



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**FARKLI BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
TIBBİ HATAYA İLİŞKİN TUTUMLARININ
İNCELENMESİ**

SELDA ALBAYRAK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ükke Karabacak

İSTANBUL-2021



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**FARKLI BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
TIBBİ HATAYA İLİŞKİN TUTUMLARININ
İNCELENMESİ**

SELDA ALBAYRAK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ükke Karabacak

İSTANBUL-2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının 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 haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01/06/2021

Selda Albayrak

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgilerini ve deneyimlerini her zaman paylaşan, bilimsel kimliğime şekil veren, titiz, sabırlı ve hoşgörülü yaklaşımıyla üzerimde büyük emeği olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Ükke Karabacak'a,

Veri toplama ve verilerin yorumlanması aşamasında desteğini esirgemeyen Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi çok değerli meslektaşım Sena Demir'e, Eğitim ve Gelişim Hemşiresi Ercan Yazıcı ve Emine Özelkan'a,

Hayatıma girdiği ilk andan beri varlığıyla ve sevgisiyle bana güç veren, araştırmam süresince sabırla, anlayışla hep daha iyi olmam için beni motive eden, hayat arkadaşım, değerli eşim Yakup Albayrak'a, şükür sebebim oğlum Arda Albayrak'a ve pek yakında aramızda olmasını beklediğimiz Tuna Albayrak'a, bu süre zarfında hep yanımda olan değerli çalışma arkadaşlarıma en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Sağlık Hizmetleri ve Hasta Güvenliği.....	6
2.2. Tıbbi Hata Kavramı.....	9
2.3. Tıbbi Hataların Nedenleri	14
2.4. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması (Tıbbi Hata Türleri)	17
2.4.1. İlaç hataları.....	18
2.4.2. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar	22
2.4.3. Hasta düşmeleri.....	24
2.4.3. Transfüzyon hataları.....	26
2.4.4. Cerrahi hatalar	26
2.4.5. Hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar	27
2.4.6. İletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar	28
2.4.7. Yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımı ve cihazlara bağlı hatalar ...	30
2.4.8. Hekimlerden kaynaklanan tıbbi hatalar (teşhis ve tedavi hataları)	30
2.5. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar	31
2.6. Tıbbi Hatalarda Tutum	34
2.7. Tıbbi Hataların Bildirimi.....	36
2.8. Tıbbi Hataların Sonuçları	40

2.9. Tıbbi Hatada Yasal Sorumluluk.....	42
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
3.1. Araştırmanın Türü.....	44
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	44
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	44
3.4. Veri Toplama Aracı.....	45
3.4.1. Sosyodemografik ve çalışma özellikleri soru formu.....	45
3.4.2. Tıbbi hatalarda tutum ölçeği.....	45
3.5. Verilerin Toplanması.....	46
3.6. Verilerin Analizi.....	47
3.7. Araştırma Etiği.....	47
3.8. Araştırmanın Uygulanması.....	48
3.9. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	48
4. BULGULAR.....	50
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	64
6. KAYNAKLAR.....	76
7. EKLER.....	84
EK 1. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Soru Formu.....	84
EK 2. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği.....	86
EK 3. Etik Kurul Onayı.....	87
EK 4. Aydınlatılmış Onam Formu.....	88
EK 5. Ölçek Kullanım İzin Bilgisi.....	89
EK 6. Kurum Onayı.....	90
9. ÖZGEÇMİŞ.....	91

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANA	: American Association of Nurses
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GRS	: Güvenlik Raporlama Sistemi
ICN	: Uluslar Arası Hemşireler Birliği
IOM	: İnstitute of Medicine
JCAHO	: Joint Commision on Accredition of Healthcare Organizations
JCI	: Joint Commission International
n	: Örneklem Sayısı
NPSF	: Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı
NSC	: Ulusal Güvenlik Konseyi
p	: İstatistiksel Olarak Anlamlılık Düzeyi
SPSS	: Stastiscial Package for Social Science
SS	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
THTÖ	: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği
TTB	: Türk Tabibler Birliği
%	: Yüzde

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımı (N=150)	50
Tablo 4.2. Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Tutumlarının Dağılımı	52
Tablo 4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hata Ölçeği Puan Ortalamaları (N=150)	53
Tablo 4.4. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Yaş Açısından İncelenmesi (N=150).....	54
Tablo 4.5. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Cinsiyet Açısından İncelenmesi	55
Tablo 4.6. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi	55
Tablo 4.7. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Puan Ortalamalarının Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi	56
Tablo 4.8. Tıbbi Hatalarda Tutumun Aynı Kurumdaki Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi	57
Tablo 4.9. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Çalışılan Birim Açısından İncelenmesi	58
Tablo 4.10. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Çalışma Şekli Açısından İncelenmesi	59
Tablo 4.11. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Aynı Birimde Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi	59
Tablo 4.12. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Haftalık Çalışma Saati Açısından İncelenmesi	60
Tablo 4.13. Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı Açısından İncelenmesi	61
Tablo 4.14. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının İş Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi	62
Tablo 4.15. Hemşirelerin Tıbbi Hata ile Karşılaşma Durumunun THTÖ ile Karşılaştırılması (N=150)	63

ÖZET

Araştırma, farklı birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin tutumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında; Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Soru Formu ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği kullanıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde, özel bir hastanenin farklı birimlerinde çalışan (N=154) hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmeden katılmayı kabul eden tüm hemşireler (114 kadın, 36 erkek) çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler SPSS 22.0 programı ile, bağımsız örneklem t-testi ve anova testi kullanılarak analiz edildi. Araştırmada hemşirelerin %72,7'si daha önce tıbbi hatayla karşılaşmış, %27,3'ü tıbbi hatayla karşılaşmamıştı. Çalışmadaki hemşirelerin %46,7'si lisans mezunudur. Hemşirelerin %62,7'si hataların bildirilmesinin hasta güvenliğini artırdığını, %57,3'ü hataların bildirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %52'sinin tıbbi hata ve nedenlerinin çalışanlarla açıkça tartışılması gerektiğini bildirmiştir. Hemşirelerin ölçek toplam ortalamasının $3,90 \pm 0,28$, tıbbi hata algısı ortalamasının $3,14 \pm 0,59$, tıbbi hataya yaklaşım ortalamasının $4,13 \pm 0,41$, tıbbi hata nedenleri ortalamasının $3,89 \pm 0,42$ olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ölçek toplam puanı, tıbbi hata yaklaşımı puan ortalamasından düşük bulunurken, tıbbi hata algısı ve tıbbi hata nedenleri puan ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur. Cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan servis, günlük bakım verilen hasta sayısı, meslekte çalışma süresi, aynı kurumda ve aynı birimde çalışma süresi, çalışma şekli, çalışma saati ile ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İş yaşam kalitesini farklı değerlendiren gruplar arasında tıbbi hata algısı ve tıbbi hata nedenleri açısından; önceden tıbbi hata ile karşılaşma durumu farklı gruplarla tıbbi hatalarda tutum ölçeği ve tıbbi hata yaklaşımı açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır. Araştırmanın geniş örneklem ile yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hasta Güvenliği, Hemşirelik, Hemşirelik Bakımı, Tıbbi Hatalar, Tutum

SUMMARY

Investigation of The Attitude of Nurses Working in Different Units Regarding Medical Failure

The research was carried out descriptively in order to examine the attitudes of nurses working in different units towards medical errors. In data collection; Sociodemographic and Study Characteristics Question Form and Attitude Scale in Medical Errors were used. The universe of the study consists of nurses (N = 154) working in different units of a private hospital in Istanbul. All nurses (114 Women, 36 Men) who agreed to participate without any sample selection were included in the study. The data were analyzed by using SPSS 22.0 program, independent sample t-test and anova test. In the study, 72.7 % of the nurses had experienced a medical error before, 27.3 % did not encounter a medical error. 46.7 % of the nurses in the study are undergraduate degrees. 62.7 % of the nurses stated that reporting the errors increased patient safety, 57.3 % stated that the errors should be reported. 52 % of the nurses stated that the medical errors and their reasons should be discussed openly with the employees. It was determined that the nurses' mean total scale of the scale was 3.90 ± 0.28 , the median perception of medical error was 3.14 ± 0.59 , the average approach to medical error was 4.13 ± 0.41 , and the average of the causes of medical error was 3.89 ± 0.42 . While the scale total score of the nurses, medical error approach mean scores were found to be low, the perception of medical error and the causes of medical error were found to be above the average score. There was no significant relationship between gender, educational status, the service served, the number of patients receiving daily care, the duration of work in the profession, the duration of work in the same institution and the same unit, the type of work, working hours and the scale total score average. In terms of perception of medical error and causes of medical error among the groups that evaluate the quality of work life differently; There is a significant difference in medical error attitude scale and medical error approach with different groups. It is recommended that the research be conducted with a large sample.

Keywords: Attitude, Medical Errors, Nursing, Nursing Care, Patient Safety

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Türkçe karşılığı yanlış, yanılığın olan hata kelimesi, istemeyerek ve kasıt olmadan yapılan kusur olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hata ya da hatalı uygulama, sağlık profesyonellerince hastaya sunulan hizmetin istenmeyen bir şekilde verilmesi ve kişinin zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır (1, 2, 3, 4, 5). The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Bakım Organizasyonları'nın Akreditasyonu'nda Birleşik Komisyonu/Joint Commission International-JCI) tarafından ise, sağlık hizmeti sunucusunun uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması ile ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi, olarak tanımlanmaktadır (2, 3, 5). Dünyanın her yerinde karşılabileceğimiz tıbbi hata terimi 'malpraktis' olarak bilinmektedir (6, 7, 8).

İnsan, yaşamının her döneminde sağlık hizmetine ihtiyaç duymaktadır. Sağlık hizmetinin her aşamasında tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliği öncelikleri arasındadır (6, 7, 8, 9, 10, 11). Her geçen yıl milyonlarca insan tıbbi hatalardan olumsuz etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda, Avustralya, Kanada, İngiltere, Almanya ve Yeni Zelanda dahil olmak üzere birçok ülkedeki hastalar istenmeyen tıbbi hatalar yaşadığını bildirmişlerdir. Tıbbi uygulama hataları, hizmeti veren kişinin bilgisizlik, deneyimsizlik ve ilgisizliğine bağlı olarak ortaya çıkıp, hastanın iyileşmesini geciktiren sağlığını bozup hastanede kalış süresini uzatan, mali açıdan kayıplara ve hastanın ölümüne sebep olabilmektedirler (2, 7, 9, 10). Tıbbi hataların, ABD'nin 1999 yılı raporunda, yılda 44000-98000 ölüm oranıyla önemli ölçüde mortaliteye sebep olduğu görülmektedir (2, 10, 11, 15). Tıbbi hatalar ayrıca; sağlık çalışanlarında motivasyon kaybına, hastada güvensizliğe ve sağlık durumunda azalmaya sebep olmaktadır.

Tıbbi hatalar tüm sağlık çalışanları açısından önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından, hasta bakımında direkt görev almaları, fonksiyonlarının çeşitli olması nedeniyle tıbbi hata yapma riski ile karşılaştıkları için önemli bir konudur (12, 13, 14, 16). Hemşirelik açısından tıbbi hataların, uygulama koşullarının yetersizliği, sağlık çalışanları arasında etkisiz iletişim, dikkatsizlik, tedbirsizlik, yorgunluk, eğitim ve deneyim eksikliği, prosedürlere uymamak, hasta güvenliği basamaklarını uygulamada eksiklik, doğru kayıt tutmama, hemşire yetersizliği ve kişi başına düşen hasta sayısının fazlalığı gibi sebeplerden kaynaklandığı bildirilmektedir (7, 10, 11, 13, 17, 18). Sağlık hizmetlerinde en sık karşılaşılan tıbbi hatalar genel olarak; ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koyma hatası, sistemsel hatalar ve diğer hatalar şeklinde sıralanmaktadır (11, 12, 13, 14, 19).

Hemşirenin sorumluluğunda olan ve en çok yaşanan tıbbi hatalardan ilaç hataları; insan kaynaklı ve sistem kaynaklı sebeplerin bir araya gelmesi ile meydana gelir. Eşer ve ark. hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına neden olan etkenlere baktıkları çalışmada; hemşirelerin ilaç hazırlama sırasında telefona bakmak zorunda kalmaları ve ilaç uygulama koşullarının uygun olmadığını belirlemişlerdir (4, 6, 17, 20, 21). İlaç uygulama, multidisipliner bir süreç olmasına rağmen, hemşireler en son uygulama sürecinde yer aldığı için ilaç hatalarında oldukça önemli bir role sahiptir (2, 4, 5, 6). ABD ve Avrupa Birliğinde ilaç hatalarının mortalite hızının trafik kazaları, AIDS ve meme kanserinden daha fazla olduğu belirtilmektedir (16, 19, 20, 21). ABD İlaç Hatalarını Rapor Etme ve nleme Koordinasyon Konseyi ilaç hatasını, “hastanın uygun olmayan ilaçtan zarar görmesine sebep olan, sağlık çalışanının ve hastanın kontrolünde olan önlenebilir bir durum” olarak tanımlar (18, 19, 20, 21). İngiltere’de her yıl milyonlarca kişiye yanlış taraf cerrahisi ve hasta kimliğinin tanımlanması ile ilgili olmak üzere yaklaşık 128000 tıbbi hata olduğu belirtilmektedir (6). Hemşireler hasta bakımının her alanında hasta güvenliği ile ie içedir bu yüzden de hasta güvenliğini sağlamak ve sürdürme konusunda önemli bir konumdadır. Hastaların ve diğer hizmet sunucularının riskin azaltılması hakkında bilgilendirilmesi ve istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirenin sorumlulukları arasındadır (14, 15, 16). Hatayı tanımlayan raporu hazırlamak ve

kuruma rapor etmek açısından da etik ve profesyonel bir sorumluluk taşımaktadır. Tıbbi hataların nedenlerinin belirlenmesindeki en büyük engel çalışanların ceza alma korkusudur (18, 19, 20).

Yapılan hatalara bakıldığında, çoğunlukla hemşire ve hekim kaynaklı olduğu düşünüldüğünden, hataların önlenmesi, tıbbi hatalar ve korunma ile ilgili bilgilendirilmeleri, sorumluluk almaları ve rapor edilmesi hakkında eğitim verilmesi gerekmektedir. Sağlık bakım ekibinin en önemli üyesi olan hemşirelerin tutum ve davranışları çok önemlidir. Tıbbi hatalar ile ilgili görüş ve önerilerin belirlenmesi, deneyimlerin paylaşılması ve rapor edilmesi gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, farklı birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Tıbbi hataya neden olan faktörler nelerdir?
2. Hemşirelerin tıbbi hata yapmaya ilişkin tutumları nelerdir?
3. Hemşirelerin kişisel özellikleri ile tıbbi hataya ilişkin tutumları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri ve Hasta Güvenliği

Günümüzde sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık hal alması, değişen ve gelişen sağlık ihtiyaçları ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, artan talepler ve hasta şikayetleri, beraberinde hizmet sunucularını ve alıcılarını etkileyen risk faktörlerini getirmesiyle hasta güvenliğinin önemini artırmaktadır. Hasta güvenliği bütün sağlık kurumlarının öncelikli ve vazgeçilmez koşuludur (1, 2, 3, 4, 7, 24).

Sağlık hizmeti topluma fayda sağlamak için var olmuştur ve temel amacı hastanın ihtiyacı olan hizmeti, onun istediği şekilde, ihtiyacı doğrultusunda ve mümkün olan en düşük maliyette sunmaktır (1). Aynı amaca hizmet eden birden fazla personelin varlığı, hizmet ile ilgili süreçlerdeki karmaşıklıklar, teknolojik gelişmeler istenmeyen olay ve hataları beraberinde getirmiştir (1, 7).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetinin sunumu sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek tıbbi hataların ve bu hataların neden olduğu zararların önlenmesi amacıyla sağlık kuruluşları ve çalışanları tarafından alınması gereken önlemlerin, tamamı olarak tanımlanmaktadır (1, 2, 3, 4, 12, 16, 24, 25, 37, 38, 39).

Hastaların tedavisinde temel ilke Hipokratın milattan önce 400' lerde söylediği gibi önce zarar verme (primum non nocere-first do no harm) ilkesidir (2, 20, 36). Hasta güvenliğinin geçmişi Hammurabi yasalarına kadar dayanan bir konudur (47). Yunan tıbbında da “*önce zarar verme- first, do no harm*” kuralıyla yer almaktadır. Günümüzde, The Institute of Medicine (IOM) hasta güvenliğini “*hastalara olan zararın önlenmesi*” olarak tanımlarken (25, 31, 39) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

hasta güvenliğini, “sağlık bakımıyla ilişkili hastaları etkileyen hataların ve advers olayların önlenmesi” (33) olarak tanımlamaktadır (4, 25, 37, 31, 33).

Florence Nightingale 1863 yılında bir hastanenin hastalarına karşı en büyük sorumluluğunun ona zarar vermemek olduğunu belirtmiştir (Nightingale 1863). ICN hasta güvenliğini; “sağlık hizmeti profesyonellerinin işe alınması, işte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonların kontrolü, ilaç ve ekipmanın güvenli kullanımı, risk analizi, çevre güvenliği ve güvenli klinik uygulamalar gibi güvenli bakım ortamının gelişimini destekleyecek alt yapıya odaklanan entegre bir bilimsel bilgi topluluğu” olarak tanımlamaktadır (1, 8, 32, 41).

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon çalışmalarının yangınlaşmasını sağlayarak hasta güvenliği kavramını sağlık çalışanları tarafından konuşulur hale getirmiştir (40, 42). Sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile birlikte, sağlık hizmetlerinde özelleştirme çalışmaları hızlanmış ve hastalar haklarını öğrendikçe hasta güvenliği kavramı öne çıkan konulardan birisi olmuştur (40, 42).

Sağlık bakım hizmetlerindeki güvenli sistem hastayı, ailesini, çevresini ve sağlık sunucularını, sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında tıbbi hataların ve etkilerinin önlenmesi ve farkındalıkların artmasını sağlarken; etkili olmayan zararlı olabilecek hizmetleri vermemek, gerek fiziksel gerekse psikolojik açıdan beklenen faydayı sağlayan tedavi ve hizmeti vermek olarak tanımlanan hasta güvenliğinin vazgeçilmez ve öncelikli kalite yaklaşımıdır (1, 2, 3, 4, 12, 24, 25, 33, 39, 47).

Sağlık çalışanlarının zaman zaman sağlık hizmeti verirken tıbbi hatalara neden oldukları görülmektedir; ancak bu hataları sifira indirmek mümkün olmasa da hastanelerde hasta güvenliği kültürünü yerleştirip geliştirilmesini sağlamak

mümkündür (2, 3, 4, 25, 34, 38, 39, 41, 42, 45, 46). Bu kültürün oluşması için sağlık profesyonellerinin iyi eğitim almış olması ve hasta güvenliği ile ilgili algı ve tutumlarının iyi belirlenmiş olması önerilmektedir (34, 38, 42, 45, 46).

Yapılan çalışmalar hastaların önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle zarar gördüğünü belirtmesi, tıbbi hataların hasta güvenliğini tehdit eden ciddi bir kamu sağlığı problemi olduğunu göstermektedir (1, 16, 17, 24). Institute of Medicine (IOM) raporuna göre, ABD’ de her yıl 98000 kişinin tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan rapora göre, tıbbi hataların beşinci ölüm nedeni olduğu, hastanelerde yapılan tıbbi hatalardan kaybedilen insan sayısının, AIDS, meme kanseri ve araba kazalarında hayatını kaybedenlerden fazla olduğu görülmüştür (1, 16, 17, 24, 44, 46, 47). Dünya Sağlık Örgütüne göre her 10 hastadan biri tıbbi hatalar nedeni ile ciddi bir şekilde zarar görmektedir (WHO, 2014). Hasta güvenliği ile ilgili olaylar hastanede yatan hastalar için, ciddi yaralanmalara, kalış süresinin uzamasına ve maliyetin artmasına, ciddi yaralanmalara, sakatlığa ve hatta ölümüne sebep olabilmektedir (25, 41, 43). Bu durum tıbbi hataların boyutunun ne kadar büyük olduğunu göstermektedir (41, 43).

