

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ
HATAYA İLİŞKİN BİLGİ, EĞİLİM, TUTUM VE GÖRÜŞLERİ:
KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI**

Gülşen KORALAY

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2021**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ
HATAYA İLİŞKİN BİLGİ, EĞİLİM, TUTUM VE GÖRÜŞLERİ:
KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI**

Gölsen KORALAY

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK**

**ANKARA
2021**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA
İLİŞKİN BİLGİ, EĞİLİM, TUTUM VE GÖRÜŞLERİ: KARMA YÖNTEM
ÇALIŞMASI
Gülşen KORALAY
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK

Bu tez çalışması 18 Ocak 2021 tarihinde jürimiz tarafından “Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik*
(Koç Üniversitesi)

Üye: *Prof. Dr. Hayriye Ünlü*
(Alanya Aladdin Keykubat Üniversitesi)

Üye: *Doç. Dr. Sergül Duygulu*
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: *Doç. Dr. Fatoş Korkmaz*
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Özdemir Köken*
(Hacettepe Üniversitesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

15 Şubat 2021

Prof. Dr. Diclehan ORHAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan *“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”* kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

15/02/2021

Gülşen KÖRALAY

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Glsen KORALAY

TEŞEKKÜR

Tez konusunun belirlenmesi, çalışmanın planlanıp yürütülmesinde ve danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında verdiği katkılarından dolayı değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Zahide Tunçbilek'e,

Tez izleme komitesi üyeleri olarak tez ile ilgili çalışmaların izlenmesi ve değerlendirilmesinde sundukları katkılarından dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik ve Prof. Dr. Hayriye Ünlü'ye,

Araştırmada kullanılan Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formundaki sorulara ilişkin uzman görüşü veren hocalarım; Prof. Dr. Nurhan Bayraktar, Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik, Prof. Dr. Hayriye Ünlü, Doç. Dr. Ebru Kılıçarslan Törüner ve Doç. Dr. Fatoş Korkmaz'a,

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli kurum izni veren Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formunda kullanılan soruların madde içerik analizinin yapılmasına katkı sağlayan Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Melek Gülşah Şahin'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi cerrahi klinik ve yoğun bakım hemşirelerine,

Araştırmanın uygulanması aşamasında içtenlikle destek olan arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım ve tüm yaşantım boyunca yanımda hissettiğim, varlıklarıyla onur duyduğum annem, babam ve her koşulda en büyük destekçim biricik abime sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Koralay, G., Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgi, Eğilim, Tutum ve Görüşleri: Karma Yöntem Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2021. Bu araştırma, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin; tıbbi hataya ilişkin bilgilerini, eğilimlerini, tutumlarını tespit etmek ve tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla karma yöntem araştırması olarak yürütülmüştür. Araştırmada kısmen karma eş zamanlı eşit statülü tasarım benimsenmiştir. 13 Mart – 28 Haziran 2019 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi cerrahi klinik ve cerrahi yoğun bakım hemşireleri ile yürütülen araştırmanın nicel bölümüne 161, nitel bölümüne 29 hemşire katılmıştır. Verilerin toplanmasında; Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları kullanılmıştır. Nitel bölüme ilişkin veriler, yarı yapılandırılmış açık uçlu soruların kullanıldığı odak grup görüşmesi yöntemiyle toplanmıştır. Hemşirelerin tıbbi hata bilgisinin doğruluğuna yönelik yapılan değerlendirmede hemşirelerin büyük çoğunluğu (%83,9) hataların önlenmesine ilişkin soruya yanlış cevap vermiştir. Araştırmada hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük ($4,72 \pm 0,34$) ve tıbbi hatalarda tutumlarının olumlu ($3,87 \pm 0,32$) olduğu tespit edilmiştir. Odak grup görüşmesinden elde edilen verilerin içerik analizi sonucu; tıbbi hata algısı, tıbbi hata nedenleri, tıbbi hata durumunda sergilenen davranış ve tıbbi hataların önlenmesi bağlamları ile birlikte on bir tema ve yirmi dokuz alt tema ortaya çıkmıştır. Hemşireler tıbbi hatayı; yanlış eylemlerde bulunma, uygulamaları eksik yapma/yapmama ve hastaya zarar verme olarak tanımlamışlardır. Hemşireler tıbbi hata nedenlerini insan ilişkili, kurum ilişkili ve sistem ilişkili olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin tıbbi hataların önlenmesine yönelik ifadelerinden kurumsal düzenleme ön plana çıkan ifade olmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda tıbbi hataların azaltılmasına yönelik; bireysel, kurumsal ve sağlık sistemine ilişkin stratejiler geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: tıbbi hata bilgisi, tıbbi hataya eğilim, tıbbi hatalarda tutum, hemşirelik, niteleyici araştırma

ABSTRACT

Koralay, G. Knowledge, Tendency, Attitudes and Opinions of Nurses Working in Surgical Units on Medical Errors: Mixed Methods Study, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Surgical Nursing Program PhD Thesis, Ankara, 2021. This study was carried out as a mixed method research with a view to determine the knowledge, tendencies, attitudes of nurses working in surgical units and their views on medical errors, causes of medical errors and their management. Partly mixed concurrent equal status design was adopted in the study. 161 nurses participated in the quantitative part of the study while 29 nurses took part in the qualitative study from surgical clinics and surgical intensive care units of Gazi University, Health Research and Application Center, Gazi Hospital between 13 March and 28 June 2019. Sociodemographic Data Collection Form, Medical Error Information Assessment Form, Tendency to Medical Errors in Nursing Scale, Medical Errors Attitude Scale and Semi-structured Interview Questions were utilized in data collection. The data of qualitative study were collected by focus group interview method through utilization of semi-structured open-ended questions. Majority of the nurses (83.9%) replied incorrect to the question about preventing errors in the evaluation of the accuracy of the medical error information of the nurses. It was determined in the study that nurses' tendency towards medical errors was low (4.72 ± 0.34) and their attitudes towards medical errors were positive (3.87 ± 0.32). Eleven themes and twenty-nine sub-themes emerged together with the contexts of medical error perception, causes of medical error, behavior in case of medical error and prevention of medical errors as a result of the content analysis of the data obtained from the focus group interview. Nurses have defined medical error as doing wrong actions, doing practices in an incomplete way or not doing and harming the patient. Nurses stated that the reasons of medical errors were human-related, institution-related and system-related. Institutional regulation has become the statement to come to the fore among the expressions of nurses for preventing medical errors. According to these results, it is recommended to develop individual, institutional and health system strategies to prevent medical errors.

Keywords: medical error knowledge, medical error tendency, attitude towards medical errors, nursing, qualitative research

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLOLAR	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırma Soruları	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Tıbbi Hata Kavramı, Tarihçesi ve Önemi	7
2.2. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	9
2.3. Tıbbi Hata Nedenleri	11
2.4. Tıbbi Hatalarda Tutum	12
2.4.1. Tutumun Oluşumu ve Davranış ile İlişkisi	13
2.4.2. Tıbbi Hatalarda Tutumu Etkileyen Faktörler	14
2.5. Cerrahi Birimler ve Tıbbi Hatalar	15
2.5.1. İlaç Hataları	17
2.5.2. Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar	18
2.5.3. İletişim Kaynaklı Hatalar	19
2.5.4. Hasta İzleminden Kaynaklanan Hatalar	20
2.5.5. Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kaynaklı Hatalar	23
2.5.6. Transfüzyon Hataları	24
2.5.7. Cerrahi Süreç Hataları	24
2.6. Tıbbi Hataların Önlenmesi	25
2.6.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi	25
2.6.2. Hata Bildirimi ve Raporlama Sistemi Geliştirilmesi	27

3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Şekli	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.4. Veri Toplama Araçları	33
3.4.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu	33
3.4.2. Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu	33
3.4.3. Görüşme Soruları ve Kayıt Çizelgesi	34
3.4.4. Ses Kayıt Cihazı	34
3.4.5. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	35
3.4.6. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	35
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	36
3.6. Araştırmanın Uygulaması	36
3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	39
3.7.1. Nitel Verilerin Analizi	39
3.7.2. Nicel Verilerin Analizi	40
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	41
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
4. BULGULAR	43
4.1. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	43
4.2. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Bilgilerine, Eğilimlerine ve Tutumlarına İlişkin Bulgular	45
4.3. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata, Tıbbi Hata Nedenleri ve Yönetimine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bağlam, Tema ve Alt Temalar	52
4.3.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler	52
4.3.2. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata, Tıbbi Hata Nedenleri ve Yönetimi ile İlgili Görüşleri	53
5. TARTIŞMA	74
5.1. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Bilgilerine, Eğilimlerine ve Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	74

5.2. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata, Tıbbi Hata Nedenleri ve Yönetimine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bağlam, Tema ve Alt Temaların Tartışılması	80
5.2.1. Tıbbi Hata Algısı Bağlamı	80
5.2.2. Tıbbi Hata Nedenleri Bağlamı	85
5.2.3. Tıbbi Hata Durumunda Sergilenen Davranış Bağlamı	92
5.2.4. Tıbbi Hataların Önlenmesi Bağlamı	94
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	98
6.1. Sonuçlar	98
6.2. Öneriler	101
7. KAYNAKLAR	102
8. EKLER	
EK-1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu	
EK-2. Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu	
EK-3. Görüşme Soruları ve Kayıt Çizelgesi	
EK-4. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	
EK-5. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	
EK-6. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Yazısı	
EK-7. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi İzin Yazısı	
EK-8. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni	
EK-9. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Kullanım İzni	
EK-10. Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu Katılım Belgesi	
EK-11. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-12. Orijinallik Ekran Çıktısı	
EK-13. Dijital Makbuz	
EK-14. Ek Tablolar	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GRS	Güvenlik Raporlama Sistemi
GCKL	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
HGK	Hasta Güvenliği Kültürü
HTHEÖ	Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
ICN	Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)
IOM	Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)
JCAHO	Sağlık Hizmeti Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)
JCI	Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International)
THTÖ	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
3.1.	Uygulama akış şeması.	38
3.2.	Nitel veri analizi akış şeması.	40

TABLolar

Tablo		Sayfa
4.1.	Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri	44
4.2.	Hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin bilgi sorularına yönelik verdikleri doğru/yanlış yanıt oranının dağılımı	45
4.3.	Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HTHEÖ ve THTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları	47
4.4.	Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre HTHEÖ ve THTÖ toplam puan dağılımları	49
4.5.	Katılımcıların demografik özellikleri	53
4.6.	Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerine yönelik bağlam, tema ve alt temalar	54

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan hızlı değişimler, yoğun teknoloji kullanımı, sağlık bakım profesyonellerinin nitelik ve niceliği, iş yükü, çalışma ortamlarındaki stresörlerin fazlalığı, hizmetten faydalananın hastalık yükü ve sistem kaynaklı yetersizlikler gibi birçok faktör; tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde tıbbi hatalara neden olabilmektedir (1,2,3). Tıbbi hatalara ilişkin yapılan çalışmalardan elde edilen veriler, tıbbi hatalarla ilgili durumu net olarak ortaya koymasa da önemi giderek artan bir problem olduğunu göstermektedir (1,3,4,5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün hasta güvenliği ile ilgili 10 gerçekten bahsettiği 2017 raporunda; yüksek gelire sahip ülkelerde sağlık hizmeti alan her 10 hastadan birinin, %50 oranında önlenebilir hatalar nedeniyle zarar gördüğü belirtilmektedir. Rapora göre; dünyada önemli 10 ölüm ve sakatlık nedeninden bir tanesi güvensiz bakım nedeniyle ortaya çıkan istenmeyen olaylar olup, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD: Organization of Economic Cooperation and Development) ülkelerinde hastane harcamalarının %15'nin direkt bu istenmeyen olaylara bağlı olduğu ve bu ülkelerdeki toplam zarar maliyetinin yıllık trilyon Amerikan Dolarına ulaştığı belirtilmektedir (6).

Gelişmiş ve gelişmekte olan tüm dünya ülkelerinde son 30 yıl içinde yaygın olarak tartışılmaya başlanan; insan, tıp, etik, hukuk, eğitim ve yönetim gibi boyutları olan tıbbi hata kavramı farklı şekillerde tanımlanabilmektedir (7,8). Sağlık Hizmeti Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) tıbbi hatayı; "sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi" olarak tanımlamaktadır (9). Sağlık Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü (IHI: Institute for Healthcare Improvement) ise tıbbi hatayı; "hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamın neden olduğu, kasıtsız beklenilmeyen sonuçlar" olarak ifade etmektedir (10).

Hizmet süreçlerinde yaşanan tıbbi hataların; en hafif şekliyle hasta ve yakınlarına rahatsızlık vermesi, tekrar eden test, işlemler nedeniyle hastane yatış gün sayısını ve beraberinde sağlık bakım harcamalarını artırması, toplumun sağlık bakım

sistemine olan güvenini olumsuz yönde etkilemesi, mortalite ve morbiditeyi artırması gibi önemli sonuçları vardır (11,12). Sağlık bakım profesyonelleri açısından ise tıbbi hatalar, moral ve motivasyonda azalmayla birlikte üretim ve verim kaybına yol açmakta, sağlık bakım profesyoneli yapmış olduğu hataya bağlı; anksiyete, suçluluk duygusu, kendine karşı şüphe, tükenmişlik, performans düşüklüğü ve isteksizlik yaşayabilmektedir (2,4,11,13). Aynı zamanda yapılan tıbbi hatalar; tazminat ya da hapis cezasına yol açan hukuk davalarına konu olmaktadır (2).

Tıbbi hatalar farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Türlerine göre tıbbi hatalar; tanı, tedavi ve önleme hataları ve diğer hatalar (iletişim, ekipman ve sistem yetersizliklerinden kaynaklı); kök nedenine bağlı olarak ise; ihmale bağlı (doğru işlemi yapmama), işleme bağlı (yanlış işlemi yapma) ve uygulamaya bağlı (doğru işlemi yanlış uygulama) hatalar olarak sınıflandırılmaktadır (14,15).

Genel olarak tıbbi hatalar; insan ve sistem kaynaklı faktörlere bağlı olarak meydana gelmektedir. Sistem kaynaklı faktörlere bağlı meydana gelen tıbbi hataların, bireyin eğilim ve tutumları gibi insan faktörüne bağlı tıbbi hatalardan daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (16,17). Vural ve ark. (18)'nin yürüttüğü bir çalışmada; çalışmaya katılanların %75,5'i, tıbbi hataların çoklu sistem sorunları nedeniyle meydana geldiğini ve bireylerin suçlanmaması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinin doğasına bağlı karmaşık yapısı, cerrahi tedavilerin gerçekleştirildiği cerrahi birimlerde daha da karmaşık hale gelebilmektedir. Cerrahi birimler, hastane bölümleri içinde istenmeyen olay sıklığının en yüksek olduğu yerlerdir (19). Sağlık Bakanlığı'nın (20) cerrahide bilinen gerçeklere ilişkin yayımlanmış olduğu bir raporda; gelişmiş ülkelerde yılda yaklaşık bir milyon insanın ölümüne neden olan, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında görülen tıbbi ve teknik hataların %50'sinin önlenemez hatalar olduğu belirtilmektedir. Cerrahi birimlerde tıbbi hata görülme sıklığının fazla olması birçok nedene bağlanabilir. Cerrahi birimlerde hastaların birbirinden farklı ve karmaşık süreçlere sahip; klinik, ameliyathane, ayılma odası ve bazen yoğun bakım ünitesi arasında nakli gerçekleştirilmekte ve hasta birçok sağlık profesyonelinin, cihaz ve ekipmanın dâhil olduğu invaziv işlemlere maruz kalmaktadır. Diğer taraftan tüm bu nakil süreçlerinde hastaya ait bilgiler sağlık profesyonelleri arasında çoklu paylaşım ve etkileşime uğramaktadır (19). Ayrıca hastaya ait faktörlerden sayılabilecek, cerrahi gerektiren

hastalık dışında komorbid hastalık varlığının, cerrahinin tüm aşamalarında birbirinden farklı bakım stratejilerine ilişkin bilgi, beceri ve deneyim gerektirmesi tıbbi hata görülme riski açısından önemli rol oynamaktadır (21,22). Cerrahi hataların çoğu, uygulanan cerrahi teknik dışında; tedavide önlenemez gecikmeler, yetersiz hasta izlemi ve denetimi, hasta bakımında yeterli ve yetkin olmayan sağlık personelinin rol oynaması gibi sistemden kaynaklanan durumlarla ilişkili olabilmektedir (19,21).

Sağlığı geliştirmek ve zarar vermemek ilkeleri ile çalışan sağlık profesyonelleri için önemli bir konu olan tıbbi hatalar, sağlık ekibi içinde en fazla sorumluluğa sahip üyelerden biri olan hemşireler açısından da büyük önem taşımaktadır. 8 Mart 2010 tarih ve 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği'nin, madde 6 (1)'in c, d ve e bentlerinde; hemşirelerin bakım vermekle yükümlü oldukları hastaların göreceği zararın engellenmesi ve buna yönelik gereken tedbirlerin alınmasına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklarına vurgu yapılmaktadır (23). Benzer şekilde Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından yayımlanan Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar Rehberi'nin I. Bölüm Etik İlkeler kısmında; zarar vermeme-yararlılık ilkesi ile II. Bölüm Sorumluluklar kısmında; bakımı altındaki kişilerin göreceği zararın engellenmesine ilişkin gereken tedbirlerin alınması hususundaki sorumlulukları hemşirelerin tıbbi hatalar konusunda hassas davranmaları gerektiğine dikkat çekmektedir (24).

Erbay ve Esatoğlu (25)'nin tıbbi hata haberi içeren gazetelerin, haber içeriğini inceledikleri çalışmalarında; hataların %39,4'ünün cerrahi tedavi ile ilgili olduğu ve tıbbi hata nedeniyle en fazla suçlanan sağlık profesyonelinin hekimler (%62,1) olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada suçlanan hemşire sayısının hekim ve cerrah sayısının yarısına kadar ulaştığı gösterilmiştir. Kahrıman ve Öztürk (26) tarafından yürütülen çok merkezin yer aldığı bir çalışmada, her beş hemşireden ikisinin meslek yaşamı boyunca tıbbi hata yaptığı belirtilmiştir. Kandemir ve Yüksel (27)'in cerrahi hemşireleri ile yürüttüğü bir çalışmada ise; çalışmaya katılan hemşirelerin %13,8'inin son bir yıl içinde tıbbi hata yaptığı, hemşirelerin %46,4'ünün birlikte çalıştığı hemşirelerin tıbbi hatasına tanık olduklarını ifade ettiği gösterilmiştir.

Hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hatalar; ilaç hataları, enfeksiyonlar, yetersiz hasta izlemi ve değerlendirmesine ilişkin hatalar, hastanın tedavisini geciktirme veya uygulamama, hasta düşmeleri, iletişim yetersizliğine bağlı hatalar, bakımda uygun ve doğru olmayan malzeme kullanılması, cihazı kontrol etmeden kullanma, doktor

istemine ve mevcut protokollere uymama, hasta güvenliği girişimlerinin yetersizliği, kayıtların düzenli tutulmaması veya eksik tutulması, bakım standartlarını uygulamada yetersizlik olarak belirtilmektedir (1,14, 26, 28, 29).

Cerrahi birimler; hastaların komplikasyon riskini artıran ve beden bütünlüğünü bozan girişimlere maruz kaldığı, kısa süreli de olsa otonomisini kaybettiği yerler olması sebebiyle, bu alanda çalışan hemşirelerin; hızlı düşünmesini, çabuk ve doğru karar vermesini, hasta odaklı ve kanıta dayalı bakım sunmasını gerektirmektedir (27). Perioperatif dönemde etkin ve etkili hemşirelik bakımının sağlanması, uygulanacak cerrahi işlem ve hasta üzerindeki etkilerinin bilinmesine bağlıdır (21,22).

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin; ameliyat öncesi hasta hazırlığı, majör cerrahi prosedürler, ameliyat sonrası daha karmaşık bakım süreçlerinin devreye girmesi, ameliyat sonrası yakın hasta takibi, ameliyat sonrası hasta bağımlılık düzeyinin artışı gibi nedenlerle iş yükleri, işe bağlı gerginlikleri ve dolayısıyla tıbbi hatalara eğilimleri artmaktadır (30). Zabihirab ve ark. (31)'nin perioperatif bakım hataları ve ilişkili faktörler üzerine yaptıkları çalışmada; perioperatif bakımda ortalama %25,33 oranında hata meydana geldiği ve hataların; %31'inin preoperatif bakım, %25,24'ünün postoperatif bakım, %20,75'inin de intraoperatif bakım süreçlerinde yaşandığı belirtilmiştir. Sillero ve Zabalegui (32)'nin, perioperatif hemşirelik bakımının hasta güvenliği ve memnuniyeti üzerine etkisine yönelik yapmış oldukları çalışmada; ameliyat öncesi hemşirelik bakımı verilen hastalarda istenmeyen olay görülme sıklığı (%27,1), ameliyat öncesi bakım verilmeyen hastalara (%40,8) göre düşük bulunmuştur. Ameliyat sonrası dönemde yetersiz hemşirelik bakımının hastalarda istenmeyen olay (yara yeri enfeksiyonu, basınç veya pozisyona bağlı yaralanmalar, üriner enfeksiyon, pulmoner enfeksiyon) görülme sıklığını önemli derecede artırdığı aynı çalışmanın bulguları arasında yer almıştır (32).

Hastalar ve sağlık profesyonelleri açısından ciddi sonuçları olabilen ve sağlık bakım kalitesinin önemli göstergelerinden olan tıbbi hata oranlarının azaltılmasında ve önlenmesinde; hataya neden olabilecek durumların önceden belirlenmesi ve gereken düzenlemelerin yapılması yanında, sağlık profesyonellerinin tıbbi hataya ilişkin tutumlarının ve eğilimlerinin belirlenmesi de önem taşımaktadır (30,33). Saygın ve Keklik (34) tarafından yapılan bir çalışmada; katılımcıların %56,43'ü tıbbi hataların ilk nedeni olarak sağlık profesyonelinin tutumunu ifade etmişlerdir. Literatürde

hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin olumlu ve olumsuz tutumlarını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (35,36,37,38).

Çevre ile karşılıklı etkileşimden sonra bireyde oluşan algılama ve öğrenme sonucu olaylara ve durumlara karşı geliştirdiği tutum, benzer olaylar karşısındaki eğiliminde de belirleyici rol oynamaktadır. Bu nedenle eğilim ve tutum arasında sıkı bir ilişki olduğu söylenebilir (39). Kandemir ve Yüksel (27)'in yürütmüş olduğu çalışmada; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata tutumları olumlu ve tıbbi hataya eğilimleri düşük bulunmuştur. Tıbbi hata eğilimine ilişkin yapılan çalışmalarda cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu gösterilmiştir (40,41). Diğer taraftan sağlık profesyonellerinin tıbbi hataya ilişkin bilgi durumunun; tıbbi hataya karşı tutumlarını ve eğilimlerini, dolayısıyla hasta güvenliğini de etkilediği bilinmektedir (33,42).

Tüm dünyada hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hata görülme sıklığının fazla olması ve ciddiyeti değişen derecelerde sonuçları nedeniyle tıbbi hataların önlenmesi ve yönetimine ilişkin daha etkin stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir (43). Güvenli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin önemli bir yere sahip oldukları bilinmektedir (44,45). Literatürde hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerini, tutumlarını ve etkileyen faktörleri ayrı ayrı değerlendiren mevcut çalışmalar (27,36,40,41) bu çalışmaya yol gösterici olmakla birlikte, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata bilgisi, eğilimi ve tutumunu kavramsal çerçevede birlikte ele alan, aynı zamanda hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik niteliksel yöntemin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada tıbbi hata riskinin yüksek olduğu cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin; tıbbi hata bilgileri, tıbbi hataya eğilimleri ve tıbbi hatalarda tutumları ile tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin; cerrahi hemşireliği literatürüne katkı sağlayacağı, tıbbi hataların önlenmesi ve yönetimde önemli yere sahip hasta güvenliği uygulamalarının yaygınlaştırılması ve artırılması yönünde politika geliştirilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin; tıbbi hataya ilişkin bilgilerini, eğilimlerini, tutumlarını tespit etmek ve tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerini belirlemektir.

