
	18 ve 23 yıl arası (d)	5,0			
<b>Hastane enfeksiyonları</b>	0 ve 5 yıl arası (a)	4,5	5,1	,000	(a)-(c) p=,025
	6 ve 11 yıl arası (b)	4,7			
	12 ve 17 yıl arası (c)	4,9			
	18 ve 23 yıl arası (d)	5,0			
<b>Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği</b>	0 ve 5 yıl arası (a)	4,3	8,4	,000	-
	6 ve 11 yıl arası (b)	4,4			
	12 ve 17 yıl arası (c)	4,7			
	18 ve 23 yıl arası (d)	5,0			
<b>Düşmeler</b>	0 ve 5 yıl arası (a)	4,4	5,6	,000	(a)-(c) p=,034
	6 ve 11 yıl arası (b)	4,5			
	12 ve 17 yıl arası (c)	4,9			
	18 ve 23 yıl arası (d)	5,0			
<b>İletişim</b>	0 ve 5 yıl arası (a)	4,4	5,2	,000	-
	6 ve 11 yıl arası (b)	4,6			
	12 ve 17 yıl arası (c)	4,9			
	18 ve 23 yıl arası (d)	5,0			

Acil serviste çalışma yılları açısından hemşirelerin tıbbi eğilim puan ortalamalarının farklı seviyede olduğu belirlendi. Farklılığın yönünü anlamak için yapılan post hoc testi sonucunda 12-17 yıl arası acil serviste çalışma yılları bulunan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanları 0-5 yıl arası acil serviste çalışan hemşirelere kıyasla daha düşük olduğu belirlendi. Hemşirelerin acil serviste çalışma yıllarını tıbbi hataya eğilim ve alt boyutlarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.2.8.** Mesleklerini Sevme Durumları, Çalıştıkları Kurumdan Memnun Olma Durumları ve İş Doyum Düzeyleri ile Algılanan İş Stresi Ölçeği Arasındaki İlişki (N=150)

		n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Error	P	Post Hoc
Mesleklerini Sevme Durumları							
<b>Algılanan İş Stresi Ölçeği</b>	Seviyor (a)	87	2,8	,85	,09	,057	(a)-(b) p=,042
	Sevmiyor (b)	25	3,2	,59	,11		
	Kararsız (c)	38	3,1	,82	,13		
	N	150	2,9	,82	,06		
Çalıştıkları Kurumdan Memnun Olma Durumları							
<b>Algılanan İş Stresi Ölçeği</b>	Memnun	57	2,8	,88	,11	,035	-
	Memnun değil	16	3,4	1,1	,29		
	Kısmen memnun	77	3,0	,63	,07		
	N	150	2,9	,82	,06		
İş Doyum Düzeyleri							
<b>Algılanan İş Stresi Ölçeği</b>	Çok iyi (a)	11	2,6	1,0	,32	,008	(b)-(d) p=,019
	İyi (b)	29	2,6	,60	,11		
	Orta (c)	58	2,8	,78	,10		
	Kısmen kötü (d)	25	3,2	,67	,13		
	Kötü (e)	27	3,3	,95	,18		
	N	150	2,9	,82	,06		

Mesleğini sevme durumuna göre hemşirelerin ölçek ortalaması 2,83 olduğu (n=87) belirlendi. Hemşirelerin mesleklerini sevme durumları iş stresine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p>0,05$ ). Farklılığın yönünü anlamak için yapılan Post Hoc testi sonucunda mesleğini sevmeyen hemşirelerin algılanan iş stresi puanları mesleğini seven hemşirelere kıyasla daha düşük olduğu belirlendi.

Hemşirelerin çalıştıkları kurumdan memnun olma durumunu iş stresine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ). Bu sonuç doğrultusunda çalıştıkları kurumdan memnun olma durumlarına sahip hemşirelerin algılanan iş stresi puanları farklı seviyededir.

Hemşirelerin iş doyum düzeylerinin iş stresine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ). Bu sonuç doğrultusunda iş doyum düzeyleri gruplarındaki hemşirelerin algılanan iş stresi puanları farklı seviyededir. Farklılığın yönünü anlamak için yapılan Post Hoc testi sonucunda iş doyum düzeyi kısmen kötü olan hemşirelerin algılanan iş stresi puanları iş doyum düzeyleri iyi olan hemşirelere kıyasla daha düşük olduğu görüldü.

**Tablo 4.2.9.** Mesleklerini Sevme Durumları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150)

		n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Error	p	Post Hoc		
<b>Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği</b>	Seviyor (a)	87	4,6	,35	,03	,000	(a)-(b) p=,000	(a)-(c) p=,014	
	Sevmiyor (b)	25	4,1	,46	,09				
	Kararsız (c)	38	4,4	,48	,07				
	N	150	4,5	,45	,03				
<b>İlaç ve transfüzyon uygulamaları</b>	Seviyor (a)	87	4,7	,33	,03	,000	(a)-(b) p=,000	(a)-(c) p=,015	(b)-(c) p=,018
	Sevmiyor (b)	25	4,1	,62	,12				
	Kararsız (c)	38	4,5	,36	,05				
	N	150	4,5	,45	,03				

**Tablo 4.2.9.** Mesleklerini Sevme Durumları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150) (Devam)

<b>Hastane enfeksiyonları</b>	Seviyor (a)	87	4,7	,36	,03	0,001	(a)-(b) p=,004	(a)-(c) p=,045
	Sevmiyor (b)	25	4,4	,44	,08			
	Kararsız (c)	38	4,4	,64	,10			
	N	150	4,6	,48	,03			
<b>Hasta izlemi ve malzeme güvenliği</b>	Seviyor (a)	87	4,5	,53	,05	,000	(a)-(b) p=,002	(a)-(c) p=,035
	Sevmiyor (b)	25	4	,59	,11			
	Kararsız (c)	38	4,2	,73	,11			
	N	150	4,3	,63	,05			
<b>Düşmeler</b>	Seviyor (a)	87	4,6	,49	,05	,000	(a)-(b) p=,001	(a)-(c) p=,019
	Sevmiyor (b)	25	4,1	,55	,11			
	Kararsız (c)	38	4,2	,73	,11			
	N	150	4,4	,60	,04			
<b>İletişim</b>	Seviyor (a)	87	4,7	,42	,04	,000	(a)-(b) p=,002	
	Sevmiyor (b)	25	4,2	,54	,10			
	Kararsız (c)	38	4,5	,55	,08			
	N	150	4,5	,50	,04			

Hemşirelerin mesleklerini sevme durumlarının tıbbi hataya eğilimine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ). Bu sonuç doğrultusunda mesleklerini sevme gruplarındaki hemşirelerin tıbbi eğilim puanları farklı seviyededir. Farklılığın yönünü anlamak için yapılan Post Hoc testi sonucunda mesleğini seven hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanları mesleğini sevmeyen ve kararsız olan hemşirelere kıyasla daha yüksek olduğu; dolayısı ile tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu belirlendi.

**Tablo 4.2.10.** Çalıştıkları Kurumdan Memnun Olma Durumları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150)

		n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Error	P	Post Hoc
<b>Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği</b>	Memnun	57	4,5	,38	,05	,502	–
	Memnun olmayan	16	4,4	,58	,14		
	Kısmen memnun olan	77	4,5	,46	,05		
	N	150	4,5	,45	,03		
<b>İlaç ve Transfüzyon uygulamaları</b>	Memnun	57	4,6	,38	,05	,327	–
	Memnun olmayan	16	4,4	,68	,17		
	Kısmen memnun olan	77	4,5	,45	,05		
	N	150	4,5	,45	,03		
<b>Hastane enfeksiyonları</b>	Memnun	57	4,6	,39	,05	,408	–
	Memnun olmayan	16	4,5	,59	,14		
	Kısmen memnun olan	77	4,5	,51	,05		
	N	150	4,6	,48	,03		
<b>Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği</b>	Memnun	57	4,4	,53	,07	,52	–
	Memnun olmayan	16	4,2	,81	,2		
	Kısmen memnun olan	77	4,3	,65	,07		
	N	150	4,3	0,63	,05		
<b>Düşmeler</b>	Memnun	57	4,4	,55	,07	,927	–
	Memnun olmayan	16	4,5	,58	,14		
	Kısmen memnun olan	77	4,4	,64	,07		
	N	150	4,4	,60	,04		
<b>İletişim</b>	Memnun	57	4,6	,47	,06	,527	–
	Memnun olmayan	16	4,6	,43	,1		
	Kısmen memnun olan	77	4,5	,54	,06		
	N	150	4,5	,5	,04		