Hemşireliğin en önemli etik ilkelerinden birisi zarar vermemek yarar sağlamaktır (18, 41). Tıbbi hataların tüm sağlık profesyonellerini ilgilendiren önemli bir konudur ancak; ekibin vazgeçilmesi üyesi olan, sayıca fazla olması ile geniş bir yer tutan, hasta ile en çok zaman geçiren ve sürekli olarak tüm bakım süreçlerinden sorumlu olan hemşireler bakımın her aşamasında hasta güvenliği ile iç içedir (16, 35, 41, 45, 46, 48).

Sağlık hizmeti sunumunda hemşirelik bakımı ile ilgili hasta güvenliğini olumsuz etkileyen sıklıkla karşımıza çıkan faktörler mevcuttur (4, 39, 41). Bunlar ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz hasta izlemi, yanlış hasta kayıt bilgisinin girilmesi, bilgilendirme eksikliği, iletişim ve malzeme kullanımına bağlı hatalardır

(4, 39, 43, 45). Bu yüzden hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi düzeylerinin yükseltilmesi, sürekli eğitimlerle desteklenmesi verilen bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini artırmak için oldukça önemlidir (45). Hasta güvenliğini geliştiren ve hatalardan öğrenmeyi sağlayan bilgi ve beceri eğitimle kazanılabilir (25, 34, 35, 40, 41).

Yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hemde hastaları olumsuz etkilemektedir (1, 2, 32, 30, 33) Hasta güvenliği çalışmalarının başarıya ulaşabilmesi için, süreçlerdeki basit hataların hasta ve sağlık çalışanına zarar vermeden belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemlerin alınması, hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıracak, suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir iletişim şeklinin sağlanması ile mümkündür (1, 4, 32, 31, 33, 37, 48).

2.2. Tıbbi Hata Kavramı

İnsanın doğası gereği hata yapması kaçınılmazdır. Sağlık bakımın karmaşık yapısı, sağlık hizmeti sırasında bazı tıbbi hatalar yaşanmakta ve bu hatalara bağlı yaralanma, sakatlık ve hatta ölüm gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (1, 19). Bununla birlikte tıbbi hata, sağlık hizmeti sunumunda, altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bakılmaksızın gelişen hasar şeklinde tanımlanmaktadır (6). IOM un yayınladığı rapora göre tıbbi hatalar sağlık hizmetlerinde kalite sorunudur ve tıbbi hataların boyutunun yüksek olduğunu ortaya koymuştur (1, 4).

Tıbbi hata, hastalığın takip ve tedavisinin yönetimi ve alta yatan hastalıktan çok sağlık bakım profesyonellerine bağlı gelişen zarar yada yaralanmadır (5, 6, 8, 9, 30).

Türkçe karşılığı yanlış ya da yanılığın olan “hata” istemeyerek, bilmeden ve kasıt olmadan yapılan kusur olarak belirtilmektedir (11, 13, 29).

Tıbbi hata kavramının kökeni çok eskilere dayanmaktadır. Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) tıbbi hata kavramını “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamıştır (1, 4, 5, 8, 9, 17, 19). Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (NPSF) tıbbi hatayı “Hastaya sunulan sağlık hizmeti esnasında bir aksamanın neden olduğu kasıtsız beklenilmeyen sonuçlar” şeklinde tanımlamıştır (12, 19). Uluslararası Tıp Enstitüsü tıbbi hatayı “planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması” olarak tanımlamıştır (1, 6, 8, 17, 42). Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından tıbbi hata, “bakım sırasında hastalara zarar verebilme potansiyeli yüksek ya da zarar vermeye sebep olan hatalar” olarak tanımlarken (17), Türk Dil Kurumu tıbbi hatayı, özen göstermeksizin ya da yanlış uygulanan tedavi sonucu meydana gelen, görevi kötüye kullanma anlamı içeren hukuki durum’ olarak tanımlamıştır.

Dünyanın her yerinde karşılaşılabileceğimiz tıbbi hata kavramı malpraktis olarak da tanımlanmaktadır ve Türkçeye de bu şekilde yerleşmiştir (6, 14, 20). Türkçeye çevrilmiş dahi olsa tam karşılığı olup olmadığı ile ilgili tartışmalar devam etmektedir (20, 29). Malpraktis, Latince kökenli ‘Male’ ve ‘Praxis’ kelimelerinden türemiş olup, “kötü, hatalı uygulama” anlamına gelmektedir (6, 8, 21, 23, 30). Dünya tabipler birliği ise Malpraktisi “Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlamıştır (4, 20, 29, 32).

Malpraktis, teşhis tedavi bakım ve sonrası hekim ve diğer sağlık personelinin sorumluluğunda gelişen hastanın hayatını ve sağlığını direk etkileyen, istenmeyen olaylardır (21, 23, 27, 30).

Tıbbi hata ve malpraktis arasında ilişkiye bakıldığında; ihmal ve yanlış uygulama sonucunda hastada zarar meydana gelse de gelmese de bu durum tıbbi hatadır (45, 52). Sağlık çalışanının her yaptığı hata sonucu hastada zarar meydana gelmeyebilir (29, 52) ancak; malpraktiste muhakkak hastada zarar gelişmesi beklenmektedir (14, 21, 23, 29). Bu durum, malpraktisin bir tıbbi hata olduğunu ancak; zarar oluşmadığı için malpraktis sayılmayan tıbbi hataların da olduğunu belirtmiştir (20, 21). Malpraktiste oluşan zarar, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne, uzuv kaybı, şiddetli ağrı, psikolojik bozukluk ve maddi kayıp gibi artırabileceğimiz durumlarla sonuçlanmaktadır. Tıbbi hatalar hastaya tanı koyarken, ilaç uygulama sürecinde ve cerrahi uygulamalarda meydana gelmektedir (18, 29, 30).

Malpraktis kapsamına giren hatalar, bulguların atlanması, tetkiklerin eksik yorumlanmasına bağlı yanlış teşhis, hastaya tedavisinin uygulanmaması, ilaç tedavisi ve operasyon sırasında yanlış ilaç uygulama, enfeksiyonlar, yanlış taraf cerrahisi, hasta düşmesi, cihaz desteğinin yanlış zamanda kesilmesi, hastaya taburculuk eğitiminin eksik verilmesine kadar tıbbi bakımın her aşamasında, tüm meslek üyelerinin, mesleki sorumluluklarını olması gerektiği şekilde yerine getirmemesi sonucu oluşabilecek tıbbi kusur ve hataları kapsamaktadır (5, 6, 14, 21, 27).

Hatalı tıbbi uygulama; sağlık profesyonelinin uygun ve etik olmayan davranışta bulunması (1, 4, 15, 18, 28, 35, 49), dikkatsizlik, ilgisizlik, deneyim ve bilgi eksikliği ile tıbbi uygulamalarda ihmalkar davranıp gerekli hizmeti ve bakımı yapmaması, eksik yada yanlış yapması, yapmaması gereken bir uygulamayı yapması (5, 6, 7, 11,

14, 20, 23, 43, 49), amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması nedeniyle bakım sürecinden sapma olarak tanımlanmıştır (20, 26, 29, 37, 50). Hatalı uygulama kullanılan teknolojik sebeplere bağlı olarak da ortaya çıkan, hastanın hastanede yatış süresini uzatan, hastanın, ciddi, fiziksel ve psikolojik açıdan sağlığını bozarak hatalı ve kötü uygulamalarından hizmeti alan hastanın zarar görmesine, iyileşmenin gecikmesine sebep olmaktadır (1, 4, 5, 6, 8, 11, 13, 15, 17, 18, 20). Türkiyede bu konu son 10 yılda çeşitli boyutlarıyla tartışılmaya başlanmış ve çözüm arayışlarına başlanmıştır (27).

Gelişen yaralanma yada zarar, mevcut tanı ve altta yatan nedenlerden çok sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanmaktadır (4, 13, 16, 23, 30). Tıbbi hatalar, yalnızca kişilerden kaynaklanıyor gibi görünse de; bu sorununun temelde kurum çalışanları arası iletişim eksikliği, elektronik hasta kaydı bilgisayar sistemi gibi teknolojinin yeterince kullanılmaması ve sistemsel sorunlardan kaynaklandığı belirtilmiştir (4, 6, 11, 14, 25, 29).

Tıbbi hatalar tıbbi uygulamaların kaçınılmaz bir parçasıdır ve tüm hastanelerin yaklaşık %2 sinde görülmektedir (6). Yapılan çalışmalar, hastaların önlenebilir hatalardan dolayı zarar görerek yaşamını etkilediğini ve bu hataların sürekli tekrar edildiğini göstermektedir (7, 15, 20, 24). Her yıl ABD genelinde 44000-98000 kişi önlenebilir hatalar nedeni ile hayatını kaybetmektedir (4, 6, 7, 8, 14, 26, 33, 42) ve tıbbi hataya bağlı ölüm nedeni üçüncü sırada yer almaktadır (12, 13, 14, 16, 17, 35). Tıbbi hatalara bağlı ölümlerin trafik kazaları, meme kanseri ve AIDS ten önce geldiği bildirilmektedir (1, 4, 5, 6, 8, 17, 29). Almanyada ise her yıl 100.000 tıbbi hata meydana gelmekte ve bu hatalar sonucu 25.000 kişinin hayatını kaybettiği belirtilmiştir (8, 9). Dünya Sağlık Örgütü hastaneye yatışların %8 ile %12' sinin tıbbi hatalar ve sağlıkla ilgili olumsuz durumlardan gerçekleştiğini bildirmiştir (26).

Tıbbi hatalar ve yan etkiler konusunda 1991 yılında yapılan ve en iyi çalışma olan Harvard Practice Study, New York Eyaleti'nde ki başvuruların %3,7 sinde hastaya zarar veren hata olduğunu ve bunların çoğunluğunun önlenbilir olduğunu göstermiştir (27, 30). ABD de yapılan çalışmalar tıbbi hataların artarak devam ettiğini göstermektedir. Gelişen teknoloji eğitimdeki değişimlere rağmen bu artış sorunun ne kadar büyük olduğunu göstermektedir (42).

Ülkemizde tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemekle birlikte dünya ülkeleri ile benzerlik göstermektedir (4, 6, 7, 8, 35, 49). Türkiyede 2010 yılında yapılan bir çalışmada sağlık personelinin tıbbi hata yapma oranını % 6.2 olarak belirlerken, hatalara tanık olma oranını %10.4 olarak belirlemiştir. Başka bir çalışmada ise, toplumdaki bireylerin % 22' sinin ise herhangi bir tıbbi hataya maruz kalabileceği belirtilmiştir (6).

Tansüyer' in yaptığı bir araştırmada, hekimlerin % 65,2 oranıyla hemşirelerden (% 12,2) daha fazla tıbbi hata yaptıklarını belirtmiştir (7). Tıbbi hatalar ile ilgili değerlendirmeler Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu tarafından değerlendirilmektedir (4, 5, 8). Şura' da 1931-2004 yılları arasından incelenen yaklaşık 10 bin dosyada sağlık personeli az ya da çok kusurlu bulunmuştur (8, 26, 35).

Günümüzde tıbbi hatalar her geçen gün büyüyen önemli bir sorun ve endişe olmanın yanısıra ciddi bir halk sağlığı sorununu olarak hasta güvenliği için önemli bir tehdit oluşturmaktadır (6, 8, 17, 26). Hasta güvenliğinin sağlanmasında ve sağlık hizmetinin her aşamasında tıbbi hataların önlenmesi temel uygulamalar arasındadır.

2.3. Tıbbi Hataların Nedenleri

Hata insan doğasına özgü de olsa, bilgi ve deneyim eksikliğinden kaynaklanan hasta ve sağlık çalışanı açısından istenmeyen durumlardır (10, 32). Hastanelerde tıbbi hatalara bağlı hiç zarar olmaması mümkün değildir ancak; tıbbi hataların zamanında saptanması ve önlenmesi için nedenlerinin ortaya çıkarılması şarttır (8, 33). Tıbbi hataların bazı nedenleri, hastaya uygulanan işlemi yanlış yapmak ya da doğru işlemi yapmaktan kaynaklanabilir (29, 44).

Yapılan çalışmalar hastaların kişisel ya da sistemsel düzeyde zarar gördüğünü belirtmektedir (10, 52, 68). Adams ve Garber'a (2007) göre tıbbi hataların insan ve sistem olmak üzere iki temel nedeni vardır. İnsan kaynaklı hatalar birey kaynaklı olsa da asıl sorun sistemin yetersiz kullanımına bağlı ortaya çıkan insan faktörlü hatalardır (10, 42, 52). Sistem hataları insan hatalarının önüne geçebilmektedir (4, 7, 20, 25, 29, 30, 33, 37, 41, 44, 47, 52) çünkü, küçük bir sistem hatası büyük sorunlar doğurabilmektedir (4, 5, 7, 10, 20, 25). İnsan kaynaklı hatalar incelendiğinde sadece % 1 yetersiz personele bağlıyken, geri kalan % 99 'unun ise iyi niyetle işini yapan başarılı kişilerden oluşmakta olduğu gözlenmiştir. İnsan kaynaklı yaklaşım, bireylerin hatalarına odaklanarak onları unutkanlık, tartışmacı kişilik, dikkatsizlik ve ahlaki başarısızlıkla suçlarken, sistem yaklaşımına göre en iyi organizasyonlarda bile insanların yanılabilir olabileceğini göstermektedir (6, 29, 37, 41, 52). Ülkemizde 200 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada, çalışanlara tıbbi hata nedenleri sorulmuş ve %75,5' i hataların sistem kaynaklı olduğunu ve bireysel olmadığını belirmişlerdir (20, 37).

Tıbbi hataların kök nedenlerine bakıldığında; bireysel faktörlerden çok sistemsel olduğu, alt yapı ile ilgili teknik nedenler ve insan gücü yetersizliğinden kaynaklandığı görülmektedir (33, 47).

Akalın' a göre tıbbi hatalar insana ve kuruma bağılı olarak ortaya çıkmaktadır (33, 47, 52). Genel olarak bakıldığında tıbbi hatalar; insan, kurumsal ve teknik faktörler (8, 10, 17, 23, 37, 41, 54) olmak üzere üç nedene bağılı olarak ortaya çıkabilmektedir (4, 5, 6, 10, 20, 29, 35). Bireysel nedenlerin başında; yorgunluk, dikkatsizlik, mesleki bilgi ve deneyim eksikliği, eğitim yetersizliği, iletişim sorunları, tartışmacı kişilik, yanlış karar verme, gerekli özeni göstermeme, yasa ve yönetmeliklere uymama, önlem almama, zamansızlık, gibi nedenleri içermektedir (4, 5, 6, 7, 8, 17, 21, 23, 25, 29, 41). Yargıya ulaşan tıbbi hataların büyük bir çoğunluğunun da bireysel hatalardan kaynaklandığı belirtilmiştir (5).

Tıbbi hatalarla ilgili yapılan bir araştırmada; hataların % 62.1' inin bilgi eksikliği-meslekte acemilik, % 19.2' sinin tedbirsizlik, % 17.4' ünün yanlış tedavi, % 11.6' sının dikkatsizlik, % 10.5' inin yanlış tanı ve % 8.7' sinin de yanlış ilaç uygulamaları gibi kişiden kaynaklı hatalar sonucu ortaya çıktığı belirtilmiştir (5). Ankarada yapılan bir çalışmada, katılımcıların % 69,3' ünün tıbbi hataların iletişim eksikliğinden kaynaklandığını ortaya çıkarmıştır (33).

Hataları önlemede kişisel yaklaşım yerine hasta güvenliğini etkileyen yorgunluk, dikkatsizlik, ekipman eksikliği ve sistem dizaynı gibi faktörleri bütünüyle ele alan bir sistemsel yaklaşıma gidilmesi gerekmektedir (41, 44, 47). Burada ki amaç, hata ortaya çıktığında izleme mekanizmalarını oluşturarak zararın hastaya en az seviyede ulaşmasını sağlamaktır (47).

Kurumsal faktörlerde ise, yönetimden kaynaklanan sorunlar, maliyet, sağlık kurumunun idari ve iş yeri yapısı, benimsenen yanlış politika ve prosedürler, idari finansal yapı, liderlik, geri bildirim eksikliği, hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması, personelin yetersiz olması ve yanlış dağılımı ve sorunlara karşı yetersiz çözümler kurumsal kaynaklı hataya sebep olabilmektedir (4, 5, 7, 8, 10, 17, 23, 25, 29, 41, 52).

Teknik faktörlere bakıldığında ise; yetersiz otomasyon, yetersiz ya da eksik cihaz, karar verme destek eksikliği ve bilgi sistemlerinin yetersizliği vb. şekilde ortaya çıkmaktadır (4, 5, 6, 8, 17, 23, 25, 29, 41).

Sağlık sistemlerinin karmaşık olması ve ele alınan konuların çeşitliği ve bağlantılarının fazlalığı nedeniyle, sağlık ile ilgili sorunların insan, örgüt ve teknoloji gibi çok sayıda bileşenden oluşan bütüncül yaklaşım ile ele alınması gerekmektedir (10, 20, 37). Bu durumda sadece olaylar ve hata değil olayların içinde bulunduğu ilişki süreci de bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Çünkü hataların tekrar edilme olasılığı yüksektir (37). Bireysel kusurlara odaklanıp sistemsel yaklaşımdan uzaklaşıldığında diğer iyileştirici faaliyetler yetersiz olacaktır (37). Geçerliliği kalmayan bazı uygulamalara devam edilmesi ve bilgilerin güncel verilere uyarlanmaması hata yapma olasılığını yükseltmektedir (10).

Ülkemizde tıbbi hata nedenleri incelendiğinde, çalışan sağlık personeli sayısının azlığı, iş yükünün fazla olması, nitelikli çalışan sayısının azlığı, sağlık personeline görevi dışı işler verilmesi, stres, tükenmişlik duygusu, yorgunluk, vardiyalı çalışma planı ve çalışma sürelerinin uzun olması, hasta sayısının fazla olması, iletişim eksikliği, olumsuz fiziksel ortam, yöneticilerden memnun olunmaması gibi nedenlerle tıbbi hata yaptıkları belirtilmektedir (5, 4, 10, 27, 32, 33, 41, 54). Bunlarla birlikte doktor direktiflerinin anlaşılabilmesi (yazının veya dilin okunaklı olmaması), mesleğin sevilmemesi, hataları önleyici sistem olmaması, hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik kaydedilmesi, unutulması ya da düzenli olmaması gibi durumlar da tıbbi hataya neden olan faktörler olarak görülmektedir (13, 17, 18).

Hemşirelerin yaptığı tıbbi hata nedenlerine bakıldığında; hemşire sayısının yetersizliği (37), hemşirelerin çalışma saatlerinin ve iş yükünün fazla olması, vardiyalı sisteme bağlı yorgunluk, tükenmişlik, dikkat eksikliği, olumsuz çalışma koşulları, iş stresi, hasta sayısının fazla olması, hastanın tedavi ve bakım süreci ile

ilgili bilgilerin eksik bilinmesi, meslekte acemilik ve tecrübesizlik, mesleğin sevilmemesi, tedbirsizlik, eğitim düzeyinin düşük olması, gereken özeni göstermeme ve yönetmeliklere uymama olarak belirlenmiştir (4, 5, 8, 13, 17, 35, 41).

Tıbbi hatalarla ilgili görüş ve deneyimlerin paylaşılması, bireylerin çalıştıkları koşulların iyileştirilmesi, hatalara karşı dirençli sistemler oluşturulması, hataların kök nedenlerinin doğru belirlenip gerekli önlemlerin alınması ile hata yapma olasılığı azalacaktır (11, 20, 37).

2.4. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması (Tıbbi Hata Türleri)

Günümüzde sağlık bakım sisteminin karmaşıklığı nedeniyle tıbbi hatalar yaşanmaktadır ve tedavinin gecikmesi, yaralanma, sakatlık hatta ölümlerle sonuçlanarak hastaların zarar görmesine neden olmaktadır (8, 54). Bu hatalar genel olarak, insan ve teknolojik hatalar ve bunların oluşturduğu bütün sistemden kaynaklanmaktadır (4, 8).

Tıbbi hatalar kök neden ve hata türü açısından 2 farklı şekilde sınıflandırılır (4, 7, 19, 20, 23, 24, 54, 58).