1.3. Araştırma Soruları

- 1.** Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya yönelik bilgisi nedir?
- 2.** Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri nedir?
- 3.** Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre tıbbi hata eğilimleri arasında fark var mıdır?
- 4.** Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin tutumları nedir?
- 5.** Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre tıbbi hata tutumları arasında fark var mıdır?
- 6.** Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin; tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Hata Kavramı, Tarihçesi ve Önemi

İnsan doğasında var olan hata yapma eğilimi ve hataya yol açabilecek nedenlerin çeşitliliğine bağlı, tıbbın gelişimsel tarihi içinde tıbbi hata kavramına sık değinildiği görülmektedir. Tarihsel sürecin başlarında tıbbi hatanın; Hipokrat'ın “primum non nocere” “önce zarar verme” prensibinden kaynaklı, hasta deneyimlerini göz ardı eden, sonuca dayalı bir yaklaşımla tanımlandığı görülmektedir (12,39).

1950'li yıllarda “tedavi sürecinin bir hastalığı veya bu süreçte ödemek zorunda olduğumuz bir bedel” olarak tanımlanan tıbbi hatalar (46,47), Schimmel tarafından 1960 yılında yürütülen bir çalışmadan elde edilen bulgular sonucu (48); “ciddiyetine bakılmaksızın farklı ilaç ve tedavilere maruz kalan hastaların karşılaştıkları şansız olayların değerlendirilmesinin, toplam insidans ve hastaların maruz kaldığı riskin belirlenmesi açısından önemli olduğu” görüşüyle biraz daha hastaya odaklanan bir yaklaşıma dönüşmüştür. 1990'lı yıllarda ise; tıbbi girişime, düşük standartlardaki sağlık hizmetine veya ihmale bağlı ortaya çıkan istenmeyen olayların önlenabilir olduğu, istenmeyen olayların önlenmesinde tıp bilgisinde iyileşmelerin beklenmesi zorunlu olsa da olayların görülme sıklığı ve etkilerini azaltmak için yöntemler geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (49).

Tıbbi hata ve malpraktis, sağlık sektöründe ve basın yayın organlarında sık karşılaşılan iki kavramdır. “Kötü, hatalı uygulama” anlamında olan ve İngilizce “malpractice” olarak tanımlanan malpraktis kavramı; İngilizce yazılı metinlerde yargıya intikal eden hatalı ya da kötü uygulamaları tanımlayan bir kavram olmakla birlikte, ülkemizde tüm tıbbi hataları tanımlamak için kullanılmaktadır. Malpraktis kavramı; bir meslek üyesinin, görevini gerçekleştirirken ortaya çıkan, hatalı ve kusurlu hareketleri ifade eden bir kavramdır (5,50).

Malpraktis kavramında, tıbbi müdahaleye bağlı hastanın zarar görmesi ve zarara uğramış hastanın sağlık çalışanına yönelik açtığı dava sürecinden söz edilmektedir. Bununla birlikte tıbbi hata kavramında; sağlık hizmetlerinin her aşamasında, hastanın iyilik halini tehlikeye sokan, risk oluşturan ve olmamalıydı diyebileceğimiz, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen (ramak kala),

tekrarlamasını istemeyeceğimiz olayların meydana gelmesi ifade edilmektedir (16,36,37,38).

Tıbbi hata kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için tıbbi müdahale kavramının irdelenmesi gerekmektedir. Tıbbi müdahalenin; bireyleri sakatlık, hastalık ve istenmeyen diğer tıbbi sorunlardan koruma, bu durumlar meydana gelmişse tanı koyma ve tedavi etme, iyileşme döneminden sonraki sosyal sağlığın sağlanması gibi meşru sebeplerle; uzmanlar tarafından, tıp bilimi ve tekniği çerçevesinde, hasta rızası dahilinde yapılan, bireyin bedenini ve ruhunu etkileyen müspet ya da menfi fiiller olduğu söylenebilir (4,51).

Tıbbi hatalarla ilgili karışıklığa sebep olan bir kavram da komplikasyon kavramıdır. Tıptaki komplikasyon kavramı, hukuk alanında izin verilen (kabul edilebilir) risk kavramı ile eşdeğer olmakla birlikte, her bir komplikasyonda sağlık profesyonelinin kusursuz sayılma şartı yoktur. Komplikasyonun sıklığı, niteliği, olumsuz durumun erken fark edilmesi ve engellenebilmesi gibi konular değerlendirildikten sonra komplikasyon kararı verilmelidir (1,39).

1999 yılında tıbbi hataya ilk defa dikkat çeken Tıp Enstitüsü (IOM: Institute of Medicine)'nin "Hata İnsana Mahsustur: Daha Güvenilir Bir Sistem İnşa Etmek (To Err Is Human: Building a Safer System)" başlıklı raporunda; hasta güvenliği ve tıbbi hatalar açısından risk oluşturan önlenemez istenmeyen olayların; meme kanseri, AIDS (Acquired Immune System Deficiency) ve motorlu taşıt kazalarından daha fazla ölüme yol açtığı ve tüm ölüm nedenleri arasında yedinci sırada olduğu belirtilmiştir (52). Günümüzde ise, Makary ve Daniel (53) tarafından yürütülen çalışmaya göre; tıbbi hatalar Amerika Birleşik Devletlerinde yılda 250.000'den fazla hastanın ölümüne neden olmakta ve bu sayı, kanser ve kalp hastalığından sonra üçüncü önde gelen ölüm nedeni arasında yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün küresel boyutta ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak gördüğü hasta güvenliği ile ilgili on gerçekten bahsettiği raporu (6) tıbbi hatalarla ilgili çarpıcı sonuçlar ortaya koymaktadır. Raporda; düşük ve orta gelirli sekiz ülke, 26 hastanede istenmeyen olay sıklığı ve önlenebilirliği üzerine yapılan bir araştırmada, istenmeyen olay sıklığı %8 olarak belirtilmiş ve bunların %83'ünün önlenemez olaylar olduğu ifade edilmiştir. Bu olayların %30'u hasta ölümleri ile ilişkilendirilmiştir. Raporda son kanıtların; düşük ve orta gelirli ülkelerde, hastanelerdeki güvensiz bakım

nedeniyle her yıl 134 milyon istenmeyen olayın yaşandığını ve bu olaylardan 2,6 milyonunun ölümle sonuçlandığını gösterdiği ifade edilmektedir (6).

Ülkemizde tıbbi hatalarla ilgili retrospektif çalışmalar ve kayıtlardan elde edilen ulusal sonuçları yansıtan veriler kısıtlı olmakla birlikte, sıklıkla sağlık profesyonellerinin tıbbi hatalara ilişkin görüş ve deneyimlerini yansıtan çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda tıbbi hata oranlarının dünya ülkeleriyle benzerlik gösterdiği söylenebilir (2,29).

2017 yılında Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemine toplam 101841 bildirim gerçekleştirilmiş ve bildirimlerin %84,6'sını laboratuvar hataları oluşturmuştur (54). Özgönül (5)'ün yapmış olduğu bir çalışmada; çalışmaya katılan hekim ve hukukçuların %64,8'i, Türkiye'de sağlık alanında görülen hataların önemli boyutta olduğunu belirtmiştir. İşçi (55)'nin çalışmasında; hemşirelerin %21,1'inin daha önce tıbbi hata yaptığı ve %50,5'inin birlikte çalıştığı hemşireler tarafından hata yapıldığına tanıklık ettiği belirlenmiştir. Benzer şekilde Kahrıman ve ark. (56)'nın çalışmasında ise; hemşirelerin %21,9'u mesleğini icra ederken hasta güvenliğini tehdit edebilecek bir hatası olduğunu ve %51'i çalışma yaşamları süresince arkadaşlarının hatasına şahit olduğunu belirtmiştir.

2.2. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hataların sınıflandırılmasında tüm dünyada kabul görmüş, standart bir sınıflama sistemi henüz bulunmamakla birlikte; hasta güvenliğine ilişkin ulusal ve uluslararası ortak bir dil oluşturmak (57), hasta güvenliğini tehdit eden insan ve sistem ilişkili mevcut ve potansiyel problemleri tanımlamak, öncelikli alanları belirlemek ve güvenlik önlemleri geliştirmek ve sağlık politikaları geliştirmek (58) amacıyla DSÖ tarafından 2005 yılında "Uluslararası Hasta Güvenliği Sınıflandırması" geliştirilmiştir (59).

Dünya Sağlık Örgütü "Uluslararası Hasta Güvenliği Sınıflandırması"nda (59) hasta güvenliğini tehdit eden olay türü kavramsal açıdan; klinik yönetim, klinik süreçler, dokümantasyon, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar, ilaçlar/intravenöz sıvılar, kan/kan ürünleri, beslenme, oksijen/gaz/buhar, tıbbi cihaz/ekipman, davranış, hasta kazaları, fiziki altyapı ve kaynaklar/kurum yönetimi olarak tanımlanmıştır. Sınıflandırmada herbir olay türünün altında, olayla ilişkili olan süreçler

tanımlanmıştır. Örneğin klinik yönetim hatalarına; hasta devir teslimi, randevu, bekleme süresi, sevk/konsültasyon, hasta kabulü, hastayı taburcu etme, hasta transferi, hasta kimliklendirme, aydınlatılmış rıza, görevlendirme ve acil duruma müdahale gibi süreçlerde yaşanan istenmeyen olaylar neden olmaktadır (59).

Leape ve ark.(60)'nın; tanı hataları, tedavi hataları, profilaktik hatalar ve diğer hatalar olmak üzere dört grup altında topladığı sınıflandırma da yaygın olarak kullanılmaktadır. Leape ve ark. (60)'nın sınıflandırmasında;

Tanı Hataları: Güncel olmayan test ve tedavilerin kullanılması, gerekli testleri uygulamada başarısızlık, gecikmiş veya yanlış tanı, gözlem ve test sonuçlarına uygun hareket edilmemesi,

Tedavi Hataları: Eylem, test uygulama ve prosedür sürecindeki hatalar, anormal bir test sonucuna yanıt vermede veya tedavide gecikme, endikasyonu olmayan tedaviyi yerine getirme, tedavi uygulama sürecinde hatalar, ilaç kullanım metodunda ve dozundaki hatalar,

Profilaktik Hatalar: Profilaktik tedaviyi uygulamamak, izleme tedavilerinde başarısız olmak,

Diğer Hatalar: Ekipman hataları, iletişim hataları ve diğer sistem hataları olarak belirtilmiştir.

Reason'ın sistem yaklaşımına göre hataların, gizli hatalar ve aktif hatalar olmak üzere iki türü vardır ve genellikle istenmeyen olaylar bu iki hata türünün bir araya gelmesiyle meydana gelir. Gizli hatalar; kökleri örgüt kültüründe var olan, sistem içine yerleşmiş, uzun süre sistemin içinde saklı kalan ve aktif hatalara neden olabilecek durumlar olarak belirtilmektedir (61). Gizli hataların iki türlü zararlı etkisi vardır. Bu etkilerden ilki; zaman baskısı, yorgunluk, deneyimsizlik, yetersiz personel ve ekipman gibi hata nedeni olabilecek organizasyonel yapıyı yaratması, diğeri ise savunma sisteminde uzun süre kalabilen zayıflıklar oluşturmalarıdır (61,62). Aktif hatalar ise, hasta ya da sistemle doğrudan temas halinde olan kişilerin yaptığı güvensiz eylemlerdir (61). Hastada sonucu hemen fark edilebilen ve kişilerce iyi bilinen aktif hatalara; yanlış kan transfüzyonu, yanlış taraf cerrahisi, yanlış ilacın uygulanması örnek olarak verilebilir (61,62).

İnsan faktörüne bağlı ortaya çıkan hatalar, kök nedenine bağlı; işleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve

uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemleri yanlış uygulama) olarak da sınıflandırılabilir (57).

2.3. Tıbbi Hata Nedenleri

Sağlık hizmeti sunumu sırasında tıbbi hata oluşumunu etkileyen çok sayıda neden bulunmaktadır (57,59,63,64). Tıbbi hataların gelişimine katkıda bulunan faktörler genel olarak; insan faktörü, hasta faktörü, çevresel unsurlar, kurumsal faktörler, dış faktörler ve diğer faktörler (64) olarak ifade edilmekle birlikte, temelde;

- **İnsana Bağlı Faktörler:** Çalışana bağlı; yorgunluk, eğitim yetersizliği, iletişim yetersizliği, yanlış karar alma, tartışmacı kişilik yapısı, mantık hatası (63), stres, dikkatsizlik, ihmal (41), kabuller, motor beceriler, hafıza, tutum (65), tedbirsizlik, özen eksikliği ve meslekte acemilik (40) insana bağlı faktörlerdendir.

Aynı zamanda; yaş, sosyokültürel durum, eğitim durumu, sahip olunan hastalık, kronik hastalık varlığı, karmaşık ve acil bakım ihtiyacı, hastanede kalış süresinin uzunluğu gibi hastaya ait bazı risk faktörleri de tıbbi hatalara neden olabilmektedir (66).

Reason (62)'a göre insana bağlı faktörlerden kaynaklanan tıbbi hataların, kişi ve sistem olmak üzere iki boyutu vardır. Tıpta da yaygın olan kişi boyutunda; hasta ile direkt etkileşimde bulunan ve hataya neden olan sağlık profesyonelinin; güvenliği ihlal eden hareketlerine, hatalarına ve prosedür ihlallerine odaklanılmakta ve kişi unutkanlık, dikkatsizlik veya ahlaki başarısızlıkla suçlanmaktadır (11,40,55,56).

- **Kuruma Bağlı Faktörler:** Kurumun idari ve işlevsel yapısı, kurum politikaları, mevcut sağlık profesyoneli istihdamında yetersizlikler ve yanlışlar (52), çalışma ortamlarındaki yetersizlikler (gürültü, aydınlatma, fiziksel çevre), yetki hiyerarşisi, kurumsal hedefler (65), yetersiz liderlik, sorunların çözümünde ve analizinde yetersizlik ve etkin olmayan geri bildirim (41) kuruma ait faktörlerin başında gelmektedir. Kurumda kullanılan bilgi sistemlerindeki yetersizlikler, yetersiz ve eksik cihazlar (40) da kuruma ait hata nedenleri olarak belirtilmektedir.

Diğer taraftan kurumun sahip örgüt kültürü ve olumsuz hasta güvenliği iklimi de tıbbi hataların en önemli nedenlerinden sayılabilir. Özellikle kurumun tıbbi hatalara yönelik sahip olduğu suçlayıcı kültürde hatalara bireysel olarak yaklaşıldığından; hatayı yapanı "bul, suçla ve utandır", disiplin cezası uygula, yasal işlem yap yaklaşımı

hataların gizlenmesine ve sistemsal hata kaynağı olarak devam etmesine neden olmaktadır (11,65).

- **Dış Faktörler:** Ekonomik baskı, ülkedeki yasal düzenlemeler ve sosyo-ekonomik politikalar (65), sağlık profesyoneli yetiştiren eğitim kurumlarının niteliği, artan sağlık hizmetine karşı sağlık kuruluşunun talebi karşılayamaması ve performansa dayalı ücret sistemi uygulamaları (67) gibi dış çevreden kaynaklanan faktörler, dış faktörler olarak tıbbi hata nedenleri arasında sayılmaktadır.

Adams ve Garber (68); insana bağlı faktörler dışında tıbbi hataya neden olan tüm faktörleri sistem kaynaklı faktörler olarak belirtmiş ve sistem kaynaklı hataların insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük sorunlar oluşturduğunu bildirmiştir. Leape (16), hataların büyük çoğunluğunun (yaklaşık olarak %95 ve üzerinin) sistem kaynaklı olduğunu belirterek, sağlık kurumlarında ve diğer hizmet alanlarında sistemin yapılandırılmasının gerekliliğini savunmuştur. Kalitenin öncüleri sayılan Juran ve Deming olası hataların yaklaşık %85-98'inin sistem kaynaklı olduğunu ifade etmişlerdir (69). Khammarnia ve ark. (70)'nin çalışmasında hataların %27,1'inin sistem kaynaklı olduğu tespit edilmiştir.

2.4. Tıbbi Hatalarda Tutum

Tutum, insana bağlı tıbbi hata nedenleri arasında sayılmaktadır. Tıbbi hatalarda, sağlık profesyonellerinin hatalara karşı tutumlarının belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (71). Konuya psikoloji perspektifinden bakma eğiliminde olan Allport (72)'a göre tutum, "bireyin bütün nesnelere karşı göstereceği tepkiler ve durumlar üzerinde yönlendirici veya etkin bir güç oluşturan ve deneme bilgilerde organize olan, ussal ve sinirsel bir davranışta bulunmaya hazır olma halidir".

Allport'un tutum tanımı, bireyin tepkisini yönlendirici bir unsur olarak onun davranış biçimini belirlemektedir. Tutumun deneyimlerle de organize olduğu vurgusunun yapılması, tutum oluşum süreciyle öğrenme süreci arasında bir bağlantı kurma eğilimi söz konusu olabilmektedir (71).

Güleç'in aktardığına göre (73) Katz tutumu "bireylerin değerler toplamı ile ilişkili olarak herhangi bir olgu ile geliştirdikleri olumlu ya da olumsuz algılarının neden olduğu davranış biçimleri" olarak ifade etmektedir. Cüceloğlu (74) ise tutumu;

birbirleriyle ilişkili ve zamansal olarak geniş bir süreyi kapsayan duygular, inançlar ve davranışlar toplamı olarak tanımlamaktadır.

Birey, diğer birey ve olaylardan sürekli aldığı uyarıları derleyip düzenlemekte ve zihninde saklamaktadır. Tekrar aynı kişi veya durumlarla karşılaştığında ise bu düzenleyip sakladığı düşünce demetini kullanmakta ve bir tutum sergilemektedir (73).

2.4.1. Tutumun Oluşumu ve Davranış ile İlişkisi

Tutum; zihinsel (bilişsel), duygusal ve davranışsal olmak üzere üç ögeden meydana gelmektedir. Bireyin bir konu hakkında bildikleri (zihinsel öge), ona nasıl bir duyguyla yaklaşacağını (olumlu, olumsuz, nötr) ve ona karşı nasıl bir tavır ortaya koyacağını (davranışsal öge) belirlemektedir (71). Bireyin bir nesne, olay ya da kişi hakkında zihinsel, duygusal ve davranışsal anlamda sergilediği duruş onun tutumunu yansıtır. Dolayısıyla da tutumun oluşması için bu üç öge arasında örgütsel ve uyumlu bir ilişki ve eşgüdüm olmalıdır (73).

Zihinsel (Bilişsel) Öge: Tutumun konusunu oluşturan kişiye, olaya, duruma ya da nesneye dair sahip olunan her türlü bilgi, deneyim, inanç ve düşünceyi içermektedir. Tutumun kesinliğini ve kararlılığını, tutumun yönünü veya işaretini belirleyen faktörler, tutumun bilişsel ögesi içinde yer almaktadır (36,71,73). İnançlar ve bilgiler değiştikçe tutum da değişir ve aralarında tutarlılık vardır. Varlığından haberdar olunmayan, hiç karşılaşılmamış bir uyarıya karşı bir tutum oluşmaz (73).

Duygusal Öge: Bireylere göre değişen ve gerçeklerle açıklanamayan bu öge tutumun hoşlanma-hoşlanmama, sevme-sevmeme yönünü oluşturur (71). Çevre ile ilgili bilgi, duyum ve deneyimlerin sınıflandırılmasının olumlu, olumsuz olaylarla, arzulanana ya da arzulanmayan amaçlarla ilişkilendirilmesi söz konusu olmaktadır. Duygusal öge, bireyin değerler sistemi ile de yakından ilişkilidir. Birey bir kişi, durum ya da nesne ile ilişkiye geçerken sahip olduğu ya da içinde yer aldığı değer sistemi onun ilişki biçiminin oluşmasına etki eder (73). Tutumların şekillenmesi ve devamlılığı bu ögeye bağlıdır. Duygusal ögenin yansıması davranışsal ögedir. Bu ögeler arasında neden sonuç ilişkisi vardır (36,71).

Davranışsal Öge: Birey, inanç ve bilgileri sonucunda edindiği yargı ile tutum konusuna yönelik olumlu veya olumsuz hareket etmeye yöneltmekte ve eğer herhangi bir nesneye karşı olumlu bir tutum geliştirmişse, o nesnenin gerektirdiği doğrultuda

davranmaya hazırdır. Bu davranış eğilimi sözlerde ya da diğer hareketlerde gözlemlenebilmekte; bireyin değer yargıları, alışkanlıkları ve tutum konusu ile doğrudan ilişkili olmayan tutumlardan da etkilenebilmektedir. Bireyler bir durum karşısında nasıl bir tavır ortaya koyacağını, daha önceki yaşadığı deneyimlerden elde ettikleri ile karşılaştırarak belirler. Yaşanan deneyim olmaması halinde ise dışarıdan alınan bilgiler doğrultusunda kendi yaşamları ile ilişkilendirirler (36,73).

Tutumların davranışa dönüşmesine etki eden faktörler vardır. Bu faktörler; tutumun kuvveti, ortam özelliği ve davranış sonrası sonuçlardır. Tutum ne kadar kuvvetli ise davranışa dönüşmesi o kadar fazladır. Ortam özelliği tutumların davranışa dönüşmesini engelleyebilir veya kolaylaştırabilir. Davranışlar sonrasında görülen olumlu veya olumsuz sonuçlar, tutumların davranışlara yansımada etkilidir (36,73,75).

Tutumu oluşturan öğeler birbiriyle karşılıklı etkileşim içindedir ve birinde ortaya çıkan bir değişiklik, tutarlılığı korumak için, diğer öğelerle zincirleme bir değişime neden olur. Bireyin bir tutum konusuna karşı olumlu-olumsuz tavrı değiştiğinde, ona karşı tutumunun zihinsel ve davranışsal ögesi de yeniden düzenlenir (71).

Tutumların oluşumunda aynı zamanda; genetik faktörler, fizyolojik koşullar, kişilik yapısı, toplumsallaşma süreci, grup üyeliği, eğitim durumu, bilgi birikimi, sosyal sınıf ve ön yargılar gibi faktörler etkili olmaktadır (73,76).

2.4.2. Tıbbi Hatalarda Tutumu Etkileyen Faktörler

Tıbbi hatalarda tutumu etkileyen çok sayıda faktör olmakla birlikte; bilişsel önyargılar, korku (39), eğitim durumu ve bilgi birikimi (77), zayıf güvenlik kültürü, cezalandırma ve hukuksal yaptırım (36), tıbbi hatanın sonucu ve mesleki bağlılık gibi faktörlerin baskın olduğundan söz edilebilir (78).

Sağlık hizmetlerinin karmaşık olması ve aşırı dikkat gerektiren karar verme süreçlerinin varlığı, bilişsel önyargıların karar verme süreçlerini etkilemesine ve sağlık profesyonelinin hatalı tutumuna neden olmaktadır. Özellikle tanı ve tedavi sürecinde; mevcut durumu dikkate almaksızın, geçmiş tecrübeler veya ilk görüşte elde edilen bilgilerle karar verme, tahmin etmede iyi olma düşüncesi ve tahminlere aşırı güven duyma, sezgileri kanıtlayacak veriler yerine onları çürütecek verilere fazla değer

verme eğilimi gibi yanılıgılar tıbbi hataları etkileyen bilişsel önyargılara örnek gösterilebilir (39).

Bireylerde korkunun artması savunma tepkisi olarak tutum değişikliğine neden olabilmektedir (71). Yaşanan benzer tıbbi hatalara ilişkin bireyin sahip olduğu bilgi, duyum ve deneyimler; olumlu ve olumsuz, arzulanan ve arzulanan tutum gelişimine neden olabilir. Tıbbi hatalarda; hatalardan öğrenme yerine cezalandırma kültürünün varlığı, hata karşısında korku ve beraberinde hatanın gizlenmesine yönelik tutum gelişimine neden olabilir (73). Sağlık alanında gerçekleşen tıbbi hataların nedenlerinin belirlenmesindeki en büyük engelin, cezalandırma ve hukuksal yaptırım korkusu olduğu belirtilmektedir (36).

Olumlu ve güçlü HGK ile birlikte, çalışanların yaptıkları hataları paylaşmaktan korkmadıkları, paylaşılan hataların doğru ve etkili bir şekilde analiz edilerek, analiz sonuçlarına odaklı iyileştirmelerin yapıldığı bildirim sisteminin bulunduğu sağlık kuruluşlarında, çalışanların hatalara ve hataların bildirimine yönelik daha olumlu bir tutum içinde olduklarından söz edilebilir (41,79).