Hemşirelerin çalıştıkları kurumdan memnun olma durumlarının tıbbi hataya eğilime etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.2.11.** İş Doyum Düzeyleri ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150)

		n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Error	p	Post Hoc		
<b>Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği</b>	Çok iyi (a)	11	4,7	,25	,07	,000			
	İyi (b)	29	4,5	,46	,08		(a)-(d)	(c)-(d)	
	Orta (c)	58	4,6	,36	,04		p=,000	p=,000	
	Kısmen kötü (d)	25	4	,46	,09				
	Kötü (e)	27	4,5	,37	,07		(b)-(d)	(d)-(e)	
	N	150	4,5	,45	,03		p=,002	p=,001	
<b>İlaç ve Transfüzyon uygulamaları</b>	Çok iyi (a)	11	4,6	,59	,17	,000			
	İyi (b)	29	4,6	,54	,10				
	Orta (c)	58	4,7	,31	,04		(b)-(d)	(c)-(d)	
	Kısmen kötü (d)	25	4,1	,44	,08		p=,016	p=,000	
	Kötü (e)	27	4,5	,40	,07				
	N	150	4,5	,45	,03				
<b>Hastane enfeksiyonları</b>	Çok iyi (a)	11	4,9	,07	,02	,000			
	İyi (b)	29	4,6	,54	,10		(a)-(c)	(a)-(e)	(c)-(d)
	Orta (c)	58	4,7	,34	,04		p=,001	p=,032	p=,000
	Kısmen kötü (d)	25	4	,54	,10				
	Kötü (e)	27	4,7	,31	,06		(a)-(d)	(b)-(d)	(e)-(d)
	N	150	4,6	,48	,03		p=,000	p=,001	p=,000
<b>Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği</b>	Çok iyi (a)	11	4,6	,35	,10	,000			
	İyi (b)	29	4,4	,57	,10		(a)-(d)		
	Orta (c)	58	4,4	,59	,07		p=,003		
	Kısmen kötü (d)	25	3,8	,78	,15			(d)-(e)	
	Kötü (e)	27	4,4	,46	,08		(c)-(d)	p=,034	
	N	150	4,3	,63	,05		p=,013		
<b>Düşmeler</b>	Çok iyi (a)	11	4,8	,29	,08	,000			
	İyi (b)	29	4,4	,73	,13		(a)-(d)	(c)-(d)	
	Orta (c)	58	4,6	,51	,06		p=,000	p=,000	
	Kısmen kötü (d)	25	3,9	,53	,10				
	Kötü (e)	27	4,5	,48	,09		(b)-(d)	(d)-(e)	
	N	150	4,4	,60	,04		p=,042	p=,001	
<b>İletişim</b>	Çok iyi (a)	11	4,8	,26	,08	0,001			
	İyi (b)	29	4,5	,59	,10				
	Orta (c)	58	4,7	,40	,05		(a)-(d)	(c)-(d)	
	Kısmen kötü (d)	25	4,2	,57	,11		p=,003	p=,005	
	Kötü (e)	27	4,5	,48	,09				
	N	150	4,5	0,5	0,04				

Hemşirelerin iş doyumlarının tıbbi hataya eğilime etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı( $p<0,05$ ).

Bu sonuç doğrultusunda iş doyum düzeyleri gruplarındaki hemşirelerin tıbbi eğilim puanları farklı seviyededir. Farklılığın yönünü anlamak için yapılan Post Hoc testi sonucunda iş doyum düzeyi çok iyi olan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanları iş doyum düzeyleri iyi, orta, kısmen kötü olan hemşirelere kıyasla daha yüksektir.

**Tablo 4.2.12.** Algılanan İş Stresi ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=150)

Korelasyon								
		Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	İlaç ve Transfüzyon uygulamaları	Hastane enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	Algılanan İş Stresi Ölçeği
<b>Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği</b>	Korelasyon	1	,882**	,901**	,898**	,894**	,809**	-,243**
	n							
	Katsayısı							
	p	.	0	0	0	0	0	0,003
	N	150	150	150	150	150	150	150
<b>Algılanan İş Stresi Ölçeği</b>	Korelasyon	-,243**	-,233**	-,294**	-0,124	-0,149	-,171*	1
	n							
	Katsayısı							
	p	0,003	0,004	0	0,132	0,069	0,036	.
	N	150	150	150	150	150	150	150

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hemşirelerin Algılanan İş Stresi Ölçeği ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile alt boyutları arasındaki ilişkiye ait istatistiki değerlendirme göre; Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Algılanan İş Stresi ölçeği istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ).

Korelasyon kat sayısının -,243 (negatif) olması iki ölçek arasında zayıf bir ilişkinin olduğunu gösterdi. Algılanan İş Stresi Ölçeğinin Tıbbi Hataya Eğilim ölçeğinin alt boyutlarıyla da zayıf bir ilişkinin olduğu belirlendi (Korelasyon kat sayıları; -,233 , -,294 , -,124 , -,149 , -,171).

Hemşirelerin hasta izlem ve malzeme güvenliği alt boyutunun algılanan iş stresine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ( $p>0,05$ ). Düşmeler alt boyutunun iş stresine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ( $p>0,05$ ).



## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Acil serviste görev yapan hemşirelerin iş stresleri ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında tartışıldı.

### 5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde; kadın cinsiyetin daha fazla olduğu, yaş ortalamalarının  $30,61 \pm 6,452$  olduğu, büyük oranda lisans eğitimine sahip oldukları görüldü.

Elde edilen bu bulguların ülkemizde hemşirelik eğitim ve istihdamına ilişkin durumu yansıtır nitelikte olduğu düşünüldü. Kadınların erkeklere göre hemşireliği daha yüksek oranda tercih ettikleri benzer olarak düşünülmektedir. Acil birimde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilen çalışmada hemşirelerin yaş ortalamasının düşük olması, %68,7 oranında 0-5 yıllık deneyime sahip olması ve vardiyalı şekilde çalışmalarını birbirini destekler nitelikte olduğu görüldü. Bu durum acil servislerde genç, deneyim yılı daha az ve vardiyalı çalışan hemşirelerin olduğunu göstermektedir (Tablo 4.1.1).

Ülkemizde meslekte cinsiyet, yaş ve çalışma şekline göre dağılım incelendiğinde çoğunluğun kadın cinsiyette olduğu, vardiyalı çalıştıkları ve genç oldukları görülmektedir (9, 145,146). Asya ve Amerika kıtalarında yapılan benzer çalışmalar bu durumu destekler niteliktedir (108,111).

Winning ve ark (2018), araştırmasında şu sonuçlara ulaşmıştır; hasta güvenliğinin hastaya destek olan hemşirenin yaşına, iş tutumuna, deneyimine ve strese göre farklılık gösterdiği anlaşılmıştır. Hemşirelerin stresinin yüksek olması, anksiyeteye sahip olması tıbbi hata yapılması riskini arttırmaktadır. Çalışma arkadaşlarının sağlamış olduğu sosyal destek tıbbi hata yapma oranını azaltmaktadır.

Kwiatosz-Muc ve ark (2017), araştırma sonucuna göre hemşireler hekimlere göre daha fazla tıbbi hata yapmaktadır. Aynı zamanda kadın hemşirelerin stresi erkek hemşirelere göre daha yüksektir. Yaşın, deneyimin ve hastane türünün stres düzeyine etkisi olmadığı da ortaya çıkmıştır.

De Sio vd. (2017), yaptıkları çalışmada şu sonuçlara ulaşmıştır; erkekler çalışma ortamında kadınlara göre daha yüksek bir strese maruz kalmaktadır. Bu nedenle iş yerlerinde cinsiyete stres bağlamında önem verilmelidir. Kadınlar ile erkekler arasında iş stresi boyutu ile yapılan çalışmada anlamlı bir sonuç ortaya çıkmıştır. Erkek bireyler ile kadın bireyler arasında oluşan söz konusu farkın psikososyal faktörlerden kaynaklandığı kabul edilmiştir (133).