Kök nedenlerine göre; işleme bağlı (yanlış işlem yapma), ihmale bağlı (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya (doğru işlemi yanlış uygulama) bağlı hatalar olarak 3 grup şeklindedir (4, 7, 19, 20, 23, 24, 32, 49, 52, 54).

Hata türü açısından; ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koyma hataları, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar olarak 5 grupta sınıflandırılmıştır (4, 7, 20, 23, 24, 32, 52, 54, 68).

Hemşirelik mesleği ile ilgili tıbbi hatalara bakıldığında; bakım sürecini uygulama ve izleme yetersizliği, kayıt tutma yetersizliği, değerlendirme ve izlem yetersizliği, iletişimsizlik, hasta güvenliği ile ilgili girişimlerin yetersizliği şeklindedir (4, 13, 24, 19).

Sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilen tıbbi hatalar genel olarak; teşhis tanı hatası, tedavi hataları, ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar, kan transfüzyonları, basınç yaralanmaları, düşmeler, cerrahi hatalar, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar, yanlış malzeme kullanımına bağlı hatalar şeklinde sıralanabilir (8, 10, 12, 13, 21, 22, 23, 49, 68).

Sağlık hizmeti sunumu sırasında ortaya çıkan olumsuz sonuçlar incelendiğinde bunların çoğunun önlenabilir yapıda olduğu görülmektedir. Eskiden olduğu gibi günümüzde de hemşirelerin istenmeyen hata ve ölümleri önlemede önemli görevleri vardır (40).

2.4.1. İlaç hataları

Tıbbi tedavi hizmetlerinin taşıdığı riskler sonucunda tıbbi hatalar ortaya (WHO 2020) çıkmaktadır. İlaç hataları, tıbbi hatalar arasında hasta güvenliğini ve sağlığını tehdit eden, literatürde sıklıkla üzerinde durulan, en yaygın tipte hatadır (4, 6, 10, 50, 56, 32, 57, 58, 59, 62, 65). ABD İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Merkezi ilaç hatasını “*Sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin*

kontrolünde olmasına rağmen hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenbilir bir olay” olarak tanımlamıştır (4, 8, 10, 13, 49, 55, 56, 57, 59). JCAHO raporunda istenmeyen olaylar sıralamasında ilaç hatalarını 4.sıraya koymuştur (56). ABD ve tüm Avrupa Birliği ülkeleri ilaç hatalarını en önemli sağlık sorunu olarak kabul etmiştir (58). ABD ilaç hatalarından kaynaklı mortalite hızı, trafik kazaları, meme kanseri ve AIDS’ten önce geldiğini belirtmiştir (58, 65). IOM’ un yayımladığı raporda, JCI hedefleri arasında yer alan ilaç güvenliğinin sağlanması önemli bir yer tutmaktadır (49).

İlaç uygulama süreci, hekimin hastayı muayenesinden sonra ilaç istemi yapmasıyla başlar, ilacın eczacı tarafından karşılanması, hemşire, hekim, hastanın kendisi ve ya yakınları tarafından uygulanması ve hemşire kaydının yapılması ve etkisinin izlenmesi ile sonlanır (4, 8, 10, 54, 58, 59, 61, 68). İlaç uygulamaları bir çok sağlık disiplini ilgilendiren multidisipliner bir süreçtir ancak; hemşireler uygulayıcı olarak yer aldıkları için ilacın doğru uygulama sorumluluğu hemşireye aittir (4, 5, 8, 10, 13, 54, 56, 57, 60, 61, 65). Saygın ve Keklik’ in tıbbi hatalara yönelik yaptığı çalışmada en sık karşılaşılan hatanın % 35 olarak ilaç hatası olduğunu ve hataların da birincil sebebinin hekimin ilgisiz oluşuna bağlamıştır (49).

İlaç uygulaması, hastanın iyileşme sürecini de içine alan tedavi ve bakımın önemli bir parçasıdır (5, 10). Hemşirenin en önemli mesleki sorumluluğu olan ilaç uygulamalarının güvenli bir şekilde yerine getirilmesi hemşirelik bakımının en önemli ve hayati süreçlerindedir (5, 10, 57, 58, 59, 60, 67). İlaç uygulama hatalarının azaltılması ve önlenmesinde de önemli bir role sahiptirler (55, 56, 59, 60, 61, 65).

Hastanın doğru ilacı aldığından emin olmak tedavisi için oldukça önemlidir (65). Burada hemşireden beklenen, güvenli ve etkili ilaç uygulamasının gerçekleşmesidir. Bunun için; doğru ilacı doğru dozda ve zamanda hazırlaması, kontrol etmesi, doğru

hastaya, doğru yolla uygulaması, ilaç hakkında farmakolojik olarak bilgi sahibi olması, tedavinin etkisini izlemesi ve yan etkilerini bildirmesi, gereken önlemlerin alınmasında karar verecek düzeyde olması, hastasını da ilaç tedavisi hakkında bilgilendirmesi ve aldığı önlem ve sorumlulukları ile ilaç hatalarını önleyebilmesi gerekmektedir (4, 6, 8, 54, 58, 59, 60, 61).

Hemşire kaynaklı ilaç uygulama hataları; yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış uygulama yolu, yanlış hasta, yanlış uygulama zamanı gibi en çok bilinen beş doğruya ilişkin hatalardır (4, 5, 6, 10, 40, 59, 61). Bunun yanısıra ilacı hiç vermemek, uygulanan ilacı kayıt altına almamak ve ilacın hastada ki etkisini gözlemlememek, tedaviye geç başlanması, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşiminin bilinmemesi de ilaç uygulama hataları arasında yer almaktadır (6, 33, 58, 59).

Hastanın hayatını tehlikeye atan, yanlış tedavi almasına neden olan ilaç hatalarının (yanlış doz, yanlış ilaç ve yanlış uygulama) genellikle hemşirelerle ilgili olduğunu öne sürmektedir (12, 50, 55, 58, 59, 60, 62). “The Harvard Medical Practice Study” hastanelerde karşılaşılan tıbbi hataların % 19.4 ‘ünün ilaç uygulama hatalarından kaynaklandığını raporlamıştır.

İlaç hataları, ilaç uygulama sürecinin her aşamasında sorumluluğu olan, üretici, eczacı, hekim, hemşire ve hasta tarafından gerçekleşmektedir. İlaç istemi ve reçetelenmesi sırasındaki hatalardan hekimler, ilacın hazırlanması, uygulanması ve etkisinin izlenmesi aşamasındaki hatalardan hemşireler sorumludur (4, 49, 57, 58, 59, 61, 64, 65). Ayrıca başka bir çalışmada hemşirelerin doktor ve eczacılıktan kaynaklanan hataları hastaya herhangi bir zarar vermeden % 86 'ya kadar önleyebileceği öne sürülmüştür (50, 64). İlaç hatalarının nedeni hasta, doktor ve ya hemşire olsa da ilaç uygulanması sırasında meydana geldiği için genellikle hatadan hemşire sorumlu tutulmaktadır (57, 58, 59, 62, 64, 65).

Çırpı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada karşılaşılan meslek hataları arasında ilaç hataları % 47 ile birinci sırada olmuştur (8, 19, 49, 52, 59). Hemşirelerin en çok karşılaştıkları tıbbi hatalar arasında da % 56,1 ile ilaç hatası olduğu tespit edilmiştir (8, 58, 59, 60).

İlaç uygulamalarının % 28' inde ilaç reaksiyonu görüldüğü ve bunun da % 42' sinin önlenbilir olduğu saptanmıştır (10, 40). IOM' un yayınladığı rapor göre ABD' de her yıl 7000 kişi önlenbilir ilaç hatasına bağlı yaşamını kaybetmektedir (40). ABD Tıp Enstitüsüne göre her yıl 400.000 önlenbilir ilaç hatası ile karşılaşıldığı, insanları hastanede kaldıkları sürece en az bir kez ilaç hatası ile karşılaşma oranının % 2 ile % 14 arasında olduğunu bildirmiştir .

Tedavi süreçlerinde meydana gelen ilaç hataları hasta güvenliğini riske atmakta, sebep oldukları hastalık ve sakatlık ile mortalite ve morbiteni artmasına, psikolojik hasara, ciddi yasal sonuçların ortaya çıkmasına (10, 56, 57, 58, 60, 61), birincil tedavinin uzamasıyla yatış sürecinin uzamasına ve maliyetin artmasına sebep olmaktadır (4, 8, 10, 61, 65). Yakın zmaanda yapılan bir meta-analiz çalışmasında ilaç tedavi hatasının oranını % 32.1 olduğunu belirtmiştir (82). İran Sağlık Bakanlığı ilaç hatalarından dolayı hastanede kalış süresinin artmasına bağlı olarak maliyetin yükseldiğini belirtmiştir (65, 83).

Hemşirelerin iş yükünün fazla olması, hemsirelerin konsantrasyonunu ve uyanıklılığını olumsuz etkileyerek ilaç hatalarına neden olmaktadır (33, 35, 57, 58). Sağlık çalışanlarıyla ilişkili faktörler arasında; stres, fiziksel ve duygusal sağlık problemleri, yorgunluk, yanlış istem verilmesi, iş ve iş yerinde memnuniyetsizlik, iş bilinci ve meslekte tecrübe eksikliği, fazla mesai, uzun çalışma saatleri, ilaç ve hastalıklar ile ilgili deneyim eksikliği, hekim istemlerinin okunaklı olmaması, yanlış ilaç hesaplamaları, ilaçların şekil ve isim benzerlikleri, ilaç kutusu üzerindeki bilgiye dikkat edilmemesi, hasta ve sağlık çalışanı arasında yetersiz iletişim gibi çeşitli

faktörlerdir (6, 33, 49, 58, 59, 66). Hasta ile ilişkili nedenlere bakıldığında ise; kişilik, eğitim seviyesi ve konuşma şekli ve vakaların karmaşıklığı yer almaktadır (33, 49, 61, 62, 65, 66).

İlaç hatalarının önlenmesi için hata nedenlerinin ve sonuçlarının belirlenmesi oldukça önemlidir (56, 60, 61, 65). Hata oluşmasına neden olan çalışma saatleri, iş yükünün fazla olması ve çalışanın yorgun ve deneyimsiz olması etkenlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması gerekmektedir (6, 56, 61). İlaç hatalarını azaltma çabaları multidisipliner olmalıdır ve eczacıları, hemşireleri ve hekimleri kapsamalıdır (50, 60, 61).

Hasta ile en çok birlikte olan hemşirelerin ilaç uygulama sürecinin bir çok aşamasında yer alması, sayıca fazla olmaları ve bir çok ilacın uygulanmasını sağlamalarından dolayı hatanın hastaya ulaştığı noktada yer almaktadır (55, 56, 57, 59, 60). Hemşirelerin hasta güvenliği kapsamında akılcı ilaç uygulamalarına yönelik bilgi ve becerilerinin artırılması, ilaç hatalarının raporlanması ve analiz edilmesine (63) teşvik edilmesi gerekmektedir (56, 57, 58, 59, 65, 66, 65, 67). İlaç hatalarının önlenmesi hataların rapor edilmesi ile mümkündür (59, 66).

2.4.2. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar, bakımın kalitesini gösteren bir ölçüttür ve temel enfeksiyon kurallarına uyulması ile önlenmesi mümkün olan tıbbi hatalardandır (4, 5, 8). Sağlık kuruluşlarında tüm bakım hizmeti sürecinde yapılan girişimler enfeksiyon riski taşımaktadır. İnsan yaşam süresi, çeşitli operasyonlar ve girişimler ile uzamakta, yaşam kalitesi artmaktadır ancak; çoğu zamanda bu girişimlerle bulaşan mikroorganizmalarla oluşan enfeksiyon nedeniyle insan yaşamının tehdit edebilmektedir (8, 10, 83). Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon dediğimiz bu durum,

hasta hastaneye yattıktan 48-72 saat içinde gelişen, taburculuktan 10 gün sonra, cerrahide 1 ay sonra, protez uygulanan hastalarda ise 1 yıl içinde ortaya çıkan enfeksiyonlar olarak kabul edilmiştir (8, 4, 10).

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar, hastanede yatış süresini uzatarak, hastanın yaşam kalitesini bozulmasına, tedavi ve hastane maliyetin artmasına, kullanılan ilaçlara direnç gelişmesine, morbidite ve mortalitenin artmasına sebep olmaktadır (4, 5, 8, 10).

Özata ve Altuncan' ın yaptığı çalışmada en sık karşılaşılan tıbbi hatalar arasında enfeksiyon hataları görülmüştür, bunu yatak yaraları ve ameliyat sonrası komplikasyonlar takip etmektedir (13, 19, 83). SHİE, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tamamında görülmektedir (8, 13, 40). DSÖ, dünyada her yıl 190 milyondan fazla hastanın hastaneye yattığını ve bu yatışların % 5' inin hastane enfeksiyonlarına yakalandığını belirtmiştir. Yine dünyada 1,4 milyondan fazla insanın hastane enfeksiyonuna maruz kaldığı belirtilmiştir (5, 10, 13, 40). Kabataş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastanelerde görülen tıbbi hatalardan enfeksiyon hatalarının oranının % 11 olduğunu belirtilmiştir (13, 40). Avrupa Birliği'nin açıkladığı rapora göre, Avrupada yılda 4,1 milyon kişide hastane enfeksiyonu görüldüğü ve 37.000 kişinin bu nedenden dolayı hayatını kaybettiği açıklanmıştır (8). Ülkemizde de hastane enfeksiyonu önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıklı verilere tam olarak ulaşılamasa da enfeksiyon oranının % 5-15 arasında olduğu belirtilmektedir (4).

SHİE nedenlerine bakıldığında, sağlık çalışanlarının hijyenik olmayan davranışları, bu kişilerde hastalık ya da taşıyıcılık nedeniyle bulunan bakterilerin taşınması, hastanede yapılan girişimsel tedaviler, temizliğe dikkat edilmemesi, personel azlığı, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması sebebi ile mesleki uygulamalara gerekli ve yeterli özenin gösterilememesi şeklindedir (4, 5, 10, 83).

Tüm sağlık kuruluşlarında enfeksiyon önlemlerine uyulması önemlidir. Enfeksiyon kontrol önlemlerinin hedefi; hastadan hastaya bulaşı önlemek, sağlık personelinin kan, temas, solunum ve damlacık yoluyla bulaşan enfeksiyonlara karşı korunmasını sağlamak ve enfeksiyon hızını en düşük seviyeye indirmektir (10). Hastaneler için enfeksiyon oranının düşük olması önemli bir kalite göstergesidir (5, 8).

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların kontrol altına alınması için öncelikle risk faktörlerinin belirlenmesi gerekmektedir (8, 10). Enfeksiyona sebep olanların başında, hastane doluluk oranının fazla olması, karmaşık tıbbi müdahalelerin yapılması ve sağlık hizmeti sunucuları yer almaktadır (4, 8, 10). Hasta ile en çok temasta olan hemşirelerin diğer personele göre enfeksiyonun oluşması, yayılması ve önlenmesinde daha çok rölü vardır (5, 8, 10). Hemşireler enfeksiyon kontrolü için bulaş yollarını bilmeli, gerekli önlemlerin alınmasını sağlamalı, hasta ve çevresini koruma yöntemleri hakkında bilgilendirmelidir (4, 5, 8, 10).

2.4.3. Hasta düşmeleri

Hasta düşmeleri, dünyada hasta güvenliğini tehdit eden en sık karşılaşılan tıbbi hatalardandır (4, 5, 8, 10). Düşmelerin önlenmesi uluslararası hasta güvenliği hedeflerindedir (4, 85). JCI düşmeyi, yaralanmaya sebep olma ihtimali yüksek, planlı olmayan ani hareket değişiklikleri olarak tanımlamaktadır (85). Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu (National Patient Safety Foundation-NPSF) düşmeyi, sağlık hizmeti sırasında oluşan yaralanma ve istenmeyen olaylardan kaçınma, önleme ve düzeltilmesi amacıyla sağlık kurumlarında izlenen süreçler olarak tanımlanmaktadır (85).

Düşme sonrası, hastada fonksiyon kayıpları, yumuşak doku yaralanmaları, pelvis kırığı, intra serebral hematoma gibi ciddi yaralanmalara hatta ölüme kadar varan durumlarla sonuçlanabilmektedir (5, 8, 10). Düşme sonucu hastanın yaralanması, yatış süresinin artmasına, yaşam kalitesinin düşmesine, tedavi masraflarının artmasına, bakım veren ve çalışanların korku yaşamalarına, şikayet ve dava edilmesine sebep olabilmektedir (4, 5, 8, 13, 84). Ulusal Güvenlik Konseyi'ne (National Safety Council-NSC) göre, işte, evde, hastanelerde ve herhangi bir durumda yaklaşık üç milyon düşme gerçekleşmekte ve bunun 16.000' e yakını ölümlerle sonuçlanabilmektedir (8, 85). Bir üniversite hastanesinde yapılan 6 aylık bir çalışmada 61 düşme vakasının % 34,4' ünün 61-75 yaş ve üzeri olduğu, % 32,78' inde düşme sonrası yaralanma olduğu tespit edilmiştir (8). 65 yaş ve üstünün hastanede düşme sonucu yaralanma ve hayatını kaybetme oranı oldukça yüksektir (8, 10, 87).

Düşmeye neden olan faktörlerden bazıları, ortamının yabancı olması, yaşlılık, demans, fiziksel ve zihinsel rahatsızlıklar, çoklu ilaç kullanımı, görme kaybı, baş dönmesi, duyma kaybı, kaygan zeminin varlığı, ortamın yetersiz aydınlatılması gibidir (4, 85, 87).

Düşmeler ile ilgili yaralanmalar hemşirelik bakım kalitesinin göstergesidir ve sağlık için önemli risk oluşturmaktadır (5). Düşmelerin % 10-15' i ciddi yaralanmalara sebep olmaktadır (84). Hastanede güvenli ortamın sağlanması, düşmenin önlenmesine yönelik girişimler, risk oluşturan faktörlerin belirlenmesi ve tamamen önlemek için çalışmaların yapılması, ek tedavi ve maliyetin önlenmesi için sağlık çalışanlarının profesyonel davranması gerekmektedir (4, 5, 8, 10, 13, 85).

2.4.3. Transfüzyon hataları

Kan ve kan ürünlerinin tedavi amacı ile intravenöz yoldan uygulanması olarak tanımlanır. Kan transfüzyonu sonrasında hastanın yaşamını tehdit eden istenmeyen olaylar yaşanabilmektedir (8, 37, 84).

Transfüzyon hatalarında daha çok ABO uygunsuzluğu ile karşılaşmaktadır (8). Üniversite hastanesinde 210 hemşire ile yapılan bir çalışmaya göre, ilaç ve transfüzyon hatası yapma eğilimlerinin olduğu belirlenmiştir (8, 18).

Kan transfüzyonu komplikasyonlarının önlenmesi için; transfüzyon yapılacak hasta bilgileri, kan ürününün cinsi ve kan grubu uygunluğu, kanın son kullanma tarihi, kanın sıcaklığı, transfüzyon öncesinde, transfüzyon sırasında ve sonrasında ki tüm aşamalarda hekim ve hemşire tarafından kontrol edilmelidir (8, 84).

2.4.4. Cerrahi hatalar

Cerrahide ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında doğru kararın verilmesi, anestezi ekibi, cerrahi ekip, hemşirelik ve diğer personel üyeleri ile olan iletişimin iyi olması cerrahi yetkinlik ve beceriyi içerir (6).

Cerrahi alanlarda en sık karşılaşılan tıbbi hatalar; yanlış taraf cerrahisi, yanlış organ cerrahisi, profilaktik ilaç uygulamalarında eksiklikler, yara enfeksiyonları, hastada gelişen basınç yarası ve hasta düşmesidir (6, 13, 18, 37).

Çalışmalar cerrahi hataların her 50 hastadan birinde görüldüğünü ortaya koymaktadır (6, 40). Ameliyat sırasında hasta vücudunda, yabancı cisim unutulması hemşirelerin sıklıkla karşılaştıkları bir durumdur. Bunun engellenmesi ya da azaltılması için de kullanılan tüm malzeme ve cisimlerin ameliyat sonrası eksiksiz çıkarıldığından emin olunması gerekmektedir (6).

2.4.5. Hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar

Hasta takibinin yetersiz yapılması, bakım planlamaların eksik yapılması ya da tamamlanmaması, hastanın kliniğinin gerektiği gibi izlenmemesi, bulguların yeterince gözlemlenememesi tıbbi hata nedenlerindedir (8, 13).