Kon ve ark. (80).’nın yaptığı bir çalışmada; hemşirelerde mesleki bağlılığın, hasta güvenliği geliştirme davranışlarını ve algılanan sağlık bakım kalitesini artırdığı gösterilmiştir. Barluk (77)’un çalışmasında ise; hemşirelikte mesleki bağlılık arttıkça, hasta güvenliği tutumunun arttığı gösterilmiştir.

2.5. Cerrahi Birimler ve Tıbbi Hatalar

Hemşirelerin yoğun olarak görev aldığı cerrahi klinikler ve yoğun bakım üniteleri tıbbi hatalar açısından riskli yerlerdir. DSÖ (6)’nün raporunda, dünyada her yıl bir milyondan fazla hastanın ameliyat veya komplikasyonları nedeniyle öldüğü belirtilmektedir. Rapora göre, güvensiz cerrahi bakım uygulamaları hastaların %25’inde komplikasyonlara neden olmaktadır. Hastaların savunmasız olduğu cerrahi kliniklerde; süreçlerin iyi tanımlanmaması, iş akışlarının net ortaya konmaması, hasta yükü, bilim ve teknolojinin etkisiyle hızlı değişen tedavi ve bakım protokolleri, multidisipliner ekip çalışması gerekliliği gibi pek çok faktör bu alanda çalışan kişiler üzerinde stres ve yoğun baskı nedeni olmaktadır. Bu durum bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin hata yapma riskini artırmaktadır (81,82,83,84).

Cerrahi kliniklerde yatan hastaların tedavi başarısı; cerrahi teknik kadar, preoperatif hazırlık ve postoperatif bakım uygulamalarının kusursuz olmasıyla ilişkilidir (22). Cerrahi hastaları hastanede buldukları süre içerisinde; güncel bilgi, farklı cerrahi teknikler, anestezi, farklı araç- gereçler, enfeksiyon kontrolü, yakın takip ve farklı destekleyici yaklaşımlara ilişkin avantajları deneyimlemekle birlikte, tüm bu süreçlerde tıbbi hatalara da maruz kalabilmektedir (22,85).

Tıbbi hatalar, sağlık hizmetlerinin tüm alanlarında ciddi iş gücünü oluşturan, hastanın bakım ve tedavi sürecinde aktif olarak görev alan hemşireler açısından da önem taşımaktadır. Hemşirelerden kaynaklanan ve en fazla dava edilmelerine neden olan tıbbi hataların; hastalıkların tedavi sürecinde gerçekleştirilen tıbbi uygulama hataları olduğu belirtilmektedir (1). Cerrahi hemşireleri, temel hemşirelik rolleri dışında; ameliyat ve anesteziye bağlı zarar görme riski artan hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında güvenli bakım almasından sorumludur (22). Bu nedenle cerrahi kliniklerde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde görev alan hemşireler; ameliyat gereksinimi duyulan hastalarda süreci, ameliyat öncesi yapılması gereken hazırlıklar ve dikkat edilmesi gereken hususları, ameliyata bağlı gelişebilecek komplikasyonları ve hasta için risk oluşturabilecek faktörleri ve dikkat edilmesi gereken hususları çok iyi bilmelidir (86). Ameliyat öncesi dönemde hastanın doğru ve etkin bir şekilde değerlendirilmesinin temel amacı; cerrahi işleme bağlı risk faktörlerinin tanımlanmasını ve ameliyat sonrası dönemde güvenli bakımın planlanmasını sağlamaktır (87).

Cerrahi birimlerde en fazla karşılaşılan istenmeyen olaylar; klinikten ameliyathaneye, ameliyathaneden kliniğe hasta naklinde; hasta ile ilgili bilgilerin aktarımında içerik eksikliği veya yanlışlığı (88), yanlış taraf cerrahisi, kesici ve delici alet yaralanmaları, ameliyat bölgesinde yabancı cisim unutulması, transfüzyon hataları, anesteziye hatalı gaz karışımı verilmesi (89), üriner kateter ilişkili enfeksiyonlar, cerrahi alan enfeksiyonları, basınç ülserleri (84), ilaç uygulama hataları (90), cerrahi elektrokoter yanıkları (84), tıbbi cihazlardan kaynaklanan problemler (31), düşme ve immobiliteye bağlı yaralanmalar, akciğer embolisi, ventilatör ilişkili pnömoni ve derin ven trombozu (91) olarak belirtilmektedir.

2.5.1. İlaç Hataları

Amerika Birleşik Devletleri İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) ilaç hatasını; üreticinin, sağlık çalışanının veya hastanın kontrolünde olmasına rağmen, hastanın uygun olmayan ilacı almasına ya da ilaçtan zarar görmesine neden olan önlenebilir bir olay olarak tanımlamaktadır (92).

Sağlık kuruluşlarında ilacın temin edilmesinden, hastaya uygulanıp sonuçlarının izlenmesine kadar ki süreçlerde çok geniş bir yelpazede gerçekleşen ilaç hataları (93); neden oldukları sakatlık, hastalık ve ölümler açısından riskli bir konu olup hastaneye başvuran hastaların tedavileri sırasında en sık karşılaştığı hata grubu arasındadır (90,94).

İlaç uygulamaları multidisipliner bir süreç olmakla birlikte, hemşireler tarafından sık yapılan uygulamalar olması ve sürecin birçok aşamasının hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları içinde bulunması gibi nedenlerden dolayı, ilaç hataları hemşireler için en fazla karşılaşılan tıbbi hata türüdür (95,96). Hemşirelerden kaynaklanan ilaç hataları sıklıkla; hekim istemi olmadan ilacın uygulanması, görünüş ve okunuş benzerliği nedeniyle yanlış ilacın uygulanması, ilaç dozunun yanlış hesaplanması ya da yanlış dozda ilaç uygulanması, ilaç kutusu ve paketi üzerindeki bilgilere dikkat edilmemesi ve ilaç uygulamasının unutulması olarak belirtilmektedir (3,93,96).

Abbasinazari ve ark.(97)'nin Ortopedi, Genel Cerrahi ve Gastroenteroloji kliniklerinde hemşireleri gözlemleme yoluyla yaptıkları bir çalışmada, en çok görülen hataların; yanlış hızda infüzyon/bolus yapılması, çoklu doz kullanımlarda flakon giriş yerinin dezenfekte edilmemesi, ilaçları hazırlarken ve uygularken eldiven giyilmemesi, olası flebit belirtileri açısından hastanın izlenmemesi, uygun çözücünün kullanılmaması, çözücünün yanlış dozda kullanılması, ilacın uygulama zamanının yanlış olması, hazırlanan tüm ilaç içeriğinin verilmemesi ve ilaç geçimsizliği olduğu tespit edilmiştir.

Madegowda ve ark. (98)'nin cerrahi kliniklerde ilaç uygulama hatalarına ilişkin çalışmasında; istemi sonlandırılan/sonlandırılması gereken ilaca devam etme (%55,8), ameliyat öncesinde kullanılan ilaçları ameliyat sonrası dönemde yeniden başlamama (%50,8), ilacı ihmal etme (%32,5), eksik doz verme (%16,7), fazla doz

verme (%10,0) ve yanlış ilaç verme (%10,0) ilk sıralarda yer almaktadır. Kim ve ark.(96)'nın yapmış olduğu çalışmada ise; dahili-cerrahi kliniklerde yanlış doz antimikrobiyal ilaç kullanımına bağlı hataların %52,1 olduğu saptanmıştır.

Diğer taraftan cerrahi birimler, uygulanan cerrahi girişim ve cerrahi girişime bağlı gelişen veya gelişebilecek; sıvı-elektrolit dengesizliği, emboli riski, kardiyak fonksiyonların sürdürülmesinde yetersizlik, ameliyat stresine bağlı kan glikoz seviyesinin yükselmesi ve şiddetli ağrı gibi nedenlerle insülin, heparin, epinefrin,kalsiyum klorür, yüksek konsantrasyonlu sodyum klorür ve narkotik analjezikler gibi yüksek riskli ilaç uygulamalarının fazla olduğu birimlerdir (99). Hsaio ve ark. (100)'nın hemşirelerin yüksek riskli ilaçlara ilişkin bilgilerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; hemşirelerin yüksek riskli ilaçlara yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu tespit edilmiş ve bu durumun hastaların zarar görmesine neden olan bir faktör olduğu belirtilmiştir.

2.5.2. Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar

Ulusal Tıp Enstitüsü (14)'nün raporunda “Aksi ispat edilmediği sürece her hastane enfeksiyonu, temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hatadır” ifadesi yer almaktadır. Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar; hastanede kalış süresini uzatması, mortaliteyi ve morbiditeyi arttırması, hastanın yaşam kalitesini bozması, iş gücü/üretkenlik kaybına yol açması ve maliyeti arttırması gibi sonuçları sebebiyle sunulan hizmetin kalitesinin önemli bir göstergesidir (101).

Dünya Sağlık Örgütü (6)'nün raporunda; hastane enfeksiyonlarının, hastanede yatan hastaların %10'unu etkilediği, yedi yüksek gelirli, on düşük ve orta gelirli ülkede hastaneye yatan 100 hastadan herhangi birinin, herhangi bir zamanda Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon kazanacağı ifade edilmektedir. Raporun ortaya koyduğu önemli gerçeklerden bir tanesi de, hastane ortamlarında birçok antibiyotiğe dirençli hale gelmiş methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) bakterisi ile enfekte olan hastaların, dirençli olmayan bakterilerle enfekte olanlara göre %64 oranında ölüm olasılığı ile karşı karşıya kalmakta olduğudur.

Tchouaket ve ark. (102)'nin dahili ve cerrahi kliniklerde hemşirelik bakımı ilişkili istenmeyen olayların ekonomik yükü üzerine yaptıkları retrospektif çalışmada,

istenmeyen olay deneyimleyen hastalardan; 23'ünün pnömoni ve 47'sinin üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle yatış gün sürelerinin uzadığı ve bu durumun maliyetleri artırdığı belirtilmiştir.

Cerrahi birimlerde sık karşılaşılan cerrahi alan enfeksiyonları önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biri olup; ameliyat sonrası hastaların daha fazla antibiyotik almasına, tedavi maliyetinin artmasına ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır (103). Türkiye Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı verilerine göre (104), 2019 yılında saptanan 6722 Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAE)'nun; %38,1 primer yüzeysel insizyonel CAE, %33,3 primer derin insizyonel CAE, %24,6 organ/boşluk tipi CAE, %2,5 sekonder derin insizyonel CAE ve %1,6 sekonder yüzeysel insizyonel CAE olarak belirtilmiştir. Hemşireler CAE'ye neden olan risk faktörlerine yönelik kanıta dayalı önlemler alınmasında ve ameliyat öncesi güvenli cilt hazırlığı yöntemlerinin seçilmesinde önemli bir yere sahiptir (103).

Yüceer ve Bulut (87) tarafından nöroşirurji yoğun bakım ünitesinde yürütülen bir çalışmada; hemşirelerin nozokomiyal enfeksiyonlarla ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı, hemşirelerin beyin cerrahi hastalarında sıklıkla görülen menenjit, cerrahi alan enfeksiyonları ve şant enfeksiyonlarının erken dönemde tespit edilmesine yönelik herhangi bir girişimde bulunmadıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hemşireler, yara yeri ile ilgili uygulamaların hemşirenin görevi olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir.

2.5.3. İletişim Kaynaklı Hatalar

Sağlık profesyonelleri arasında iletişim kaynaklı hatalar, hasta güvenliğini tehdit eden bir durum olmakla birlikte ciddi sonuçları olan istenmeyen olaylara yol açmaktadır (105). Uluslararası Ortak Komisyon (JCI: Joint Commission International)'un sık görülen istenmeyen olay türlerine ilişkin raporunda (106); 2004 yılından itibaren bildiri yapılan, ölüm ve kalıcı hasara yol açan beklenmedik olayların en temel üç nedeni arasında iletişim gösterilmektedir.

2015 yılında Harvard Üniversitesi Sağlık Kurumlarında yapılan bir çalışmada (107); iletişim kaynaklı hataların sağlık profesyonelleri arasında %57, sağlık profesyonelleri ile hasta arasında %55 oranında meydana geldiği belirtilmiştir. Çalışmada sağlık profesyonelleri arasında meydana gelen hataların nedenleri; iletişim

bozukluğu, yetersiz kayıt ve tıbbi kayıtların okunmasında başarısızlık olarak ifade edilmiştir. Sağlık profesyonelleri ile hasta arasında yaşanan hataların ise; yetersiz aydınlatılmış onam, hasta şikâyetine empatik olmayan cevap, yetersiz ilaç bilgisi, işlem basamaklarının tamamlanmaması, yanlış sonuç verme ve dil kaynaklı yetersiz iletişim hata nedenleri olarak belirtilmiştir.

Cerrahiye bağlı hataların ve komplikasyon oluşumunun en sık nedenlerinden birinin iletişim bozukluğu olduğu ve cerrahi ekip iletişiminin artmasının, hataların ve komplikasyonların önlenmesinde anahtar rol oynadığı vurgulanmaktadır (108). Cerrahi birimlerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) kullanımı; cerrahi süreçte bilgi kaybını en aza indirmesi, disiplinler arası iletişimi geliştirmesi ve cerrahiye yönelik uygulanması gereken protokollerin kontrolünü sağlaması yoluyla cerrahi hataların ve komplikasyonların azaltılmasına katkı sağlamaktadır (108,109).

Perioperatif sürece ilişkin; hasta kimliğinin doğrulanması, cerrahi taraf işaretlemesi, ameliyat öncesi hazırlıklar (hastanın açlık durumu, cilt hazırlığı, ameliyata özel işlem, ameliyatta kullanılacak malzeme vb.), antibiyotik ve derin ven trombozu profilaksisi, hastaya ait risklerin değerlendirilmesi gibi konularda uyarıcı nitelikte olan kontrol listeleri tüm süreçte cerrahi hastalarının karşılaşılabileceği bir veya daha fazla kazanın yakalanmasında %40,6 oranında etkili olmaktadır (21,109). Lyons ve Popejoy (110)'un yürüttüğü çalışmada, cerrahi kontrol listesi kullanımının; morbidite ve mortaliteyi azalttığı, ekip çalışmasını iyileştirdiği ve ameliyathanede ekip iletişimi ve uyumunu arttırdığı tespit edilmiştir.

2.5.4. Hasta İzleminde Kaynaklanan Hatalar

Gelişmiş ülkelerde hastanın yetersiz izlenmesi nedeniyle oluşan tıbbi hatalara dayalı açılan davaların sık rastlanan durumlar arasında olduğu bildirilmektedir. Hemşirelerin iş yüklerinin fazla olması, kritik durumdaki hastaların varlığı, çalışma şartlarının ağır olması, iş yerinde yaşanan olumsuz olaylar, girişimlere ilişkin izlenecek uygulama basamaklarının ve prosedürlerin fazlalığı ile stres tıbbi hata yapma olasılığını artırmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmeti sunan kurumlarda çalışan hemşire sayısının az olması nedeniyle, çoğu zaman hastalara yeterli zaman ayrılamaması ve bireyin ihtiyaç duyduğu hemşirelik bakımına istenilen özenin

gösterilememesi sonucu hasta odaklı bakım çok mümkün olmamakta ve bakım hizmetinin verimi azalmaktadır. (111,112,113).

Hasta izlemi ile ilgili sık karşılaşılan istenmeyen olaylar; hasta düşmeleri, kateter, tüp, drenlerin yerinden çıkması (111) ve tıkanması (114), planlanmamış ekstübasyon ve cilt bütünlüğünün bozulması olarak gösterilmektedir (111).

Hasta düşmeleri; sağlık kuruluşlarında en yaygın görülen, hastanede yatış sürecini uzatan, maliyeti arttıran ve bazen de yaşam kaybı gibi ciddi sonuçlar doğuran, sıklıkla bakım ve izlem standartlarının yetersizliğinden kaynaklanan önemli tıbbi hatalardandır (115). Cerrahi birimler; hastaya özgü nedenler, ameliyat stresi, anestezi etkileri, sıvı elektrolit dengesi ve kan basıncı değişimleri, ağrı gibi birçok nedenle hasta düşmeleri yönünden riskli birimlerdir (116). Vitor ve ark. (117), cerrahi kliniklerde yatan hastaların %86,25'inde düşme riski olduğunu ve bu riskin ameliyat sonrası dönemde daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Kronzer ve ark. (118)'nin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde düşme/ yaralanma oranları ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yürüttükleri çalışmada, cerrahi süreçte meydana gelen düşmelerin toplum genelinde bildirilen düşmelerden daha yaygın olduğunu saptanmıştır.

Cerrahi hastalarında yara yerinden drenajı sağlamak amacıyla sık kullanılan drenaj tüpleri ile ilgili ciddi problemlerden bir tanesi; iltihap, doku parçası, kan pıhtısı ve taş nedeniyle tüpte oluşan tıkanıklık olup, bir diğeri ise; ince bağırsak ve akciğer dokusunun iyileşmesi amacıyla uygulanan negatif basınçlı çekme durumunda tüp lümeninin yapışmasıdır. Aynı zamanda drenaj tüplerinin bükülmesi de drenajı aksatan durumlardan bir tanesidir. Drenaj tüpleri ile ilgili belirtilen bu durumlar sıvı birikimi sonucu enfeksiyonlara, organ ve doku fonksiyon kayıplarına yol açmaktadır. Bu nedenle hemşireler tarafından ameliyat sonrası dönemde drenaj tüplerinin düzenli olarak gözlemlenmesi ve izleminin yapılması önem taşımaktadır (114).

Birçok nedene bağlı olarak meydana gelen basınç yaralanmalarına bağlı cilt bütünlüğünün bozulması; hastanede yatış gün süresinin uzaması, tedavi ve bakım maliyetinde artış, iş gücü kaybı ve ölüm gibi istenmeyen durumlarla sonuçlanmaktadır (79,119). Basınç yaralanmalarının; sadece yatağa bağımlı hastalarla sınırlı olmadığı, sandalyeye bağımlı hastalarda, ameliyathanede hasta pozisyonuna ve anesteziye, hastaya uygulanan her türlü tıbbi cihaz ve ekipmana bağlı olarak da gelişebildiği belirtilmektedir (79). Ameliyat sonrası dönemde görülen basınç yaralanmaları,

perioperatif bakım kalitesinin önemli göstergelerinden biri olmakla birlikte; kritik bakım esnasında beklenmeyen morbiditeye neden olabilecek önemli ve pahalı istenmeyen olaylardandır (120). Cerrahi kliniklerde sık görülen Evre I basınç yaralanmaları; 2 saatten fazla süren ameliyatlarda hasta pozisyonu ve ameliyat sonrası ağrıya bağlı immobilité nedeniyle gelişmektedir (121). Katran (122)'ın 948 cerrahi yoğun bakım hastası ile yaptığı çalışmada basınç yaralanması sıklığı %20,5 olarak tespit edilmiştir.

Hasta izlemiyle ilgili, Storm-Veslot ve ark. (113)'na göre; çok parametrelî yaşam bulgularının düzenli değerlendirilmesi, ciddi istenmeyen olay riski taşıyan hastaların belirlenmesinde önemlidir ve istenmeyen olayın önlenmesinde hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına fırsat verir.

Tedavi ve bakım süreçlerinde; hastaların tıbbî araç bağlantılarını çıkarmasını veya yataktan düşmelerini engellemek, ajitasyon ve saldırgan davranışlar nedeniyle kendilerine zarar vermesini önlemek ve yatağa bağımlı hastalarda vücut postürünü korumak amacıyla fiziksel kısıtlama uygulanabilmektedir (123). Fiziksel kısıtlama uygulaması hasta güvenliğini sağlamaya yardımcı olmakla birlikte; kontraktür gelişimi, dolaşım bozuklukları, sinir ve cilt yaralanmaları, kas atrofisi, basınç yaraları, ödem, boğulma ve asfiksiye bağılı ölüm (123,124), anksiyete, ajitasyon, konfüzyon (125) gibi sorunlara neden olabilmektedir.

Gürdoğan ve ark. (123) tarafından yürütölen bir çalışmada; hemşirelerin kısıtlama kullanımına ilişkin bilgileri iyi düzeyde olmasına rağmen, kısıtlama uygulamasının hekim istemi ile yapılmasına, kısıtlama yöntemine ilişkin bilgilerin kaydedilmesine, kısıtlama uygulamasının etkilerinin sık aralıklarla kontrol edilmesine, değerlendirilmesine ve kayıt edilmesine, personel sayısındaki eksikliklerin hastaların kısıtlanması için gerekçe oluşturmasına ve kısıtlama uygulamasına alternatif çözümlerin getirilmesine yönelik girişimlerde eksikliklerinin olduğu saptanmıştır.

Hasta izlemi ile ilgili önemli konulardan bir tanesi de hasta teslimleridir. Hasta tesliminde hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli nokta; doğru, anlaşılır ve eksiksiz bilginin doğru kişilerce, doğru zamanda verilmesidir (126). Hasta ve hasta bakımına ilişkin önemli bilgiler; hastane birimleri arasında, vardiya değışimlerinde veya başka kuruma nakillerde kaybedilebilmekte veya yanlış aktarılabilir (127).

Hasta teslim süreçlerinde hastaların en fazla maruz kaldığı istenmeyen olaylar arasında nakil esnasında; hastanın yanlış konumlandırılması ve hasta taşıma ve cihaz güvenliği gibi donanım sorunları da yer almaktadır (45). Yoğun bakım hastalarının yaklaşık yarısının nakil esnasında olumsuz olaylar yaşadığı ve hastaların %15-%20'sinin yaşanan olumsuz olaylara bağlı hayati tehlike taşıdığı belirtilmektedir (128).

2.5.5. Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kaynaklı Hatalar

Teknolojinin gelişmesi beraberinde üretilen cihazların; işlevsel, uzun ömürlü, güvenli ve sağlam oldukları düşünülmekte, arıza yapabilecekleri ve zaman zaman hatalı sonuçlar verebilecekleri atlanan bir konu olmaktadır. Tıbbi cihaz kullanımına bağlı hatalar sadece cihazla alakalı değildir. Kullanıcıların eğitim yetersizliği veya tecrübesizliği de tıbbi cihaz hataları arasında gösterilmektedir (42). Özellikle gelişmekte olan ülkelerin hastanelerinde yanlış bir cihazın kullanımı ya da doğru cihazın bilgi, beceri ve eğitim eksikliği nedeni ile yanlış kullanımı gibi durumların oranının yaklaşık %50 olduğu belirtilmektedir (129).

Duarte ve ark. (130)'nın yoğun bakım hemşirelerinin günlük bakımında insandan kaynaklanan tıbbi hatalara ilişkin yapmış oldukları çalışmada, çalışmaya katılan hemşireler tarafından; uygunsuz infüzyon pompası kullanımının ilaç uygulama hatalarına neden olduğu, cihazın kontrol edilmemesine bağlı belirli bir sürede gönderilmesi planlanan dozun kısa sürede verildiği ve sağlık profesyonellerinin iş yoğunluğu nedeniyle pompa alarmlarının genellikle göz ardı edildiği veya neden alarm verdiğine bakılmaksızın susturulduğu ifade edilmiştir. Kahrıman ve ark. (53)'nin çalışmasında; hemşirelerin sıklıkla yaptığı cihaz ve malzeme hatalarının; %19,6 aleti/cihazı kontrol etmeden kullanma ve %13,7 koruyucu malzeme kullanmama olduğu belirlenmiştir.

Diğer taraftan tanı ve tedavi sürecinde malzemenin yanlış kullanılması ya da uygun kullanılmaması hastanın güvenliğini tehlikeye sokmakta, yaralanmalara ve enfeksiyonlara neden olabilmektedir (28). Zhu ve ark. (131)'nin cerrahi alet paketleme hatalarına ilişkin yaptıkları çalışmalarında; cerrahi alet paketleme hatalarının %1,18 olduğu, bu hataların; pakette eksik alet, pakete arızalı veya yanlış aletin koyulması,

etiketlemenin yanlış yapılması, indikatörün yanlış veya eksik olması olduğu tespit edilmiştir.