Yu vd. (132), yaptıkları çalışmada; stres prevalansının tüm olgularda %31,8 oranında, erkek bireylerde %33,8 oranında ve kadın bireylerde ise %27,7 oranında olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Prevalansın cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada acil serviste çalışan hemşirelerin çoğunluğunu lisans mezunu bireyler oldukları saptandı. Eğitim durumları gruplarındaki hemşirelerin algılanan iş stresi puanları farklı seviyede değildi. Fakat Begat ve ark (2005), yaptıkları çalışmada şu sonuçlara ulaşmıştır; eğitim düzeyinin stres üzerinde olumlu yönde bir etkisi bulunmaktadır. Eğitim seviyesinin artması işten duyulan memnuniyetin yüzdesini de arttırmaktadır sonucuna ulaşılmıştır (134).

Araştırmada farklı eğitim durumlarına sahip hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanları farklı seviyede olduğu saptandı. **Ön lisans** mezunu hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanları sağlık meslek lisesi ve lisans mezunu hemşirelere kıyasla daha düşük bulundu. Ölçeğe göre düşük puan alınması hata yapma eğiliminin yüksek olması anlamına geldiği için ön lisans mezunu hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri yüksek olarak saptandı (Tablo 4.2.4).

## **5.2. Hemşirelerin Algıladıkları İş Stresi İle Tıbbi Hataya Eğilim Arasında İlişkinin Tartışılması**

Araştırmada, hemşirelerin Algılanan İş Stresi ile Tıbbi Hata Yapma Eğilimi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı, zayıf ve negatif yönde olduğu belirlendi (Tablo 4.2.11). Bu sonuç doğrultusunda hemşirelerin iş stresi azaldığında hata yapma eğiliminin de azaldığı düşünöldü.

Araştırmada hemşirelerin Algılanan İş Stresi Ölçeği'nin puan ortalaması ölçek değerlendirmesine göre uyaran etkisi oluşturan, başarıyı arttıran stres düzeyleri olarak kabul edilmektedir. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'nin puan ortalamasına göre acil servis hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu belirlendi. Ölçeğin değerlendirilmesi aşamasında elde edilen puanların ortalamalarına yönelim vardı. Barbe vd. (2018), yaptıkları çalışmada iş stresinin hemşirelerin işlevlerini etkilediği sonucu ortaya çıkmıştır. İş stresi tıbbi hata yapma oranını arttırmaktadır (131).

Araştırmada hemşirelerin **%54,0'ü** daha önce tıbbi bir hatayla karşılaşmış, **%46,0'sı** ise daha önce tıbbi bir hatayla karşılaşmamıştır. Daha önce tıbbi hata gören hemşirelerin sayıları görmeyenlerden fazladır.

Özata ile Altuncan (2010) hastanelerde görülen tıbbi hataların sıklığı, türleri ve nedenlerini belirlemek amacı ile bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmaya göre %10,4 oranındaki hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit edecek hatalar yaptığını ortaya koymuştur (123). Başka bir çalışmada da tıbbi hata oranı %61,0 olarak ifade edilmiştir (74). Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalarda hataların nedenleri ve hata türlerinin birbirlerine olan benzerlikleri görülmektedir (75,76). Andsoy ve ark (2014) yapmış oldukları çalışmada değerlendirme yaptıkları hemşirelerin %78,4'ünün meslek hayatları boyunca hiç tıbbi hata yapmadıklarını ortaya çıkarmıştır (118). Benzer bir çalışmada değerlendirmeye katılan hemşirelerin %93,8'i mesleki hayatları boyunca hastanın güvenliğini ihlal eden bir hata yapmadıklarını ifade etmiştir (73). Güneş ve ark (2014) yapmış oldukları çalışmada değerlendirmeye almış oldukları hemşirelerin 3'te 2'sinin meslek hayatları boyunca bir kere ilaç uygulama hatası yaptığı sonucuna ulaşmıştır (120).

Seren İntepeler ve ark (2014), Cebeci ve ark (2012) ile Dikmen ve ark (2014) yaptığı çalışmalarda hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri düşük seviyede olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmanın sonuçları daha önce yapılmış benzer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. (9,116,119).

Bu araştırmada acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit eden ve en sık karşılaşılan tıbbi hatalar; iğne/kesici alet yaralanması (%58,0), hasta düşmeleri (%41,3), uygun olmayan fiziki ortam (%39,3) yanlış ilaç uygulama (%36,7) ve ilacın yan etkisine bağlı hataları (%32,7) olarak sıraladıkları belirlendi.

Yapılan ilaç hataları ile ilgili araştırmaların (33 adet) incelendiği bir derlemede (114) ilaç hazırlama sırasında personelin ekstra dikkat sergilemesi gerektiğine dikkat çekilmiştir.

Eşer ve ark (2007), yaptıkları çalışmada ilaç hatalarının ortaya çıkmasına etki eden unsurları incelemiş, dış ortam ile ilgili olan unsurlar arasında telefonlara yanıt verme, fiziki koşullar ile mücadele etme gibi durumların olduğunu tespit etmiştir. Rapor edilmiş olan ilaç hatalarının yarısı önlenebilir hata kategorisinde yer almıştır (115,116).

İlaç uygulama hataları da hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Hemşirelerin %14 oranında bu sebeple tıbbi hata yaptığı ortaya konulmuştur. Araştırma bulguları literatürde ilaç hata oranları ile benzerlik göstermektedir. “Bu konuda yapılan bazı araştırmalarda da ilaç uygulama hata oranının %27,7-%57,8 arasında değiştiği bildirilmiş olmasına karşın (77, 80, 82, 83), literatürde de belirtildiği gibi ilaç hataları genellikle sağlık bakım profesyonelleri tarafından tam olarak bildirilmemekte, sadece %25,0 gibi oldukça düşük bir oranda rapor edilmektedir.” (76).

Araştırmada bu konuya dair hemşirelerin karşılaştıkları problemler arasında hastaların herhangi bir ilaca karşı alerjisinin olup olmamasının sorgulanmaması, tedavi saatinin geciktirilmesi, ilaçların yanlış uygulanması ve dozlarındaki farklılıklar olarak tespit edilmiştir. Literatürde yer alan şu bilgiler desteklemektedir: “Çalışmalarda en sık karşılaşılan ilaç uygulama hata türlerinin ilaç atlama hatası, ilacın yanlış dozda uygulanması, infüzyon hızının yanlış ayarlanması ve yanlış ilaç uygulamasını içerdiği bildirilmiştir.”(74). Yanlış ilaç uygulamalarına ise şu durumlar neden olabilmektedir; acil servisteki yoğunluk, dikkat dağınıklığı, işe konsantre olunamaması, hasta yoğunluğuna bağlı meydana gelen sıkıntılar (74).

Tıbbi hatalar, sağlık alanında büyümekte olan bir sorundur. Bütün sağlık çalışanları adına önem teşkil eden bu konu hemşireler için daha büyük bir öneme sahiptir. Birçok lm ve yaralanma tıbbi hatalar sonucu ortaya çıkmaktadır. Buna bağlı olarak tedavilerde gecikmeler görülmekte dolayısıyla bakım kalitesinde düşüş gözlenmektedir. Özellikle acil servislerde görev yapan hemşirelerin ağır koşullar altında çalışmaları, kritik hastalara denk gelmeleri, birçok prosedüre uyma zorunlulukları ve yoğun stres altında olmaları sonucu hata oranlarında artış görülmektedir. Bu hataların önüne geçebilmek için tıbbi hataların ve bu hatalara sebep olan faktörlerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (148).

Araştırmada hemşirelerin %93,3 tıbbi hataların iş yükünün fazla olmasından kaynaklandığını belirtmekte, %91,3 yoğun çalışma programından kaynaklandığını belirtirken %91,3 ise personel azlığının tıbbi hatalara yol açtığını vurgulamaktadır. Ayrıca hemşirelerin iş doyum düzeylerinin iş stresine etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). İş doyum düzeyi **kısmen kötü** olan hemşirelerin algılanan iş stresi puanları iş doyum düzeyleri iyi olan hemşirelere kıyasla daha düşük olduğu görüldü.

Hemşirelerin iş doyumlarının tıbbi hataya eğilime etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). İş doyum düzeyi **ok iyi** olan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanları, iş doyum düzeyleri iyi, orta, kısmen kötü olan hemşirelere kıyasla daha **yüksektir**. Ölçeğe göre yüksek puan alınması hata yapma eğiliminin düşük olması anlamına geldiği için iş doyum düzeyi çok iyi olan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri düşük olarak saptandı.

Araştırmada hemşirelerin mesleklerini sevme durumlarının iş stresine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenirken ( $p > 0,05$ ), tıbbi hata eğilimine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). Bu sonuç doğrultusunda **mesleğini seven** hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanları mesleğini sevmeyen ve kararsız olan hemşirelere kıyasla daha **yüksektir**.