Hastanın sürekli ya da sık aralıklarla izlenmesi gerekiyorsa bu planın yapılması ve hemşiresi tarafından uygun bir şekilde izlenmesi gerekmektedir (8, 13). Gelişmiş olan ülkelerin çoğunda yetersiz hasta izlenmesinden kaynaklanan davalar en sık karşılaşılan hatalı uygulamalardandır (5, 10, 13).

Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, yoğun çalışma saatleri, izlem için yeterli zaman ayıramama, gece hasta takibinin yeterince yapılamaması, izlem sıklığının belirlenmemesi, izlemlerin açık ve okunaklı şekilde yazılmaması, hastada ortaya çıkan değişikliklerin farkedilmemesine ve hastanın zarar görmesine sebep olmaktadır (5, 8, 10). Bu tür sonuçların olmaması için hemşirelerin çok dikkatli olması gerekmektedir (5). Hastaya ilişkin tüm izlemler gereken sıklıkta, zaman belirtilerek, okunaklı ve eksiksiz yazılmalıdır (4, 5, 10).

Hemşirelerin hastaları yeterli izlem ve takibini yapmaması ve de değerlendirmemesine bağlı yasal sorumluluğu mevcuttur bu yüzden de yasal sorunlarla karşı karşıya gelebilmektedir (4, 8).

2.4.6. İletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar

İletişim duygu, düşünce ve bilgilerin karşı tarafa aktarılması demektir (8). Hastaların tedavi ve bakımı ile ilgili sağlık profesyonelleri arasında yeterli iletişimin olmaması tıbbi hataların meydana gelmesine sebep olmaktadır (4, 5, 8) İnsan sağlığı ile ilgili durumlarda iletişim daha fazla öneme sahiptir (5, 8). Joint Commission International-JCI güvenli hasta bakımını için iletişimin önemli olduğunu belirterek hedefleri arasına almıştır (8). Sağlıklı iletişimin olmaması beklenmeyen sonuç ve hatalara sebep olabilmektedir.

Sağlık hizmetinin sunumunda hasta ile bakımın her aşamasında yer alan hemşire ve hekim doğrudan iletişime geçmelidir (8, 10). Hasta ve sağlık personeli iletişimi, hasta memnuniyetini ve kaliteli hizmetin gerçekleşmesini sağlamaktadır (10). Hemşire, bakım ve tedavi uygularken hastanın bir çok anında sürekli iletişim halindedir. Bunun yanısıra, hastasına dokunma, yakınlık, ilgi, güven gibi sözel olmayan iletişim yollarını da kullanmaktadır (4, 8). Etkili ve doğru iletişim güven duygusunun gerçekleştirilmesi hemşirelik bakımında çok önemlidir (4, 10).

İletişim problemleri, hasta ve sağlık çalışanları arasında olabileceği gibi sağlık çalışanlarının kendi aralarında da olabilir. Hastaların bakımı ve tedavisi ile ilgili veriler toplanmaktadır (5, 8). Bu verilerden herhangi birisinin eksik ya da yanlış kaydedilmesi, zamanında kaydedilmemesi, hasta tesliminde eksik anlatılması, hekim istemlerinin yeterince okunaklı olmaması, uygun olmayan kısaltmaların kullanılması sağlık ekibinin yanlış karar almasına ve hatalı uygulama yapmasına sebep olmaktadır

(5, 8). Sağlık hizmeti verilmesi sırasında, iletişim yetersizliğinden kaynaklanan durumlar, sakatlıklara ve hatta hastanın ölümüne sebep olacak düzeyde risk taşımaktadır (4, 8).

Yapılan çalışmalar, iletişimle ilgili tıbbi hatalar en çok telefonla ya da sözel iletişimde verilen hasta istemlerinden kaynaklandığını göstermektedir (4, 5, 10). Bunu önlemek için sözlü ve telefonla alınan istemlerde iki kişi tarafından dinlenir, önce talimat yazılır sonra geri okunur ve doğruluğundan emin olunur, alınan istemlerin 24 saat içinde hekime onaylatılması sağlanmalıdır (10).

Yeterli çalışanın olmaması, iş yoğunluğunun olması, klinik sorumlunun gerginlik yaratması, nöbet sayılarının fazlalığı ve yorgunluk iletişim sürecini olumsuz etkilemektedir (4, 10). Yapılan çalışmalarda hemşirenin iletişim eksikliğinin temel nedenini iş yoğunluğu olduğu belirtilmiştir. Bir başka çalışmada ise hekimlerin % 78,2' sinin hemşirelerin ise % 85,5' inin hastalar ile iletişim kurmada sorun yaşadıklarını göstermiştir (8).

Etkili iletişim, sorun çözme ve klinik müdahalenin doğru yapılması için gereklidir (10). Sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin geliştirilmesi, empatik dinleme ve davranışın kazandırılması gerekmektedir (4, 8). İletişimin temel hedefi karşılıklı anlaşmadır. Ekip üyeleri arasındaki güvenli iletişim çalışanlarının iş yükünü azaltır, iş doyum düzeyini hasta memnuniyetini artırır, morbitite ve mortaliteyi azaltır (8, 10).

2.4.7. Yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımı ve cihazlara bağlı hatalar

Yanlış ve uygun olmayan malzeme kullanımı hasta sonuçlarını direkt etkileyerek, tedavi ve bakımın yanlış yorumlanmasına ve hastanın zarar görmesine neden olmaktadır (4, 5, 13). Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan malzeme, araç ve gereçlerin uygun kullanılmaması, arızalı malzemelerin kullanılması, kullanıcıların bilgi ve deneyim eksikliği, dikkatsizlik, bakım ve kalibrasyonu eksik cihaz kullanımı, yanlış teşhis ve enfeksiyon gibi tıbbi hatalara neden olmaktadır (5, 8, 40, 68).

Sağlık hizmeti sunumu sırasında kullanılan cihazlardaki (intravenöz sıvı pompaları, defibrilatör) bozukluk nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu tür hatalar ancak hizmet sunumu sırasında ortaya çıktığı zaman saptanabilmekte ve önemli sonuçları da beraberinde getirmektedir (13, 40).

Uygun olmayan malzeme kullanımı hemşireyi yasal durumlarla karşı karşıya getirebilmektedir. Tüm tıbbi cihazların bakımlarının yapılması, kullanılan sarf malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi, sterilizasyon zamanlarının kontrolü, yeterli araç ve malzeme temininin yapılması gibi faktörler hataların önlenmesinde etkindir (5, 8, 40).

2.4.8. Hekimlerden kaynaklanan tıbbi hatalar (teşhis ve tedavi hataları)

Yanlış tanı ve tanı koymada gecikme, gerekli tetkiklerin yapılmaması, güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması, tetkik sonuçlarına uygun tedavinin yapılmaması gibi tüm hatalar tanı hatası olarak adlandırılmaktadır (6, 40, 55, 68). Tanı hatası gereksiz ve eksik tedavinin uygulanmasına sebep olabilmektedir (13, 40, 68). İstenmeyen olayların büyük bir kısmı ve ABD’ de tıbbi malpraktis

davalarının büyük bir kısmı tanı hatası kaynaklıdır (6, 40, 55). Çakmak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, deneyimsiz kişiler tarafından yapılan tetkikler de tanısız hata kapsamına girmektedir (6, 68).

Tedavi hataları; bir tedavinin uygulanmasında hata, uygun olmayan bakım, prosedür ve ya teste bağılı operasyon başarısında hata, işlem ve laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması ve yorumlanması, anormal test sonucuna göre tedaviyi verme ve ya tedavi etmenin önlenmesinde gecikme olarak tanımlanmaktadır (40, 49, 55, 68). Güncel olmayan tedavilerin kullanılması sık karşılaşılan hatalar arasındadır (40, 49). Bir hastanın düşmesi veya alması gereken tedavi dışında farklı bir ilaç uygulanması örnek olarak verilebilir (55).

Koruyucu tedavi hataları; profilaktik tedavi uygulamasında hata yapma veya profilaktik tedaviyi uygulamama ve tedavi sonrası yetersiz takip olarak tanımlanmaktadır (40, 49, 55).

Personel, ekipman, iletişim gibi faktörlerden kaynaklanan hatalar diğeri hatalar sınıfına girmektedir (49, 55).

2.5. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar

Hemşireler, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hekimin planladığı tedaviyi uygulamak ve hastanın karşılayamadığı günlük bakımı hasta yapabilir hale gelene kadar desteklemek, hastaya zarar vermektan kaçınmak ve başkalarının zarar vermesini önlemektan sorumludur (4, 53). Hemşirelik etik ilkeleri arasında yer alan zarar vermeme ve yararlılık ilkesi birbirinden ayrı düşünemeyeceğimiz ilkelere dir. Yararlılık ilkesi ile, hemşire hastasına

zarar vermekten kaçınmakla birlikte zarar görmesini engellleyerek hastanın iyiliğini sürdürmesini sağlamaktadır (4).

Sağlık kurumlarına başvuran bireyler, tanı tedavi ve bakımlarının eksiksiz ve en kısa sürede yapılmasını ve hızlıca sağlıklarına kavuşmayı istemektedirler (5, 6, 34). Ancak; sağlık alanında bilimsel ve teknolojik değişimler ve artan hasta sayısı ile birlikte beklentilerin de artması, sağlık hizmetlerinin sunumunda aksaklıklara, hizmet kalitesinin azalmasına ve geri dönüşü mümkün olmayan hatalara yol açmaktadır (5, 8, 17).

Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar tüm sağlık çalışanları için önemli olmakla birlikte, hastanın bakımında doğrudan görevli olan ve yaptıkları yanlış uygulamalarla hasta güvenliğini riske sokma ihtimali olan hemşireler açısından daha çok önemlidir (4, 5, 17, 50, 53). Uluslararası Hemşireler Birliği' nin (ICN) hasta güvenliği kapsamında ele aldığı konuların çoğunu tıbbi hatalar oluşturmaktadır (6).

Sağlık sisteminde, hemşirenin sorumlulukları sürekli artmakta ve değişmektedir. Hemşire mesleki eğitimle edindiği bilgi ve becerilerini; insan sevgisi ve insan haklarına olan inancını ortaya koyarak yerine getirmelidir. Sağlığın korunması için bilgi ve becerisini kullanmadığı takdirde hastanın hayatını tehlikeye sokabilmektedir (4, 5). Ülkemizde hemşirelerin birbirinden farklı düzeyde ve yetersiz eğitim almaları da tıbbi hata düzeyini artırmaktadır (53).

Kaliteli sağlık hizmeti vermenin odak noktasında sağlık hizmetinin vazgeçilmez parçası olan hemşirelik hizmetleri yer almaktadır (4, 5, 6, 8, 12). Çünkü hemşire, hastanın sağlığının geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik tüm bakım sürecinde yer almaktadır (5, 8).

Hemşirelerin sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünü oluşturması, bağımlı ve bağımsız görevlerinin çokluğu, hasta bakımında sürekli ve birebir görev almaları, uyulması gereken prosedürlerin fazlalığı, hemşire sayısının yetersiz olması, kritik hasta bakımı (4, 5, 12, 26, 35, 45), çalışma saatlerinin uzun ve yorucu olması, sağlık rollerinin fazlalığından dolayı hastaya yeterli özen gösterilememesi gibi nedenlerle tıbbi hatalar ile daha sık karşılaşabilmektedirler (4, 5, 6, 7, 10, 12, 15, 17, 19, 50, 53,70). American Nursing Association (ANA) hemşirelerin neden olduğu hataların hemşirelerin yetersizliği ile ilgili olduğunu ve hemşirelerin stresli, yorgun ve doğru düşünemediklerinde hataların arttığını belirtmektedir (50). Ertem ve arkadaşları tarafından retrospektif olarak gazete haberlerinin değerlendirilmesiyle yapılan ve yedi yıl süren bir çalışmada hemşirelerde malpraktis oranının % 12,2 hekimlerde ise % 65,2 olduğu söylenmiştir (12, 21, 70). Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi 2016 yılında yapılan İstatistik ve Analiz Raporunda, hemşire kaynaklı hataların bildiriminin en çok yapıldığı belirtilmiştir (35).

Tıbbi hatalar hastanede kalış süresinin uzamasına, yeni sakatlıkların meydana gelmesine, mortalite ve morbiditede artışa, hasta ve yakınlarının vermiş olduğu psikolojik rahatsızlıklara, günlük işlerin tam olarak yerine getirilememesi ile birlikte hemşirelerin iş baskısı yaşamasına sebep olarak hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir (4, 8, 50).

Çalışmalarda, hasta güvenliğini de tehdit eden hemşirelerin sıklıkla yaptıkları hatalı uygulamalar; ilaç hataları, düşmeler, hastane enfeksiyonları, iletişim problemleri, dikkatsizlik, hemşire başına düşen hasta sayısını fazla olması, hekim istemine uymama, değerlendirme ve kontrol etme sürecinde ihmal, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar ve hatalı ekipman kullanımı olduğu belirtilmiştir (1, 4, 19, 21, 22, 26, 40, 43, 45, 53). Tıbbi hataların en çok görüldüğü klinikler cerrahi girişimlerin gerçekleştirildiği ve hastaların yattığı cerrahi servislerdir (31). Tıbbi hatalar tüm hastanelerin yaklaşık % 2' sinde görülmektedir, sadece hastanede değil hastane dışında bulunan klinikler, günlük hasta bakımı veren yerlerde de

meydana gelmektedir (6, 43). Ülkemizde tıbbi hataya ilişkin yeterince veri bulunmamaktadır (53).

ABD verilerine bakıldığında 1998 yılında hemşireler açılan malpraktis davaları 253 iken 2001 de 413'e yükselmiştir (4). Son yıllarda hemşirelik alanında hem tıbbi hata yapma oranı hem de tıbbi hatalarla ilgili hasta şikayeti ve davalarda artış gözlenmektedir (17, 51, 53). Yapılan çok merkezli bir çalışmada her 5 hemşireden 2'sinin tıbbi hata yaptığı ve sıklıkla yapılan tıbbi hatanın da hastanın tedavisini geciktirme ya da hiç uygulamama (% 22,7), cihazı kontrol etmeden kullanma (% 19,6) şeklinde olan bu hataların % 4'ünün hastaya zarar verdiği belirtilmiştir (51).

İşini yerine getirmede titiz davranan, kendini geliştiren, işini seven, denetim yapılmadığı anlarda bile kurallara uyan, hata oluşmaması için gayret eden ve işini profesyonelce yapan hemşirelerin daha az tıbbi hata ile karşılaşacağı belirtilmektedir (5). Tıbbi hata riskine karşı önlemlerin önceden belirlenmesi, hataların azaltılması, hatanın hastaya ulaşmadan çözülmesi son derece önemlidir (8, 9, 53).

2.6. Tıbbi Hatalarda Tutum

Tıbbi hata İngilizcede "*malpractice*" olarak tanımlanırken, Türk Dil Kurumu "*özen göstermeksizin ya da yanlış uygulanan tedavi sonucunda meydana gelen, görevini iyiye kullanmama anlamını içeren hukuki durum*" olarak tanımlamıştır (7).

Tutum kelimesi "*tutulan yol*" anlamına gelmektedir (74, 87). Tutum, bireyin yaşamı boyunca, kendine ve sosyal çevresine karşı duygu ve deneyimleri ile oluşturduğu zihinsel ve davranışsal olaylardır (7, 19, 73, 74, 88). Bireylerin olaylar ve durumlar karşısında içinde buldukları duruma verdikleri tepkiler onların

tutumunu oluşturmaktadır (7, 49, 88). Birey çevresinde olay ya da durum ile karşılaştığında, bir tutum gösterir ve gösterilen bu tutum zihne yerleşir, birey aynı olay ile tekrar karşılaştığında aynı tutumu gösterir (7, 88).

Hemşirelerin zihinsel ve duygusal durumları tutumları üzerinde etkilidir. . Mesela hemşirelik mesleğini yapanların çoğunun kadın oluşu, kadının toplum içinde sorumluluklarının fazla oluşu ve de hasta bireyle geçirdiği zamanın fazla olması tıbbi hata oranını artırabilmektedir (74, 87, 88). Bu yüzden hemşirelerin algıladıkları iş yükü ve gerginlik, hataların bildirim ve takibinde aksamalara neden olmaktadır (7, 49). Tutumlar doğuştan kazanılmazlar öğrenme yoluyla sonradan kazanılmaktadır (49). Katz; tutumu “*bireyin sahip olduğu değerler dizisinde bir kişiyi veya dünyayı iyi kötü, yararlı yararsız şekliyle algılama biçimi*” olarak tanımlamıştır (49).

Bu bağlamda tıbbi hataların zamanında saptanıp, insan sağlığına zararının engellenmesi, nedenlerinin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi tutumun önemini belirtmektedir (49, 73). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin büyük bir kısmı, tıbbi hata neden ve sonuçları ile ilgili önlem alınması yönünde tutum bildirdiklerini ifade etmişlerdir (19).

Sağlık bakım sistemindeki karışıklıkların artması, sağlık profesyonellerinin karar vermesini zorlaştırıp, uygulamalarda hata yapılmasına ve hastaların zarar görmesine neden olmaktadır (74).

Tıbbi hataların hastaya ulaşmadan önlenmesi, hasta güvenliğinin amacı ve tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır (70, 72, 73). Tıbbi hata oranlarını azaltmak, hasta güvenliğini sağlamak ve sağlık kurumlarına duyulan güveni artırmak için tıbbi hatalara yönelik tutumların belirlenmesi gerekir (70, 73). Tıbbi hatalar hasta

güvenliğinin temelini oluşturduğu için hata oranlarının düşürülmesi çalışanların tıbbi hataya karşı tutumlarını belirlemek açısından çok önemlidir (71).

Sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin, tıbbi hata farkındalığını oluşturan ve bildirim oranlarını artırmak için hatalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi gerekmektedir (51, 71, 72, 73). Hemşireler birey ve toplum sağlığının korunması, tedavinin uygulanması, iyileşmenin sağlanması ve bakım hizmetinin sunulmasında doğrudan görevli oldukları için, bakım hizmetleri sırasında yapılan yanlış uygulama ve hata hasta üzerinde etkili olmaktadır (73, 74). Bu yüzden hemşirelerin, tıbbi hataların bildirilmesi konusunda tutumlarının belirlenmesi güvenli bakıma olanak sağlayacaktır (49). Hemşirelerin tutum ve davranışlarının bilinmesi, hataların ve neden olan faktörlerin belirlenmesini sağlamaktadır (72). Bu olumlu tutumun sağlık çalışanlarına, mesleki eğitimleri sırasında yani öğrencilik dönemlerinde kazandırılması gelecekte tıbbi hata ile karşılaştıklarındaki davranışlarına yön verilmesini sağlayacaktır (71).

2.7. Tıbbi Hataların Bildirimi

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre hasta güvenliği "*sağlık bakım sürecinde hastaya önlenabilir zararın olmaması*" olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliğini artırmak için, tıbbi hataların gerçekleşme sıklığının, nedeninin bilinmesi gerekir (6, 19, 23, 62, 70, 80). Tıbbi hataların engellenmesinde, hangi bölümlerin ne kadar etkilendiğinin değerlendirilmesinin yapılması, yani oluşan hasara göre önlem alınması gerekmektedir (7, 26).

Klinik uygulamalarda insan hataları yaygındır ve yeterince bildirilememektedir (6, 24). Yapılan çalışmalar, çalışanların çeşitli sebeplerle hataları bildirmek

konusunda direnç gösterdiğini ve yeterince bildirim yapılmadığını göstermektedir (33).

Günümüzde hemşireler itibarını kaybetme, imajının bozulması, iş yerinde kınanma, eleştirilme, cezalandırma (62, 75, 77, 78), yasal işlemler ve işini kaybetme korkusu, iş arkadaşları ve yöneticilerinin geri bildirimlerinden çekindikleri için hataları bildirmekten kaçınmaktadırlar (6, 7, 11, 24, 39, 59, 63). Aynı zamanda tıbbi hatayla yüzleşmek kolay olmadığı için açıklanması da yeterli düzeyde değildir (6, 20, 35). Yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının yapmış oldukları tıbbi hatadan pişmanlık duydukları, disiplin cezası ve sicile işlenmesinden korktukları için olayları saklamayı tercih ettikleri ya da sorumluluğu başkalarına yükleyerek kaçtıkları belirtilmiştir (7, 76).