2.5.6. Transfüzyon Hataları

Kan ve kan ürünleri, çeşitli işlemlere sahip çok sayıda hücre ve yapılardan oluşan canlı bir doku olması nedeniyle bunların transfüzyonu bir doku naklidir. Kan ve kan ürünleri transfüzyonunda; hastaya ait kişisel bilgilerin doğru kayıt edilmemesi, kanın ısıtılma koşullarının uygunsuzluğu, veriliş süresine dikkat edilmemesi, yanlış tüp kullanılması, uygunsuz sıvılarla birlikte verilmesi gibi hatalı uygulamalar, hayatı tehdit edici durumların yaşanmasına neden olabilmektedir (132).

Karim ve ark. (133)'ları tarafından yapılan bir çalışmada, ABO uyumsuzluğu hatalarının %56'sının hasta başında yapılan son kontrol sırasındaki hatalardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Topal ve ark. (132)'nın sağlık çalışanlarının kan nakline yönelik bilgi düzeylerini değerlendirdikleri çalışmalarında; çalışmaya katılanların %46'sının nakil öncesi kanın hastanın koltuk altına konularak ısıtılması gerektiğini belirttikleri bildirilmiştir. Delican (134)'ın cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerle yürüttüğü araştırmasında; araştırmaya katılan hemşirelerin kan transfüzyonu güvenliğine ilişkin genel bilgi puan ortalamasının %49,7 ile istenen düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Kan transfüzyonu güvenliğine ilişkin hemşireler tarafından en çok bilinen konunun %66,7 kan transfüzyonu sırasındaki uygulamalar, en az bilinen konunun ise %38,9 kan transfüzyonunun komplikasyonları olduğu araştırmanın bulguları arasında yer almıştır.

2.5.7. Cerrahi Süreç Hataları

Dünya Sağlık Örgütü'nün hasta güvenliği ile ilgili son raporunda; dünyada her yıl bir milyondan fazla hastanın ameliyat veya komplikasyonları nedeniyle öldüğü belirtilmektedir. Rapora göre; güvensiz cerrahi bakım uygulamaları hastaların %25'inde komplikasyonlara neden olmaktadır (6).

Ahmedi ve ark. (135)'nin yürüttüğü retrospektif bir çalışmada, meydana gelen cerrahi hataların; %59,3'ünün cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde oluştuğu, hastaların %91'inde tedaviyle ilişkili fiziksel hasar meydana geldiği ve bu hasarların; %49,4'ünün geçici hasar, %39,5'inin kalıcı hasar ve %11,1'inin ağır kalıcı hasar veya

ölüm olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada hastaların %65,4'ü cerrahi tedavilerinin uygunsuz veya hatalı yapıldığını düşündükleri ve bu hataları; yanlış taraf cerrahisi yapılması, enfeksiyon bulaştırılması, tedavi zamanlamasının uygun olmaması, bilgilendirilmiş rızanın eksik alınması ve yetersiz bakım olarak belirttikleri tespit edilmiştir.

Anderson ve ark. (136)'nın yapmış olduğu sistematik derlemede; ameliyat dışı hasta yönetimindeki hataların, ameliyattaki teknik nedenlerden kaynaklanan hatalardan daha fazla olumsuz sonuçlara yol açtığı tespit edilmiştir. Cerrahi girişim sırasında yapılan hataların incelendiği bir çalışmada ise; tekrarlı hastane yatışına, yeni cerrahi girişim uygulanmasına ve enfeksiyon gelişimine neden olan en önemli tıbbi hatanın, cerrahi girişim alanında yabancı cisim unutulması olduğu belirlenmiştir (137).

2.6. Tıbbi Hataların Önlenmesi

Tıbbi hatalarda önleyici yaklaşım; gelecekte ortaya çıkma ve hastaya zarar verme potansiyeli olan durumların meydana gelmesini ve kötü sonuçlarla karşılaşılmasını engelleyecek tedbirlerin alınmasıdır. Önleyici yaklaşımın, hata kaynaklarına ilişkin süreçlere odaklanan bir özelliği vardır. Daha önce karşılaşılan, zarar ve hata ile sonuçlanan olaylara ait bilgilerden ve yüksek riskli faaliyetlerden yola çıkılarak, gereken önlemlerin alınmasına olanak tanır. Hataların önlenmesinde; kuruluşta yapılan iç denetimlerde performansı düşük olan süreçlerin belirlenmesi, risk yönetimi verileri ve diğer sağlık kuruluşlarının karşılaştığı durumlardan da yararlanılması önemlidir (138). Tıbbi hataların önlenmesinde; kuruluşlarda hasta güvenliği kültürünün (HGK) geliştirilmesi ve bu kültürün en temel bileşeni olan etkili bir hata bildirim ve raporlama sistemi kurulması yapılacak en temel faaliyetlerdir (79).

2.6.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi

Hipokrat'tan bu yana temel amacı sağlığı geliştirmek ve zarar vermemek olan sağlık hizmetlerinde, tıbbi hatalara karşı hastaların korunması ile ilgili hasta güvenliği kavramı son yıllarda çok tartışılan bir konu haline gelmiştir. Güvenlik, temel insan gereksinimlerinin en önemlilerinden biridir ve sağlık kuruluşlarından hizmet alan tüm hizmet alıcılar, kuruluştan tıbbi açıdan güvenlik talebinde bulunurlar. Bu nedenle hasta güvenliği, üzerinde yoğun çalışılan önemli bir konudur (139).

Tıp Enstitüsü (IOM) hasta güvenliğini; hastalara olan zararın önlenmesi olarak ifade ederken, Ülkemiz Sağlık Bakanlığı hasta güvenliğini; hizmet alan herkesin zarar görmesine neden olabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir risk düzeyi seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleri olarak tanımlamaktadır (14,140).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN: International Council of Nurses) (141) kaliteli sağlık ve hemşirelik bakımı için, tıbbi hatalara karşı hasta güvenliğinin esas olduğunu belirtmekte ve hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik; profesyonel sağlık bakım elemanının istihdam edilmesi, eğitimi, meslekte yer edinmesi, performanslarının daha iyi olması, enfeksiyonlarla mücadele, ilaçların güvenli uygulaması, tıbbi cihazların güvenliği, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, sağlıklı klinik uygulamalar, hasta güvenliği alanında bilimsel bilgi birikimini ve liderlik gelişimini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bütünleştirilmesini önermektedir.

Sağlık Hizmeti Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu, IOM'un yayımladığı raporlardan yola çıkarak; 1999 yılından itibaren JCI aracılığıyla belirlemiş olduğu hasta güvenliği hedeflerini Amerika Birleşik Devletleri dışında tüm dünyada uygulamaya koymuştur. JCI tarafından her yıl yayımlanan ve yeniden düzenlenen hasta güvenliği hedefleri ülkeler tarafından değerlendirilmekte ve ülkelerin sağlık politikaları kapsamında uygulamaya konulmaktadır (142).

Uluslararası Ortak Komisyon (143) tarafından en son 2017 yılında yenilenen ve tüm dünya ülkeleri tarafından kabul gören hasta güvenliği hedefleri arasında; hastaların doğru kimliklendirilmesi, etkili iletişimin geliştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, güvenli cerrahinin sağlanması, sağlık bakım ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması ve düşmelere bağlı hastaların zarar görme riskinin azaltılması yer almaktadır.

Sağlık kuruluşlarında tıbbi hataların önlenmesinde, kuruluş bünyesinde HGK geliştirilmesi önemlidir. HGK, güvenilir ve kaliteli bir sağlık hizmetinin gerekliliklerini karşılayacak asgari seviyede çalışma ve hizmet sunumu ortamında; hizmetin yeterli bilişsel, duyuşsal ve psikomotor seviyede donanıma sahip olan sağlık profesyonelleri tarafından sunulmasını, bu doğrultuda sağlık hizmetleri bileşenlerinin etkili ve amaca uygun şekillerde yönetilmesi için gerekli olan örgütsel kültür seviyesini, üst yönetimin hatalara karşı suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan tutumunu

sonuç olarak da sağlık çalışanlarının kendi sunmuş oldukları hizmetlere güvenebilmelerini ifade etmektedir (144).

Akalin (145)'a göre sağlık kuruluşlarında HGK'nin geliştirilebilmesi için; herkesin sahiplenmesi gereken bir konunun hasta güvenliği olduğunun ilan edilmesi, hasta güvenliği konusunda hastalar, çalışanlar ve liderler arasında açık iletişimin teşvik edilmesi, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden girişimleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk verilmesi, hasta güvenliği için kaynak ayrılması ve tüm çalışanlara hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması en önemli faaliyetler olarak belirtilmektedir.

Etkili ve olumlu bir HGK geliştirilmesinde, HGK boyutlarının anlaşılması önem taşımaktadır. Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ)'na göre HGK boyutları; hastane birimleri içi ve birimler arası ekip çalışması ve yönetim desteği, hasta güvenliği ile ilgili denetçi/yönetici beklentileri ve eylemleri, örgütsel öğrenme, genel güvenlik algısı, hatalar hakkında geribildirim ve açık iletişim, bildiri yapılan olayların sıklığı, personel temini, hasta teslimleri ve hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşımdır (127).

2.6.2. Hata Bildirimi ve Raporlama Sistemi Geliştirilmesi

Hata bildirimlerinin temel amacı; yaşanan olaylardan öğrenme yoluyla hataların tekrarlanmasını veya benzerlerinin yaşanmasını önlemektir. Sağlık kuruluşunda yaşanan ve hasta güvenliğini tehdit eden hataların bildirimini sağlanması kuşkusuz çalışanlar açısından güvenli bir bildirim sistemi kültürü ile mümkündür (36,94). Bu kültürün oluşturulmasında, hatalar hakkında geribildirim ve açık iletişimin sağlanması önem taşımaktadır. Tıbbi hatalarda açık iletişim; "sağlık personelinin hastayı ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilecek bir durum fark ettiğinde duruma ilişkin çekinmeden konuşabilmesini, geri bildirim ise; meydana gelen hatalar ve bunlarla ilgili uygulanan değişiklikler hakkında personele bilgi verilmesini ve hataları önleme yollarının çalışanlarla tartışılmasını" ifade etmektedir (127).

Cezalandırılma ve işini kaybetme gibi korkular sağlık profesyonellerinin tıbbi hataları bildirmekten kaçınmasına neden olmakta, hatalara yönelik etkin önleme

girişimlerinin planlanmasını engellemektedir (146,147). Hemşireler; azar işitme, diğer sağlık çalışanlarının olayı nasıl değerlendireceğini bilememe, hakkında olumsuz konuşulma, güvenilmeme ve disiplin cezası alma gibi korkular nedeniyle hastaya zarar veren bir olayla karşılaşma durumunda olayı gizleme eğilimindedirler (148).

İncesu ve Orhan (149) tarafından yürütülen kesitsel retrospektif çalışmada; sağlık profesyonellerinin Güvenlik Raporlama Sistemine bildirim yapmalarını engelleyen korkuların; kimliğinin gizli tutulmaması, çalıştığı birimin belli olması, bildirim yaptığı bilgisayarın İnternet Protokol numarasının belirlenmesi, mahkemeye verilme, güven duyulmayan bir çalışan olarak damgalanma ve bildirim yaptığı için mobbing yaşama olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle hata bildirimlerinde açık iletişim ve geri bildirim temel amacının; kişiyi sorgulamaktan ziyade, sistemi sorgulamak olduğu unutulmamalıdır (45).

Tıbbi hatalar konusunda değişimi sağlamak için; hata bildirimleri yapılması yönünde çalışanlar teşvik edilmeli, bildirilen hatalar doğru bir şekilde ve altta yatan asıl nedenleri ile birlikte analiz edilmeli, gereken iyileştirme çalışmaları yürütülmeli ve sonrasında elde edilen tüm veriler çalışanlarla paylaşılmalıdır. Aksi takdirde hiçbir şeyin değişmeyeceği düşüncesiyle duyarsızlaşmaya neden olabilir (42,45,140).

Tıbbi hataların tanımlanması, hatalara bağlı hastaların göreceği zararın engellenmesi ve azaltılması (45), hataların tekrar etmesinin veya benzerlerinin yaşanmasının önlenmesi (140) açısından hataların raporlanması ve analizi de önem taşımaktadır. Bu nedenle kurum içinde tüm çalışanların bildirimde bulunabileceği (45); hasta güvenliğini tehdit eden yaşanmış, yaşanması muhtemel ve ramak kala bütün olayları kapsayacak (140) ve bildirim yapanın gizliliğini sağlayacak bir raporlama sistemi kurgulanmalıdır (79).

Hasta güvenliği raporlama sisteminin kurgulanmasında; bildirim kapsamına giren olaylar, raporlamada uyulacak kurallar (30), analiz süreçleri ve sorumluları (45), analiz sonuçlarının çalışanlarla paylaşımı ve takibi (42) net bir şekilde tanımlanmalıdır. Sistemin işleyişi ile ilgili olarak, çalışanların görüş ve önerilerinin alınması da ayrıca önem taşımaktadır (30).

Mitchell ve ark. (150) istenmeyen olay raporlamalarının istedik düzeyde olmamasının nedenlerini; raporlanan vakaların kötü değerlendirilmesi (analiz ve öneriler), hekimlerin yetersiz katılımı, eylemlerin yetersiz kalması, iyileştirmelere

yeterli kaynak aktarılmaması, sistemin kurumsal yetersiz kullanımı ve yönetim desteğinin yetersiz olması olarak ifade etmişlerdir.

Bildirim yapılan hatalara yönelik cezalandırıcı olmayan yaklaşım hatalardan öğrenmede anahtar rol oynamaktadır. AHRQ (127) hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşımı, “personel tarafından bildirilen hata ve olay raporlarının kendilerine karşı yapılmadığını ve hataların personel dosyasında tutulmadığını düşünmeleri” olarak tanımlamaktadır.

Hatalara karşı cezalandırıcı bir yaklaşım; personelin hataları bildirirken hataları gizlemesine, değiştirmesine veya hataları yanlış bir şekilde belirtmesine yol açabilir (45). Hata bildirimlerinde; adil olmak, suçlama kültürünü ortadan kaldırmak, çalışanların kişisel bilgilerini gizli tutmak ve bu konuda çalışanlara teminat vermek ve yönetimin desteği çok önemlidir (151).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin bilgilerini, eğilimlerini ve tutumlarını tespit etmek ve tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla nitel ve nicel yöntemleri içeren karma yöntem araştırması olarak yürütülmüştür. Karma yöntem yaklaşımı; araştırma sorusu veya problemine ilişkin tek bir veri toplama yönteminin yetersiz olduğu, sonuçların yorumlanması gerektiği, birinci yöntemi geliştirmek için ikinci bir yönteme ihtiyaç duyulduğu ve araştırma amacının en iyi şekilde birden fazla aşama ile ele alınması planlanan durumlarda; iki araştırma verilerinin birleştirildiği, birbirleriyle ilişkilendirildiği ve yorumlandığı durumlarda kullanılmaktadır (152,153).

Araştırmada kısmen karma eş zamanlı eşit statülü tasarım benimsenmiştir. Bu tasarımda, iki aşamadan oluşan nitel ve nicel bileşenlerin eşit ağırlığa sahip olduğu eş zamanlı uygulanan bir çalışma yürütülmektedir (152,154). Kısmen karma eş zamanlı eşit statülü tasarım için karma yöntem desenlerinden biri olan yakınsayan paralel desen kullanılmıştır. Bu desende, araştırmada eşit öneme sahip nicel ve nitel veriler eş zamanlı ve birbirinden bağımsız olarak toplanır, ayrı ayrı analiz edilir, elde edilen nitel ve nicel sonuçlar yorum aşamasında bir araya getirilir (152,153). Bu yöntemde amaç; aynı konu üzerinde farklı, fakat birbirini tamamlayan verilerin toplanıp analiz edilmesi yoluyla, araştırma problemine ilişkin daha kesin ve eksiksiz bilgilerin ortaya konmasıdır (153).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, tüm cerrahi branşlarda üçüncü basamak sağlık hizmeti veren Ankara ili sınırları içinde bulunan Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi cerrahi klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Gazi Hastanesinde; Beyin ve Sinir Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göz, Jinekoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz, Ortopedi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Transplantasyon ve Üroloji olmak üzere 13 cerrahi klinik, Genel Cerrahi YB, Beyin ve Sinir Cerrahisi YB, Kalp ve Damar Cerrahisi YB olmak

üzere 3 cerrahi yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Hastanede 327 adet cerrahi klinik yatağı ve 27 adet cerrahi yoğun bakım yatağı bulunmakta olup; cerrahi klinik ve yoğun bakım ünitelerinde 193 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler; 08.00-16.00, 16.00-24.00, 16.00-08.00, 08.00-24.00, 08.00-20.00 ve 24.00-08.00 saatleri arasında, farklı vardiyalarda çalışmaktadır.

Araştırmanın yürütüldüğü Gazi Hastanesinde Kalite Yönetim Sistemi ve Hasta Güvenliği uygulamaları kapsamında, istenmeyen olayların bildirimini yapılabileceği “Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)” bulunmaktadır. Çalışanlar tarafından Hasta ve Çalışan Güvenliği ile ilgili yaşanan istenmeyen ve ramak kala olaylar basılı formlar aracılığıyla sisteme bildirilebilmektedir. Aktif olarak 2015 yılında kullanılmaya başlanan GRS’ye; Temmuz 2019’a kadar hasta düşmeleri, basınç yaralanmaları ve ilaç hataları ile ilgili bildirimler yapılmıştır. İlaç hataları kapsamında en fazla bildirim yapılan olay Eczaneden fazla doz ilaç istemi olmuştur. Bildirimi yapılan hasta düşmelerinde hata kaynağı çoğunlukla hasta olarak bildirilmiştir. Bildirimler anonim gerçekleştirildiği için, bildirilen olayların ne kadarının cerrahi birimlerde gerçekleştiği bilinmemektedir. GRS’ye hastane enfeksiyonları ile ilgili olarak bildirim yapılmamakta, veriler Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından toplanmakta ve izlenmektedir. Ayrıca GRS’ye cerrahi hatalara ilişkin herhangi bir bildirim yapılmamıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi cerrahi klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan 193 hemşire oluşturmuştur. Ameliyathanelerde ve acil servislerde karmaşık çalışma ortamı, aynı anda çok sayıda hızlı hasta akışı ve kontrol edilemeyen iş yükü nedeniyle cerrahi klinik ve yoğun bakımlara göre farklı tıbbi hatalar görülmekte ve bu tıbbi hataların nedenleri farklılık göstermektedir (51,155,156). Bu nedenle cerrahi alanlar olarak kabul edilen ameliyathane ve acil servis araştırmanın evrenine dahil edilmemiştir.

Araştırmanın nicel bölümünün evren (N=193) üzerinde tamamlanması planlanmış, bu nedenle örneklem hesaplaması yapılmamıştır. Çalışma kapsamına;

- Cerrahi klinik ve yoğun bakım ünitelerinde en az bir ay süreyle çalışmış olan hemşireler dahil edilmiştir.

Ancak araştırmanın yapıldığı dönemde; doğum izni, rapor ve ücretsiz izin nedeniyle kurumda bulunmayan, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve ilgili cerrahi birimde 1 aydan daha kısa süredir çalışan hemşireler araştırma kapsamı dışında bırakılmış ve araştırma evreninin %83,4'ünü temsil eden 161 hemşire örneklemini oluşturmuştur.

Nitel araştırmalarda önemli olan, örneklemin niceliğinden ziyade niteliğidir. Nitel araştırmaların geçerlik ve güvenilirliğinin artırılmasında, evrenin detaylarını belirginleştirebilecek öge sayısı olarak ifade edilen örneklem boyutunun dengeli bir şekilde ayarlanması önem arz etmektedir. Bu nedenle nitel araştırmalarda, araştırmanın amaçlarını karşılayan, detaylı veri sağlayacak örneklem belirlenmelidir (157,158).

Araştırmanın niteliksel verilerinin toplandığı odak grup görüşmesinin örneklemini, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yoluyla elde edilmiştir. Amaçlı örnekleme, zengin bilgiye sahip durumların çalışılmasına yardımcı olmaktadır. Ölçüt örneklemede ise araştırmanın amacına uygun, araştırmacı tarafından önceden saptanmış bir dizi ölçütü içeren durumlar araştırılır (157). Bu çalışmada ölçütler;

- Tıbbi hata gerçekleştirme ya da tıbbi hatayı gözlemleme,
- Araştırma kapsamına alınan cerrahi klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışma,
- İlgili cerrahi birimde en az bir ay süreyle çalışmış olma,
- Mesleki deneyim sürelerinin farklılık göstermesi olarak belirlenmiştir.

Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü, örnekten elde edilecek zengin bilgi miktarına göre belirlenmelidir. İdeal örneklem büyüklüğü, verilerin doygunluğa ulaştığı ve tekrarlamaya başladığı noktadır (157,158). Nitel araştırmalarda, elde edilen sonuçların tüm evrene genellenememesi ve kişisel ifadeleri tanımlayan ölçek ve testlerin kullanılamaması nedeniyle örneklem büyüklüğünün belirlenmesine yönelik istatistiksel güç analizleri yapılamamaktadır (159,160).

Araştırmada örneklem büyüklüğü, veri doygunluğu ve döngüsel veri tekrarı esas alınarak belirlenmiş ve nitel bölüm 29 hemşire ile tamamlanmıştır. Dört grup altı

ve bir grup beş kişiden (bir hemşirenin katılamayacağını bildirmesi üzerine) oluşmak üzere toplam 5 odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Beşinci gruptan itibaren araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramlar tekrar etmeye başladığı için bu grup tamamlandıktan sonra araştırma sonlandırılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama amacıyla; Sosyodemografik Veri Toplama Formu (EK-1), Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu (EK-2), Görüşme Soruları ve Kayıt Çizelgesi (EK-3), Ses Kayıt Cihazı, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) (EK-4) ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ) (EK-5) kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Form araştırmaya katılan hemşirelerin; sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum) ve mesleki özelliklerine (meslekte toplam çalışma süresi, çalıştığı cerrahi klinik, bulunduğu cerrahi klinikte çalışma süresi, klinikteki hemşire sayısı, haftalık çalışma saati, çalışma şekli, aylık nöbet sayısı, kadro durumu, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı), meslekten memnuniyet durumlarına ilişkin 14 soru içermektedir (Bkz. EK-1).

3.4.2. Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu

Bu form çalışmaya katılan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin bilgilerinin doğruluğunu değerlendirmeye yönelik; tıbbi hata tanımı, nedenleri, tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliği stratejileri konularında literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (9,10,12,26,31,38).

Tıbbi hata tanımı, nedenleri, hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hatalar, tıbbi hataların önlenmesi ve hata bildirimleri ile ilgili hazırlanan 20 sorudan oluşan “Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu” taslağı için, hasta güvenliği alanında çalışan beş farklı uzmandan görüş alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenen “Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu” araştırmanın yapıldığı Gazi Üniversitesi Hastanesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi cerrahi klinikleri dışındaki klinik ve yoğun bakımlarda, çalışmaya katılmayı kabul eden 50 hemşireye uygulanmıştır. Toplamda 20 soruluk bir soru seti üzerinden, 50 kişilik örneklem

grubunda yapılan çalışma sonucu elde edilen veriler; Test Analiz Programı ile test edilmiş ve madde analizleri gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen madde ayırt ediciliği ve madde güçlüğü değerlerine göre soruların nihai uygulamaya alınmasına karar verilmiştir. Öncelikle madde ayırt edicilikleri 0.25 ve üzerinde olan sorular belirlenmiştir. Madde ayırt edicilik değeri benzer olan sorularda, ikinci aşama olarak madde güçlüğü'nün yaklaşık 0.50 civarında olması ölçütü göz önünde bulundurulmuş ve aynı bilgiyi ölçmeye yönelik hazırlanan sorulardan madde güçlüğü uygun olanlar seçilmiştir. Analiz sonucunda; madde ayırt edicilik indeksleri 0.25-.075 ve madde güçlük indeksleri 0.40-0.90 değerleri arasında olan 9 sorunun kullanılmasına karar verilmiştir.

Analizin ikinci aşamasında iç tutarlılık için testin KR-20 güvenirlik kat sayısı hesaplanmış ve 0.70 değeri elde edilmiştir. Kehoe (161)'ye göre, 10-15 maddeden oluşan kısa testlerde KR-20 güvenirlik katsayısının 0.50 ve üzerinde değer alması testin yeterli olduğunu göstermektedir. Bu sonuç doğrultusunda araştırma kapsamında oluşturulan "Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu" nun güvenilir olduğuna karar verilmiştir (Bkz. EK-2).