Hem tıbbi hatalar hem de hasta güvenliği sağlık profesyonelleri açısından önemli bir konudur. Hasta bakımında birinci profesyonel olarak kabul edilen hemşireler için ise hasta güvenliği daha büyük bir anlam ifade etmektedir (110). Yapılmış olan tıbbi hataların nedenleri genellikle şu şekilde sıralanmaktadır; meslektaşlar arasında iletişimsizlik, çevresel problemler, hemşirelerin bireysel performansları, mesai saatlerinin uzun olması, deneyimin az olması, iş yükünün yüksekliği nedeni ile yorgunluğun ortaya çıkması, malzeme ve sistem yetersizliği. Sayılan tıbbi hata nedenlerinin ortamdaki uzaklaştırılmış olması hata oranlarını da minimuma çekecektir (111, 112).

Mayo ve Duncan (2004) tarafından 983 hemşire ile yapılan çalışmada hemşirelerin %46,5'i ise ilaç hatası yaptığını belirtmiştir. Yapılan ilaç hatalarının nedenlerinin deneyimsizlik, bilgi eksikliği, iletişimsizlik ve yetersiz zaman olduğu belirtilmektedir (113).

Araştırmada acil serviste görev yapan hemşirelerin hata yapmasına neden olan faktörler arasında en yüksek oranda “iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, çalışma saatlerinin fazla olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, dikkatsizlik, stres ve yorgunluk, işini umursamama ve motivasyon eksikliği, çalışma şekli, eğitim yetersizliği ve hemşire- hasta arasındaki iletişim eksikliği” yer almaktadır (Tablo 4.1.3.). Araştırma bulguları literatürde yer alan tıbbi hataların nedenine dair yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (73,76). Aras (2006) yapmış olduğu çalışmada hemşireler için en önemli stres kaynağının personel yetersizliği ve malzeme eksikliği olduğu sonucuna ulaşmıştır (117). Günüşen ve Üstün (2010) yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin stres kaynağının çalışan sayısındaki yetersizlik olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bunun yanında çalışma hayatı ile sosyal hayatın birbirini olumsuz yönde etkilemesi, ödül sisteminin geliştirilmemesi, öfkeli hastalar ile zor iletişim kurulması stres kaynağı olarak ortaya çıkmıştır (122).

Araştırmada hemşirelerin çalıştıkları kurumdan memnun olma durumunun iş stresine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı. Fakat çalıştıkları kurumdan memnun olma durumlarının tıbbi hataya eğilimine etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Bu doğrultuda acil servis hemşirelerinin çalıştıkları kurumdan memnun olmaları iş stresinde etkiliyken, tıbbi hata yapmalarına sebep olmadığı belirlendi.

Hemşireler, hastalar ile doğrudan gev alan meslek grubu olduğu için tıbbi hata kavramı diğer mesleklere gore daha onemlidir (116). Tıbbi hatalar kişisel (yorgunluk, stres, dikkatsizlik, zamansızlık vb.) ve kurumsal (iş yeri yapısı, politikalar, idari yapı, liderlik vb.) faktorlerden etkilenmektedir (118, 122, 123).

Bodur ve ark (2011) hemşirelerin %77,3'unun, Gundoğdu ve ark (2011) ise %87,9'unun tıbbi hata yapma nedenleri arasında yorgunluk ve stresin olduğunu saptamışlardır. Yiğitbaş ve arkadaşları (2016) yorgunluğun (%65,3), Mankan ve ark (2017) yorgunluk (%98,5) ve stresin (%98,0), Hicks ve ark (2008) ise dikkatsizlik (%37,8) ve deneyimsizliğin (%26,3) en çok hata yapma nedenleri arasında olduğunu belirtmişlerdir. Nikpeyma ve Gholamnejad (2009) ise tıbbi hata nedenlerini hemşire sayısının az olması (%62), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%59), çalışma saatlerinin uzun olması (%58) olarak tespit etmişlerdir. Chang ve Mark (2009) yorgunluk ve tecrubesizliğin tıbbi hata oluşumuna neden olduğunu, Hassan ve arkadaşları (2009) ise yorgunluk ve halsizlik nedeniyle (%73,9) ilaç uygulama hatasının yapıldığını gormuşlerdir (124,125,126,127,128,129,130,127).

oztun ile Vural'ın (2012), kadın doğum bolumunde çalışmakta olan hemşireler ile ebelerin uygulamış oldukları tıbbi hataların belirlenmesi ve bu hatanın sebepleri ve onemine ilişkin goruşlerini ortaya koyabilmeleri adına yapmış oldukları çalışmada, %14,2 oranında hemşire ve ebelerin hatalı uygulama yaptıklarını tespit etmişlerdir (136).

Bu konuya dair yapılan diğer çalışmalarda ise bu oranların %6,2 ve %35,5 arasında değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir (71, 78, 79). İş yükünün çokluğu ve hemşire sayısındaki azlıktan dolayı bu hataların yapılabildiği ifade edilmektedir.

Bu araştırmada acil serviste yaşanan düşme olaylarının sebepleri hemşireler tarafından şu şekilde sıralanmaktadır: “Sağlık çalışanlarının özensiz davranışları, ıslak zemin, sedyelerin uygun olmaması, sedyelerin kenarlıklarının kaldırılmaması, bilinci kapalı hastalar, bir hemşire başına birden çok hasta düşmesi, hastaların yanında yakınlarının bulunmaması, çalışma ortamındaki dağınıklık.”.

Araştırma bulguları ile bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalarda düşme nedenleri uyumluluk göstermektedir (84). Perell ve arkadaşları (85), araştırma bulgularına karşın bir çalışma gerçekleştirmiş, bu çalışmalarında hastalarda yaşanan düşme olaylarını “hastaların duyu kayıplarının bulunması (görme, işitme, hissetme vb.) ve hastanın daha önce düşme hikâyesinin olması” biçiminde ifade etmişlerdir. Bu düşmelerin önüne geçilmesi için şu önlemlerin alınmasında fayda bulunmaktadır; düşme ekibinin meydana getirilmesi, düşmelerin önüne geçecek politikaların oluşturulması, çevresel faktörlerin dikkate alınması, sağlık bakım çalışanlarının bu konuda bilgilendirilmesi, düşmelere dair kayıt açılması ve bunların raporlanması.

Bugün, sağlık bakım hizmetinin gerçekleştiği kurumlarda yüksek güvenilirliği olan hizmetlerin sunulması oldukça önemli bir konudur (87). Acil servislerdeki sağlık bakım profesyonellerinin sayısındaki azlık, bu hizmetin kalitesini düşürmektedir (88).

Acil serviste çalışan profesyonellerin tıbbi hata yapma olasılıkları yüksektir. Bu sebeple bu profesyoneller arasında yüksek riskli uygulamaların belirlenmesi, korkusuzca çekinmeden yapılan hataların dile getirilebildiği bir ortam oluşturulması ve hasta güvenliği kültürünün meydana getirilmesi gerekmektedir (89).

Yapılan hataların çoğunlukla hemşire ve hekim kaynaklı olduğu göz önüne alındığında, özellikle hemşirelerin ilaç hataları konusunda eğitilmesi ve hatayı rapor etme konusunda cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca hemşire, hatayı tanımlayan hata raporunu hazırlamak, hekime ve kuruma hatayı rapor etmek açısından etik ve profesyonel sorumluluk taşımaktadır (113, 114).