Tıbbi hataların bildiriminde karşılaşılan engellerden birisi de, çoğunun hata olarak algılanmaması ve bildirimini yapılmaması, bu hataların belirlenmesini ve önlemlerin alınmasını engellemektedir (7, 24, 51, 71, 77, 78). Kılıç' ın yaptığı çalışmada hemşirelerin % 56,4' ü, hekimlerin % 46,9' u hata oluşmadan önlenmişse bildirilmesine gerek yok demiştir (7, 33). Zaten tıbbi hataların sonucunda çoğu zaman zarar gelmemesi beklenir (7).

Tıbbi hataların önlenmesi veya en aza indirilmesi hata nedenlerinin bilinmesi ile sağlanabilir (20, 23, 31, 35, 50). Sağlık çalışanları tıbbi hata ile karşılaştıklarında, durumu açıklamaları ve bildirmeleri konusunda cesaretlendirilmelidir (7, 48). Bu anlamda ki geri bildirimler sayesinde, hatalara karşı daha dikkatli olunacak, oluşabilecek hata ve riskleri azaltmaya yönelik önlemler alınacaktır (19, 23, 24).

Sağlık hizmetleri yapısı gereği, bir çok sağlık disiplini ve farklı uygulamaları bir arada barındıran bir sektördür. Sağlık sisteminin giderek karmaşık bir hal alması

ile birlikte tıbbi hataların giderek arttığı gerçeği ABD Tıp Enstitüsü raporunda da yayınlanmıştır. Bu raporda, tıbbi hataları azaltmak için bakım süreçlerinde güvenliği sağlamak ve sistematik bir çabanın gerektiği vurgulanmıştır (6, 33, 38, 48, 76, 80). Sağlık hizmetlerinde olay bildirim faaliyetlerinin uygulanmasıyla, çalışanların güçlendirilmesi ile uygulamaların etkinliği artırılabilir ve daha güvenli sağlık hizmetine ulaşılabilecektir (33).

Hasta ve çalışan güvenliğinin korunması için, sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, hasta ve çalışana zarar veren ve zarar verme ihtimali olan benzer olayların tekrar görülmesini engellemek ve kontrol altına alınmasını sağlayan etkin güvenlik raporlama sisteminin kurulmasına ihtiyaç olmaktadır (6, 24, 25, 31, 68, 80). Giraldo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre de, sağlık bakım hizmetlerinde kalite ve güveniğin artırılması için güvenlik raporlama sisteminin önemi büyüktür (68, 75, 76, 77).

Bu amaçla, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Başkanlığı ‘Güvenlik Raporlama Sistemi’ni Nisan 2011’ de yürürlüğe koymuştur. Güvenli raporlama sisteminin amacı, bildirimlerde bireye değil sisteme odaklanılmasını sağlayarak, kişilerin suçlanmasından daha çok bunun kurumsal bir öğrenme fırsatı olduğu inancının benimsenmesini gerçekleştirmektir (6, 19, 23, 24, 25, 31, 33, 74, 76). Yani kişilerin yaşadığı hata ve istenmeyen olaylardaki tecrübelerinin herkes tarafından öğrenilmesi sağlamak, bu hatalardan ders çıkarılması (26, 33, 76), benzer olayların tekrarlanmasına engel olmak, hataların insan sağlığına ciddi bir etki yaratmadan tespit edilip analiz edilmesini sağlamaktır (50, 68, 75, 76, 77, 78, 79).

Türkiye’de 23 Mart 2016 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından tıbbi süreçlerde karşılaşılan hataların bildirilmesi için Güvenli Raporlama Sistemi kurulmuştur. Altı aylık dönemde 13,467 hata bildirimi yapılmış ve % 89,5’ inin laboratuvar hatası olduğu belirtilmiştir (19). Can ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hukuka

yansımış 30 davada, yanlış tedavi % 47, özen ve dikkat göstermeme % 33 oranındadır (19).

Bir taraftan hatalardan ders çıkarmak için bildirim ihtiyacı duyulması, diğer yandan da hata yapan kişinin disiplin soruşturmaları ve ceza almak gibi endişesi yüzünden bildirimlerin yapılmaması söz konusu olabilmektedir. Bu kısır döngünün ortadan kaldırılması için bildirim yapan kişinin kendini güvende hissedeceği bir ortama ihtiyacı vardır (76, 80). Hemşireler, en çok ilaç hatalarını disiplin cezası korkusu olmadan bildirebilirler diğer hataların bildirmede ihmalkar davranabilmektedir (32). Ülkemizde kesin bir çalışma olmaması ve ilaç hatalarını raporlama sisteminin aktif olmaması nedeniyle bir çok kişinin zarar gördüğü söylenmektedir (8, 10, 49, 59). İlaç hatalarının bildirilmesi sağlık çalışanının kararına bağlı olarak değişmektedir. İletmeme nedenleri arasında hatayı önemsememek ve bildirmekten duydukları korku yer almaktadır (59, 63).

Öncelikle yüksek riskli ve hata oluşturabilecek durumların belirlenmesi, tıbbi hataların rapor edilmesi ve kişilerin cezalandırılmadığı bir iletişim ortamının sağlanması (48, 50, 75, 76, 78), olayın iletilmesinin ceza değil gerçek sebebini ortaya çıkarmak ve iyileştirmeye yönelik olmasını, hastaya zarar vermeden tanı- tedavi ve bakım hizmetlerinin yerine getirilmesi için tüm sağlık çalışanlarının hasta güvenliği sorumluluklarına sahip olması gerekmektedir (1, 6, 7, 12, 25, 29, 35, 41, 48). Ana stratejilerden biri zorunlu tıbbi hata bildirimini dışında gönüllü raporlamaya odaklanmak olmalıdır (48, 50, 76, 78). Güvenlik raporlama sistemlerinde isim verilmeden tıbbi hata bildirimini yapılmasını tıbbi hataların bildirilmesine yönelik yaklaşımı artırmaktadır (68, 76, 77, 78, 79, 80).

Hasta güvenliğini sağlanmasında ve tıbbi hataların belirlenip ortaya çıkarılıp bildirilmesinde ve kaliteli sağlık hizmeti verilmesinde hekim ve hemşireye çok fazla sorumluluk düşmektedir (7, 32, 76). Hemşirelerin klinikte hastayla daha fazla zaman

geçirmeleri, bakım ve tedavide daha çok yer almaları bunun başta gelen nedenlerindedir (7, 74). Hemşireler tıbbi hataların ve nedenlerinin bilinmesi ve bu hataların bildirilmesinde hekimlere göre daha etkin pozisyonadırlar (7, 24, 32, 33, 74). Çalışmalara göre hemşirelerin hekimlerden 9 kat daha fazla bildirim yaptığı tespit edilmiştir (33). Hekimlerin hataların bildiriminde çekingen davranma nedenleri arasında, iş yoğunluğu, disiplin cezaları, sicile işlenmesi, dava süreçleri ile uğraşmaktan kaçınmaları ve yöneticileri tarafından yeterince geri bildirim alamadıklarını belirtmişlerdir (7, 19, 24). Yöneticilerin hataların geri bildirim konusunda destekleyici ve yapıcı olmaları gerekmektedir, aksi olduğunda ise hataların gizlenmesi, aleyhine olabileceği hissine kapılmasına ve hataların daha büyük boyutta zararına yol açabilmektedir (25, 78).

Hasta güvenliği sağlanamadığı durumlarda, cerrahi girişim hataları, hasta düşmeleri, yanlış ilaç uygulamaları ve buna bağlı mortalite ve morbidite artmaktadır (7, 48, 79). Tıbbi hataların azaltılmasında, hekim ve hemşirelerin bu konudaki tutumlarının belirlenmesi temel alınmalıdır (7, 48, 77, 78, 79).

Hemşireler, yasalar ve mesleki etik ilkeler doğrultusunda hastanın güvenliğini sağlamalı, tıbbi hataların engellenmesi, hasta ve yakınlarını olası riskler ve risklerin azaltılması konusunda bilgilendirmeli, istenmeyen hatalı uygulamaları rapor etmelidir (6, 19, 32, 33, 74).

2.8. Tıbbi Hataların Sonuçları

Sağlık kurumların farklı disiplinlerden oluşan bir yapıdır, bu yüzden de ihtiyaç duyulan düzenlemeler yapılmadığında geri dönüşü olmayan hayati tehlike içeren hatalar ortaya çıkabilir (17, 26, 39, 48, 53). Tıbbi hataların artması ile hastaların zarar

görmesi hastanelerin giderek daha tehlikeli bir yer olabileceğini göstermiştir (39, 48, 53).

Hastaların tıbbi hataya maruz kalması bereberinde, komplikasyonlara, tedavinin aksamasına, tanı–tedavinin tekrarına, hastanın anksiyete yaşamasına ve sağlık çalışanlarına olan güvenin azalmasına, çalışanlarda motivasyon ve moral kaybına, hukuksal sorunlara (13, 16, 19, 42, 46, 54, 68), ekonomik ve sosyal maliyetlerin artması ve genel olarak sağlık sisteminden memnuniyetsizliğe yol açmaktadır (6, 13, 21, 24, 42, 48, 53, 54, 68).

Tıbbi hataya bağlı olumsuz durumlar, tıbbi müdahalelere bağlı yaralanma, yaşamı tehdit eden hastalık, taburculuk sırasında sakat kalma ve ölüm gibi hastaya zarar veren durumlardır (19, 24). Hastanın yatış süresinde uzama, hasta ve yakınlarında psikolojik sorunlara ve zarar görmesine, mortalite ve morbidite artışına sebep olmaktadır (13, 19, 24, 34, 36, 53). Bunun yanısıra tıbbi hataların en büyük zararı hastanın (ölmesi) kaybedilmesidir (6, 16, 18, 38, 39). ABD’ de tıbbi hatalara bağlı oluşan mortalite hızı trafik kazalarına bağlı ortaya çıkan mortaliteden 4 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (4, 38). Bu sayının, meme kanseri ve AIDS ile hayatını kaybedenlerden bile daha fazla olduğu belirtilmiştir (38). Dünya Sağlık Örgütü, tıbbi uygulama hatalarından dolayı her yıl 10 hastadan birinde ölüm ya da hafif düzeyde de olsa zarar oluştuğunu bildirmiştir (69).

Yapılan çalışmalarda, tıbbi hatalar maliyet açısından da ciddi sonuçlar meydana getirmiştir (11, 19, 47, 68). ABD de tıbbi hataların maliyeti 17-29 milyar dolar arasındadır (1, 4, 7, 13, 36, 16, 68). Tekrarlanan laboratuvar testleri, tekrarlanan ilaç tedavileri ve tıbbi hataya bağlı ek tedavinin getirdiği maliyetler gibi ilave harcamalara sebep olmaktadır (42, 53, 68).

Tıbbi hataların, hasta ve yakınları, sağlık çalışanları ve sağlık sistemine olumsuz etkileri oldukça fazladır (16, 48, 53). Tıbbi hataların sonucu olarak tüm sağlık sunucuları, suçluluk, hayal kırıklığı, korku ve yetersizlik hissi yaşamaktadırlar (68). Bu tür olaylardan dolayı mağdur olan çalışanlarına kurum yöneticileri tarafından, profesyonel destek ve danışmanlık hizmeti sunulmalıdır (68).

2.9. Tıbbi Hatada Yasal Sorumluluk

Hemşireler; bireyin, ailesinin ve toplum sağlığını koruyup ve hastalık anında iyileşmesini sağlarken, bağımlı ve bağımsız fonksiyonlarını hemşirelik yasası doğrultusunda yerine getirmektedirler (6, 73, 80). Bu görevini yerine getirirken, bilerek ya da bilmeyerek yaptığı tıbbi hataların mortalite, morbidite, hasta ve yakınlarına vermiş olduğu rahatsızlık gibi sonuçları olmakla birlikte hukuksal sorunları da ortaya çıkarmaktadır (8, 74).

Tıbbi hataların belirlenmesi ve bildirilmesi sorumluluğu, hastanın bakım ve takip sürecinde çok fazla yeri olması sebebiyle hemşirelere düşmektedir (74). Tıbbi hataların bildirimini, tıbbi hataların risklerinin azaltılması ve engellenmesini sağladığı için hasta güvenliği açısından da büyük öneme sahiptir (1, 74).

Geçmiş yıllarda hasta ve yakınları memnun oldukları için hekim ve hemşireyi şikayet etmemekteydi. Ancak; son yıllarda yapılan yasal düzenlemeler ve ortaya çıkan hatalı uygulamalar basında daha çok gündeme gelmeye başlamıştır. Bütün bunlar hasta ve yakınlarını, sağlık sistemine karşı daha sorgulayıcı yaklaşmasına, beklentilerin farklılaşıp isteklerin artmasına ve hakkına aramasına cesaretlendirmiştir (8, 89). Yasal düzenlemelerin getirdiği yaptırımlar, sağlık çalışanlarını hasta bakımı ve tedavisinde daha dikkatli ve özenli davranmaya yönlendirmektedir (18).

Hatalı tıbbi uygulama sonucunda iki tür dava şekliyle karşı karşıya kalınmaktadır (81). Tıbbi hata olup olmadığı ayrımı Türk Ceza Kanunu'nda "*bilinçli taksir*", ve "*olası kast*" kavramları ile incelenmektedir. Hem taksirli hemde kasıtlı suçlarda fiilin istenerek yapılması ortaktır (8, 89). Yani, çalışanın dikkat ve özen eksikliğine bağlı görevini ihmal etme nedeniyle gerçekleşen hatalarda taksirle adam öldürme, yaralama ve ya kasten adam öldürme suçlarından yargılanmaktadır. İkinci olarak sağlık çalışanı cezadan başka maddi ve manevi zararlar için açılan tazminat yönünden de sorumlu olmaktadır (8, 81, 90).

Hemşirelerin çoğunlukla yasaları bilmemesinden dolayı bazı durumlar uygulamaları zorlaştırmaktadır. Hemşirelerin yasalar önünde tıbbi hataların içeriğini bilmesi gerekir (8, 53, 89). Bununla birlikte hasta bireyin ve ailesinin zarara uğramasını önlemek, kendisini yasalar karşısında koruması ve küçük duruma düşürmemesi, kurum politikaları ve yönetmeliğe uygun bir şekilde bakım uygulamalarını yerine getirmesi bununla birlikte tıbbi hata risklerini artıran durumları bilmeli ve gerekli önlemleri almalıdır (89, 90).

Yapılan çalışmalar hemşirelere yönelik tıbbi hata şikayetlerinin yetersiz iletişim, kayıtların eksik tutulması, değerlendirme ve izlemin eksik yapılması ile ilgili olduğunu ve yasal süreçte ortaya çıkan en önemli nedenin ihmal olduğunu ortaya koymuştur (51, 89, 90).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, farklı birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin tutumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ilinde özel bir sağlık grubuna ait hastanelerden Avrupa yakasında yer alan lokasyonlardan birinde, 2019 Aralık- 2020 Nisan tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini ilgili kurumun farklı birimlerinde çalışan (N=154) hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örnekleme seçimine gidilmeden katılmayı kabul eden tüm hemşireler (N=150) çalışmaya dahil edilmiştir. Görev değişikliği sebebi ile işten ayrılan 4 kişiye ulaşılamamıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Verileri, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 14 sorudan oluşan ‘‘Sosyodemografik ve çalışma zellikleri Soru Formu’’ ve ‘‘Tıbbi Hatalarda Tutum leği’’ kullanılarak toplanmıştır (1).

3.4.1. Sosyodemografik ve çalışma özellikleri soru formu

Bu formda; hemşirelerin sosyodemografik bilgilerini içeren 4 soru (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum), mesleki özelliklerini içeren 10 soru (alışma yılı, servisteki toplam hemşire sayısı, çalışma şekli, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı, iş yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, iş doyum düzeyi ve tıbbi hata ile karşılaşma durumu) olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

3.4.2. Tıbbi hatalarda tutum leği

Tıbbi Hatalarda Tutum leği (THT-Tıbbi Hatalarda Tutum leği) Güleç ve İntepeler (2013) tarafından sağlık bakım profesyonellerinin tıbbi hatalara karşı tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan 16 maddeden oluşan bir ölçektir. THT’de, tıbbi hata algısı alt boyutu; tıbbi hata yapıldıktan sonra tıbbi hatayı yapan kişiye karşı anlayışlı olup/olunmaması ve tıbbi hatayı yapan kişinin suçlu olup/olmaması durumunun sorgulanmasını (1. ve 2. maddeler), tıbbi hata yaklaşım alt boyutu; tıbbi hata yapıldıktan sonra bildirilip/bildirilmemesi, kurum otoriteleri tarafından tartışılıp/tartışılmaması ve zarar gören kişinin yakınlarına bu durumun açıklanıp/aıklanmamasını (3. 8. 10. 11. 12. 13. ve 14.maddeler), tıbbi hata nedenleri alt boyutu ise; tıbbi hataların meydana gelmesine yol açan problem ya da problemlerin sebebini içeren maddelerden (4. 5. 6. 7. 9. 15. ve 16. maddeler) oluşmaktadır. THT

toplamda üç alt boyuttan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Puanlama (1) Hiç katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum ve (5) Tamamen katılıyorum şeklindedir. Ölçekteki iki madde (10. ve 13. madde) ters olarak puanlanmaktadır. Skorlamada ölçek toplam puanı alınmakta ve elde edilen ham puan ölçek madde sayısına bölünerek ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyut puan hesaplamasında da alt boyut puanı toplanarak alt boyut madde sayısına bölünmekte ve elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin kesme 30 noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan sağlık bakım profesyonellerinin tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan sağlık bakım profesyonellerinin ise tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum; sağlık bakım profesyonellerinin, tıbbi hata ile hata bildiriminin önemi ile ilgili farkındalıklarının düşük olduğu anlamına gelirken, olumlu tutum; sağlık bakım profesyonellerinin, tıbbi hata ile hata bildiriminin önemi ile ilgili farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tamamı için belirtilen puanlama ve değerlendirme, ölçeğin tüm alt boyutları için de aynı şekilde kabul edilmektedir (EK 2).

Ölçeğin özgün formunda Cronbach Alfa değeri 0,75 olarak bulunmuştur. Bu çalışmadaki Cronbach Alfa değeri 0,511 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler 2020 Mart- 2021 Şubat tarihleri arasında, hemşirelerle yüz yüze görüşülüp, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere, anket formu ve Güleç (2012) tarafından geliştirilen 'Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği' formunun elden verilerek, sonrasında toplanması şeklinde yapılmıştır. Anket ve ölçeğin doldurulması kişinin ortalama 5 dakikasını almaktadır.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmayı kabul eden hemşirelerden elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizi SPSS 21.0 ile yapılmıştır ve % 95 güven düzeyinde çalışılmıştır.

Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (104, 105, 106, 107, 108).

Değerler incelendiğinde her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 arasında olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre puanların normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Puanların normal dağılım göstermesi nedeni ile çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için T testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k ($k > 2$) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır (104, 108).

3.7. Araştırma Etiği

Çalışmanın yürütülebilmesi için, 'Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu'ndan izin alınmıştır. 17.10.19 tarih 2019/16 Sayılı Atadek Toplantısında görüşülmüş olup 2019-16/3 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur (EK 3).

Bu çalışmada gönüllü katılım ilkesi temel alınarak, soru formlarını uygulamadan önce, araştırmacı tarafından her bireye araştırmanın amacı açıklanıp, bireylerden bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır (EK 4).

Araştırmada ‘Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği’nin kullanılabilmesi için ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Dilek Güleç’ten izin alınmıştır (EK 5).

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Veriler 2020 Mart- 2021 Şubat tarihleri arasında, hemşirelerle yüz yüze görüşülüp, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere, anket formu ve Güleç (2012) tarafından geliştirilen ‘Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği’ formunun elden verilerek, sonrasında toplanması şeklinde yapılmıştır. Çalışmayı gerçekleştirmek için hastane ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden izin alınmıştır (EK-6).

3.9. Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın uygulanmasına, pandemiye bağlı çalışanların yoğunluğu nedeniyle ara verilmek zorunda kalınmış olup, araştırma planlanan tarihten farklı bir tarih aralığında uygulanabilmiştir.