3.4.3. Görüşme Soruları ve Kayıt Çizelgesi

Araştırmanın nitel verilerinin toplanmasına yönelik, odak grup görüşmesinde kullanılmak üzere, araştırmacılar tarafından oluşturulan çizelge; hemşirelerin tıbbi hatayı nasıl tanımladıkları, tıbbi hata nedenleri ve tıbbi hataların yönetimi ile ilgili düşüncelerinin belirlenmesini sağlamak amacı ile literatür taraması (9,10,12,26,31,38) sonucu belirlenen açık uçlu, temel 4 soru ve 4. soruyu detaylandırmak için eklenen 1 soruyu içermektedir (Bkz. EK-3).

Ayrıca çizelgede; görüşmeyi yapan kişi, görüşme yeri, saati, süresi ve şekli ile ilgili bilgiler yanında görüşme esnasında gözlem notlarını kayıt etmeye yönelik bölüm yer almaktadır (Bkz. EK-3).

3.4.4. Ses Kayıt Cihazı

Odak grup görüşmesinde, verileri kayıt altına almak amacıyla Olympus VN-541PC dijital ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Cihaz 4 GB dahili belleğe ve 1570 saate

kadar kayıt yapabilme özelliğine sahiptir. Cihaza kaydedilen sesler mikro USB kablosu ile bilgisayara aktarılabilmektedir.

3.4.5. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini belirlemek amacıyla 2010 yılında Özata ve Altuncan tarafından geliştirilmiştir (Bkz. EK-4). HTHEÖ, 5 boyutlu, 49 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte yer alan; ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu 18, hastane enfeksiyonları alt boyutu 12, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu 9, düşme alt boyutu 5 ve iletişim alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki puanlama 5'li likert şeklindedir ((1) Hiç, (2) Çok nadir, (3) Zaman zaman, (4) Genellikle ve (5) Her zaman). Her bir alt boyut ve toplam tıbbi hataya eğilim puanları maddelere verilen cevapların madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Ölçekten alınabilen minimum puan 1, maksimum puan 5'tir. Ölçeğin bir kesme noktasının bulunmamasıyla birlikte, ölçek puan ortalamasının artması hemşirenin tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğunu, puan ortalamasındaki düşme ise hata yapma eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. HTHEÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.95'dir (162). Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur.

3.4.6. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği, hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek amacıyla 2012 yılında Güleç ve İntepeler tarafından geliştirilmiştir (Bkz. EK-5). THTÖ, 16 maddeden oluşan bir ölçektir. THTÖ'nde, tıbbi hata algısı (1. ve 2. maddeler), tıbbi hata yaklaşımı (3. 8. 10. 11. 12. 13. ve 14.maddeler) ve tıbbi hata nedenleri (4. 5. 6. 7. 9. 15. ve 16. maddeler) alt boyutları bulunmaktadır. Beşli likert tipi bir ölçek olup, 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. Ölçek toplam puanı ölçek madde sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Alt boyut puan hesaplamasında ise alt boyut puanı toplanarak alt boyut madde sayısına bölünmektedir. Elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiş olup, ölçekten

ortalama 3'ün altında puan alan sağlık personelinin tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan sağlık personelinin ise tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum; sağlık bakım profesyonellerinin, tıbbi hata ve hata bildiriminin önemi ile ilgili farkındalıklarının düşük olduğunu göstermektedir. Olumlu tutum ise; sağlık bakım profesyonellerinin, tıbbi hata ve hata bildiriminin önemi ile ilgili farkındalıklarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin tamamı için belirtilen puanlama ve değerlendirme, ölçeğin tüm alt boyutları için de geçerlidir. THTÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.75'dir (33). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.56 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın nicel verilerini toplamak amacıyla kullanılacak olan Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu geliştirilmesinde 50 hemşire ile ön uygulama yapıldığı, HTHEÖ ve THTÖ'nün geçerlik-güvenirlik çalışmaları yapılmış ölçekler olması gerekçeleriyle nicel bölüm için ayrıca ön uygulama yapılmamıştır.

Araştırmanın nitel bölümünde kullanılmak üzere hazırlanan görüşme sorularının işlerliğine ve anlaşılabilirliğine yönelik; 6 Haziran 2018 tarihinde farklı cerrahi birimde çalışan 2 hemşire ile odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşme öncesi katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Görüşmede; tıbbi hatalarla ilgili olarak hazırlanmış sorular katılımcılara sorulmuş ve verdikleri cevaplar ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Görüşme süresince soruların anlaşılabilirliği ile ilgili olarak sorun yaşanmamıştır. Görüşme sorularıyla ilgili; hemşirelerin tıbbi hatalarda uygulanan cezai yaptırımlara ilişkin düşüncelerini de almak amacıyla tıbbi hata yaşanması durumunda yapılması gerekenlerle ilgili soruyu detaylandırmaya yönelik "Tıbbi hatalarda uygulanan cezai yaptırımlar ile ilgili ne düşünüyorsunuz? (Sizce hangi kanunlara göre, ne tür cezalar veriliyor?)" sorusunun eklenmesine karar verilmiştir.

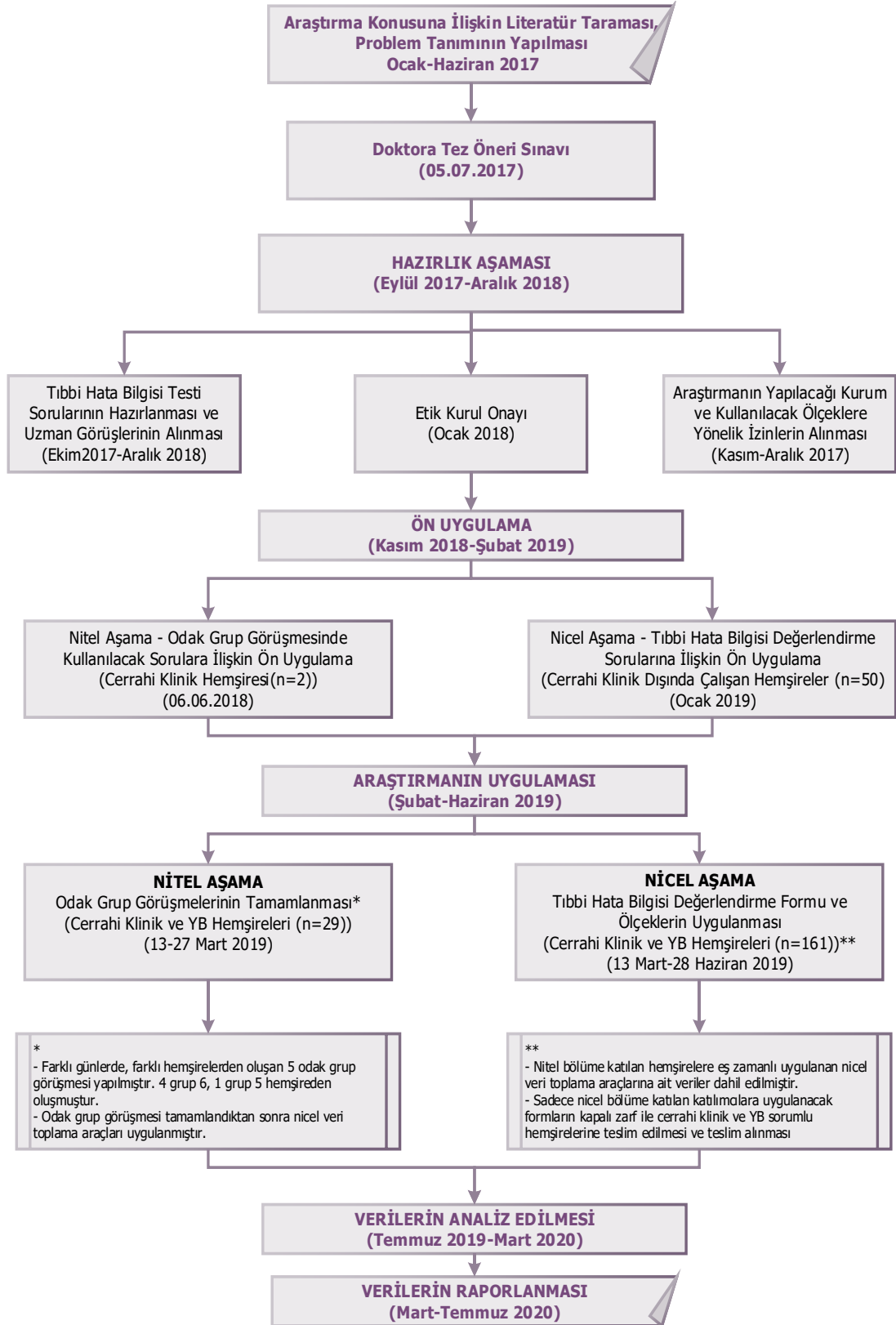
3.6. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma 13 Mart - 28 Haziran 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın nitel bölümü 13 - 27 Mart 2019 tarihlerinde yürütülmüştür. Araştırmanın nitel bölümüne katılan katılımcılara (n=29) aynı zamanda nicel veri toplama araçları

da uygulanmıştır. Araştırmada kısmen karma eş zamanlı eşit statülü tasarım için karma yöntem desenlerinden yakınsayan paralel desen kullanılması nedeniyle, nicel verilerin toplanmasında kullanılan ölçek ifadelerinden katılımcıların etkilenmesini önlemek amacıyla katılımcılarla öncelikle odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiş, her bir odak grup görüşmesi ardından katılımcılara Sosyodemografik Veri Toplama Formu (EK-1), Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu (EK-2), HTHEÖ (EK-4) ve THTÖ (EK-5) uygulanmıştır.

Odak grup görüşmesine başlamadan önce gönüllü katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam (EK-11) alınmıştır. Araştırmanın nitel boyutu için odak grup görüşmeleri araştırmacı (GK) tarafından farklı günlerde 5 grupta 29 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Dört grupta altı ve bir grupta beş hemşire yer almıştır. Her bir katılımcı ile bir kez odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşmeler hemşirelerin mesai saatleri içinde en uygun olduğu 12.30-13.30 saatleri arasında, Kalite Koordinatörlüğü ofisinde, çalışma masası etrafında ve birim çalışanlarının ortamda bulunmadıkları süre zarfında gerçekleştirilmiştir. Görüşmenin bölünmemesi için, görüşme esnasında birimin kapısı kapatılmış ve kapıya uyarı yazısı asılmıştır. Görüşmenin gerçekleştirileceği saat aralığının yemek saati olması nedeniyle katılımcılara ikramda bulunulmuştur. Görüşmeyi araştırmacı tek başına yürütmüştür. Katılımcıların gizliliğinin sağlanmasına yönelik; görüşmeye katılan katılımcılara sayısal kod verilmiştir. Yarı yapılandırılmış 5 adet açık uçlu soru aracılığıyla (EK-3) yürütülen görüşme esnasında, sorular sırasıyla ve tek tek sorulmuş ve katılımcıların sorulara verdiği yanıtlar ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmış ve göze çarpan tepkiler not düşülmüştür. Görüşmeler ortalama 42 dakika (min. 30 dakika, maks. 53 dakika) sürmüştür.

Araştırmanın nicel bölümüne 132 katılımcı daha dahil olarak 01 Nisan - 28 Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Katılımcılara; Sosyodemografik Veri Toplama Formu (EK-1), Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu (EK-2), HTHEÖ (EK-4) ve THTÖ (EK-5) birim sorumluları vasıtasıyla dağıtılmış ve geri toplanmıştır. Katılımcılar arası etkileşimi önlemek açısından ilgili formlar kapalı zarf içinde cerrahi klinik ve yoğun bakım sorumlu hemşirelerine bırakılmış ve ara ziyaretler ile tamamlanan formlar yine kapalı zarf içinde cerrahi klinik ve yoğun bakım sorumlu hemşiresinden teslim alınmıştır (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Uygulama akış şeması.

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

3.7.1. Nitel Verilerin Analizi

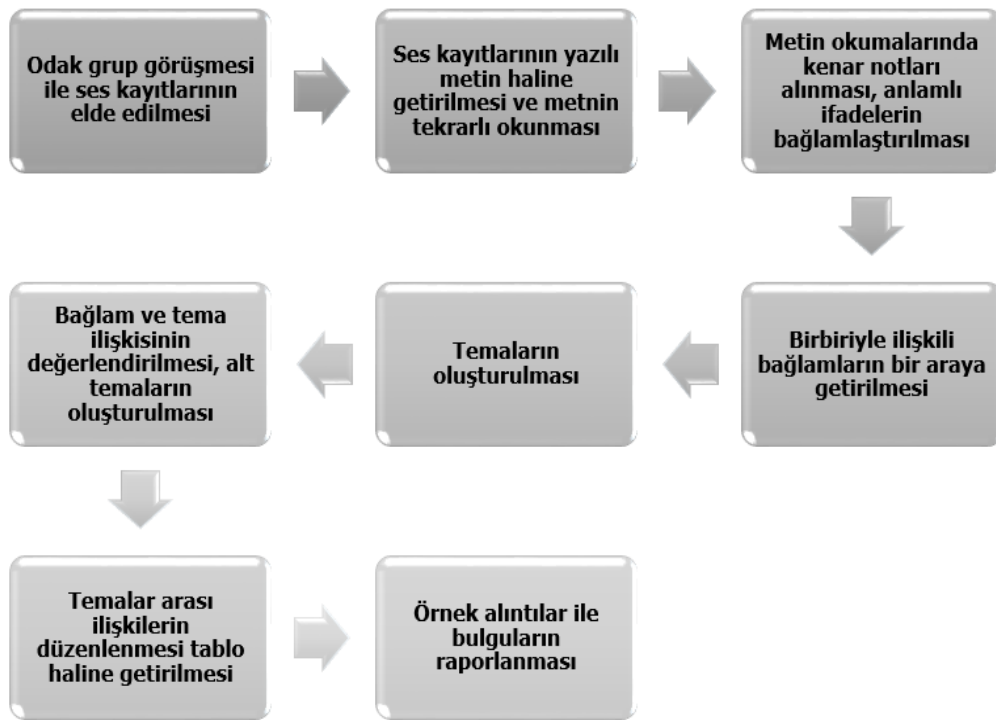
Nitel verilerin analizinde Yıldırım ve Şimşek'in Strauss ve Corbin'den aktardığı içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizinde temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. Bu amaçla toplanan verilerin önce kavramsallaştırılması daha sonra da ortaya çıkan kavramlara göre mantıklı bir biçimde düzenlenmesi ve buna göre veriyi açıklayan temaların saptanması gerekmektedir. İçerik analizinde yapılan işlem, birbirine benzer verileri belirli kavram ve tema çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları anlaşılabilir bir şekilde düzenleyerek yorumlamaktır (157).

Guba ve Lincoln (163), nitel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirlik yerine inandırıcılık kullanıldığını bildirmiştir. İnandırıcılık için kullanılan kriterler; inanılabilirlik, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik ve aktarılabilirliktir. İnandırıcılık; katılımcılar ile etkileşim halinde olarak ve çalışmanın yapıldığı ortamda bulunularak sağlanır. Bu süreçte araştırmacı; veri toplama, analiz ve yorumlama süreçlerinde tutarlı olmalı ve süreci eleştirel gözle sorgulamalıdır. Güvenilebilirlik, iki ya da daha fazla veri toplama aracı ile toplanan verilerin sonuçlarının karşılaştırılması ile sağlanır ve bu durum yöntem üçgenleme olarak adlandırılmaktadır. Onaylanabilirlik; görüşmelerin ses kayıt cihazına alınması veya alan notları şeklinde tutulması, metne dönüştürme sürecinde elde edilen verilerin eksiksiz, olduğu gibi yazılması, elde edilen verilerin; bağlam, tema ve alt tema şekline getirilmesi, araştırmanın gereç ve yönteminin açıklanması ile sağlanmaktadır. Aktarılabilirlik; uygunluk olarak da tanımlanmakla birlikte, örneklem seçimi ve katılımcı özelliklerinin belirlenmesi yoluyla sağlanmaktadır (163).

Araştırmacı (GK) tarafından, yarı yapılandırılmış sorular aracılığıyla gerçekleştirilen odak grup görüşmelerinden elde edilen ve ses kayıt cihazına kaydedilen veriler, eksiksiz ve olduğu gibi Microsoft Office Word 2010 kelime işlemci yazılımı kullanılarak bilgisayar ortamında yazılı hale getirilmiş ve 59 sayfalık ham veri elde edilmiştir. Hata oluşumunun önlenmesine yönelik, yazılı hale getirilen veriler ikinci kez dinleme yoluyla tekrar gözden geçirilmiştir.

Nitel veri analizleri araştırmacılar (araştırmacı ve danışman) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yazılı hale getirilen görüşme metinleri araştırmacılar tarafından farklı zamanlarda tekrarlı okunmuş ve kodlamalar yapılmıştır. Oluşturulan kodlar bağlam, tema ve alt temalar altında toplanmıştır. Sonrasında ortak tartışma ve fikir alışverişi ile transkriptlerin çözümlemeleri ve analizleri yapılmış, araştırılan probleme yönelik 290 kod, 4 bağlam, 11 tema ve 29 alt tema oluşturulmuştur.

Katılımcıların gizliliğinin sağlanmasına yönelik; görüşmeye katılan katılımcılara 1'den 29'a kadar sayısal kod verilmiş, 1. katılımcı K1, 29. katılımcı K29 olarak tanımlanmıştır.



şekil 3.2. Nitel veri analizi akış şeması.

3.7.2. Nicel Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen nicel veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken sayısal veriler için merkezi eğilim ölçüleri (ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler, çeyrekler arası genişlik), kategorik veriler için frekans dağılımları (sayı, yüzde) kullanılmıştır. Ölçek puanlarının normal

dağılıma uygunluğu Q-Q Plot çizimi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uygunluk, normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile de kontrol edilmiştir. 50 kişiden fazla olan gruplar Kolmogorov-Smirnov, 50 kişiden az olan gruplar Shapiro-Wilk Normallik Testi ile değerlendirilmiştir.

Normal dağılım varsayımının sağlanması durumunda niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasında farklılık olup olmadığı bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla gruplarda farklılık olup olmadığı ise Tek Yönlü Varyans Analizi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım varsayımının sağlanmaması durumunda ise iki grup karşılaştırılması için Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılması için Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Farklılık olan sonuçlarda farklılığı belirleyebilmek için ise çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Sürekli verilerde ilişkinin incelenmesi için Spearman korelasyon analizi; kategorik verilerde ilişkinin incelenmesi için Ki Kare analizi yapılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçeklerin güvenilir olması gerekmektedir. Bu bağlamda ölçeklere ve alt boyutlara ilişkin güvenilirlikler Cronbach Alpha ile incelenmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2 Ocak 2018 tarih, 2018/01 nolu toplantısında değerlendirilmiş; GO 17/945-12 karar numarası ile etik açıdan uygun bulunmuştur (Bkz. EK-6). Araştırmanın uygulanabilmesi için, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden 01.11.2017 tarih ve E.42142 sayılı resmi yazı ile izin alınmıştır (Bkz. EK-7). Araştırmada kullanılan “HTHEÖ” ve “THTÖ”nün kullanımına ilişkin ilgili kişilerden e-posta yoluyla izin alınmıştır (Bkz. EK-8, Bkz. EK-9). Araştırmaya katılan tüm katılımcılardan sözlü ve yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır (Bkz. EK-11). Görüşmelerden elde edilen ses kayıtları ve ses kayıtlarının metin haline dönüştürülmüş yazılı hali araştırmacı tarafından 5 yıl süreyle kilit altında saklanacak olup, 5 yılın sonunda imha edilecektir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın nitel bölümü için odak grup görüşmesine katılan hemşirelere ait nicel verilerin toplanma sürecinde, grup görüşmelerine katılan hemşirelerin grup üyelerinden edindikleri bilgiler nedeniyle nicel verilerin etkilenmiş olabileceği durumu, nicel veri toplama araçlarından THTÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının bu araştırma için zayıf bulunmuş olması araştırmanın sınırlılıkları olarak ifade edilebilir.

4. BULGULAR

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin bilgilerini, eğilimlerini ve tutumlarını tespit etmek ve tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerini belirlemek ve amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen veriler üç bölümde sunulmuştur.

4.1. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata bilgilerine, eğilimlerine ve tutumlarına ilişkin bulgular

4.3. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerine yönelik bağlam, tema ve alt temalar

4.1. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=161)

Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	n	%
Cinsiyet		
Kadın	143	88,8
Erkek	18	11,2
Yaş ($\bar{x}\pm SS$: 31,49 \pm 6,91 / Min.-Maks.: 22,00-56,00)		
22-29	71	44,1
30-39	68	42,2
40 ve üzeri	22	13,7
Kadro Durumu		
Kadrolu	94	58,4
Sözleşmeli	67	41,6
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi ve Ön Lisans	9	5,6
Lisans	144	89,4
Lisans Üstü	8	5,0
Meslekte Toplam Çalışma Süresi ($\bar{x}\pm SS$: 106,72 \pm 91,38 ay / Min.-Maks.: 1,00-366,00 ay)		
1 yıldan az	31	19,3
1-5 yıl	28	17,4
6-10 yıl	45	28,0
11 yıl ve üzeri	57	35,4
Çalışılan Cerrahi Birim		
Cerrahi Yoğun Bakım	39	24,2
Cerrahi Klinik	122	75,8
Bulunduğu Birimde Çalışma Süresi ($\bar{x}\pm SS$: 60,89 \pm 72,52 ay / Min.-Maks.: 1,00-318,00 ay)		
1 yıldan az	57	35,4
1-5 yıl	47	29,2
6-10 yıl	31	19,3
11 yıl ve üzeri	26	16,1
Çalışma Şekli*		
Gündüz	34	21,1
Nöbet	4	2,5
Gündüz/Nöbet	123	76,4
Haftalık Çalışma Saati		
< 40 saat**	4	2,5
40 saat	133	82,6
> 40 saat	24	14,9
Günlük Bakım Verilen Ortalama Hasta Sayısı ($\bar{x}\pm SS$: 3,31 \pm 1,57 / Min.-Maks.: 1,00-9,00)		
1-9	43	26,7
10-19	61	37,9
20-29	50	31,1
30 ve üzeri	7	4,3
Meslekten Memnuniyet Durumu		
Hiç Memnun Değilim / Memnun Değilim	19	11,8
Kararsızım	43	26,7
Memnunum / Çok Memnunum	99	61,5

* Gündüz: 08.00-16.00 saatleri arası, Nöbet: 16.00-24.00, 16.00-08.00 ve 24.00-08.00 saatleri arası.

** Doğum sonrası süt izni kullanımı nedeniyle 40 saatten az çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1.'de cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması $31,49 \pm 6,9$ olup, çoğunluğu 40 yaşın altındadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlası kadrolu çalışmakta olup, büyük çoğunluğu kadın ve lisans mezunudur. Hemşirelerin %35,4'ü meslekte 11 yıl ve daha uzun çalışma süresine sahip olmakla birlikte, bulunduğu cerrahi birimde çalışma süresi 1 yıldan azdır. Tabloda gösterilmemekle birlikte, cerrahi kliniklerde; ortalama $12,10 \pm 4,20$ hemşire çalışmakta ve bir hemşire günlük ortalama $17,70 \pm 6,95$ hastaya bakım vermektedir. Cerrahi yoğun bakımlarda ise, ortalama $14,33 \pm 1,99$ hemşire çalışmakta ve bir hemşire günlük ortalama $3,30 \pm 1,57$ hastaya bakım vermektedir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun gündüz-nöbet mesaisinde ve haftada 40 saat çalıştığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlası, mesleğinden memnun olduğunu ifade etmiştir.