Sonuç olarak;

Araştırmada hemşirelerin tıbbi hata yapma (ilaç uygulamalarında) düzeylerine etki eden en önemli unsurun acil serviste yoğun bir çalışma temposunun olması, bu nedenle hemşirelerin dikkatinin dağılması, konsantrasyonun bozulması, hasta sayısının fazlalığı nedeni ile karışıklık yaşanması olduğu kabul edilmektedir. Araştırmada acil serviste görev yapmakta olan hemşirelerin iş stresleri ile tıbbi hata eğilimleri arasında zayıf ve negatif yönde ilişki bulunmaktadır. Hemşirelerin iş stresi azaldığında hata yapma eğilimlerinin de azaldığı görülmektedir. Hemşirelerin stres düzeyleri başarıyı arttıran ve uyaran etkisi oluşturan seviyede; hata yapma eğilimleri de düşüktür. Bu sonuçlar doğrultusunda; literatür taramasının eksik olan acil servis hemşirelerinin iş stresi ile tıbbi hata eğilimleri ilgili ilişkisinin geniş kapsamlı kurulmamış olmasıdır. Acil servisteki tıbbi hataları ve hekimlerin yaptığı tıbbi hataları ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış olsa da hemşirelerin iş stresi nedeni ile yapmış olduğu tıbbi hataları kapsayan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Benzer çalışmaların artırılması, iş stresine neden olan faktörlerin incelenerek hemşirelerin hata yapma eğilimlerinin önlenmesi önerilmektedir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Akyolcu, N. (2007). Düünden Bugüne Acil Hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(60), 173-178.
2. Altındış, S., & Ünal, Ö. (2017). Acil Servis Kalite Standartlarında Türkiye'nin Durumu. *Journal Of Biotechnology And Strategic Health Research*, 1(2), 51-59.
3. Baillie, L. (2005). An Exploration Of Nurse–Patient Relationships In Accident And Emergency. *Accident And Emergency Nursing*, 13(1), 9-14.
4. Nosek RA, McMeekin J, Rake GW. (2005). Standardizing Medication Error Event Reporting in the U.S. Department of Defense. Agency for Healthcare Research and Quality.
5. Çıkrıklar, H. İ., Yürümez, Y., Yücel, M., Aslan, N. A., Engindeniz, Z., Cebicci, H., & Altuntaş, M. (2016). Acil Serviste Zor Hastaların Yönetimi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 6(1), 20-26.
6. Deakin A, Schultz TJ, Hansen K, Crock C. (2015) Diagnostic error: missed fractures in emergency medicine. *Emerg Med Australas*;27(2):177-8.
7. Stanescu L, Talner LB, Mann FA. (2006) Diagnostic errors in polytrauma: a structured review of the recent literature. *Emerg radiol*;12(3):119-23
8. Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D. (2013). Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.; 29(2): 33-45.
9. Dikmen, Y., Yorgun, S., Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 44-56.
10. Er, F., & Altuntaş, S. (2016). Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 132-139.
11. Kuhn G. (2001) Circadian rhythm, shift work, and emergency medicine. *Ann Emerg Med*;37:88-98.
12. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, Yoon C, Thomas EJ, Griffey R, (2007) Studdert DM. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed malpractice claims from 4 liability insurers. *Ann Emerg Med*; 49(2): 196-205.
13. Lesar TS, Briceland LL, Delcours K, Parmalee JC, Masta-Gornic V, Pohl H. (1990) Medication prescribing errors in a teaching hospital. *Jama*; 263(17), 2329-2334.
14. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. (2007) Resmi Gazete. Tarih: 11.05.2000 Sayı: 24046. Değişiklik: 24.03.2004 Sayı: 25412. Değişiklik: 15.03. Sayı: 26463.
15. James S. Cohen. (1999) Introduction to management: definitions, utilization, and workforce issues. principles and practice of emergency medicine. 4th ed. By Schwartz GR (ed), Roth PB (ed), Cohen JS (ed). By Lippincott, Williams & Wilkins.:1846-1852.

16. Bitterman RA. (2002) *Medicolegal and Risk Management. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 5th ed. Marx J, Hockberger R (Ed), Walls R (Ed). Mosby.:2747-2760.
17. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Değişiklik (2010), <https://www.thder.org.tr/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik>  
Erişim Tarihi: 03.12.2020
18. Karataş, M., & Yakıncı, C. (2010). Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, 17(3), 233-236.
19. Kuşuoğlu S, Selimen D. (2004) *Acil Bakım*. 3. Baskı, İstanbul, Yüce Yayım; 3-10.
20. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç M. (2006) Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*; 6(1): 2535.
21. Tekşam Ö. (2009) Çocuk Acil Servislerinin Kalabalığına Genel Bakış ve Çözüm Önerisi Olarak Triaaj. *Hacettepe Tıp Dergisi*.; 40: 125-132.
22. Grossman V, McNair M. (2003) Gang Members In The ED. *The Official Journal of The American Nurses Association*.; 103(2): 52-53.
23. Çevik A, Holliman J, Yanturalı S. (2003) Acil Servis Hekimleri ve “ Burn Out” Sendromu. *Ulusal Travma Dergisi*; 9(2):85-94.
24. International Council of Nurses (2006). *Safe staffing saves lives. International Nurses Day, Information and Action Tool Kit*. Geneva Switzerland; 9-12
25. Çırpı F, Merih Y, Kocabey M. (2009) Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 2 (3): 26-33.
26. IOM- Institute of Medicine (2001) . *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press. Washington; 1-8.
27. Tanrıkuş G, Özhan Elbaş N. (2010) Hemşirelerin Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. *Gazi Üniversitesi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*.; 19-36.
28. Sezgin B, Yıldırım A. (2007) Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, Doktora Tezi; 25-57.
29. Filiz E, Bodur S. (2009) Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi, Konya, Yüksek Lisans Tezi*;30-36.
30. Göktaş S, Oktay S. (2007) Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*; 18-32.

31. Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., ... & Steffenson, A. E. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933-1940
32. Dursun S, Bayram N, Aytay S. (2010) Hasta Güvenliği Kùltürü Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi*; 8(1):1 -14.
33. Akalın E, Çakmakçı M. (2011) Hemşirelikte Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya Kitabında. Füsün Sayek TTB Raporları Kitapları. 1. Baskı, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları; 36-42.
34. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. (2014) Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbı Hataların Raporlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 5(2); 152-157.
35. Göktay S, Oktay S. (2007). Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 18-32
36. Altuntaş, E. (2003). Stres Yönetimi. Bursa: Alfa Yayınları.
37. Seaward, B. L. (2012). *Managing Stress: Principles And Strategies For Health And Well Being*. USA: Jones & Bartlett Learning, LLC, An Ascend Learning Company.
38. Richlin-Klonsky, J., & Hoe, R. (2003). Sources and levels of stress among UCLA students. *Student Affairs Briefing*, 2, 1-13.
39. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal Of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
40. Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures.
41. Göçeri, F. (2014). *Sorumlu hemşirelerin iş stresinin iş doyumuna üzerine etkisi* (Doctoral dissertation, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
42. Sinha, N., & Sharma, R. (2009). Sources Of Stress For Management Students: A Descriptive Analysis. *ICFAI Journal Of Soft Skills*, 3(1).
43. Stranks, J. (2005). *Stress At Work Management And Prevention*. London: Elsevier Book Aid International.
44. Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental psychology*, 28(3), 522.
45. Gümüřtekin, G. E., & Öztemiz, A. B. (2004). Örgütsel stres yönetimi ve uçucu personel üzerinde bir uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakùltesi Dergisi*, (23).
46. Birkök H. (2000). *Amorf ferromagnetik şeritlerin mekanik faktörler altında basamaklı histeresis eğrileri* (Doctoral dissertation, Fen Bilimleri Enstitüsü).
47. Pettinger, R. (2002). *Stress Management*. Oxford: Capstone Publications.
48. Karcioğlu, F. & Yakupoğulları, C. (2001). Meslek Yüksekokullarının Örgütsel Çatışma Ve Uzlaşma Düzeylerinin Tespitine Yönelik Bir Araştırma. *İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 15(1-2), 230-263.