Araştırma sadece Acıbadem Fulya Hastanesinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır. Araştırma sonucunda elde edilen bulguların, hemşirelerin öznel ifadelerine dayanması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur. Çalışma sonuçları, araştırmaya katılan hemşirelerin yanıtları ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Farklı birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin tutumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada bulgular incelendiğinde;

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımı (N=150)

Özellikler	N	%	
Yaş	20-30 yaş	119	79,4
	31-40 yaş	20	13,3
	41-50 yaş	8	5,3
	51 yaş ve üzeri	3	2,0
Cinsiyet	Kadın	114	76,0
	Erkek	36	24,0
Medeni Durum	Evli	41	27,3
	Bekar	109	72,7
Eğitim Durumu	Lise	38	25,3
	Ön lisans	33	22,0
	Lisans	70	46,7
	Lisans Üstü/Uzman	9	6,0
Mesleğinizde çalışma süreniz	0-5 yıl	96	64,0
	6-10 yıl	29	19,3
	11-15 yıl	10	6,7
	16-20 yıl	8	5,3
	21 yıl ve üst	7	4,7
Aynı kurumda çalışma yılınız	1-3 yıl	84	56,0
	4-7 yıl	34	22,7
	8-10 yıl	21	14,0
	11 yıl ve üstü	11	7,3
Çalıştığınız birim	Dahilye	11	7,3
	Cerrahi	41	27,4
	Yoğun bakım	21	14,0
	Acil	14	9,3
	Ameliyathane	24	16,0
	Diğer	39	26,0
Aynı birimde çalışma süresi	0-5 yıl	105	70,0
	6-10 yıl	34	22,7
	11-15 yıl	8	5,3
	16 yıl ve üstü	3	2,0

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=150) (devam)

Özellikler	N	%	
Çalışma şekli	Gündüz	63	42,0
	Gece	4	2,7
	Gündüz-gece	83	55,3
Haftalık çalışma saatiniz	45 saat	8	5,3
	45 saatten fazla	142	94,7
Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı	5 hastadan az	47	31,3
	5-9 hasta	66	44,0
	10-14 hasta	21	14,0
	15 ve daha fazla hasta	16	10,7
İş yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?	Mükemmel	2	1,3
	Çok iyi	23	15,3
	İyi	101	67,4
	Kötü	21	14,0
	Çok kötü	3	2,0
Çalıştığınız kurumda iş doyum düzeyinizi nasıl tanımlarsanız?	Çok iyi	14	9,3
	İyi	73	48,7
	Orta	60	40,0
	Kısmen kötü	2	1,3
	Kötü	1	,7
Daha önce tıbbi hata ile karşılaştınız mı?	Evet	109	72,7
	Hayır	41	27,3

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 79,3' ünün 20-30 yaş aralığında, % 76' sının kadın, % 72,7' sinin bekar, % 46,7' sinin lisans mezunu olduğu, % 64' ünün meslekte 0-5 yıl arasında olduğu, % 56' sının aynı kurumda çalışma süresinin 1-3 yıl arasında olduğu, %27,3'ü cerrahi servislerde çalışırken %26'sının diğer birimlerde çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin %70'inin aynı birimde çalışma süresi 0-5 yıl arasındadır. Hemşirelerin %42'si gündüz, %55,3'ü gündüz-gece çalışmaktadır. %94,7'sinin 45 saatten fazla çalıştığı, %44'ünün ortalama 5-9 hastaya bakım verdiğini, %67,3'ünün iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirdiği, %48,7 sinin de iş doyum düzeyini iyi olarak değerlendirdiği, %72,7'sinin önceden tıbbi hata ile karşılaştığı saptandı.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Tutumlarının Dağılımı

	1,0		2,0		3,0		4,0		5,0		Ort.	Ss
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%		
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur	19	12,7	86	57,3	31	20,7	10	6,7	4	2,7	2,29	0,87
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır	0	0,0	7	4,7	22	14,7	87	58,0	34	22,7	3,99	0,75
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır	1	0,7	2	1,3	5	3,3	64	42,7	78	52,0	4,44	0,69
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	4	2,7	30	20,0	53	35,3	46	30,7	17	11,3	3,28	1,00
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	4	2,7	23	15,3	61	40,7	57	38,0	5	3,3	3,24	0,85
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır	3	2,0	23	15,3	38	25,3	74	49,3	12	8,0	3,46	0,92
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır	0	0,0	8	5,3	7	4,7	77	51,3	58	38,7	4,23	0,77
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım	0	0,0	2	1,3	5	3,3	57	38,0	86	57,3	4,51	0,63
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	1	0,7	1	0,7	9	6,0	61	40,7	78	52,0	4,43	0,70
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum	57	38,0	67	44,7	17	11,3	7	4,7	2	1,3	1,87	0,89
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler	1	0,7	3	2,0	9	6,0	69	46,0	68	45,3	4,33	0,74
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	0	0,0	3	2,0	4	2,7	79	52,7	64	42,7	4,36	0,64
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	36	24,0	72	48,0	21	14,0	16	10,7	5	3,3	2,21	1,03

Tablo 4.2. Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Tutumlarının Dağılımı (devam)

	1,0		2,0		3,0		4,0		5,0		Ort.	Ss
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%		
14.Yapılan tıbbi hatalar hastaya / hasta yakınına açıklanmalıdır.	9	6,0	12	8,0	61	40,7	56	37,3	12	8,0	3,33	0,95
15.Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	0	0,0	3	2,0	27	18,0	86	57,3	34	22,7	4,01	0,70
16.Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	0	0,0	1	0,7	2	1,3	53	35,3	94	62,7	4,60	0,56

Hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin tutumları değerlendirildiğinde; hemşirelerin % 62,7' si tıbbi hataların bildirilmesinin hasta güvenliğini artırdığını belirtirken, % 57,3' ü yapılan tüm hataların bildirilmesini desteklemiştir. Hemşirelerin % 52' si tıbbi hatalar ve nedenlerinin çalışanlarla tartışılmasından yana olmuştur. Hemşirelerin % 1,3' ü tıbbi hataların bildirilmesinden kaçınırken, % 3,3'ü tıbbi hata oluşmamışsa bildirilmesine gerek olmadığını savunmuştur. Hemşirelerin % 2,7 si ise tıbbi hatayı yapan kişinin suçsuz olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hata Ölçeği Puan Ortalamaları (N=150)

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Ss
Tıbbi Hata Algısı (Maddeler: 1,2)	150	1,50	4,50	3,14	0,59
Tıbbi Hata Yaklaşımı (Maddeler: 3,8,10,11,12,13,14)	150	2,86	5,00	4,13	0,41
Tıbbi Hata Nedenleri (Maddeler: 4,5,6,7,9,15,16)	150	2,86	5,00	3,89	0,42
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	150	3,06	4,56	3,90	0,28

Çalışmaya dâhil edilen hemşirelerin THTÖ toplam puan ortalaması $3,90 \pm 0,28$ olarak saptandı. Ölçeğin alt boyutlarından olan “tıbbi hata algısı” puan ortalaması

3,14±0,59, “tıbbi hataya yaklaşım” puan ortalaması 4,13±0,41 ve “tıbbi hata nedenleri” puan ortalaması 3,89±0,42 olarak bulundu.

Tablo 4.4. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Yaş Açısından İncelenmesi (N=150)

Yaş		N	Ortalama	Ss	F	P	İkili karşılaştırma
Tıbbi Hata Algısı	20-30 yaş	119	3,08	0,60	3,104	,048*	1<2
	31-40 yaş	20	3,35	0,52			1<3
	41 yaş ve üzeri	11	3,41	0,49			
Tıbbi Hata Yaklaşımı	20-30 yaş	119	4,12	0,41	1,198	,305	
	31-40 yaş	20	4,11	0,42			
	41 yaş ve üzeri	11	4,31	0,37			
Tıbbi Hata Nedenleri	20-30 yaş	119	3,91	0,44	0,675	,511	
	31-40 yaş	20	3,80	0,37			
	41 yaş ve üzeri	11	3,84	0,38			
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	20-30 yaş	119	3,90	0,29	0,693	,502	
	31-40 yaş	20	3,88	0,23			
	41 yaş ve üzeri	11	3,99	0,18			

*p<0,05

Hemşirelerin yaş gruplarına göre tıbbi hataya ilişkin tutumları değerlendirildiğinde; farklı yaş gruplarında Tıbbi Hata Algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p= 0,048). Tıbbi hata yaklaşımı (p=0,305), TH nedenleri (p=0,511), ve Tıbbi hatalarda tutum ölçeği (p=0,502) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi .

Tablo 4.5. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Cinsiyet		N	Ortalama	Ss	t	p
Tıbbi Hata Algısı	Kadın	114	3,11	0,59	-,957	,340
	Erkek	36	3,22	0,59		
Tıbbi Hata Yaklaşımı	Kadın	114	4,16	0,39	1,435	,153
	Erkek	36	4,04	0,47		
Tıbbi Hata Nedenleri	Kadın	114	3,88	0,43	-,651	,516
	Erkek	36	3,93	0,41		
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	Kadın	114	3,90	0,28	,229	,819
	Erkek	36	3,89	0,29		

*p<0,05

Kadın ile erkekler arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

Tablo 4.6. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi

Eğitim Durumunuz		N	Ortalama	Ss	F	p
Tıbbi Hata Algısı	Lise	38	3,14	0,51	,529	,663
	Ön lisans	33	3,24	0,61		
	Lisans	70	3,09	0,63		
	Lisans Üstü/Uzman	9	3,17	0,56		
Tıbbi Hata Yaklaşımı	Lise	38	4,02	0,46	1,706	,168
	Ön lisans	33	4,10	0,37		
	Lisans	70	4,19	0,41		
	Lisans Üstü/Uzman	9	4,19	0,25		
Tıbbi Hata Nedenleri	Lise	38	3,90	0,37	1,821	,146
	Ön lisans	33	4,01	0,42		
	Lisans	70	3,86	0,45		
	Lisans Üstü/Uzman	9	3,67	0,38		
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	Lise	38	3,86	0,29	,951	,418
	Ön lisans	33	3,95	0,27		
	Lisans	70	3,91	0,29		
	Lisans Üstü/Uzman	9	3,83	0,13		

*p<0,05

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Puan Ortalamalarının Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi

Mesleğinizde çalışma süreniz	N	Ortalama	Ss	F	P	
Tıbbi Hata Algısı	0-5 yıl	96	3,08	0,65	1,085	,366
	6-10 yıl	29	3,19	0,41		
	11-15 yıl	10	3,20	0,26		
	16-20 yıl	8	3,44	0,73		
	21 yıl ve üst	7	3,36	0,48		
Tıbbi Hata Yaklaşımı	0-5 yıl	96	4,11	0,40	0,468	,759
	6-10 yıl	29	4,19	0,46		
	11-15 yıl	10	4,07	0,30		
	16-20 yıl	8	4,07	0,38		
	21 yıl ve üst	7	4,27	0,45		
Tıbbi Hata Nedenleri	0-5 yıl	96	3,90	0,45	0,320	,864
	6-10 yıl	29	3,86	0,37		
	11-15 yıl	10	3,97	0,39		
	16-20 yıl	8	3,79	0,44		
	21 yıl ve üst	7	3,98	0,24		
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	0-5 yıl	96	3,89	0,29	0,476	,753
	6-10 yıl	29	3,92	0,27		
	11-15 yıl	10	3,92	0,22		
	16-20 yıl	8	3,87	0,27		
	21 yıl ve üst	7	4,03	0,17		

* $p<0,05$

Mesleğinde çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Tıbbi Hatalarda Tutumun Aynı Kurumdaki Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi

Aynı kurumda çalışma yılınız	N	Ortalama	Ss	F	p	
Tıbbi Hata Algısı	1-3 yıl	84	3,05	0,65	1,786	,152
	4-7 yıl	34	3,21	0,48		
	8-10 yıl	21	3,33	0,46		
	11 yıl ve üstü	11	3,27	0,56		
Tıbbi Hata Yaklaşımı	1-3 yıl	84	4,08	0,42	1,512	,214
	4-7 yıl	34	4,21	0,37		
	8-10 yıl	21	4,09	0,47		
	11 yıl ve üstü	11	4,30	0,23		
Tıbbi Hata Nedenleri	1-3 yıl	84	3,90	0,45	0,443	,723
	4-7 yıl	34	3,94	0,39		
	8-10 yıl	21	3,81	0,40		
	11 yıl ve üstü	11	3,86	0,38		
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	1-3 yıl	84	3,87	0,30	1,278	,284
	4-7 yıl	34	3,97	0,24		
	8-10 yıl	21	3,87	0,26		
	11 yıl ve üstü	11	3,98	0,22		

*p<0,05

Aynı kurumdaki çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

Tablo 4.9. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Çalışılan Birim Açısından İncelenmesi

Çalıştığınız birim		N	Ortalama	Ss	F	p
Tıbbi Hata Algısı	Dahiliye	11	3,09	0,54	,463	,803
	Cerrahi	41	3,04	0,66		
	Yoğun bakım	21	3,14	0,71		
	Acil	14	3,18	0,42		
	Ameliyathane	24	3,17	0,52		
	Diğer	39	3,23	0,57		
Tıbbi Hata Yaklaşımı	Dahiliye	11	4,05	0,50	,872	,502
	Cerrahi	41	4,20	0,41		
	Yoğun bakım	21	4,06	0,43		
	Acil	14	4,27	0,36		
	Ameliyathane	24	4,06	0,43		
	Diğer	39	4,11	0,37		
Tıbbi Hata Nedenleri	Dahiliye	11	3,79	0,39	1,174	,325
	Cerrahi	41	3,82	0,48		
	Yoğun bakım	21	3,82	0,36		
	Acil	14	4,05	0,57		
	Ameliyathane	24	3,90	0,32		
	Diğer	39	3,97	0,38		
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	Dahiliye	11	3,82	0,28	1,278	,276
	Cerrahi	41	3,89	0,33		
	Yoğun bakım	21	3,84	0,24		
	Acil	14	4,04	0,31		
	Ameliyathane	24	3,88	0,27		
	Diğer	39	3,94	0,23		

*p<0,05

Çalıştığı birim farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

Tablo 4.10. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Çalışma Şekli Açısından İncelenmesi

Çalışma şekli		N	Ortalama	Ss	t	p
Tıbbi Hata Algısı	Gündüz	63	3,19	0,55	1,209	,229
	Gündüz-gece	83	3,07	0,61		
Tıbbi Hata Yaklaşımı	Gündüz	63	4,18	0,37	1,088	,279
	Gündüz-gece	83	4,11	0,42		
Tıbbi Hata Nedenleri	Gündüz	63	3,89	0,42	-0,206	,837
	Gündüz-gece	83	3,90	0,43		
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	Gündüz	63	3,93	0,27	0,870	,386
	Gündüz-gece	83	3,89	0,28		

*p<0,05

Çalışma şekli farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

Tablo 4.11. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Aynı Birimde Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi

Aynı birimde çalışma süresi		N	Ortalama	Ss	F	p
Tıbbi Hata Algısı	0-5 yıl	105	3,09	0,61	1,542	,217
	6-10 yıl	34	3,25	0,51		
	11 yıl ve üstü	11	3,32	0,56		
Tıbbi Hata Yaklaşımı	0-5 yıl	105	4,13	0,40	0,300	,741
	6-10 yıl	34	4,15	0,40		
	11 yıl ve üstü	11	4,04	0,51		
Tıbbi Hata Nedenleri	0-5 yıl	105	3,90	0,44	0,181	,834
	6-10 yıl	34	3,89	0,39		
	11 yıl ve üstü	11	3,82	0,39		
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	0-5 yıl	105	3,90	0,28	0,289	,750
	6-10 yıl	34	3,92	0,26		
	11 yıl ve üstü	11	3,85	0,31		

*p<0,05

Aynı birimdeki çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.12. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Haftalık Çalışma Saati Açısından İncelenmesi

Haftalık çalışma saatiniz		N	Ortalama	Ss	t	p
Tıbbi Hata Algısı	45 saat	8	3,00	0,53	-,687	,493
	45 saatten fazla	142	3,15	0,59		
Tıbbi Hata Yaklaşımı	45 saat	8	4,25	0,24	,863	,390
	45 saatten fazla	142	4,12	0,42		
Tıbbi Hata Nedenleri	45 saat	8	3,80	0,35	-,608	,544
	45 saatten fazla	142	3,90	0,43		
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	45 saat	8	3,90	0,20	-,034	,973
	45 saatten fazla	142	3,90	0,28		

* $p<0,05$

Haftalık çalışma saati farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı Açısından İncelenmesi

Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı	N	Ortalama	Ss	F	p	
Tıbbi Hata Algısı	5 hastadan az	47	3,15	0,69	,651	,583
	5-9 hasta	66	3,08	0,56		
	10-14 hasta	21	3,26	0,52		
	15 ve daha fazla hasta	16	3,22	0,48		
Tıbbi Hata Yaklaşımı	5 hastadan az	47	4,02	0,46	2,036	,111
	5-9 hasta	66	4,16	0,39		
	10-14 hasta	21	4,24	0,30		
	15 ve daha fazla hasta	16	4,21	0,41		
Tıbbi Hata Nedenleri	5 hastadan az	47	3,88	0,38	2,354	,075
	5-9 hasta	66	3,86	0,47		
	10-14 hasta	21	3,83	0,36		
	15 ve daha fazla hasta	16	4,15	0,38		
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	5 hastadan az	47	3,85	0,29	2,540	,059
	5-9 hasta	66	3,89	0,29		
	10-14 hasta	21	3,94	0,23		
	15 ve daha fazla hasta	16	4,06	0,22		

*p<0,05

Günlük bakım verdiği hasta sayısı farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

Tablo 4.14. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamasının İş Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi

İş yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?		n	Ortalama	Ss	F	p	İkili karşılaştırma
Tıbbi Hata Algısı	Mükemmel/Çok iyi	25	3,28	0,63	3,444	,035*	2<3
	İyi	101	3,05	0,57			
	Kötü/çok kötü	24	3,35	0,58			
Tıbbi Hata Yaklaşımı	Mükemmel/Çok iyi	25	4,26	0,38	2,035	,134	
	İyi	101	4,12	0,41			
	Kötü/çok kötü	24	4,04	0,43			
Tıbbi Hata Nedenleri	Mükemmel/Çok iyi	25	3,76	0,31	3,840	,024*	1<3
	İyi	101	3,88	0,43			
	Kötü/çok kötü	24	4,08	0,43			
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	Mükemmel/Çok iyi	25	3,92	0,19	1,095	,337	
	İyi	101	3,88	0,29			
	Kötü/çok kötü	24	3,97	0,31			

*p<0,05

İş yaşam kalitesini farklı değerlendiren gruplar arasında Tıbbi Hata Algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Sonuçlar incelendiğinde İş yaşam algısını kötü/çok kötü bulanların puan ortalaması en yüksek iken iyi bulanların ortalaması en düşük bulundu.

İş yaşam kalitesini farklı değerlendiren gruplar arasında Tıbbi Hata Nedenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05).

Tablo 4.15. Hemşirelerin Tıbbi Hata ile Karşılaşma Durumunun THTÖ ile Karşılaştırılması (N=150)

Daha önce tıbbi hata ile karşılaştınız mı?		N	Ortalama	Ss	T	p
Tıbbi Hata Algısı	Evet	109	3,20	0,59	1,952	,053
	Hayır	41	2,99	0,56		
Tıbbi Hata Yaklaşımı	Evet	109	4,17	0,38	2,199	,029*
	Hayır	41	4,01	0,45		
Tıbbi Hata Nedenleri	Evet	109	3,90	0,43	0,253	,800
	Hayır	41	3,88	0,41		
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	Evet	109	3,93	0,26	2,098	,038*
	Hayır	41	3,82	0,31		

*p<0,05

Daha önce tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre gruplar arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p= 0,038). Tıbbi hata yaklaşımı ile de fark olduğu belirlendi (p= ,029)

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Tıbbi hata ya da hatalı uygulama, sağlık profesyonellerince hastaya sunulan hizmetin istenmeyen bir şekilde verilmesi ve kişinin zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır (1, 2, 3, 4, 5). Farklı birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin tutumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda, hemşirelerin yaş ortalamalarının genç erişkin grupta, 20-30 yaş arasında daha çok kadın cinsiyette ve bekar olduğu belirlenmiştir. Eğitim ve mesleki durum açısından bakıldığında daha çok lisans mezunu ve 0-5 yıl arasında çalışma süresine sahip olanlardan oluştuğu görülmüştür. Bulguların, ülkemizde hemşireler üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarla benzerlik gösterdiği düşünülmüştür. Hemşirelik mesleğini yapanların çoğunun kadın oluşu, kadının toplum içinde sorumluluklarının fazla oluşu ve de hasta bireyle geçirdiği zamanın fazla olması tıbbi hata oranını artırabilmektedir (Tablo 4.1).