4.2. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Bilgilerine, Eğilimlerine ve Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata bilgilerine, eğilimlerine ve tutumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin bilgi sorularına yönelik verdikleri doğru/yanlış yanıt oranının dağılımı (n=161)

Soru No	Soru	Doğru		Yanlış	
		Sayı	%	Sayı	%
1.	Tıbbi hatalarla ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?	111	68,9	50	31,1
2.	Aşağıdakilerden hangisi/leri sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hatalardandır?	54	33,5	107	66,5
3.	Aşağıda verilen ifadelerden hangisi/leri tıbbi hata nedenleri arasında yer alır?	136	84,5	25	15,5
4.	Aşağıdakilerden hangisi tıbbi hataya neden olan sağlık sistemi kaynaklı sorunlardan değildir?	92	57,1	69	42,9
5.	Tıbbi hataların önlenmesine ilişkin aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?	26	16,1	135	83,9
6.	Aşağıdakilerden hangisi tıbbi hataları önlemeye yönelik hasta güvenliği uygulamalarından değildir?	143	88,8	18	11,2
7.	Hasta Güvenliği Uygulamalarından olan "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" kullanımı ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?	111	68,9	50	31,1
8.	Aşağıda örnek vaka ile ilgili verilen ifadelerden yanlış olanını işaretleyiniz.	134	83,2	27	16,8
9.	Tıbbi hata bildirimleri ile ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?	145	90,1	16	9,9

Tablo 4.2.'de araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hata bilgisine yönelik sorulara verdiği doğru-yanlış cevap sayısının dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin; %83,9'u tıbbi hataların nlenmesine ilişkin sorulan soruya (Soru 5) yanlış cevap vermiş olup; tabloda gösterilmemekle birlikte yanlış cevap olarak en fazla "kanıta dayalı uygulamalar yaygınlaştırılmalıdır" yanıtını (%47,5) işaretlemişlerdir. Hemşirelerin %66,5'i ise sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hatalar sorusuna (Soru 2) yanlış cevap vermiştir. Soruda tıbbi hatalarla ilgili; "ilacın yanlış yoldan uygulanması, sözel istem verilen ilacın yanlış dozda uygulanması, ilaç uygulamasına ilişkin kayıtların hatalı tutulması, intravenöz kateter takılmasında uygun olmayan aseptik tekniğin takip edilmesi ve yüksek riskli ilaç uygulamalarında hastanın yetersiz izlemi" ifadeleri cevap şıkları olarak verilmiş ve bu ifadelerden hangisi/lerinin sadece hemşirelerden kaynaklandığı sorulmuştur. Tabloda gösterilmemekle birlikte, hemşirelerin en fazla yanlış işaretledikleri yanıtı göre (%80,4); "sözel istem verilen ilacın yanlış dozda uygulanması ve yüksek riskli ilaç uygulamalarında hastanın yetersiz izlemi" sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hata olarak görülmekle birlikte, "intravenöz kateter takılmasında uygun olmayan aseptik tekniğin takip edilmesi" sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hata olarak görülmemiştir.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre tıbbi hata bilgisine verilen doğru cevap sayısı dağılımı Ek Tablo 1.'de verilmiştir (Bkz. Ek Tablo.1).

Tüm sorulara verilen doğru cevap sayısı ile hemşirelerin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu ve meslekte çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin çalıştıkları cerrahi birime göre tıbbi hatayı tanımlamaya yönelik "tıbbi hatalarla ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?" sorusu (soru 1), sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hata türü ile ilgili "aşağıdakilerden hangisi/leri sadece hemşirelerden kaynaklı tıbbi hatalardandır?" sorusu (soru 2) ve sağlık sisteminden kaynaklı tıbbi hata nedenine ilişkin "aşağıdakilerden hangisi tıbbi hataya neden olan sağlık sistemi kaynaklı sorunlardan değildir?" sorusuna (soru 4) verdikleri doğru cevap sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farkın, cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin sorulara daha fazla doğru cevap vermesinden kaynaklandığı saptanmıştır.

“Hasta güvenliği uygulamalarından olan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) kullanımı ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?” sorusu (soru 7) dışında diğer sorulara verilen doğru cevap sayısı ile hemşirelerin bulunduğu cerrahi birimde çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sadece bulunduğu cerrahi birimde çalışma süresi bir yıldan az olan hemşirelerin “GCKL” kullanımı ile ilgili yedinci soruya daha az doğru cevap verdiği tespit edilmiştir (%56,1).

Tıbbi hata nedenleri ile ilgili “aşağıda verilen ifadelerden hangisi/leri tıbbi hata nedenleri arasında yer alır?” sorusu (soru3) dışında diğer tüm sorulara verilen doğru cevap sayısı ile hemşirelerin çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Gündüz/nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata nedenleri ile ilgili üçüncü soruya; sadece gündüz veya sadece nöbet çalışan hemşirelere göre daha az doğru cevap verdiği tespit edilmiştir (%80,5).

Tablo 4.3. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HTHEÖ ve THTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları (n=161)

THEÖ ve THTÖ	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max
Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyutları*		
İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon	4,84±0,31	3,00-5,00
Düşmeler	4,64±0,44	2,80-5,00
Hastane Enfeksiyonları	4,75±0,35	3,00-5,00
Hasta İzlemi / Malzeme Güvenliği	4,60±0,43	2,89-5,00
İletişim	4,79±0,38	3,00-5,00
Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Puanı*	4,72±0,34	2,95-5,00
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Alt Boyutları*		
Tıbbi Hata Algısı	3,06±0,64	1,00-5,00
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3,99±0,44	2,71-4,86
Tıbbi Hata Nedenleri	3,98±0,39	2,57-5,00
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Toplam Puanı*	3,87±0,32	3,00-4,96

* Puan Aralığı: 1-5 Puan (Ölçeklerden alınabilecek minimum ve maksimum puan)

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HTHEÖ ve THTÖ alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarına ilişkin değerler Tablo 4.3.’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim toplam puan ortalaması 4,72±0,34 olarak tespit

edilmiştir. Hemşirelerin “ilaç uygulamaları ve transfüzyon” alt boyut puan ortalaması ise $4,84\pm 0,31$ olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin tıbbi hatalarda tutum ölçeği toplam puan ortalaması $3,87\pm 0,32$ ve tıbbi hata algısı alt boyut puan ortalaması $3,06\pm 0,64$ olarak saptanmıştır.

HTHEÖ'nün beş alt boyutunda yer alan maddelere ilişkin puan ortalamaları Ek Tablo 2.'de verilmiştir (Bkz. Ek Tablo 2.). THTÖ'nün üç alt boyutunda yer alan maddelere ilişkin puan ortalamaları Ek Tablo 3.'de gösterilmiştir (Bkz. Ek Tablo 3.).

Tablo 4.4. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre HTHEÖ ve THTÖ toplam puan dağılımları (n=161)

Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	n	HTHEÖ Median (IQR) $\bar{x}\pm SS$	THTÖ Median (IQR) $\bar{x}\pm SS$
Cinsiyet			
Kadın	143	4,81 (0,29) 4,74±0,30	3,88 (0,44) 3,85±0,30
Erkek	18	4,78 (0,57) 4,59±0,55	3,97 (0,44) 3,98±0,43
		Test değeri p değeri	-0,078* 0,938
			-1,777* 0,075
Yaş			
22-29	71	4,81 (0,34) 4,68±0,36	3,94 (0,44) 3,95±0,31
30-39	68	4,81 (0,34) 4,73±0,34	3,81 (0,38) 3,80±0,31
40 ve üzeri	22	4,92 (0,34) 4,82±0,19	3,88 (0,52) 3,82±0,31
		Test değeri p değeri	3,316** 0,191
			4,423*** 0,014
Kadro Durumu			
Kadrolu	94	4,82 (0,31) 4,75±0,31	3,88 (0,39) 3,81±0,30
Sözleşmeli	67	4,77 (0,38) 4,68±0,37	3,94 (0,50) 3,94±0,32
		Test değeri p değeri	-1,274* 0,203
			-2,128* 0,033
Eğitim Durumu			
Sağlık Meslek Lisesi ve Ön Lisans	9	4,83 (0,24) 4,77±0,22	3,93 (0,53) 3,86±0,27
Lisans	144	4,81 (0,35) 4,71±0,35	3,87 (0,44) 3,86±0,32
Lisans Üstü	8	4,70 (0,34) 4,74±0,17	4,00 (0,30) 4,01±0,18
		Test değeri p değeri	0,014** 0,904
			0,024** 0,876
Meslekte Toplam Çalışma Süresi			
1 yıldan az	31	4,83 (0,27) 4,74±0,32	3,94 (0,50) 3,96±0,30
1-5 yıl	28	4,67 (0,40) 4,57±0,43	3,94 (0,52) 3,95±0,35
6-10 yıl	45	4,83 (0,26) 4,78±0,19	3,88 (0,50) 3,82±0,33
11 yıl ve üzeri	57	4,81 (0,35) 4,73±0,37	3,88 (0,38) 3,81±0,29
		Test değeri p değeri	7,898** 0,048
			5,944** 0,114
Çalışılan Cerrahi Birim			
Cerrahi Yoğun Bakım	39	4,71 (0,37) 4,62±0,44	3,94 (0,50) 3,89±0,38
Cerrahi Klinik	122	4,83 (0,32) 4,75±0,29	3,88 (0,33) 3,86±0,29
		Test değeri p değeri	-1,980* 0,048
			-0,674* 0,500

Tablo 4.4. (Devam) Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre HTHEÖ ve THTÖ toplam puan dağılımları (n=161)

Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	n	HTHEÖ Median (IQR) $\bar{x}\pm SS$	THTÖ Median (IQR) $\bar{x}\pm SS$
Bulunduğu Cerrahi Birimde Çalışma Süresi			
1 yıldan az	57	4,83 (0,31) 4,75±0,26	3,88 (0,53) 3,88±0,34
1-5 yıl	47	4,71 (0,35) 4,63±0,42	3,88 (0,31) 3,85±0,30
6-10 yıl	31	4,82 (0,25) 4,78±0,20	3,94 (0,44) 3,91±0,31
11 yıl ve üzeri	26	4,84 (0,36) 4,72±0,39	3,88 (0,45) 3,81±0,30
	Test değeri	3,755**	0,500***
	p değeri	0,289	0,683
Cerrahi Birimdeki Hemşire Sayısı			
6-14	107	4,83 (0,31) 4,75±0,27	3,88 (0,38) 3,89±0,30
15-21	54	4,75 (0,36) 4,65±0,43	3,88 (0,45) 3,81±0,35
	Test değeri	-1,420*	1,516****
	p değeri	0,156	0,132
Çalışma Şekli			
Gündüz	34	4,86 (0,29) 4,80±0,21	3,91 (0,39) 3,92±0,30
Nöbet	4	4,64 (0,30) 4,64±0,16	4,06 (0,22) 4,03±0,11
Gündüz/Nöbet	123	4,81 (0,35) 4,70±0,36	3,86 (0,44) 3,85±0,32
	Test değeri	3,432**	1,107***
	p değeri	0,180	0,333
Haftalık Çalışma Saati			
< 40 saat	4	4,70 (0,28)	4,06 (0,67)
40 saat	133	4,83 (0,30)	3,88 (0,41)
> 40 saat	24	4,69 (0,41)	3,91 (0,59)
	Test değeri	2,813**	0,608**
	p değeri	0,245	0,738
Bir Hemşirenin Bakım Verdiği Günlük Ortalama Hasta Sayısı			
1-9 hasta	43	4,73 (0,37) 4,64±0,43	3,94 (0,50) 3,89±0,37
10-19 hasta	61	4,78 (0,31) 4,69±0,34	3,88 (0,31) 3,84±0,29
20 ve üzeri hasta	57	4,88 (0,31) 4,79±0,55	3,88 (0,41) 3,87±0,30
	Test değeri	5,500**	0,329***
	p değeri	0,064	0,720

IQR: Çeyreklerarası Aralık, $\bar{x}\pm SS$: Ortalama \pm Standart Sapma

* Mann Whitney U testi, ** Kruskal-Wallis testi, *** One-Way ANOVA, **** Independent Sample t testi

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre HTHEÖ ve THTÖ toplam puanlarının dağılımı Tablo 4.4.'de gösterilmiştir.

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin cinsiyetine, eğitim durumlarına, ve haftalık çalışma saatlerine göre HTHEÖ ve THTÖ toplam puan ortancalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin yaşına göre HTHEÖ toplam puan ortancalarının istatistiksel anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$), THTÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tabloda gösterilmemekle birlikte, farklılık gösteren grubu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testinin sonuçlarına göre; 22-29 yaş grubundaki hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarının, 30-39 ve 40 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerden daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.

Kadro durumuna göre hemşirelerin HTHEÖ puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermezken ($p>0,05$), THTÖ puan ortancalarının istatistiksel anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sözleşmeli çalışan hemşirelerin kadrolu çalışan hemşirelerden daha olumlu tıbbi hata tutumuna sahip oldukları saptanmıştır.

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresine göre HTHEÖ toplam puan ortancalarının istatistiksel anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Meslekte toplam çalışma süresi 1 yıldan az olan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri daha düşük bulunmuştur. THTÖ toplam puan ortancaları ile hemşirelerin meslekte toplam çalışma süreleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışılan cerrahi birime göre hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortancalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri cerrahi yoğun bakım hemşirelerinden daha düşük bulunmuştur. Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata tutumları, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerden daha olumlu olmakla birlikte; çalışılan cerrahi birime göre THTÖ toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin buldukları cerrahi birimde çalışma süreleri ile HTHEÖ toplam puan ortancaları ve THTÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bulduğu cerrahi

birimde çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin tıbbi hata tutumları, 6 yıldan az ve 11 yıldan fazla olan hemşireleri göre daha olumlu bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştığı cerrahi birimdeki hemşire sayısı 6-14 olan grupta, 15-21 olan gruba göre tıbbi hataya eğilim daha düşük ve tıbbi hatalarda tutum daha olumlu olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerden sadece nöbet mesaisinde çalışan hemşirelerin; gündüz ve nöbet/gündüz mesaisinde çalışan hemşirelere göre tıbbi hataya eğilimleri daha yüksek, tıbbi hata tutumları daha olumlu bulunmakla birlikte aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Günlük ortalama 20 ve üzeri hastaya bakım veren hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri daha düşük olmakla birlikte, HTHEÖ toplam puan ortancalarının istatistiksel olarak gruplar arası farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı ile THTÖ toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata bilgisine yönelik sorulara verdikleri doğru cevap sayısı, HTHEÖ ve alt boyutları ile THTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Bkz. Ek Tablo 4.).

4.3. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata, Tıbbi Hata Nedenleri ve Yönetimine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bağlam, Tema ve Alt Temalar

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerini saptamak amacıyla yarı yapılandırılmış odak grup görüşmeleri ile yürütülen araştırmanın bu bölümüne 29 hemşire katılmıştır. Araştırmanın bu bölümünden elde edilen bulgular iki başlık altında sunulmuştur. İlk başlıkta hemşirelerin demografik özelliklerine, ikinci başlıkta tümevarımsal içerik analizi sonucu oluşturulan bağlam, tema ve alt temalar ile katılımcıların ifadelerine yer verilmiştir.

4.3.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler

Yarı yapılandırılmış odak grup görüşmelerine katılan 29 hemşireye ait demografik özellikler Tablo 4.5.'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların demografik özellikleri (n=29)

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Çalıştığı Cerrahi Birim	Meslekte Çalışma Süresi
K1	31	Kadın	Cerrahi Klinik	10 yıl
K2	32	Kadın	Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	10 yıl
K3	24	Erkek	Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	1 yıl
K4	35	Kadın	Cerrahi Klinik	8 yıl
K5	22	Erkek	Cerrahi Klinik	4 ay
K6	37	Kadın	Cerrahi Klinik	14 yıl
K7	39	Kadın	Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	17 yıl
K8	35	Kadın	Cerrahi Klinik	14 yıl
K9	41	Kadın	Cerrahi Klinik	23,5 yıl
K10	31	Kadın	Cerrahi Klinik	8 yıl
K11	35	Erkek	Cerrahi Klinik	12 yıl
K12	41	Kadın	Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	23 yıl
K13	24	Kadın	Cerrahi Klinik	3 ay
K14	41	Kadın	Cerrahi Klinik	21 yıl
K15	29	Erkek	Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	5 yıl
K16	26	Kadın	Cerrahi Klinik	15 ay
K17	39	Kadın	Cerrahi Klinik	17 yıl
K18	34	Kadın	Cerrahi Klinik	12 yıl
K19	23	Kadın	Cerrahi Klinik	1,5 ay
K20	39	Kadın	Cerrahi Klinik	17 yıl
K21	50	Kadın	Cerrahi Klinik	28 yıl
K22	32	Kadın	Cerrahi Klinik	7 yıl
K23	33	Kadın	Cerrahi Klinik	10 yıl
K24	33	Kadın	Cerrahi Klinik	9 yıl
K25	24	Kadın	Cerrahi Klinik	4 ay
K26	31	Kadın	Cerrahi Klinik	8 yıl
K27	28	Kadın	Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	6 yıl
K28	36	Kadın	Cerrahi Klinik	14 yıl
K29	26	Kadın	Cerrahi Klinik	1 yıl

Odak grup görüşmesine katılan hemşirelerin 25'i kadın ve yaş ortalaması 32,79±6,66'dır. Katılımcıların 27'si lisans mezunu olup, meslekte minimum 1,5 ay maksimum 28 yıl çalışma süresine sahiptir.

4.3.2. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata, Tıbbi Hata Nedenleri ve Yönetimi ile İlgili Görüşleri

Bu bölümde cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata kavramına, tıbbi hata nedenlerine ve yönetimine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen

odak grup görüşmelerinin analizi sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Elde edilen bulguların analizi sonucunda öne çıkan bağlam, tema ve alt temalar Tablo 4.6.'da gösterilmiştir. Ayrıca bağlam, tema ve alt temalara ilişkin katılımcıların ifadelerine yer verilmiştir.

Tablo 4.6. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerine yönelik bağlam, tema ve alt temalar

Bağlam	Tema	Alt Tema
Tıbbi Hata Algısı	Yanlış Eylemlerde Bulunma	<ul style="list-style-type: none"> • Yanlış uygulama ve tedavi yapma • Yanlış kayıt tutma • Yanlış hastaya uygulama yapma • Yanlış bilgiler verme/yönlendirme
	Uygulamaları Eksik Yapma/Yapmama	<ul style="list-style-type: none"> • Hemşirelik uygulamalarını yerine getirmeme • Asepsi ilkelerini takip etmeme
	Hastaya Zarar Verme	<ul style="list-style-type: none"> • Olumsuz sonuçlanan uygulamalarda bulunma • Bilinçsizce/kasıtsız uygulama yapma
Tıbbi Hata Nedenleri	İnsan İlişkili	<ul style="list-style-type: none"> • İletişim yetersizliği • Mesleki kimlik algısında yetersizlik • Psikolojik durum • Eğitim/bilgi/tecrübe eksikliği
	Kurum İlişkili	<ul style="list-style-type: none"> • Çalışma ortamı koşulları yetersizliği • Organizasyon yapısında yetersizlik • Hizmet içi ve oryantasyon eğitimi yetersizliği
	Sistem İlişkili	<ul style="list-style-type: none"> • Yetersiz ve uygun olmayan sağlık profesyoneli istihdamı • Hemşirelik eğitim sisteminden kaynaklı sorunlar • Sağlık mevzuatından kaynaklı sorunlar
Tıbbi Hata Durumunda Sergilenen Davranış	Hata Bildirimine Yaklaşım	<ul style="list-style-type: none"> • Bildirimde bulunma • Hataların analiz edilmesi • Hatadan ders çıkarma / çözüm bulma / düzenleme yapma
	Hata Yapan Kişiye Yaklaşım	<ul style="list-style-type: none"> • Cezalandırma • Yasal süreç başlatma
Tıbbi Hataların Önlenmesi	Bireysel Önlemler	<ul style="list-style-type: none"> • Mesleki kimlik kazanma • Mesleki gelişim
	Kurumsal Önlemler	<ul style="list-style-type: none"> • Kurumsal düzenleme • Çalışanlara destek sağlama
	Sağlık Sistemine Yönelik Önlemler	<ul style="list-style-type: none"> • Hemşirelik eğitiminin niteliğinin artırılması • Sağlık politikalarının iyileştirilmesi

Bağlam 1. Tıbbi Hata Algısı

Araştırmaya katılan hemşirelere, hemşirelik mesleği açısından tıbbi hata kavramını nasıl açıkladıkları sorulmuş, bu soruya verdikleri cevapların analizi sonucunda tıbbi hata algısı bağlamı ve bu bağlama ait tema ve alt temalar

oluşturulmuştur. Yapılan içerik analizi sonucu; bu bağlam altında “**Yanlış Eylemlerde Bulunma**”, “**Uygulamaları Eksik Yapma/Yapmama**” ve “**Hastaya Zarar Verme**” temaları oluşturulmuştur. **Yanlış eylemlerde bulunma** teması altında; “*yanlış uygulama ve tedavi yapma, yanlış kayıt tutma, yanlış hastaya uygulama yapma ve yanlış bilgiler verme/yönlendirme*” alt temaları, **uygulamaları eksik yapma/yapmama** teması altında; “*hemşirelik uygulamalarını yerine getirmeme ve asepsi ilkelerini takip etmeme*” alt temaları, **hastaya zarar verme** teması altında; “*olumsuz sonuçlanan uygulamalarda bulunma ve bilinçsizce/kastsız uygulama yapma*” alt temaları elde edilmiştir (Tablo 4.6.).

Tema 1. Yanlış Eylemlerde Bulunma

Hemşireler yanlış eylemlerde bulunmaya ilişkin; tüm sağlık çalışanlarının hastaya yönelik uygulamalarda yanlış yapabildiklerini, hizmet süreçlerinde hastaya ilişkin bilgilerin yanlış kayıt altına alınabildiğini, uygulamaların yanlış hastaya yapılması sonucu hastaların zarar görebildiğini ve hemşireler tarafından hasta, hasta yakını ve meslektaşlarının bilgilendirilmesinde ve yönlendirilmesinde yanlışlıklar olabildiğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin yanlış eylemlerde bulunmaya ilişkin algılarını belirttikleri alt temaların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“**Yanlış uygulama ve tedavi yapma**” alt teması ile ilgili ifadeler (n=29);

“*İnsana yönelik uygulamalarda bu doktorlar olsun, hemşireler olsun, bütün sağlık personeli olsun, hastaya yönelik yapılan bütün yanlış hatalar. Her şey içine girer. Ameliyat olur, yanlış hasta olur, yanlış IV uygulama olabilir, oral ilaçlar olabilir*” (K4)

“*Yaptığımız hemşirelik uygulamalarında, yaptığımız tedavilerde özellikle; yanlış tedavi uygulanması, yanlış hastaya yanlış tedvinin uygulanması gibi olabilir mi? Aklıma gelen ilk şey. Ya da yanlış taraf cerrahisi ameliyatlarda. Şey duymuştuk; sağ tarafta inguinal hernisi, sol taraf nerdeyse ameliyat edilecekti. Gibi böyle, bunlar da tıbbi hatalara girer.*” (K6)

“*Bence tıbbi hata işimizi yaparken, yapmamız gereken herhangi bir şeyi; mesela ilaç uygulaması olabilir, onu hatalı uygulamak...*” (K14)

“Hastanın bakımı sırasında hastaya yaptığımız hatalı uygulamalar, cerrahi girişimler, hepsini kapsıyo.” (K29)

“Yanlış kayıt tutma” alt teması ile ilgili ifadeler (n=5);

“... Hasta hastaneye girdiği andan itibaren, aldığı tıbbi hizmetin hepsi buna dahil yani. Bu evrak işi de olabilir, yanlış kayıt da olabilir. İşte hayati bir ameliyatın yanlış yapılması da olabilir. Ya da yanlış ilacın uygulanması olabilir.” (K1)

“Belki de şey olabilir. Bu daha çok servislerdedir ama. Öykü alma kısmında, hastanın öyküsü doğru alınıyor mu? Belki sağ diz ağrısı var, ama sol diz protezi olan hastalar duymuştuk...” (K2)

“... Hastalardan anamnezin yanlış alınması, sonrasında orderların bize yanlış geçilmesine neden oluyor. Her gün orderın yenisini elimizle yazıp geçiriyoruz. Geçirirken gözümüzden kaçması hataya neden olabiliyor.” (K8)

“Yanlış hastaya uygulama yapma” alt teması ile ilgili ifadeler (n=5);

“... Sözel order. İşte 206’ya Clexane 0,6. Allahtan sorumlu hemşiremiz orda oturuyor. Biz sözel order almayız. Sorumlu hemşiremiz dedi ki o ilacı yapın önemli; demek ki hasta emboli atıcak, CV verir, yapalım. Götürdük 206’ya 0,6 Clexan yaptık. Vizit atıldı. O hastaya değildi yanlış yapmışsın... Kime yapcağıktık? Beşe ya da dörde...” (K22)

“... Aynı hasta adına, soyadları da aynı mesela, iki tane kan çıkmıştı. Farklı hastalar birbirlerine takılmıştı. Ex olmuşlardı. Ciddi sıkıntı yaşanmıştı...” (K5)

“Yanlış bilgiler verme/yönlendirme” alt teması ile ilgili ifadeler (n=3);

“Yanlış yönlendirme de bir tıbbi hatadır. Hastamız taburcu olurken verdiğimiz eğitimler, hasta yakınlarına verdiğimiz eğitimler, diyabette beslenme bunlarda yapılan, kurduğumuz cümlelerde farklı bir yönlendirmeye sebep olabiliriz.” (K12)

“Yanlış eğitim almak, kulaktan dolma bilgilerle belki. Bazen çünkü doktorlar da yanıltabiliyo. Mesela biz onu bizim bölümde yaşıyoruz bazen. Bi ilaç o şekilde uygulanmıyor, bilmiyosan o şekilde verebiliyorsun...” (K26)

Tema 2. Uygulamaları Eksik Yapma/Yapmama

Hemşireler uygulamaların eksik yapılması veya yapılmaması ile ilgili; özellikle hasta bakımına ilişkin hemşirelik uygulamalarının yerine getirilmemesi ve temizlik personellerinin asepsi ilkelerini takip etmemeleri sonucu tıbbi hataların

meydana gelebildiğini ifade etmişlerdir. Uygulamaları eksik yapma/ yapmama temasına ilişkin alt tema ifadeleri aşağıda verilmiştir.