49. Thomas, K. W. (1992). Conflict and conflict management: Reflections and update. *Journal of organizational behavior*, 265-274.
50. Patel, C. (1996). *The Complete Guide To Stress Management*. London: Vermilion.
51. Ciurea, M. L., Lazanu, S., Stavarache, I., Lepadatu, A. M., Iancu, V., Mitroi, M. R., ... & Baleanu, C. M. (2011). Stress-induced traps in multilayered structures. *Journal of Applied Physics*, 109(1), 013717.
52. Koyuncu, İ. (2008). Bazı bitki ekstraktlerinin immobilize stres oluşturulan sıçanlar üzerindeki rolü/The effect of some plants extracts in immobilized stress rats (Doctoral dissertation).
53. Tusak, M., Dimec, T., Masten, R. & Tušak, M. (2008). Stress And Health İn Slovenian Army. *Kinesiologia Slovenica*, 14(1), 39-55.
54. Demirci, N., Engin, A. O., Bakay, İ., & Yakut, Ö. (2013). Stres Ve Stresi Ortaya Çıkaran Durumların Öğrenci Üzerindeki Etkisi. *Eğitim Ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2(3). No:35 ISSN: 2146-9199.
55. Ward, J. C. & Abbey, A. (2005). *Organisational Stress*. Britain: Palgrave Macmillan.
56. Aytaç S (2002) İşyerindeki kronik stres kaynakları. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 4(1)
57. Yüksel H. (2014) Çalışma yaşamı ve stres kavramı: Durumsal bir yaklaşım. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*,3(3):109-131
58. Güney S. (2013) Stres ve Stresle Başa Çıkma. İçinde: Davranış Bilimleri. Eds: Şimşek A. Ve Eroğlu Ö, 7. Basım. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, s:321-324- 325-327-342
59. Özkaya MO., Yakın V. ve İkinci T. (2008) Stres düzeylerinin çalışanların iş doyumu üzerine etkisi Celal Bayar Üniversitesi çalışanları üzerine ampirik bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1):163-179
60. Tınaz P. (2013) Çalışma Yaşamından Örnek Olaylar. 3.Bası. Beta Basım Yayın. İstanbul, s:39-46
61. Cam E. (2004) Çalışma Yaşamında Stres ve Kamu Kesiminde Kadın Çalışanlar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN: 1303-5134 s:1-10
62. Tel H., Karadağ M., Tel H. ve Aydın Ş. (2003) Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2:13-23
63. Erdoğan T., Ünsar S. ve Süt N. (2009) Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri: Bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2):447-461
64. Korkusuz MH.(2012) Kamu Yönetiminde Stres Algısı. Ed: Şahnacı E, Hayat Yayınları, İstanbul, s:50-81-82-90
65. Soysal A. (2009) İş yaşamında stres. *Çimento İşveren Dergisi*, 23 (3):18 [Elektronik Dergi]. A SOYSAL - ÇEİS Dergisi, Mayıs, 2009 - ceis.org.tr
66. Güney S. (2013) Stres ve Stresle Başa Çıkma İçinde: Davranış Bilimleri. Eds: Şimşek A. Ve Eroğlu Ö, 7. Basım. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, s:321-324- 325-327-342

67. Oktay M. (2005) Çalışma Yaşamında İş Yerinde Stres. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, İstanbul, No: 47, s.111-116
68. Dalyan ZA. (2010) Servis Sorumlu Hemşirelerinin Stres Kaynakları ve Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Kürşat Özdiilli)
69. Bağ V. (2012) Gazetecilerde İş Stresi: Balıkesir İli Yerel Basınında Çalışan Gazetecilerin İş Stresi Kaynaklarına İlişkin Bir Uygulama. T.C. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Besim Yıldırım )
70. Aksoy EG. (2013) Çalışma Ortamında Stres (Denizli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği). T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ali Saygılı)
71. Ganapathi N, Panchanatham N, (2012) Workplace stress: the need for communication and knowledge sharing;1-15
72. Riana GI, Wiagustini NLP, Dwijanti KI, Rihayana IG, (2018) Managing Work-Family Conflict And Work Stress Through Job Satisfaction And Its Impact On Employee Performance, Jurnal Teknik Industri;20(2):127-134.
73. Söyler S, (2018) Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldıkları İş Stresi İle İş Doyumu İlişkinin İncelenmesi: Bir Meta analiz Çalışması, Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi; 3(4):195-205
74. Kanbay Y, Üstün B. (2009) Kars ve Artvin İllerinde Hemşirelerin İş Ortamı ile İlgili Stresörleri ve Kullandıkları Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi, Dokuz Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi; 2(4):155-161
75. Erçevik R. (2010) Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik, Tükenmişlik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, ( Danışman: Yard. Doç. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik)
76. Alkan H, Uğur T, (2016) Örgütsel Stres ve Yönetimi: Orman İşletmeleri Örneği, Türkiye Ormancılık Dergisi;17(2):107-117
77. Erçevik R. (2010) Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik, Tükenmişlik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, ( Danışman: Yard. Doç. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik)
78. Altuntaş S. (2016) Stres Yönetimi. Uyer G, Kocaman G.(ed) Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 12. Baskı, s: 423-444
79. Yazar O, (2016) Yoğun Bakım Ünitelerinde Görev Yapan Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Çalışanlarında İş Stresi, Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi; 22(3):105-110
80. Reason J. (2000) Human Error: Models and Management. British Medical Journal.; 320: 768-770.
81. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (2000) To err is human building a safer health system, Institute of Medicine, Washington, D.C: National Academy Press.

82. Akalın HE. (2007) Klinik araştırmalar ve hasta güvenliği. İyi Klinik Uygulamalar (İKU) Dergisi; 17: 32– 35
83. Dhillon BS. (2003) Human reliability and error in medical system. Series on industrial & system engineering; 2: 10-18.
84. Birtek F. (2007) Tıbbi Müdahaleler Açısından Komplikasyon Malpraktis Ayırımı. İstanbul Barosu Dergisi; 81(5): [http://www.turkhukuksitesi.com/makale\\_779.htm](http://www.turkhukuksitesi.com/makale_779.htm) [Erişim Tarihi: 12.08.2011].
85. Tmer AR. (2003) 1995-2000 yılları arasında yüksek sağlık şurasına gelen ortopedi vakalarının değerlendirilmesi. Artroplasti Artroskopik Cerrahi; 14: 182-187.
86. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Morlock LL. (2005) Defining and Measuring Patient Safety. Critical Care Clinics; 21: 1- 19.
87. The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). About Medication Errors, [www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html](http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html). [Erişim Tarihi: 02.10.2011].
88. Leape LL. (1994) Error in Medicine. JAMA.; 272: 1851-1857.
89. Sezgin B. (2007) Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi,.
90. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. (2000) Epidemiology of Medical Error. Br Med J.; 320: 774-777.
91. Aslan FE. (2009) Cerrahide Hasta Güvenliği. Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 1.Cerrahi Hemşireliği Sempozyum Programı, 4 Haziran. [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/cerahi\\_hasta\\_guven.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/cerahi_hasta_guven.pdf). [Erişim Tarihi: 12.08.2011].
92. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. (1999) The Incidence and Nature of Surgical Adverse Events in Colorado and Utah in 1992. Surgery.; 126: 66-75.
93. Akalın E. (2005) Yoğun Bakım nitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi; 5: 141-146
94. World Health Organization (2007). Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Volume 1, Solution 9, 2 May. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution9.pdf>. [Erişim Tarihi: 12.08.2020].
95. World Health Organization (2007). Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Volume 1, Solution 9, 2 May 2007. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution9.pdf>. [Erişim Tarihi: 12.08.2011].
96. World Health Organization (1986). Consultation on Hospital İnfektion Prevalence Survey, Geneva.

97. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. (2009) Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*; 84: 1-10.
98. Aştı T, Acaroğlu R. (2000) Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.: 4: 22-27.
99. Eskreis TR. (1998) Seven Common Legal Pitfalls in Nursing, *American Journal of Nursing*; 98: 34-40.
100. Büyüköztürk, Ş. (2009). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı.(10. Baskı) Ankara: Pegem A Akademi. 71
101. Arıkan, D., Yaman, S., & Çelebioğlu, A. (2000). Çocuk İhmali Ve İstismari Konusunda Hemşirelerin Bilgileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2).
102. Dede, M., & Çınar, S. (2008). Dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(1), 3-14.
103. Erşan, E. E., Yıldırım, G., Doğan, O., & Doğan, S. (2013). Sağlık çalışanlarının iş doymu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 115-121.
104. Özaltın, G., & Nehir, S. (2007). Ankara İlindeki Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Ortamındaki Stres Etkenleri Ve Kullandıkları Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 60-68.
105. Tuna, R., & Baykal, Ü. (2013). Onkoloji Hemşirelerinde İş Stresi ve Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2), 92-100.
106. Sarıçam, H. (2012). İş Sağlığı Ve Güvenliği Kapsamında Hemşirelerin Karşılaştığı Risk Ve Tehlikelerin İş Stresi Düzeyleri Üzerine Etkisi (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
107. Özata M, Altuncan H. (2010) Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlilik güvenilirlik analizinin yapılması. Kırılmaz E, editör. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları;. 3-20.
108. Cohen, S. Ve Williamson, G. (1988). "Perceived stress in a probability sample of the United States". In S. Spacapan ve S. Oskamp, (Ed.), *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*, (31-67). California Newbury Park: Sage.
109. Baltaş Z. Standardization of the Perceived Stress Scale: perceived stress in Turkish middle manag-ers. *Stress and Anxiety Research Society* 19. International Conference, Boğaziçi University, İstanbul, 1998.
110. Bayındır Çevik A, Demirci 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.
111. Bari A, Khan RA, Rathore AW. (2016). Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(3), 523–528.