Benzer şekilde hemşireler üzerinde yürütölen farklı çalışmalarda, cinsiyet, yaş ve çalışma şekline göre inceleme yapıldığında çoğunluğun kadın ve genç olduğu, vardiyalı ve fazla mesai sistemiyle çalıştığı görölmektedir (73, 104, 105).

Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturduğu için hata oranlarının düşürölmesi açısından, çalışanların tıbbi hataya karşı tutumlarını belirlemek çok önemlidir (71).

Literatürde tıbbi hataların hastaya ulaşmadan önlenmesi, hasta güvenliğinin amacı ve tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğunda olduğu bildirilmektedir (70, 72,

73). Tıbbi hata oranlarını azaltmak, hasta güvenliğini sağlamak ve sağlık kurumlarına duyulan güveni artırmak için tıbbi hatalara yönelik tutumların belirlenmesi gerekir (70, 73).

Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin THTÖ toplam puanı $3,90\pm 0,28$ olarak sonuçlanırken ölçekten alınabilecek maksimum puan ortalamasının $4,56$ dır. Çalışmamızda ölçeğin alt boyutlarından; tıbbi hata yaklaşım puan ortalaması $4,13\pm 0,41$ sonuçlanmış ve maksimum alabileceği puan ise 5 , tıbbi hataya nedenleri puan ortalaması $3,89\pm 0,42$ ve maksimum alabileceği puan 5 , tıbbi hata algısı puan ortalaması $3,14\pm 0,59$ ve maksimum alabileceği puan $4,50$ olarak bulunmuştur. THTÖ toplam puanları ve alt boyutlarında çıkan ortalama puanlar için üzerinde olduğu için hemşirelerin tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilebilir. Tıbbi hata algısı puan ortalamasının, tıbbi hataya yaklaşım ve tıbbi hata nedenlerine göre düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Çalışmamızda THTÖ puan ortalaması $3,90$ olarak bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında; Gök ve Sarı'nın yaptığı çalışmada THTÖ toplam puanı $3,48$ olarak bulunmuştur (19). Alaman'ın hemşirelerle yaptığı çalışmasında ise THTÖ toplam puan ortalaması $3,80\pm 0,33$ (92). Yaprak ve İntepeler $3,70$ olarak bulunmuştur (93). Aktan ve Atay'ın çalışmasında THTÖ puan ortalaması $2,36$. Güven ve Ark.'ın yaptığı çalışmada; THTÖ toplam puan ortalaması $3,36$ olarak sonuçlanmıştır. Çalışmamızın THTÖ toplam puan ortalamasının diğer çalışmalardan yüksek olduğu görülmüştür. THTÖ toplam puan ortalamasına göre hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin tutumlarının genel olarak olumlu yönde olduğu ve tıbbi hataların önemi konusunda farkındalıklarının yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 4.3). Aynı zamanda hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün yerleşmiş olması ile de ilişkilendirilmiştir.

Özen ve ark. internet ortamından 390 hemşire ile yaptıkları çalışmada, tıbbi hata tutumunun olumlu olduğunu saptamıştır (70, 95). Özata ve ark. üniversite ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde (12), Cebeci ve ark. bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde (96) ve Avşar ve ark. bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde tıbbi hata yapma eğilimleri düşük olarak saptanmıştır (97). Çalışmada ve literatürdeki sonuçların farklılığı örneklem sayılarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda ölçeğin tıbbi hata algısı alt boyut toplam puan ortalaması 3,14 olarak olumlu sonuçlanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Aktan ve Atay'ın çalışmasında, ölçeğin tıbbi hata algısı 3,19, Korhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelerin 'tıbbi hata algısı alt boyutlarındaki tutumlarının olumlu olduğu belirlenmiştir (94). Çalışmamızdan farklı olarak Gök ve Sarı'nın yaptığı çalışmada ölçeğin tıbbi hata algısı alt boyut toplam puanı $2,93 \pm 0,77$ (19), Alaman'ın yaptığı çalışmada ölçeğin "tıbbi hata algısı" alt boyut puan ortalaması $2,68 \pm 0,77$. Güven ve Ark.'ın çalışmasında ölçeğin tıbbi hata algısı tutumları olumsuz $2,65$ olarak sonuçlanmıştır. Hemşirelerin tıbbi hata algısının olumsuz olmasının sebebi sorular arasında yer alan 'bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır' ifadesinin puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ölçeğin tıbbi hata yaklaşım alt boyut puan ortalaması 4,13 olarak sonuçlanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde tıbbi hata yaklaşımı olumlu çıkan diğer çalışmalara bakıldığında; Gök ve Sarı tıbbi hataya yaklaşım alt boyut toplam puanı $3,57 \pm 0,60$, Güven ve Ark.'ın çalışmasında ölçeğin, tıbbi hataya yaklaşım $3,64$, Alaman'ın çalışmasında tıbbi hataya yaklaşım alt boyut puan ortalaması $3,97$ olduğu görülmektedir. Korhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, hemşirelerin 'tıbbi hataya yaklaşım' tutumlarının olumlu olduğu belirlenmiştir (94). Çalışmamızdan farklı olarak Aktan ve Atay'ın çalışmasında, tıbbi hataya yaklaşım puan ortalaması $2,24$ ve olumsuz sonuçlanmıştır.

Çalışmamızda tıbbi hata nedenleri alt boyut puan ortalaması 3,89 olarak olumlu sonuçlanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde tıbbi hata nedenleri alt boyut puan ortalaması olumlu ve benzer çıkan diğer çalışmalarda, Gök ve Sarı tıbbi hata nedenleri alt boyut puan ortalaması 3,57 (19), Güven ve Ark.'ın çalışmasında ölçeğin, tıbbi hata nedenleri (3,84), Alaman "tıbbi hata nedenleri" alt boyut puan ortalaması 3,95 olduğu görülmüştür. Korhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelerin 'tıbbi hata nedenleri' alt boyutlarındaki tutumlarının olumlu olduğu belirlenmiştir (94). Çalışmamızdan farklı olarak Aktan ve Atay'ın çalışmasında tıbbi hata nedenleri puan ortalaması 2,25 ve olumsuz olduğu saptanmıştır (70).

Yaşı farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hata Algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde, 41 yaş ve üzeri hemşirelerin puan ortalaması en yüksek iken yaş azaldıkça ortalamanın da azaldığı belirlendi (Tablo 4.4). Yaş ortalaması yüksek olan grubun tıbbi hata algı düzeyinin de yüksek olduğu düşünülmektedir. Yaşın, tıbbi hata nedenleri, tıbbi hataya yaklaşım ve tıbbi hatalarda tutum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Ancak tıbbi hata yaklaşımı ve tutumu yaş arttıkça atmıştır. Yaş ile THTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarındaki artışın, yaş birlikte mesleki tecrübenin de arttığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaşı küçük olup mesleki tecrübesinin de yeterli olmadığı düşünülen hemşirelerin tıbbi hatalar konusunda yeterince farkındalığa sahip olmadıkları düşünülmüştür.

Er ve Altuntaş'ın 277 hemşire ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin %72,5' i tecrübesizliğin tıbbi hataya neden olduğunu belirtmiştir (9). Dikmen ve ark.'ın yaptığı çalışmada yaşı küçük olan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin attığını göstermiştir (106).

Çalışmaya benzer olarak Cebeci (96), Güven ve ark.'ın yaptığı çalışmada THTÖ puan ortalaması ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır

(70). Yaprak ve İntepeler yaşın tıbbi hatalarda tutumu etkilediğini belirtmişlerdir (93). Aktan ve Atay ise, hemşirelerin yaşı arttıkça THTÖ toplam puan ortalamaları ve tıbbi hataya yaklaşımının arttığı ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Tıbbi hata algısı ile yaş arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (73).

Literatür incelendiğinde yaş ile tıbbi hatalar arasında anlamlı farklılık olan çalışmalar olduğu gibi ; yaşın tıbbi hata yapmayı etkilemediği gösteren çalışmalar da mevcuttur (19, 70, 73, 104). Hasta güvenliği kültürü yerleşmiş olan kurumlarda bu konunun dikkate alındığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadın ile erkekler arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ancak; kadınların erkeklere göre tıbbi hata tutumları ve tıbbi hataya yaklaşımı daha olumlu ve yüksektir (Tablo 4.5). Literatürde çalışmamızla benzer ve farklı sonuçlanan araştırmalar mevcuttur. Bu farklılığın, hemşirelerin büyük çoğunluğunun kadın olmasından ve erkek hemşire sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Aynı zamanda kadın hemşirelerin tıbbi hatalar konusunda farkındalığının erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Benzer şekilde; Işık ve ark.'ın çalışmasında da hemşirelerin cinsiyetleri ile tıbbi hata düşünceleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (13). Özyer, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmasında (7); kadınların (3,38±0,34) tıbbi hatalarla ilgili tutumları erkeklere (3,28±0,39) göre daha olumlu, Korhan ve ark. yaptıkları çalışmada (94) kadın hemşirelerin erkeklere göre tıbbi hata tutumlarının daha olumlu düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir. Güven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada THTÖ puan ortalaması ile hemşirelerin cinsiyeti arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (70). Aktan ve Atay'ın yaptığı çalışmada kadın hemşirelerin THTÖ puan ortalamaları erkek hemşirelere göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlanmıştır (73). Elde edilen sonuçlara göre kadın hemşirelerin tıbbi hataların ve

hata bildirimlerinin farkındalığının erkek hemşirelere göre yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.6). Çalışmada ön lisans mezunu hemşirelerin, alt boyutlarından; tıbbi hata nedenleri, tıbbi hata tutumları ve tıbbi hata algı düzeyleri ortalamaları lise, lisans ve lisansüstü mezun hemşirelere göre daha yüksek olarak sonuçlanırken, tıbbi hata yaklaşımı puan ortalamaları eğitim seviyesi arttıkça artmıştır. Eğitim seviyesi ile anlamlı fark olmasa da çalışanların tıbbi hata yaklaşımı ve farkındalıkların yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Benzer şekilde Dilemek ve ark.'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitim seviyesi ile tıbbi hata tutumları arasında bir ilişki saptanmamıştır (107). Burgarner Kuzey Caroline Hastanesinde yaptığı çalışmada, 196 tıbbi hatanın incelenmesi sonucunda hataların 8 tanesi lise, 123'ü ön lisans, %9 tanesi lisans ve 6'sı yüksek lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip hemşirelerce yapılmıştır, buna göre her eğitim seviyesinde tıbbi hataların olabileceği ancak yine de eğitim seviyesinin düşük olmasının tıbbi hatayı tetikleyebileceği sonucuna ulaşmıştır (99).

Diğer araştırmacıların ulaştığı sonuçlar şöyledir; Gök ve Sarının yaptığı çalışmada, tıbbi hataya yaklaşım alt ölçeklerinde eğitimin etkili olduğunu lisans ve lisansüstü hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (19). Yine Yaprak ve İntepeler de eğitimin etkili olduğu sonucuna varmıştır (93). Güven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise lisans mezunu hemşirelerin tıbbi hata tutumları lise ve ön lisans mezunu hemşirelere göre daha olumlu olduğu belirlenmiştir (70). Kıymaz ve Koç'un çalışmasında yüksek lisans mezunu hemşirelerin tıbbi tutumlarının lise, ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerden daha olumlu olduğu saptanmıştır (98). Aktan ve Atay'ın yaptığı çalışmada ise hemşirelerin eğitim

seviyesi arttıkça THTÖ toplam puanlarının da arttığı görülmüş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur (73).

Çalışmamızda tıbbi hataya yaklaşım puan ortalaması eğitim seviyesi yükseldikçe atmıştır. Diğer çalışmalardan farklı olarak, THTÖ toplam puan ortalaması, alt boyutlarından tıbbi hata algısı ve tıbbi hata nedenleri puan ortalamaları eğitim seviyesindeki artışla ilişkili olarak sonuçlanmamıştır.

Hemşirelerin çalıştığı birim ve THTÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, farklı olan gruplar arasında tıbbi hatalarda tutum ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.9). Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata tutumu diğer servislerde çalışan hemşirelerinkinden daha yüksektir. Acil serviste hasta sirkülasyonunun hızlı olması, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması tıbbi hatalar konusunda daha dikkatli olmaya teşvik ettiği düşünülmektedir. Dahiliye servisinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata algısı dışında, THTÖ ve alt boyut puan ortalamaları en düşük bulunmuştur. Dahiliye servisinde çalışan hemşirelerin bakım verdikleri hasta popülasyonu kronik süreçlerle izlendiğinden hemşirelerin tıbbi hata tutumları açısından hata riskini arttırabileceği düşünülmektedir.

Korhan ve arkadaşları (94) ile Güven ve ark.'ın yaptığı çalışmada (70) ise acil servis hemşirelerinin tıbbi hata tutumlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir . Aktan ve Atay'ın yaptığı çalışmada ise iç hastalıkları servislerde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları diğer servislerde çalışanlara göre daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (73).

Çalışmada, çalışma şekli farklı olan gruplar arasında THTÖ ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.10).

Vardiyalı çalışan hemşirelerin THTÖ ortalaması ile sürekli gündüz çalışan hemşirelerin puan ortalaması benzer düzeydedir. Sürekli gündüz çalışanların, THTÖ puan ortalamaları, tıbbi hata algısı, tıbbi hata yaklaşımı oranları gündüz-gece çalışanlardan yüksektir. Tıbbi hata nedenleri puan ortalaması vardiyalı çalışanlarda daha yüksek çıkmıştır. Vardiyalı çalışmanın hata algısını artırdığını düşündürmüştür.

Ancak çalışma sonuçları bu yönde değildir. Kıymaz ve Koç'un çalışmasında da sürekli gündüz çalışan hemşirelerin THTÖ ortalaması vardiyalı çalışan hemşirelere yakın çıkmıştır (98). Aktan ve Atay'ın çalışmasında çalışma şekli ile THTÖ puan ortalaması ve alt boyutlardan tıbbi hata algısı ve tıbbi hata nedenleri arasında anlamlılık bulunmamıştır (73). Güven ve ark.'ın yaptığı çalışmada vardiyalı çalışan hemşirelerin, THTÖ puanları sürekli gündüz çalışan hemşirelerle benzer çıkmıştır ve anlamlı farklılık bulunmamıştır (70). Gece vardiyasında çalışmak; yorgunluk, dikkat dağınıklığı, stres ve motivasyon kaybına neden olmakla birlikte hemşirelerin sürekli gündüz ya da vardiyalı çalışmasının tıbbi hata tutum düzeylerini olumsuz yönde etkilememektedir (70).

Haftalık çalışma saati farklı olan gruplar arasında tıbbi hatalarda tutum ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.12). Fazla mesai yapan hemşirelerin 'tıbbi hata algısı' ve tıbbi hata nedenleri alt boyut puan ortalaması yüksek ve olumlu çıkmıştır. Bununla birlikte, tıbbi hata nedenleri alt boyutundan 'Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır' ifadesi ortalaması yüksek çıkan maddeler arasında yer almaktadır. Bu durum hemşirelerin, fazla çalışma saatine uyum ve toleransını artırdığını düşündürebilir.

Benzer şekilde, Aktan ve Atay'ın çalışmasında fazla mesai yapan hemşirelerin tıbbi hata nedenleri alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (73). Olds ve Clarke, hemşirelerin haftalık çalışma saatleri 40 saatin üstüne çıktığında tıbbi hata yapma risklerinin de

arttığını saptamıştır (100). Yaprak ve İntepeler (93), Kahriman ve ark., haftalık çalışma saati arttıkça hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin attığını belirlemiştir (101). Güven ve ark.'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin %35,3 ü haftalık 40 saatin üzerinde çalışmaktadır (70). Korhan ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin yasal olarak haftalık çalışma saatinden daha fazla çalıştığı belirtilmiştir (94). Er ve Altuntaş'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin %74,8 i çalışma saatlerinin ve sürelerinin uzun sürmesinin tıbbi hata yapma nedeni olarak belirlemişlerdir (9, 19). Aşırı çalışmanın uyku bozukluğu, yorgunluk, stres, dikkat dağınıklığı, performans düşüklüğü ve hasta bakımında yetersizliklere sebep olduğu bildirilmiştir (70, 96, 103).

Çalışmada, günlük bakım verdiği hasta sayısı farklı olan gruplar arasında Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.13). Hasta sayısı arttıkça tıbbi hatalarda tutum ölçeği ve tıbbi hata nedenleri puan ortalamaları da artmaktadır. Bu sonuç, hasta sayısı çok olduğunda alınan önlemlerin dikkat ve farkındalığı artırdığını söyleyebiliriz.

Aktan ve Atay'ın çalışmasında günlük hasta sayısı 1-3 olan hemşirelerin THTÖ puanları, daha fazla hastaya bakan hemşirelere göre daha yüksek sonuçlanmıştır (73). Başka bir çalışmada ise, bakım verilen hasta sayısı 10'un üzerinde olan hemşirelerin, hasta sayısı 10 ve altında olan hemşirelere göre yaklaşık iki kat fazla ilaç hatası yaptıkları belirtilmiştir (102).

İş yaşam kalitesini farklı değerlendiren gruplar arasında tıbbi hata algısı ve tıbbi hata nedenleri puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 4.14). İş yaşam algısını kötü/çok kötü bulanların puan ortalamasının diğerlerine göre yüksek olduğu belirlendi ($p=,035$). İş yaşam algısının kötü olanların tıbbi hata nedenlerinin olumlu yönde olması içinde bulunduğumuz pandemi süreci ile ilişkili iş yaşam algısının olumsuz değerlendirilmesi, mesleki

eğitim düzeyindeki ve kişisel özelliklerdeki farklılıklar bu durumu açıklayabilmektedir. İş yaşam algısının kötü olmasının hata riski açısından hemşirelerin daha dikkatli davranmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Hemşireler, hasta bakımında doğrudan görev aldıkları ve hastaya daha yakın oldukları için tıbbi hata kavramı diğer mesleklere göre daha ön plandadır. Tıbbi hataların ortaya çıkmasında; bakım verilen hasta sayısının fazla olması, iş yoğunluğu, personel yetersizliği, sağlık çalışanları arasındaki iletişim, ve çalışma süresinin uzun olması önemlidir. Çalışma ortamı, iş yerinin idari yapısı, kurumsal politikası, yöneticinin iletişim şekli gibi uygun olmayan davranışlar, kritik hasta takibi, bir çok prosedür ve talimatlara uyulma zorunluluğu, hemşirelerin yoğun stres altında ve yorgun olmalarına neden olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri (tecrübesizlik, zihinsel yorgunluk, işini severek yapmama), iş doyumunun düşük olması, tükenmişlik ve bıkkınlık hissi de tıbbi hataya neden olabilmektedir.

ğt ve Karabacak'ın yaptığı çalışmada, hemşirelerin %93,3' tıbbi hataların iş yükü fazlalığından, %91,3' yoğun çalışma progamından, %91,3' personel azlığından kaynaklandığı ileri sürmektedir (105). Bodur ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin %77,3'ünün tıbbi hata yapma nedenleri arasında yorgunluk ve stresin olduğunu saptamışlardır (108). Chang ve Mark yorgunluk ve tecrübesizliğin tıbbi hata oluşmasında önemli olduğunu belirtmişlerdir (109).

Daha önce tıbbi hata ile karşılaşma durumu farklı olan gruplar arasında tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hatalarda tutum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 4.15). Buna göre daha önce tıbbi hata ile karşılaşmış olanların puan ortalaması daha yüksektir. Hemşirelerin bu konuda deneyimlerinin artması, hastayı ve çevresini korumasını sağlayacak önlemlerin alınmasına, hataların bildirilip hasta güvenliğinin sağlanmasına teşvik edeceği düşünülmektedir.