“Hemşirelik uygulamalarını yerine getirmeme” alt teması ile ilgili ifadeler (n=7);

“Mesela cerrahi hastalarda ilk çıktıkları zaman; hasta pozisyonu, duruşu şekli önemlidir. ... hasta ilk çıktığında belirli bir duruş pozisyonu vardır, yastığının boyutu vardır. Dikkat edilmeyen ufak tefek şeylerden hastanın tekrar ameliyat olması gerekebiliyor. Bunlar da bence tıbbi hataya giriyor. Açıkçası öyle düşünüyorum.” (K3)

“İşlerin yapılmaması da aynı zamanda tıbbi hatadır bana göre. Çünkü alması gereken bir tedavi var, bu sadece ilaç uygulamaları ile ilgili değil, aynı zamanda hemşirelik uygulamaları doğrultusunda olan işte; pozisyon verme, postüral drenaj, hastanın oksijenizasyonu, monitörizasyonu bunların hepsi bana göre tıbbi hatadır.” (K12)

“Asepsi ilkelerini takip etmeme” alt teması ile ilgili ifadeler (n=2);

“Çok yönlü bakış yetersizliği diye düşünüyorum temizlik personelleri açısından. Özellikle mesela yoğun bakımlarda o tür şeylerle de karşılaşabiliyoruz. Yeni başlayan elemanlarımız hani. ... Önce mesela enfekte odaları silip daha sonra diğer hastalara geçtiklerinde enfeksiyonu diğer hastalara yaymış bulunuyorlar. Kontamine alanı çoğaltıyoruz. Bu da yine bi tıbbi hata. Hastaların enfekte olması, temiz hastanın enfekte olmasını sağlıyor bu şekilde.” (K28)

Tema 3. Hastaya Zarar Verme

Hemşireler, hastanın tedavi sürecini olumsuz etkileyen uygulamalarda bulunmanın ve bilinçsizce/kasıtsız uygulama yapmanın hastaya zarar verdiğini belirtmişlerdir. Hastaya zarar verme teması altında yer alan alt tema ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Olumsuz sonuçlanan uygulamalarda bulunma” alt teması ile ilgili ifadeler (n=9);

“Sağlığın her alanında; sağlıklı ya da hasta birey fark etmez. İlgilendiğimiz her kişiye, psikolojik ya da sosyal her anlamda zarar vermek ya da verme durumunun potansiyelini oluşturmak tıbbi hatadır bence.” (K18)

“Hastanın tedavi sürecini olumsuz etkileyen, süreci uzatan tüm negatif durumlara dediğim gibi ihmal, istemiyerek olduğunu düşündüğümüz hatalar diyebilirim.” (K24)

“Bilinçsizce/kasıtsız uygulama yapma” alt teması ile ilgili ifadeler (n=7);

“...Geçmişte yapılan ilaç uygulama hatalarında mesela; steril distile suyla sulandırılacak bir ilaç, SF ile sulandırılıyordu. Belki sen ilacın kimyasını bozuyorsun. Sonuçta hastaya yanlış bir şey uygulamış oluyorsun. Faydasından çok zararını görüyor hasta. Bu da bir tıbbi hata sonuçta.” (K9)

“... Vaka esnasında, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası, ameliyat esnası işlem esnasında bile yapılan hani ufacık hatalar, o insanın hayatına mal olabilecek tıbbi hatalar olduğu için kesinlikle ben bilinmeden yanlışlık yapılmış olduğunu varsayıyorum...” (K23)

“Bilerek ya da bilmeyerek hastaya zarar verebilecek uygulamalar.” (K27)

Bağlam 2. Tıbbi Hata Nedenleri

Hemşirelere tıbbi hata nedenlerine yönelik düşüncelerini belirlemek amacıyla tıbbi hatalara nelerin sebep olduğu sorulmuş, bu soruya verdikleri cevapların analizi doğrultusunda tıbbi hata nedenleri bağlamı ve bu bağlama ait tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Yapılan içerik analizi sonucu bu bağlam altında; **“İnsan İlişkili”**, **“Kurum İlişkili”** ve **“Sistem İlişkili”** temaları ortaya çıkmıştır. **İnsan ilişkili** teması altında; **“iletişim yetersizliği, mesleki kimlik algısında yetersizlik, psikolojik durum ve eğitim/bilgi/tecrübe eksikliği”** alt temaları, **kurum ilişkili** teması altında; **“çalışma ortamı koşullarının yetersizliği, organizasyon yapısında yetersizlik ve hizmet içi ve oryantasyon eğitimi yetersizliği”** alt temaları, **sistem ilişkili** teması altında; **“yetersiz ve uygun olmayan sağlık profesyoneli istihdamı, hemşirelik eğitim sisteminden kaynaklı sorunlar ve sağlık mevzuatından kaynaklı sorunlar”** alt temaları ortaya çıkmıştır (Tablo 4.6.)

Tema 1. İnsan İlişkili

Hemşireler; birbirini yanlış anlama, meslekler arası ego sorunları, sözel verilen doktor istemleri ve hemşireler arasında kıdemden kaynaklanan sorunlar nedeniyle iletişimin yetersiz olduğunu; sorumluluk almama, değişime kapalı olma ve mesleğe

olumsuz bakmanın mesleki kimlik algısında yetersizliğe sebep olduğunu; tükenmişlik duygusu, kendini baskı veya stres altında hissetme, mobbing ve düşük motivasyonun psikolojik durumlarını olumsuz etkilediğini; mesleki yeterli bilgiye sahip olmama, alışkanlıklar, deneyim azlığı, yorgunluk ve dikkatsizlik gibi eğitim/bilgi ve tecrübe eksikliğinin hasta izleminde istenmeyen durumlara neden olabildiğini belirtmişler ve tüm bunların insan ilişkili tıbbi hata nedeni olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin insan ilişkili tıbbi hata nedenleri ile ilgili alt tema ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“İletişim yetersizliği” alt teması ile ilgili ifadeler (n=17);

“İletişimsizlik olabilir. Bir birini yanlış anlama. Sonuçta sizin ilettiğiniz bir şeyi, doktor arkadaşınız, hemşire arkadaşınız, personel arkadaşınız yanlış anlamış olabilir. İfadeler gerçekten çok çok önemli.” (K9, PCK)

“Arkadaşımın dediği gibi yüksek ego da bence çok tıbbi hata nedeni. Hekimi uyarıyorsun, bu uygulamanın doğru olduğundan emin misiniz? Yapmam gerektiğinden emin misiniz? diye. Ben doktorum, sen hemşiresin yap diyo mesela. Bu bence hem ciddi eğitimsizlik, hem ciddi iletişimsizlik. Ve çok ciddi bir ego söz konusu.” (K18)

“... İlk ayımda yoğun bakıma başladım. Dolantin yapalım dediler hastaya. O arada ablayla, asistan doktor arasında çatışma oldu. Yapardık, yapmazdık diye. 15-20 dakika geçti. ablayla asistan konuşmuş, abla yapmış Dolantini. 75 mg Dolantin, hasta 65 kg civarlarında bayan bir hasta. Doktorun haberi yok ama ablanın yaptığından ve bana döndü hemşire hanım yapın Dolantini dedi. Normalde benim ne yapmam lazım. Benim ilk önce gidip gözleme bakmam gerekiyor; bu ilaç yapılmış mı? Orderında var mı? Orderında var ama ilaç yapılmış mı? Buna bakmam, sonrasında ilacı uygulamam lazım. Ama gözlemin üzerinde EKG cihazı var, EKG çekiliyor ve ben bilmiyorum yapıldığını. Gittim, yaptım. Beş dakika arayla bir 75 mg da ben yaptım. Etti mi 150 mg Dolantin, 65 kg hastaya. Ex olmadı çok şükür, ama tabi ki ben ertesi gün gelene kadar afakanlar içinde...” (K7)

“İletişimsizlik. ... Hemşireler arasındaki kıdemli çömez muhabbeti...” (K15)

“Mesleki kimlik algısında yetersizlik” alt teması ile ilgili ifadeler (n=12);

“... İstek yok heves yok yeni başlayanlarda. Başlıyor. Hemşire hanım ben hemşirelik yapmak istemiyorum, akademisyen olucam. Ben zaten yüksek lisans yapıyorum...” (K7)

“...Kişinin primer bakış açısının etkili olduğunu düşünüyorum ben. Mesleğe bakışı. İnsan hayatını değiştiren bi hatanın önemsememesi bile; hani bi saat önce takıym nolcak ya da doktorun zaten ölcek hasta gibi bakışını. Çabalamaması, nolcak bakışı, mesleğe bakış açısı da önemli, önemsememesi. Dediğim gibi motivasyonu belki mesleği sevmemesi. Bunlar da çok etkiliyor bence.” (K24)

“... Ben biraz fazla uyuyim diyen hemşirem var. Dörtteki ilacı ikide takıp da, sabah altıya kadar uyuyan hemşirem de var. Yani dimi biraz art niyetliyiz aslında. Kendi yakınım; annem, babam, kardeşim olabilir diye düşünmüyoruz aslında.” (K22)

“Psikolojik durum” alt teması ile ilgili ifadeler (n=13);

“... Motivasyon; kişinin motivasyonu, kurumun kişiye yönelik motivasyonu artıracak hani eylemlerde bulunmaması gibi.” (K6)

“... Çalışma arkadaşları veya birlikte çalıştığı diğer grup personellerinin oluşturduğu psikolojik baskı ya da hasta yakınları tarafından oluşturulan psikolojik baskı.” (K19)

“... Artık bi de tükenmişlik sendromu var galiba çok çok kıdemlilerde. Biz ara kıdemli olmuş oluyoruz, on yıllık olanlar. Hani bizim bi tık ki tık üstümüz insanlar artık herhalde ben zaten gidicem şeyin de mi oluyorlar. Yoruluyorlar, eğitmek istemiyorlar, öğretmek istemiyorlar. ... Tükenmişlik sendromumuz da var maalesef. Bundan dolayı da hata çok yapıyoruz.” (K23)

“Çalıştığın ortamın insan ilişkileri çok önemli. Mobbing gördüğün bi serviste tıbbi hata yapma olasılığının çok yüksek olabileceğini düşünüyorum...” (K29)

“Eğitim/bilgi/tecrübe eksikliği” alt teması ile ilgili ifadeler (n=16);

“... Alışkanlıklar da olabilir belki. Kişinin kendini değiştirmek istememesi, yeni uygulamalara açık olmayışı. Yani eski şeyleri kullanmakta hani direniyor olması, bu da etkili olabilir.” (K2)

“... Önce bi kendimizi sorgulamamız gerekiyor. Ben bu tıbbi hatayı niye yapıyorum? Yeterince bilgili miyim? ...Dosya okumayı bilmiyosam, dosyayı araştırmıyosam, hastalığı bilmiyosam, hastalıkların ya da ameliyatlardan sonra hastada gelişebilecek komplikasyonları bilmiyosam.”(K7)

“... Tecrübe, deneyimlerin olmaması... bilgisizlik, bilgi eksikliği olabilir. Biliyormuş gibi çok fazla özgüven olmadan, kıdemlisine sorduktan sonra yapmak...” (K9)

“Dikkatsizlik olabilir. ... Mesela lavman uygulaması. Bizim klinikte lavman uygulamasında perfore ettiğimiz olmuştu, hatırlıyorum. Yani bu da yanlış bilgiden de değildi aslında. ... Bu yanlış uygulamayla verdiğimiz bir zarar da oluyo. Ya da uygulama esnasında bir komplikasyon gelişebiliyo, ondan dolayı sorun yaşayabiliyoruz.” (K28)

“...Gündüz taktığım ilaç 24 saatlik bi ilacı gidicek. Ertesi gün geldiğimde öğlen benim değiştirmem gerekiyodu onu. Sabah geldim bitmiş üstüne arkadaş yerine yenisini takmış ve yenisinin de neredeyse yarısına yakını, 300 cc falan gitmiş. Dedim ki; bunun gitmemesi lazımdı bu kadar, arkadaş fark etmemiş...” (K1)

Tema 2. Kurum İlişkili

Hemşireler; kurumun fiziki yapısı, tıbbi cihaz ve ekipmanlar, bilgisayar temelli teknoloji kullanımı ve iş yükü gibi çalışma ortamı koşullarının yetersizliğini; mevcut uygulamalarda standardın olmaması, kurum içi görev, yetki ve sorumlulukların net tanımlanmaması, kalite yönetim sistemi faaliyetlerinin etkin işlememesi gibi organizasyon yapısı yetersizliğinden kaynaklı sorunları ve hizmet içi ve oryantasyon eğitimlerinin yetersizliğini kurum ilişkili tıbbi hata nedenleri olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin kurum ilişkili tıbbi hata nedenleri ile ilgili alt tema ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Çalışma ortamı koşulları yetersizliği” alt teması ile ilgili ifadeler (n=22);

“Yine çevresel koşulları iyileştirmedikten sonra. Hani hastane mimarisi. Hastane politikasıyla ilgili olmayan kişiler yaptığı için hani bunlar da biraz etkili olduğunu düşünüyorum. Koridorlar olsun, yoğun bakımdaki o düzen olsun, içerisi olsun.” (K2)

“Hastane mimarisi de önemli. Çok uç düşüncek olursak. Bazı servislerde hani ilaç hazırlama şeyi koridorun en ucunda oluyo mesela. Sizlerde nasıl bilmiyorum ama bizde uçta. Tüm servisin oraya ulaşımı zor oluyo, alt tarafta çalışanların. Bu da mesela tıbbi hataya sebebiyet verebilir. Alttta çalışan kişilerin hastaya. Nası desem. Acil bir durumda mesela, tabi ki acil arabası falan geliyo ama. Bahsettiğim durumlar mesela. Atıyorum bizde çok yaşıyoy son zamanlarda. Spinal alan hastalarda seviyesi yükseliyor mesela, tansiyonları çok düşüyor. Bi anda koşup, ona yönelik bi tedavi yapmak istesek, alt tarafındakiler daha büyük risk içinde oluyolar. Yani benim

gözlemlediğim bu. Yakında olanlara daha çabuk müdahale ediliyor. Daha riskli görüyorum altta yatanları.” (K5)

“Cihazlarla ilgili biz ciddi bi şey yaşamıştık yoğun bakımda. Hasta sanırım anevrizma hastasıydı. Postop olarak kabul ettik ve bizim asistanlarımız heparin infüzyonu başlamış 500 Ü/saat, 750 Ü/saat o şekilde. Biz zaten pumplarla, infüzyon pompalarıyla gönderiyoruz onları. Onların zaten kalibrasyonları düzenli olarak yapıyor. Kalibrasyonu yapılmasına rağmen her saat başı kontrol ederiz, giden miktar ile bizim kaydettiğimiz miktar uyumlu mu diye. Ona rağmen 100'lük SF'le gönderdiğimiz için gitmesi gereken dozdan açtığımız halde; saat başı kontrol ediyoruz, hastanın başına saat başı gittiğimiz için. Bir saat sonra gittiğimizde hastanın başına medifleks tamamen boşalmıştı ve hastaya totalde 25 bin Ü heparin gönderilmişti. Yani çok büyük bi şans olarak hastaya hiç bi şey olmadı, hiç bi şey gelişmedi o hastada ama çok büyük sonuçları da olabilirdi. Beyin kanaması ya da herhangi başka bir vücut kanamasından hastayı kaybedebilirdik, o kadar heparin sonucunda. Böyle de bi olay yaşadık, makine, infüzyon pompasındaki bi arızadan dolayı.” (K27)

“... Uzun süreli çalışma saatleri; on altı saatlik nöbetlerimiz... ... Onun dışında hasta odaklı çalışmamız, iş odaklı bakım...” (K19)

“Organizasyon yapısı yetersizliği” alt teması ile ilgili ifadeler (n=15);

“... Her kliniğin uygulamaları farklı, hastaları farklı ama çoğu şey her klinikte farklı uygulanıyo. Tansiyon ölçme saatinden tutun da bir ilacı gönderme süresi veya şekli bile farklı. Mesela biz bir ilacı medifleks içinde gönderirken bir başkası direk IV yapıyor. Birisi iki ilacı birbirine katıyo. Ama kimse neyin doğru olduğunu bilmiyor. Hastaya bir şey olmuyorsa doğrudur mantığı kullanılıyor genelde. Tamam ilaç etkileşimleri falan gibi yazılı bir şeyler var ama çok uyulduğu söylenemez yani. Daha çok kıdemliden görülen şekilde devam ediliyo...” (K1)

“... Hemşire olarak ne görev, sorumluluklarımız belli, ne standardımız belli, hatalara daha da açık bi sistem haline geliyoruz.” (K22)

“...Kalite kontrol sistemlerinin iyi işlememesinden kaynaklanıyo olabilir. Standartlarımızın oturmamasından kaynaklanıyo olabilir. Yani ben böyle düşünüyorum.” (K20)

“Hizmet içi ve oryantasyon eğitimi yetersizliği” alt teması ile ilgili ifadeler (n=8);

“... Yeterince eğitim almadan personelin hasta bakımına girmesi; asistanlar için de, hemşireler için de böyle sorun... Ben oryantasyon eğitimini, hastane tanıtımını içeren temel oryantasyon eğitimini ikinci yılımda aldım. Çok büyük bir defekt. Ben iki yıl bu hastanede çalışmışım hem de Yenidoğan yoğun bakımda. İki yıl sonra bana oryantasyon eğitimi. İki yıl sonra ben şuyum ben buyum. İki yıl öğretmemişsin, sonra diyor ki şu şurda bu burda. İki yılda ben öğrendim zaten yani.” (K19)

“... Örneğin yeni başlayan hemşirelerimize verdiğimiz oryantasyon eğitiminin kapsamının az olması...” (K29)

“... Kongrelere katılmak olsun, seminerlere katılmak olsun, hizmet içi eğitimlerimize katılmak bile çok zor. Klinikte çalışıyorsun, öğlen yemekten sonra düzenlenmek zorunda. Herkesin çalışma sistemine göre bir eğitim düzenlemek mümkün değil ama. İki kişi, üç kişi çalışıyorsun. Bi kişiyi eğitime göndersen, yukarıda kalanın iş yükü artıyor. Acaba yetebilecek mi yetemeyecek mi? Yoğun bakımda her an arrest olabiliyo, her an entübasyon olabiliyo, ameliyattan hasta gelebiliyo. Tek kişiye bıraktığın zaman, eğitime iniyosun ama aklın yukarıda eğitimi dinleyemiyosun bu seferde. ... Seminerlere, kongrelere katılmak istiyoruz. Deniyo ki işte, bi sunumunuz yoksa bi posteriniz yoksa biz size imkan sağlayamayız. Kendi imkanlarınızla gideceksiniz. E doğal olarak ülkenin hali ortada; kendi imkânlarıyla üç bin lira beş bin lira verip kongreye, seminere maalesef gidemiyosunuz.” (K7)

Tema 3. Sistem İlişkili

Hemşireler, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, sağlık profesyoneli sayısının yetersiz olması ve hemşirelik uygulamalarını hemşirelik dışı sağlık profesyonelinin yapması gibi durumlara bağlı yetersiz ve uygun olmayan sağlık profesyoneli istihdamını, hemşirelik eğitim sisteminden kaynaklı sorunları ve sağlık mevzuatında hemşirelik ile ilgili kapsamın belirsiz olmasını sistem ilişkili tıbbi hata nedeni olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin sistem ilişkili tıbbi hata nedenleri ile ilgili alt tema ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“**Yetersiz ve uygun olmayan sağlık profesyoneli istihdamı**” alt teması ile ilgili ifadeler (n=10);

“... Mesela 20 hastaya 1 hemşirenin bakmasıyla ya da 3 hemşirenin bakması aynı hatayı götürmez...” (K1)

“... Yoğun bakımda 6 hasta var bizde 24. Doktor order verdi. Sorgulama şansımız olmuyor. Hani yakalarsak müdahale edebiliyoruz.” (K11)

“... Şehir hastanesi açılıyo, yeni duyduğum bir haber. Hemşire kadrosu açmıyor, hemşire yardımcı kadrosu açıyo ve bu şekilde eleman alıyo. Biz bunları burda kendi eğitim düzeyimizi sorgularken, diğer tarafta hemşirelik mesleğini kaldırmaya yönelik uygulamalar oluyo. Yani tıbbi hata nediri düşünmeyen kişileri bu sistemin içine alıyoruz. Aslında en büyük problem bence bu yani.” (K12)

“... Diyalizde tekniker çalıştırılması ile ilgili olarak; teknikerle sağlık profesyonelinin tanımı çok çok farklı. En fazla makine boyutunda çalıştırılabilir, makinenin düzenlenmesi, ayarlarının yapılması boyutuna kadar tekniker çalıştırılmalı. Daha sonrası hemşirelik girişimidir çünkü. Dediğim gibi hemşire ve tekniker çok çok farklı biribirinden. Bu durumun çok büyük tıbbi hatalara yol açacağını düşünüyorum.” (K27)

“Hemşirelik eğitim sisteminden kaynaklı sorunlar” alt teması ile ilgili ifadeler (n=4);

“... Üniversitede bilgi aldık tamam evet ama stajda hasta müdahalelerini hiçbir şeyi görmedik. Kağıt doldurduk, hemşirelik bakım planı yaptık. Bir sürü kağıt işlemi. Onun dışında ben hiçbir hastaya ne bir damar yolu açtım, ne bir müdahale yaptım, ne bir subkutan yaptım. Hiçbir şey bilmeyerek başladım ben.” (K8)

“Bence tıbbi hata, belki dolaylı olarak ama ülkedeki sağlık eğitim sistemi bile bunu etkiliyo. Az önce serviste bir konuşma geçti; staj için öğrenci göndermek istiyolar Hemşirelik Fakültesinden; on kişi sabahtan öğlene kadar, on kişi öğleden akşama kadar iki grup yirmi kişi. Yüksek lisansımı yaparken staja öğrenci çıkardığım dönemde, 150 kişi alıyordu Hemşirelik bölümü. Şu an olmuş 250 kişi, 250 kişilik bir sınıfa bir hoca, bir yılda ne öğretebilir? Bir hoca; Doçent, Profesör neyse, iki tane de asistanı var. 250 kişiye hem ders anlatacak teorik olarak hem de pratik olarak yetiştirmek durumunda. Ne kadar donanımlı yetiştirilecek bu hemşire...” (K19)

“Sağlık mevzuatından kaynaklı sorunlar” alt teması ile ilgili ifadeler (n=3);

“Hemşirenin bir tanımlaması yok. Net bir görev tanımı yok. Her şeyi içine alan ama adı olmayan bir meslek.” (K14)

“Ama hemşire yaşamızda her şeyden hemşire sorumlu. Mesela iki sayfalık yönetmelikte, 2015 ya da 2010 yılında olmuş olabilir. Sondanın takılması, kültürlerin

kağıda işlenmesi. Bunu böyle bir şekle sokmuşlar ki. Bunlar tamamen diyosun ya servisten niye ben sorumluyum. İpin ucu kaçıyor. İşte bi yerden baktığınız zaman tıbbi hatalar öyle gelir ki. ... Yani hemşirenin tanımlaması çok geniş. Biz kanları almıyoduk. Bize yönetmeliği getirdiler, dediler ki kanları size vermişler. Sadece hemşire alabilir diye çek atılmış. ... Asistanlarımız on beşinci gününde önümüze getirdiler. Ve o günden beri kanları alıyoruz. Ben almayacağımızı söyledim, sonrasında bana yasayı getirdiler, Başhemşireliğe yazı yazdılar. Sonrasında biz kanları almaya başladık. Sonrasında yönetmeliği açıp okuduğumda yani dedim ki, sesimi çıkartmayayım. Kültür alınacak, sonuç takip edilecek, kağıda işlenecek. Böyle bir yönetmelikte hemşire tıbbi hata yapabilir.” (K12)

Bağlam 3. Tıbbi Hata Durumunda Sergilenen Davranış

Hemşirelere tıbbi hata yaşanması durumunda neler yapılması gerektiği ve tıbbi hatalarda uygulanan cezai yaptırımlar ile ilgili sorular sorulmuş, bu sorulara verdikleri cevapların analizi doğrultusunda tıbbi hata durumunda sergilenen davranış bağlamı ve bu bağlama ait tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Yapılan içerik analizi sonucu bu bağlam altında; **“Hata Bildirimine Yaklaşım ve Hata Yapan Kişiye Yaklaşım”** temaları ortaya çıkmıştır. **Hata bildirimine yaklaşım** teması altında; **“bildirimde bulunma, hataların analiz edilmesi ve hatadan ders çıkarma/çözüm bulma/düzenleme yapma”** alt temaları ve **hata yapan kişiye yaklaşım** teması altında; **“cezalandırma ve yasal süreç başlatma”** alt temaları ortaya çıkmıştır (Tablo 4.6.).