112. Aygin, D., & Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(3), 110-114.
113. Mayo AM, Duncan D. (2004). Nurse Perceptions of Medication Errors: What We Need to Know for Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*. 19: 209-217
114. Wright, K. (2010). Do calculation errors by nurses cause medication errors in clinical practice? A literature review. *Nurse education today*, 30(1), 85-97.
115. Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. (2007). Hemşirelerin İlaç Hatası Yapmalarına Yol Açabilecek Etkenlerin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* .
116. Cebeci, F., Gürsoy, E., Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15:3, 188-195.
117. Aras, Z. (2006). Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşire ve ebelerin tükenmişlik durumları.
118. Andsoy, I. I., Kar, G., & Öztürk, Ö. (2014). Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 17-27.
119. Seren İntepeler, Ş., Soydemir, D., Güleç, D. (2014). Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30:1, 1-18.
120. Güneş, Ü., Gürlek, Ö., Sönmez, M. (2014). Factors contributing to medication errors in Turkey: Nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management*, 22, 295-303.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12216>
121. Akalın, H. E. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-146.
122. GÜNÜŞEN, N., & Üstün, B. (2010). Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi.
123. Özata, M., Altuncan, H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8:2, 100-111.
124. Bodur, S., Filiz, E., & Durduran, Y. (2011). Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 21(4).
125. Yiğitbaş, Ç., Oğuzhan, H., Tercan, B., Bulut, A., & Bulut, A. (2016). Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları.
126. Mankan T, Turan GB, Polat H. (2017) Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde malpraktis, HSP.
127. Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Schein JR, Cousins D. D. (2008) Medication errors involving patient-controlled analgesia, *Am J Health-Syst Pharm*.
128. Nikpeyma, N., & Gholamnejad, H. (2009). Reasons for medication errors in nurses' veıws. *Advances in Nursing & Midwifery*, 18(64), 16-24.
129. Chang, Y. K., & Mark, B. A. (2009). Antecedents Of Severe And Nonsevere Medication Errors. *Journal Of Nursing Scholarship*, 41(1), 70-78.

- 130.** Hassan H, Das S, Se H, Damika K, Letchimi S, Mat S, Packiavathy R, Zulkifli SZ. (2009). A Study on Nurses' Perception on the Medication Error at one of the Hospitals in East Malaysia, Clin Ter.
- 131.** Barbe, T., Kimble, L. P., & Rubenstein, C. (2018). Subjective cognitive complaints, psychosocial factors and nursing work function in nurses providing direct patient care. *Journal of advanced nursing*, 74(4), 914-925.
- 132.** Yu, S. F., Gu, G. Z., Zhou, W. H., Zhou, S. Y., Yang, X. F., & Sun, S. Y. (2011). Gender difference of relationship between occupational stress and depressive symptoms. *Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi= Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi= Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases*, 29(12), 887-892.
- 133.** De Sio, S., Cedrone, F., Sanità, D., Ricci, P., Corbosiero, P., Di Traglia, M., ... & Stansfeld, S. (2017). Quality of life in workers and stress: gender differences in exposure to psychosocial risks and perceived well-being. *BioMed research international*, 2017.
- 134.** Begat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being—a Norwegian study. *Journal of nursing management*, 13(3), 221-230.
- 135.** Aştı T, Kıvanç M. (2003). Ağız Yolu ile İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi*. 6(3): 14-19.
- 136.** Öztunç M, Vural G. (2012). Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Hatalı Tıbbi Uygulama Yapma Durumları ve Hatalı Tıbbi Uygulama Nedenlerinin Önemine İlişkin Görüşleri. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*,;55-72
- 137.** Ghaleb MA, Barber N, Franklin BD, Wong IC. (2010). The Incidence and Nature of Prescribing and Medication Administration Errors in Pediatric Inpatients. *Arch Dis Child*. 95(2): 113-118.
- 138.** Özkan S, Kocaman G, Öztürk C, Seren Ş. (2011). Frequency of Pediatric Medication Administration Errors and Contributing Factors. *J Nurs Care Qual* AprJun; 26(2): 136-43.
- 139.** Young HM, Gray SL, McCormick WC, Sikma SK, Reinhard S, Trippett LJ, Christlieb C, Allen T. Types, (2008). Prevalence, and Potential Clinical Significance of Medication Administration Errors in Assisted Living. *J Am Geriatr Soc*. 56(7): 1199-1205
- 140.** Duman S, Kitiş Y. (2012). Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşmeleri ile İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*,; 27-38.
- 141.** Perell KL, Nelson A, Goldman RL, Luther SL, Lewis NP, Rubenstein LZ. (2001). Fall Risk Assessment Measures, *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 56 (12): 761-766.
- 142.** ECRI Institute. Patient Safety, Risk and Quality. 11.18.2014  
<https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/RiskQual4.aspx?tab=2>. 2015.
- 143.** Tanrikulu G, Özhan Elbaş N. (2010). Hemşirelerin Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. *Gazi Üniversitesi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*, 19-36.

- 144.** Çırpı F, Merih Y, Kocabey M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. 28. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2 (3): 26-33.
- 145.** Aydın S. Acil Ve Diğer Servislerde görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Vardiyalı Çalışmasının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2014 (Danışman: Doç. Dr. R. Aylaz).
- 146.** Topçu E. T. Acil Servislerde Çalışan Sağlık Bakım Personelinin Sık Karşılaşılan Adli Olgulara Yaklaşımlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Y.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. E. Ereğ Kazan)
- 147.** Gündoğdu S, Bakır İ, Mendeş H. (2011). Kalp Ve Damar Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Tıbbi Hatalarla İlgili Görüşleri Ve Bu Görüşlerle İlişkili Faktörler, Sağlık ve Toplum.
- 148.** Pekuslu S, Demirci H, Taşcıoğlu S. , Tuna E. (2011). Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin belirlenmesi.3.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi,Ankara ,Poster Bildiriler Kitabı, 319330.

## 7. EKLER

### Ek 1 Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Medeni durumunuz:

( )Evli ( )Bekar

3. Cinsiyet:

( )Kadın ( )Erkek

4. Eğitim durumunuz:

( )Sağlık Meslek Lisesi ( )Ön lisans ( )Lisans ( )Yüksek Lisans ( )Doktora

5. Acil serviste göreviniz:

( )Servis hemşiresi ( )Servis sorumlu hemşiresi

6. Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız? ....

7. Acil serviste kaç yıldır çalışmaktasınız?

8.Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:

9. Hastanedeki çalışma statünüz:

( )Kadrolu ( )Sözleşmeli

10. Mesleğinizi sevme durumunuz:

( )Seviyorum ( )Sevmiyorum ( )Kararsızım

11. Çalıştığınız servisten memnun olma durumunuz:

( )Memnunum ( )Memnun değilim ( )Kısmen memnunum

12. Çalışma şekliniz:

( )Sürekli gündüz ( )Vardiya ( )Diğer(belirtiniz):

13. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?

**14. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:**

**15. İş yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

( )Mükemmel ( )Çok iyi ( )İyi ( )Kötü ( )Çok kötü

**16. Çalıştığınız kurumda iş doyum düzeyinizi nasıl tanımlarsanız?**

( )Çok iyi ( )İyi ( )Orta ( )Kısmen kötü ( )Kötü

**17. Daha önce tıbbi hata ile karşılaştınız mı?**

( )Evet ( )Hayır

**18. Acil serviste çalışırken hasta güvenliğini tehdit eden ve en sık karşılaştığınız tıbbi hataları işaretleyiniz (Birden fazla işaretlenebilir):**

( ) Hastane infeksiyonları

( ) Yatak yarası

( ) Ameliyat sonrası komplikasyon

( ) Yanlış taraf cerrahisi

( ) Tehlikeli kısaltmalar

( ) Hava embolisi

( ) Son kullanma tarihi geçen ilaç kullanma

( ) Yanlış ilaç uygulama

( ) Yanlış yerden ilaç uygulama

( ) Yan etkisi olan ilaç kullanımı

( ) Yanlış doz ilaç uygulaması

( ) İlacın yan etkisine bağlı hatalar

( ) İğne/kesici alet yaralanması

( ) Araç-gerece bağlı hatalar

( ) Hipoglisemiye bağlı hatalar

- Tanı testlerinin yetersizliğine bağlı hatalar
- Tanı hataları
- Ölümcül zarar verici olaylar
- Tedavide gecikme veya yapmama
- Ventilatörle ilişkili hatalar
- İnfüzyon pompa hataları
- Transfüzyon hataları
- Yanlış kan transfüzyonu
- Hasta düşmeleri
- Yatak başı bakımda vital bulgulardaki değişikliklerin atlanması
- Uygun olmayan fiziki ortam
- Hasta bakım ve tedavisinde el hijyenine dikkat edilmemesi
- Hasta bakım ve tedavisinde sterilizasyona dikkat edilmemesi
- Uygun olmayan koşullarda ( sedye üstünde) hastaya bakım ve tedavinin verilmesi
- Diğer (belirtiniz):