Öğüt ve Karabacak'ın yaptığı çalışmada, hemşirelerin %54'ü daha önce tıbbi hata ile karşılaşmış, %46'sı karşılaşmamıştır (105). Er ve Altuntaş tarafından yapılan bir çalışmada da araştırmaya katılan hemşirelerden %13.7'si mesleki çalışma süresinde tıbbi hata yaptığını belirtilmiştir (9). Yine benzer bir çalışmada da araştırmaya katılan hemşirelerin %28.5'i çalışma hayatı boyunca tıbbi hata yaptıklarını ifade etmişlerdir (15). Andsoy ve ark. hemşirelerin %78,4'ünün meslekleri süresince hiç hata yapmadıkları sonucuna ulaşmıştır (111). Güneş ve ark ise yaptıkları çalışmada, hemşirelerin 3'te 2'sinin meslek hayatları boyunca bir kere hata yaptığı sonucuna ulaşmıştır (110).

Cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı birim, meslekte çalışma süresi, aynı kurumda çalışma süresi, aynı birimde çalışma süresi, çalışma şekli, çalışma saati ve bakım verilen hasta sayısı açısından, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Araştırma sonucunda hemşirelerin, tıbbi hataya ilişkin genel olarak olumlu tutum içinde oldukları, tıbbi hata algısı konusunda ise tutumlarının düşük düzeyde olmadığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, hasta güvenliği kültürünün yaygınlaştırılması, hemşirelerin tıbbi hatalara karşı farkındalık ve istenilen tutumun kazandırılmasına yönelik girişimlerde bulunulması önerilebilir. Böylece sağlık profesyonellerinin tıbbi hataya karşı tutumlarını olumlu yönde olması sürdürülerek geliştirilebilir.

Tıbbi hata ve nedenlerinin önlenmesi için, hasta güvenliği kültürü oluşturma, hizmet içi eğitimlerin planlanması, tıbbi hata riskinin yüksek olduğu hasta bakım alanlarında farkındalığın artırılması, hemşire başına düşen hasta sayısının azaltılması,

yeni mezun hemşirelere tıbbi hatalar ve önlenmesi için eğitim verilmesi önerilmektedir.

Çalışma pandemi sürecinde yapılmıştır. Pandemi sürecinin mesleki öncelikleri değiştirmesi nedeniyle, hemşirelerin tıbbi hata tutumlarını ne yönde etkilediğinin de bu kapsamda değerlendirilmesi sürece katkı sağlayabilir. Farkındalığın artırılması için, tıbbi hata ve nedenlerine yönelik eğitimlerin verilmesi, pandemi sürecinde de konunun gündemde tutulması önerilmektedir.

Araştırma sonuçları özel bir hastane ile sınırlı olduğundan genellenebilmesi için farklı gruplarda ve daha geniş örneklem ile araştırmalar yapılması önerilmektedir. Değişen dünyada tıbbi hataların, hasta güvenliği ve çalışan güvenliğinin merkezinde olduğu unutulmamalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. Güleç D. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012 (Danışman: Doç.Dr. ŞS İntepeler).
2. Oya K. hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı . Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012; 14(4):91-112 .
3. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(2):53-59.
4. Odabaşoğlu E. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013 (Danışman: Doç.Dr. A Çelebioğlu).
5. İşçi N. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi. A.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2015 (Danışman: Doç.Dr. S Altuntaş).
6. Akar G. Cerrahi Hemşirelerinin Kişilik Tipi İle Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ordu, 2019 (Danışman: Doç.Dr. N Bölükbaş).
7. Özzyer Y. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları. O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ordu, 2016 (Danışman: Doç.Dr. N Bölükbaş, Doç.Dr.D Çilingir).
8. Uysal A. Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi. E.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan, 2019 (Danışman: Doç.Dr. P Karakurt).
9. Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016; 3(3):132- 139.
10. Caymaz M. Sağlık Personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015; 2(4):1-14.
11. Yücesan A, Alkaya SA. Bireylerin tıbbi hatalarla ilgili görüş ve deneyimleri. Dicle Tıp Dergisi. 2017; 44(1):25-34.
12. Özata M. Hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin ve hasta bakımında gösterdikleri özenin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(1):417- 430.
13. Işık O, Akbolat M, Cetin M, Cimen M. Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012; 11(4): 421–430.
14. Özgönül ML, Arda B, Dedeoğlu N. Tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata, malpraktis ve komplikasyon kavramlarının değerlendirilmesi .Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2019; 27(2):48-56.

15. Şahin ZA, Özdemir FK. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015; 12(3): 210-214.
16. Çakır SK. Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. *Sağlık Akademisi Kastamonu*. 2020; 12(3): 181-194.
17. Er F. Nedensel Yükleme Kuramı Doğrultusunda Verilen Eğitimin Hemşirelerin Tıbbi Hata Nedenlerini Belirlemelerine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Malatya, 2016 (Danışman: Prof.Dr. B Erci).
18. Dığın F, Özkan ZK. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Lokman Hekim Dergisi* . 2020; 10(1): 64-69.
19. Gök D, Sarı HY. Pediatri hemşirelerinin tıbbi hatalardaki tutumları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2017; 2(1): 7-13.
20. Güner, YO. Sağlık hizmetlerinde iyileştirme ve hasta güvenliği için tıbbi hatalar ve malpraktis nedenleri. *Journal of Awareness*. 2018; 3(3): 471-480.
21. Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A, Bulut A. Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı,tutum ve davranışları. *Anadolu Kliniği ve Tıp Bilimleri Dergisi*. 2016; 21(3): 207-214.
22. Sayılan AA, Boğa SM. Hemşirelerin iş stresi, iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek düzeyi ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2018; 20(1): 11-22.
23. Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2015; 2(2): 82-89.
24. İntepeler ŞS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 15(2): 129-135.
25. Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*. 2014; 1(1): 9-18.
26. Sivrikaya SK, Kara AŞ. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 8(1): 7-14.
27. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Dergisi*. 2009; 84(1): 1-10.
28. Yüksel A, Akbulut T, Yılmaz EB. Hemşirelerde Stresle Baş Etme ve Tıbbi Hataya Eğilim Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2019; 6(4): 288-294.
29. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010; 17(3): 233-236.
30. Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener MT. Tıbbi hatalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015; 42(3) : 394-397.
31. Öztürk YE, Kırac R, Bilgin A. Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarına yönelik bir araştırma.İn: III. IBANESS Kongress Series; 2017 Mart 4-5; Edirne. Türkiye; 2017, 1448-1452.

32. Metin B. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği ve tıbbi hata (malpraktis). Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2018; 5(1): 76-78.
33. Aslan Y. Bir Üniversite Hastanesinde Bildirimi Yapılan Tıbbi Hata/ Olayların 'Dünya Sağlık Örgütü Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması'na Göre Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2019 (Danışman: Prof.Dr. Mehveş Tarım).
34. Demir R, Çakaloz DK, Taşpınar A, Çoban A. Ebelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusundaki düşünceleri ve tıbbi hata yapma eğilimleri. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2020; 7(2): 148-156.
35. Karacabay K, Savcı A, Çömez S, Çelik N. Cerrahi hemşirelerinin iş yükü algıları ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi. 2020; 13(3): 404-417.
36. Atanasov AG, Yeung AWK, Klager E, Eibensteiner F, Schaden E, Pulker MK, Willschke H. First, do no harm (gone wrong): total-scale analysis of medical errors scientific literature. Frontiers in Puclic Health. 2020; (8): 1-10
37. Avcı K, Aktan T. Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği.Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 5(2): 48-54.
38. Şantaş G, Özer Ö, Şantaş F, Güleç MB. Hasta güvenliği kültürünün tıbbi hata tutumları üzerine etkisi: Hemşirelerde bir uygulama. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2020; 8(3): 590-602.
39. Özer Ö, Şantaş F, Gün Ç, Şentürk S.Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(2): 161-168.
40. Esencan TY, Aslan E. Jinekoloji ve obstetride tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi. 2015; 2(3): 152-161
41. Çırpı F, Merih YD, Kocabey MY. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(3): 26-33.
42. Aydemir, İ. Sağlık kurumlarında sistem kaynaklı tıbbi hataların analizi . Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; 19(4): 665-681 .
43. Öztürk H, Kahriman İ, Babacan E. Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği: Hemşirelere yönelik eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2015; (14): 57-72.
44. Rızalar S, Büyük ET, Şahin R, As T, Uzunkaya G. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016; 9(1): 9-15.
45. Bayer E, Çevik G. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkilerinin araştırılması: Bir araştırma uygulama hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2019; 22(3): 653-676.

46. Yıldız A. Tıbbi hataya yaklaşımda hasta güvenliği eğitiminin öneminin değerlendirilmesi: Sağlık öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Journal Of Social And Humanities Sciences Research* . 2018; 5(24): 1750-1756.
47. Yılmaz A, Işık O, Akca N. Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2017; 20 (1): 69-80.
48. Kılıç HS, Elbaş NÖ. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgileri ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg*. 2014;17(2): 97–104.
49. Gök D. Pediatri hemşirelerinin ilaç hatalarını bildirme durumları ile tıbbi hatalardaki tutumları arasındaki ilişki. İ.K.Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2015 (Danışman: Doç.Dr. Hatice Yıldırım Sarı)
50. Alemdar DK, Aktaş YY. Medical error types and causes made by nurses in Turkey. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013; 12(3): 307-314.
51. Kandemir A, Yüksel S . Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 23(2): 287-297.
52. Yayla EN. Hekimlerin Profesyonallizm Anlayışının Tıbbi Hatalarda Tutum Üzerinde Etkisinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. C.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2018 (Danışman: Dr.Öğretim Üyesi N. Karagöz).
53. Özen N, Onay T, Terzioğlu F . Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *HSP*. 2019; 6(2): 283-292.
54. Macit M, Orhan S, Gümüş M. Türkiye’de sağlık kurumlarında uygulanan tıbbi hatalar üzerine yapılan araştırmalar: Ulusal makaleler ve lisansüstü tezler üzerine bir derleme. *Pearson Journal of Social Sciences & Humanities*. 2021; 6(11): 241-256
55. Uğrak U. Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2019 (Danışman: Doç.Dr. Oğuz Işık).
56. Aydın SS, Akın S, Işıl Ö. Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin İlaç Hatası Bilgi Düzeyi ve İlaç Hatalarının Raporlanması ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017; 14(1): 14-24.
57. Şahin YS, Suluhan D, Sarıkoç G, Ayhan H, Güvenç G, Kök G, Öksüz E, Kavaklı Ö, Başak T, Yıldız D, İyigün E . İntörn hemşirelere verilen akılcı ilaç uygulamaları eğitiminin ilaç uygulamaları ile ilgili tıbbi hata eğilimlerine etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2020; 2(1): 1-8.
58. Özlü ZK, Eskici V, Aksoy D, Özer N, Yayla A, Avşar G. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(123): 83-103.
59. Aygün D, Cengiz H. İlaç Uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2011; 45(3): 110-114.

60. Yöntem S, Güntürkün F, Tokem Y, Kaplan YC. İlaç hatalarına yönelik hemşirelerin bilgi ve tutumlarının incelenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019; 4(2): 51-59.
61. Kırşan M, Korhan EA, Şimşek S, Özçiftçi S, Ceylan B. Hemşirelik uygulamalarında ilaç hataları: Bir sistematik derleme. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.2019; 11(1): 35-51.
62. Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. Genel Tıp Dergisi. 2012; 22(2): 37-42.
63. Elden NMK, Ismail A. The importance of medication errors reporting in improving the quality of clinical care services. Global Journal of Health Science. 2016;8(8): 243-251.
64. Al-Shara M. Factors contributing to medication errors in Jordan: A Nursing Perspective. IJNMR/ Spring. 2011; 16(2): 158-161.
65. Salar A, Kiani F, Rezaee N. Preventing the medication errors in hospitals: A qualitative study. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2020; 13(100235): 1-5.
66. Aslan Y. İlaç kaynaklı tıbbi hata/ olay bildirimlerinin Dünya Sağlık Örgütü 'Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması'na göre değerlendirilmesi. Journal of Health Sciences and Medicine.2020; 3(1): 20-25.
67. Rohde, E, Domm E. Nurses 'clinical reasoning practices that support safe medication administration: An integrative review of the literature. Journal of clinical nursing. 2018; 27(3-4): e402-e411.
68. Çakmak C, Konca M, Teleş M. Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2018;21(3): 423-448.
69. Uysal A, Karakurt P. Hemşirelerin mesleğe bağlılık durumlarının tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.2019; 14(3): 349-361.
70. Güven ŞD, Şahan S, Ünsal A. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumları. İzlek Akademik Dergi. 2019; 2 (2): 75-85.
71. Çınar F, Pamuk E, Ulusoy E, Yılmaz M . Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi. 2020; 2(1): 40-51.
72. Özlük B . Farklı kuşaktaki hemşirelerin tıbbi hata tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2020; 7(1): 8-14.
73. Aktan U. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ç.Ö.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,Çanakkale, 2019 (Danışman: Doç. Dr. S Atay).
74. Göl E. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İş Yüğü, Tıbbi Hata Tutumları Ve İş Kazaları Arasındaki İlişki. P.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2019 (Doç.Dr. A Kartal).
75. Mansouri SF, Mohammadi TK, Lili MA, Soodmand M. Barriers to nurses reporting errors and adverse events. British Journal of Nursing. 2019; 28(11):690-695.

76. Bayyigit S, Aydoğan NA, Ecemiş K. Sağlık çalışanlarının güvenlik raporlama sistemi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2020; 16(1): 63-82
77. Scott SS, Henneman E. Underreporting of medical errors. Medsurg Nursing. 2017; 26(3): 211-213.
78. Ajri-Khameslou M, Aliyari S, Pshgoonie AH, Golestan NJ, Afshar PF. Factors affecting reporting of nursing errors: A qualitative content analysis study. Annals of Medical and Health Sciences Research. 2018; 8: 215-219.
79. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanmasını. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5 (2): 152-157.
80. Keleş B, Aloğlu E . Türkiye’de tıbbi hata raporlama sistemlerinin erişilebilirliği: Ankara Kamu Hastaneleri örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2019; 6(4): 262-269.
81. Değdaş U . Hatalı tıbbi uygulamadan (Malpraktis) doğan hukuki ve cezai sorumluluk. Hukuk Fakültesi Dergisi. 2018; 4(6): 41-65.
82. Karimian Z, Kheirandish M, Javidnikou N, Asghari G, Ahmadizar F, Dinarvand R. Medication errors associated with adverse drug reactions in İran. Internaitonal Journal of Health Policy Management. 2018; 7(12): 1090-1096.
83. Zor Savan, S, Akça AF. (Ed), Enfeksiyon Kontrolü: Temel hemşirelik. Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2008: 151-182.
84. Başak T, Açıksöz S, Aştı A (ed), Kan Transfüzyonu Uygulaması. İçinde: Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 2014, 854-867.
85. Mülayim Y, İntepeler SŞ. Bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığı ve kök neden analizi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2011; 27(3), 21-34.
86. Sutherland A, Canobbio M, Clarke J, Randall M, Skelland T, Weston E. incidence and prevalence of intravenous medication errors in the UK: A systematic review. 2020; 27: 3-8. Sistematik derleme. 2020; 27: 3-8.
87. Türk Dil Kurumu (TDK). Malpraktis tanımı. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK. Erişim tarihi: 18.07.2019
88. İnceoğlu M. Tutum, algı, iletişim. 5.baskı. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınları, 2010: 15-35.
89. Kuşoğlu S, Çöven Ç, Kürtüncü TM, Aktaş E. İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(2): 87-93.
90. Deryal Y. Sağlık Hukuku Rehberi. Ankara: Adalet Yayınevi, 2014
91. Koralay G. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgi, Eğilim, Tutum ve Görüşleri: Karma yöntem çalışması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2021 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Z Tunçbilek).

92. Alaman O. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018 (Danışman: Prof. Dr. H Kaya).
93. Yaprak E, İntepeler SŞ. Factors affecting the attitudes of health care professionals toward medical errors in a public hospital in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2015; 8(3): 647-655.
94. Korhan EA, Dilemek H, Mercan S, Yılmaz DU. Determination of attitudes of nurses in medical errors and related factors. *International Journal of Caring Sciences*. 2017; 10(2): 794-801.
95. Özen N, Onay T, Terzioğlu F. Hemşirelerinin tıbbi hata eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *HSP*. 2019;6(2): 283-292.
96. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(3): 188-196
97. Avşar G, Atabek AA, Karaman ÖZ. Hemşirelerin tıbbi hata eğilim düzeyleri ve tıbbi hata türleri : Bir hastane örneği. *HSP*. 2016; 3(2):116-122.
98. Kıymaz D, Koç Z. Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27(5-6): 1160-1169.
99. Bumgarner SM. The impact of formal nursing education and nursing experience on medication errors made by nurses in the hospital setting. *Nursing Theses and Capstone Projects*, Gardner-Webb University, Degree of Master of Science in Nursing, 2008 (Approved by: Dr. J Carlton).
100. Olds DM, Clarke SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*. 2010; 41(2): 153-163.
101. Kahriman İ, Öztürk H, Babacan E. Hemşirelerin tanı tedavi ve bakım uygulamaları sırasında tıbbi hata oranlarının değerlendirilmesi. *Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu Destekli Proje*. 2015
102. Top ÜF, Çam HH. Hastanede çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016; 15(3): 213-219.
103. Şahin ZA, Özdemir FK. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015; 12(3): 210-214.
104. Ulusoy H, Tosun N. Hekim ve hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Business and Management Studies: An international journal*. 2020; 8(1): 969-980.
105. Ögüt D. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin İş Stresi ve Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Arasındaki İlişki. A.C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2021 (Danışman: Prof. Dr. Ü Karabacak).
106. Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam S. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 1(1): 44-56.
107. Dilemek H, Korhan EA, Mercan S, Yılmaz DU. Determination of attitudes of nurse in medical errors and related factors. *International Journal of Caring Sciences*. 2017; 1(2): 794-801.

- 108.** Bodur S, Filiz E, Durduran Y. Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi. 2011; 21(4)
- 109.** Chang YK, Mark BA. Antecedents of severe and nonsevere medication Errors. Journal Of Nursing Scholarship. 2009; 41(1):70-78.
- 110.** Güneş Ü, Gürlek Ö, Sönmez M. Factors contributing to medication errors in Turkey: Nurses' perspectives. Journal of Nursing Management. 2014; (22): 295-303.

7. EKLER

EK 1. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Soru Formu

1. Yaşınız
 20-30 yaş 31-40 yaş
 41-50 yaş 51 yaş ve üzeri
2. Cinsiyetiniz
 Kadın Erkek
3. Medeni Durumunuz
 Evli Bekar
4. Eğitim Durumunuz
 Lise Ön Lisans Lisans
 Lisans Üstü/Uzman
5. Mesleğinizde çalışma süreniz
 0-5 yıl 6-10 yıl
 11-15 yıl 16-20 yıl 21 yıl ve üstü
6. Aynı kurumda çalışma yılınız:.....
7. Çalıştığınız birim
 Dahiliye Cerrahi
 Yoğun Bakım Acil
 Ameliyathane Diğer
8. Aynı birimde çalışma süresi
 0-5 yıl 6-10 yıl
 11-15 yıl 16 yıl ve üstü
9. Çalışma şekli
 Gündüz Gece
 Gündüz-gece

EK 1. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Soru Formu (devam)

10. Haftalık çalışma saatiniz.....
 45 st 45 st ve üzeri
11. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı
.....
12. İş yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 Mükemmel Çok iyi
 İyi Kötü Çok kötü
13. Çalıştığınız kurumda iş doyum düzeyinizi nasıl tanımlarsanız?
 Çok iyi İyi
 Orta Kısmen kötü
 Kötü
14. Daha önce tıbbi hata ile karşılaştınız mı?
 Evet
 Hayır

EK 2. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

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

EK 3. Etik Kurul Onayı

EK 4. Aydınlatılmış Onam Formu

Katılımcı Onam Formu

Sayın Katılımcı,

‘Farklı Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Tutumlarının İncelenmesi’ amacıyla yapılacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırma kapsamında elde edilen bilgiler hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Selda Albayrak
GÖREVİ : Hemşire (Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi)
TELEFON :

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Gönüllü Katılımcı

İmza----- Tarih -----/-----/2017
Adı Soyadı -----

Sorumlu Araştırmacı

İmza----- Tarih -----/-----/2017
Adı Soyadı -----

EK 5. Ölçek Kullanım İzin Bilgisi

EK 6. Kurum Onayı

9. ÖZGEÇMİŞ