**18. Sizce acil serviste görülen tıbbi hata/hataların nedenleri nelerdir?**

**(Birden fazla işaretlenebilir):**

- İş yükünün fazla olması
- Çalışan sayısının az olması
- Görev dışı işlerin yüklenmesi
- Stres
- Yorgunluk /bitkinlik
- Yoğun çalışma

- ( ) Çalışma sürelerinin uzun olması
- ( ) Aylık nöbet sayılarının fazla olması
- ( ) Kompleks tıbbi vakalar
- ( ) Personel azlığı
- ( ) Tıbbi prosedür komplikasyonları
- ( ) Tanı/destek birimlerinden kaynaklanan hatalar
- ( ) Eczane hatası
- ( ) Hekimin yazısının anlaşılmaması
- ( ) Tıbbi kayıtların yanlışlığı
- ( ) Tükenmişlik duygusu
- ( ) İletişim eksikliği
- ( ) Olumsuz fiziksel ortam
- ( ) Tedbirsizlik
- ( ) Görev, yetki ve sorumluluklarının tam belirlenmemiş olması
- ( ) Dikkatsizlik
- ( ) İhmal
- ( ) Yöneticilerden memnun olunmaması
- ( ) Bilgi eksikliği
- ( ) Mesleki acemilik ve yetersizlik
- ( ) Özensizlik
- ( ) Emir ve yönetmeliklere uymamak
- ( ) Prosedür ve protokollerin yokluğu
- ( ) Mesleğe yönelik hizmet içi eğitim eksikliği
- ( ) Çalışılan birimin sabit olmaması
- ( ) Hasta sayısının fazla olması
- ( ) Vardiyalı çalışma ( ) Diğer:
- ( ) Tedavi uygulama saatinin geciktirilmesi

- ( ) Hekim tarafından önerilmeden verilen ilaç
- ( ) Tedavi kesildikten sonra yapılan ilaç uygulaması
- ( ) İlaç alerjilerinin bildirimi
- ( ) Diğer (belirtiniz):

**19. Acil serviste ilaç uygulama hataları oluyorsa, sizce bunların neden/nedenleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir).**

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

**20. Acil serviste hasta düşme olayları oluyorsa, sizce bunların neden/nedenleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir).**

- ( ) Hastanın fiziksel durumu
- ( ) Hastanın aldığı ilaç tedavisi
- ( ) Sedyenin kenar parmaklıklarının kullanılmaması
- ( ) Bozuk sedyelerin kullanılması
- ( ) Islak zeminler

- Personelin dikkatsizliği
- Refakatçi olmaması
- Hastanın bilinç durumu
- Fiziksel ortamın dağınık olması
- Hemşire başına düşen hasta sayısı
- Diğer (belirtiniz):

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

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

**23. Daha önce ilaç hatası yaptınız mı? ( )Evet ( )Hayır**

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

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

**25. Cevabı evet ise bu ilaç hatasının nedeni**

## Ek 2 Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ)

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>					
<b>İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI</b>	<b>HİÇ (1)</b>	<b>ÇOK NADİR(2)</b>	<b>ZAMAN ZAMAN (3)</b>	<b>GENELLİKLE (4)</b>	<b>HER ZAMAN(5)</b>
ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum					
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum					
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım					
Okunmuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim					
ilaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
ilaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim					
ilacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
ilacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					
ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
ilaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim					
<b>HASTANE ENFEKSİYONLARI</b>	<b>HİÇ (1)</b>	<b>ÇOK NADİR(2)</b>	<b>ZAMAN ZAMAN (3)</b>	<b>GENELLİKLE (4)</b>	<b>HER ZAMAN(5)</b>
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim					
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim					
İnfüze edilen sıvıların					

hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
infüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm					
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					
<b>HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ</b>	<b>HİÇ (1)</b>	<b>ÇOK NADİR (2)</b>	<b>ZAMAN ZAMAN (3)</b>	<b>GENELLİKLE (4)</b>	<b>HER ZAMAN (5)</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 (1)</b>	<b>ÇOK NADİR(2)</b>	<b>ZAMAN ZAMAN (3)</b>	<b>GENELLİKLE (4)</b>	<b>HER ZAMAN(5)</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 (1)</b>	<b>ÇOK NADİR(2)</b>	<b>ZAMAN ZAMAN (3)</b>	<b>GENELLİKLE (4)</b>	<b>HER ZAMAN(5)</b>
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim					
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim					
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim					
Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim					
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım					

### Ek 3 Algılanan İş Stresi Anketi

Aşağıda iş hayatıyla ilgili bazı durumlar sıralanmıştır. Bu durumlarla ilgili olarak düşünceleriniz için size en uygun gelen kutucuğu işaretleyiniz.

	1-Hiçbir zaman	2-Ender olarak	3-Bazen	4-Sık sık	5-Hemen her zaman
1- Sorumluluklarınızı yerine getirmek için yeterli yetkinizin olmadığını hissediyor musunuz?					
2- İşinizin amacı ve taşıdığınız sorumluluklar konusunda tereddüte düşüymüşsünüz?					
3- İşinizde gelişme ve ilerleme konusunda sizin için varolan imkanlardan şüpheye düşüyor musunuz?					
4- Normal bir iş gününde bitirilemeyecek kadar ağır bir iş yükünüz olduğunu hissediyor musunuz?					
5- Çevrenizdeki kimselerin birbirleriyle çatışan taleplerini karşılayamayacağınızı düşünür müsünüz?					
6- İşinizin gerektirdiği eğitime tam olarak sahip olmadığınızı hissediyor musunuz?					
7-Amirlerinizin iş başarınız konusundaki değerlendirmelerini bilir misiniz?					
8- İşinizi yapmak için gerekli olan bilgileri elde etmek konusunda güçlüklerle karşılaşır mısınız?					
9- Tanıdığınız insanların hayatlarını etkileyecek kararlar konusunda endişe duyuyor musunuz?					
10-İşte, çevrenizdekiler tarafından hoşlanılmadığınızı ve kabul edilmediğinizi hissediyor musunuz?					
11- Amirinizin sizi etkileyen kararlar ve davranışlarını yönlendiremediğinizi hisseder misiniz?					
12- Birlikte çalıştığınız kimselerin sizden tam olarak ne beledikleri konusunda tereddüde düşer misiniz?					
13- Yapmak zorunda olduğunuz işin miktarının işinizin kalitesini olumsuz yönde etkilediğini düşünür müsünüz?					
14- Daha iyisinin nasıl yapılacağını bildiğiniz halde, işinizi bunun dışında yapmak zorunda kalır mısınız?					
15- İşinizin aile hayatınıza engel olduğunu hisseder misiniz?					



## Ek 5 Kurum İzni



,

## EK 6 Kurum İzni



## Ek 7 Kurum İzni Reddi



## **Ek 8 Kurum İzni Reddi 2**

## Ek 9 Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni



## Ek 10 Aydınlatılmış Onam Formu

### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

“Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri ve İş Stresi Arasındaki İlişki” adlı çalışma yüksek lisans tez çalışmasıdır. Bu araştırma hemşirelerin streslerinin tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmanın 28.10.2019-31.01.2020 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Anket yöntemi kullanılarak tanımlayıcı olarak yapılması planlanan çalışma da anketlerin geri dönüş oranının düşük olma riski söz konusu olduğu için örneklem seçilmeyerek tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmiştir. Anket soruları için sizden 15- 20 dakika ayırmanız beklenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Tıbbi araştırma hakkında yeterince bilgilendirilmiş olan gönüllünün onamının maddi ve manevi hiçbir baskı altında olmaksızın, tamamen özgür iradesi ile alınmasına özen gösterilir. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptiriniz.

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya dilgesen93@gmail.com adresinden ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

**Katılımcının:**

Adı-Soyadı:

İmzası:

**Araştırmacının:**

Adı-Soyadı:

İmzası

## 8. ÖZGEÇMİŞ