Tema 1. Hata Bildirimine Yaklaşım

Hemşireler tıbbi hata yaşanması durumunda; hatanın gizlenmemesi, kayıt altına alınarak bildirimde bulunulması gerektiğini, bildirim yapılan hataların gerçek nedenlerini bulmaya yönelik analiz edilmesi ve analiz sonrası hataların tekrar yaşanmaması için gereken düzenlemelerin yapılmasının önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin hata bildirimine yaklaşım ile ilgili alt tema ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Bildirimde bulunma” alt teması ile ilgili ifadeler (n=11);

“... Bir de saklamamak. Sakladığında asla geri dönüş olmuyo. Hep onu deriz. Sen gizleme, kimse sana kızmaz. Hata yapabilirsin, insansın. Ay şu ilacı buna verdim,

yanlılık oldu” sen bunu de ki ben hemen çözüm yolu üreteyim. ... Hani yasallığından korkutmaktan ziyade; korkutursak çünkü gizlemeler başlayacak. Onun yerine sen söyle ki hayat kurtaralım, önemli olan bu.” (K22)

“Bence dürüst olmak gerekiyor. Hepimiz insanız, hepimizin yaptığı hatalar var. Böyle konuşuyoruz ama, hiç birimiz süttten çıkma ak kaşık değiliz. Muhakkak hepimiz, meslek hayatımız boyunca bir kez de olsa, bir şekilde tıbbi hata yapmışızdır. Hiç birimiz buraya olduğumuz gibi gelmedik. Ama bunu yaptığımızda dürüst olmamız lazım. Yaptık mı yaptık... Geri dönüşü var mı?... Yapmadan önce, tabi ki yapmadan önce geri dönüşümü olsa ama yapmışız. Bundan sonrasında uyanık olup, dürüst olup; “böyle bir hata yaptım, yapmamam gereken bir şey yaptım ama bunu nasıl geriye çevirebilirim, doğrusunu nasıl yapabilirim” Bu şekilde dürüst olursak o zaman hatalar da iyileştirme yöntemiyle, daha başka hatalara sebebiyet vermeden geriye alınabilir diye düşünüyorum. Ama sakladığın zaman; sakladım, insanlar uyanmadı tamam, üzerine düşmeyecek. Aradan biraz zaman geçtikten sonra yine aynı hatayı sen ya da bir başkası yapacak.” (K7)

“... Yaşanan bir olayı olduğu gibi kayıtlara almak gerekir. ... Bir ilacı takıyorsun; hastanın damar yolunu bozabilir, tromboflebit olabilir, alerji yapabilir. Baktığında bu ilaç hep yapıyorsa sen bunun bildirimini yapmalısın. Mesela geçmişte böyle bir şeyi yaşadım ben kendi adıma. Cipro yerine kullanılan bir ilaç vardı. Hiçbir klinik bunu eczaneye bildirmemiş. Ama biz her taktığımızda, bakıyorum ben damar yolu kızarıyor, pul pul döküntüler oluyor, sonra o kızarıklık sönüyor. Diyelim 12 saat sonra o ilacı tekrar taktınız yine oluyor. Bu artmıyor, başka bir yerde olmuyor ama damar çeperinde zarar veriyor. Eczaneyi aradığımda bunu bir siz söylüyorsun dediler, başka yerlerde de sıkıntı oluyormuş ama hiç kimse yazıya dökmüyormuş. Bunun için ben Advers Etki Bildirim Formu düzenledim. Farmakovijilans merkezine gönderildi.

“Hataların analiz edilmesi” alt teması ile ilgili ifadeler (n=4);

“Hata çok bireysel olarak algılanıyor. Papaz kimin elinde kaldıysa suçlu o oluyor ama sonuçta bakım bir ekip işi. Bu asistandan başlayıp, personele kadar gidiyorsa, hata faktörü de bir ekip işi aslında. Çok yargısız ve ağır infazlar oluyor. Olmamalı. Fırsat olarak görülmeli. Bireysel olarak algılandığı için bu da hata bildirimlerinin çok düşük oranlara inmesine neden oluyor.” (K16)

“Kayıt altına almak gerekiyor. Nedenleri, niçinleri sorgulanmalı, analiz yapılmalı. Hatanın sebebine yönelik de çözümler oluşturulmalı bence...” (K20)

“Hatadan ders çıkarma/çözüm bulma/düzenleme yapma” alt teması ile ilgili ifadeler (n=4);

“... Yenidoğanda bir bebeğe yanlış uygulama yapılmış. Fakat hiçbir şey yapılmayıp, sadece hemşirenin yer değiştirilmiş. Bunlar bence yanlış uygulamalar. Kişiler yanlış uygulama yapınca başka bir çözüm, başka bir yöntemler bulunması lazım ki kişiler “yanlış tedavi yüzünden buradan kurtuldu” algısında olmasın. Böyle şeyler olmaması lazım. Ama böyle yani. Yer değişikliği ile kapandı mevzu.” (K11)

“... Bu hata niye oldu? Bunları araştırmak yerine hatayı kim yaptı? Sen suçlusun, kötüsün, iyi çalışmıyorsun. Böyle yaftalar yapıştırıyoruz. Ama hatanın ne sonuçlara ulaştığı yok...” (K19)

“Geçmiş iyi okumamız lazım bence. Çünkü yapılacak tüm hatalar geçmişte yapılmıştır. Onlardan ders çıkarmamız, onlara yönelik eğitimler çok önemli.” (K5)

Tema 2. Hata Yapan Kişiyeye Yaklaşım

Hemşireler tıbbi hata yaşanması ve hatanın bildirilmesi sonucu; farklı bir klinikte görevlendirilerek veya diğer sağlık profesyonelleri tarafından mobbinge uğrayarak cezalandırıldıklarını; haklarında tutulan tutanakla birlikte soruşturma yoluyla yasal süreç başlatılabildiğini ifade etmişlerdir. Ancak, hemşireler hangi yasa doğrultusunda cezalandırıldıkları hakkında bilgi sahibi olmadıklarını dile getirmişlerdir. Hemşirelerin hata yapan kişiyeye yaklaşım ile ilgili alt tema ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Cezalandırma” alt teması ile ilgili ifadeler (n=5);

“Hata sonucu bildirim kişiyeye ceza olarak dönebilir belki. O da onu isteyerek yapmadı sonuçta. Ama ben bunu forma döktüğüm zaman; forma döktüm, kendi yöneticime bildirdim, kendi yöneticim bir üst yöneticisine bildirdi. Bu size kadar geldi. Bu değerlendirildi. Napalım. Başka bir kliniğe gönderelim. Bu çözüm olmamalı.” (K6)

“... Tabi doktorlarımızın haberi oldu ve doktorlarımız bana altı ay boyunca mobbing uyguladı. Sen hastaya dokunmuyorsun değil mi? Sen hastaya bunu yapmıyorsun değil mi? Altı ay sonunda artık şey dedim doktorumuza; doktor bey lütfen

artık bu cümleyi kurmayın. Çünkü ben çalışamıyorum. Psikolojik olarak yıpranıyorum. Sonrasında kesti.” (K7)

“... Belki de şunu yapıyoruz. Yanlış bi ilaç uyguladım mesela, servisteki kıdemliler; bunu mu yaptın? Yanlış mı yaptın? Sürekli hani mobbing demeyelim de, hani bi yüzüne vurma derler ya, utanç duyurma...” (K23)

“Yasal süreç başlatma” alt teması ile ilgili ifadeler (n=5);

“... Nöbetlerin o kadar uzun saatler olmaması; 24 saat nöbet tutan yerler var. İnsanın tabi ki dikkati dağılır, tabi ki hata yapar. Hem o kadar saat çalıştırıp, hem de hata yaptığında tutanak tutmak yönetimin çakıştığı nokta. Listeyi onaylayan onlar çünkü. Tutanağı tutan da onlar. Bu durumda aslında çalışan daha çok mağdur durumda...” (K2)

“Hukuki boyutunu ben de çok bilmiyorum ama. Bi kaç tane medyada gördüğümde, erkek hemşire tutuklanmıştı. Yenidoğan yoğun bakımda ağız bakımı yaparken, yaptığı ıslak mendil mi, gazlı bezi çocuğun boğazına kaçıyor, bunu söylemiyor ve bir gün sonra çocuk arrest oluyor. Bu nedenle bir tutuklama olmuştu. Türk Hemşireler Derneğinin de bu konuyla ilgili sürece dâhil olduğunu duymuştum. Hatanın boyutuna göre bir cezalandırma oluyor işte. Doktor boyutunda ben çok ceza görmedim. Geçenlerde gördüm bi çocuğa azot verilmiş oksijen yerine; yine takipsizlik kararı, doktora soruşturma açılmaması kararı çıkıyor genelde. Ama hemşire boyutunda davalık bir şeyler oluyor diye biliyorum.” (K1)

“Hukuka yansıyan tıbbi hatalarda; hekimlere, bize, personelin hepsine aynı mevzuata göre soruşturma açılıyo. Yani belki maaştan kesme öyle cezalar veriliyo. Yataklı Tedaviler Yönetmeliği var, orda şeyler yazıyo. Ne alır? Hangi şeye göre? Ama bu soruşturma açılıp, açılmayacağına göre de değişir. Belki soruşturmaya bile gerek görmeyecekler. Hiçbir şey de olmayabilir. Soruşturma açılırsa; soruşturmada kişinin savunması dinlenir, yani meslekten uzaklaştırmaya kadar gidebiliyo. Veya en basit kınama cezası verilir.” (K11)

Bağlam 4. Tıbbi Hataların Önlenmesi

Hemşirelere tıbbi hataların yaşanmaması için neler yapılması gerektiği ile ilgili soru sorulmuş, bu soruya verdikleri cevapların analizi doğrultusunda tıbbi hataların önlenmesi bağlamı ve bu bağlama ait tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Yapılan

içerik analizi sonucu bu bağlam altında; **“Bireysel Önlemler, Kurumsal Önlemler ve Sağlık Sistemine Yönelik Önlemler”** temaları ortaya çıkmıştır. **Bireysel önlemler** teması altında; **“mesleki kimlik kazanma ve mesleki gelişim”** alt temaları, **kurumsal önlemler** teması altında; **“kurumsal düzenleme ve çalışanlara destek sağlama”** alt temaları ve **sağlık sistemine yönelik önlemler** teması altında **“hemşirelik eğitiminin niteliğinin artırılması ve sağlık politikalarının iyileştirilmesi”** alt temaları ortaya çıkmıştır (Tablo 4.6.).

Tema 1. Bireysel Önlemler

Hemşireler; mesleğe bakış açısını değiştirme, sorumluluk alma, sorgulama ve yaptığı işe saygı duyma gibi yollarla mesleki kimlik algısının güçlendirilmesini; bilgi eksikliğinin giderilmesi ve kendini geliştirme ile mesleki gelişim sağlanmasını tıbbi hataların önlenmesine yönelik bireysel önlemler olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin bireysel önlemler ile ilgili alt tema ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Mesleki kimlik kazanma” alt teması ile ilgili ifadeler (n=8);

“... Önce kendimizde mesleğe bakış açımızı değiştirmemiz gerekiyor. Şuradan bir hemşirelik fakültesine gitsek; öğrencilerin hepsi kimi aile ısrarıyla olabilir, kimi orta halli bir iş bulabileceği için olabilir bu mesleği tercih etmiş...” (K16)

“Hemşire yani bizim meslekte şey vardır; 28 yıllık hemşireyim ben. Bunu söyleme hakkını kendimde buluyorum. Hemşire kendi yaptığı işini küçümser. Bunu ben de yaptım. Öz eleştiri yapacak olursak ama. Yıllar geçtikçe, gördükçe ne kadar önemliymiş yapılan diyosun. Yani hemşire çok önemlidir. Hemşirenin yaptığı çok çok önemlidir. Hemşire; doktor direktif verip, onu uygulayan kişi değildir. Böyle bişiy yoktur. Hemşire sorgular, hemşire bilir, hemşire kültürlüdür. Yani mesleğiyle, duruşuyla, kültürüyle bi bütündür. Ve hastaların, hasta yakınlarının, doktorun, kendi meslektaşının, personelinin saygınlığını kazanır. Kendini önemli görmeli. Yaptığı iş önemli. Yani benim yaptığım iş çok çok önemli, oradan bir doyum sağlıycak, önemli olduğu için çok güzel hizmet verecek, hata yapmıycak.” (K21)

“... İnsanlara sorumluluk vermek lazım. Sorumluluklarının bilincinde olmaları lazım. Bunun için eğitimler düzenlenmesi gerekiyor...” (K7)

“Mesleki gelişim” alt teması ile ilgili ifadeler (n=6);

“... Yaptığımız işte kendimizi geliştirmek çok önemli. Yeni gelen hemşirelere de söylüyorum. Verdiğiniz ilacın ismini öğrenmeyin, nedir? Niçin veriliyo? Etki maddesi nedir? Bi şey olduğu zaman napabiliriz? Nasıl uygulanıyo? Başka muadilleri var mı? ... Mesleğimizi sevmemiz ve kendimizi geliştirmemiz gerekiyor. Kendimizi geliştirdiğimiz zaman; bi doktor bi şey söylediği zaman; bunu söylüyorsunuz ama bu buna uygulanmaz, bu bunla yapılmaması lazım. Yanlış yapıyoruz, yanlış uyguluyoruz. ... Benim işim intraket takmak, tansiyon ölçüp gitmek değil. Ben bunu yapmıyorum, ben karşımdaki insana hayat vermeye çalışıyorum. O yüzden kendimi ne kadar doldurursam karşı tarafa da o kadar fazla vercem. O yüzden hemşirenin önce kendisini eğitmesi gerekiyor, kendini doldurması gerekiyor ki karşı tarafa da o güzelliklerini sunabilsin. (K23)

“... Kendi isteğimle Acile geçtim, KVCYB’ye verdiklerinde. Dedim ki benim kendimi eğitmem lazım ben hiçbir şey bilmiyorum. ... Ben kendi eğitimime bakıyodum mesela hiç bir şey bilmiyorum. Sorarak, isteyerek, severek bi şeyleri yapmaya çalışıyosun. Yeterli misin belki değilsin ama eskiden bir sorgulama gibi bi şeyimiz vardı, sorgulayabiliyoduk. ablanın en önemli yaklaşımı bize mesela dosya inceleyin derdi. Hastaya Potasyum verilecek mesela, bakacaksın sonucuna ve değerlendireceksin derdi. Sorgulayarak bazı hatalı uygulamaları değiştirebiliyoduk. Acilden kalan bir alışkanlık bende. Hala bakarım hastanın değerlerine. Bu istek ve baştan verilen eğitimle oluyo...” (K8)

Tema 2. Kurumsal Önlemler

Hemşireler; kurumun genelinde standart bir uygulama düzeni geliştirilmesi, bu düzenin denetlenmesi ve kontrol edilmesi, kurallar konulması, çalışanlara yönelik hizmet içi ve oryantasyon eğitimleri verilmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, kurumun sahip olduğu teknik ve teknolojik alt yapının iyileştirilmesi gibi kurumsal düzenlemeleri; çalışanların bilimsel, psikososyal, görevleri yönünden gelişimi ve ekip iletişiminin arttırılması için çalışanlara destek sağlanmasını tıbbi hataların önlenmesine ilişkin kurumsal önlemler olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin kurumsal önlemler ile ilgili alt tema ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Kurumsal düzenleme” alt teması ile ilgili ifadeler (n=29);

“Çalışan açısından; özellikle uzun yıllar çalışma saatlerinin düzenlenmesi gerekir. Nöbetlerin o kadar uzun saatler olmaması; 24 saat nöbet tutan yerler var. İnsanın tabi ki dikkati dağılır, tabi ki hata yapar. ... Uzun süre aynı yerde çalışmamalı mesela. Gibi düzenlemeler olabilir.” (K2)

“Bi de hastane genelinde, genel bir uygulama düzeni olması lazım... Serviste ya da işte nerde çalışıyorsak bir düzen oluşturulur ve olabildiğince denetim arttırılarak hata olmaması için gerek yazılı, gerek bilgisayar üzerinden işleyiş sağlanmalı ki hatalar olmasın. ... Hastane genelinde bir uygulama düzeni kurulmalı.” (K1)

“Kurallar. En üst aşamada tutulmalı. Kural neyse ona uyulmalı. Ama çok fazla esneklik var.” (K16)

“Yani ben de hastanın, hastaneye girdiği andan taburcu olduğu ana kadar tamamen bir kontrol sistemi kesinlikle olması gerektiği. Yani her alanda, her birimin yani. Bu şekilde olması gerektiğini düşünüyorum. Her zincirde hata olabilir. Hepsinin tek tek kontrolünü...” (K20)

“... Dediğim gibi standartlarımız yok, onları bi oluşturmak lazım. Rocephin, biz 100'lükle yapıyoruz. Dilüe edilmeli yazıyo. Hani cc yazmıyor ama dilüe edilmeli. Sen bunu fazla bir SF'le yapacaksın. Bu 10'luk bir SF değil. 10'luk SF yetmiyor ona, yetiyo olsa puşe yazar. Öbür tarafa gidiyoruz 10'lukla puşe, ortopedi mesela. ... Yani diyorum ya gerçekten kırılmayan bir zincir var. Eskiler alışmış devam ediyö, literatür sürekli değişiyö, yenilikler geliyor...” (K22)

“... Nasıl çözülür? Kesinlikle hizmet içi eğitim şeklinde. Tüm bölümleri toplarlar; Ürolojide yapılan ameliyatlar, Genel Cerrahide yapılan ameliyatlar işte Plastikte yapılan ameliyatlar gibi...” (K11)

“... Bir oryantasyon eğitimi aslında. Beyin cerrahisinde biz şunu yapıyoruz; bir hemşire en az üç dört ay asla yalnız bırakmıyoruz. Önce bakıma alıyoruz; tansiyonu nasıl ölçüyo? Hastaya dokunabiliyo mu? Aslında o çok önemli, bir hemşirenin hastaya dokunabilmesi lazım. Alt değiştirebiliyor mu? Ondan tiksiniplik tiksinmemesi, yüz ifadesi onlara bile dikkat ediyoruz. Üç dört ay böyle geçiyö. Sonra bi yalnız bırakıyoruz. Sonra tedaviye alıyoruz. ... Keşke her klinikte böyle olsa.” (K22)

“Cihazlar bozulmadan kalibre edilmiyor. Bu düzenli olmalı. Belirli bir ay ya da yıllık nasıl oluyorsa. Rutine girmeli. Sadece tamir için gittiğinde bakılıyor. ... Onların rutin olması gerekiyor...” (K4)

“...Biz cihazları hep kontrol ederek kullanmaya çalışıyoruz. Ama tabii cihazların uzun süreli kullanılmadığı servisler de var. Çok uzun süreli defibrilatör kullanılmıyo mesela. Acil servis gibi bir yerde her gün kontrol ederdik zamanında. Ama cerrahi servisi gibi bir yerde haftada bir kontrol ediyoruz...” (K28)

“Kullandığımız bilgisayar sistemi güzelleştirilebilir bence içinde hatalar vardır ve tıbbi hataya sebebiyet veriyordur. Bunları daha da iyileştirecek çalışmalar yapılabilir.” (K5)

“Çalışanlara destek sağlama” alt teması ile ilgili ifadeler (n=8);

“Çalışanların motivasyonunu arttıracak çalışmalar yapılabilir yönetim tarafından bu çok önemli. Bir de herhangi bir mobbing varlığı; var mı? Yok mu? Ona yönelik bir araştırma yapılabilir belki. Nasıl ortaya çıkacak bilinmez ama. Çünkü bazıları söylemeye çekiniyor.” (K5)

“Mesela hemşire üzerindeki bu kırtasiye işlerinin kesinlikle alınması gerekiyor bence. Çok fazla kırtasiye işi var. Hastanın mülkiyetini almak. Neden benim görevim. Her şeyden hemşire sorumlu. Benim işim olmamalı.” (K14)

“... Tıbbi hataların olmaması için doktor, hemşire, hasta bakıcı, temizlik elemanı o zincirin arasında iletişimin çok iyi olması gerekiyor. Kopuk olmayacak. Evet herkes yerini yurdunu bilecek, laçka sistem olmayacak ama iletişim çok iyi olacak. ... Çünkü biz orda hasta için birlikteyiz. Hepimizin amacı o. Kimse kimseyi küçümsemeyecek. ... Ben böyle sistem olduğunda, hatanın olmasını düşünemiyorum.” (K21)

Tema 3. Sağlık Sistemine Yönelik Önlemler

Hemşireler; donanımlı hemşireler yetiştirilebilmesi için okullarda pratik deneyimlerinin desteklenmesi, hemşirelikte uzmanlık alanlarının sahada aktif kullanımının sağlanması ve hemşirelik eğitiminin sadece lisans düzeyinde verilmesi gibi düzenlemelerle hemşirelik eğitiminin niteliğinin artırılmasını; yeterli sayıda sağlık profesyoneli istihdamı ve çoğunlukla kadınlar tarafından tercih edilen hemşirelik mesleğinde cinsiyete bağlı güç sorununun ortadan kaldırılması yönünde

sağlık politikalarının iyileştirilmesini tıbbi hataların önlenmesine ilişkin sağlık sistemine yönelik önlemler olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin sağlık sistemine yönelik önlemler ile ilgili alt tema ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Hemşirelik eğitiminin niteliğinin artırılması” alt teması ile ilgili ifadeler (n=5);

“... Ben zaten yüksek lisans yapıyorum. ... Hasta ameliyata gidecek damar yolu aç diyorsun, hastaya damar yolu açamıyor. Ve ikinci dönem staja çıkacak, üniversite öğrencilerine rehberlik yapacak. Hocalık yapacak. Öğrenci geldiğinde hocam diye geliyor, ben damar yolu açamadım bir bakar mısınız dediğinde ne yapacak bu insan...” (K7)

“Mesela lise mezunu hemşireler de hastanede çalışıyor. Bence bunun olmaması gerek. Sonuçta bir makineye değil, insana bakıyoruz. Daha yüksek bir eğitim alınması lazım. Eğitim seviyesinin artması diyebilirim.” (K13)

“Eğitim şeklinin farklılaştırılması gerekir. Mesela dördüncü sınıfa gelmiş arkadaşımız, mezun olacak bir kere damar yolu takmış. Eğitim sürecinde daha deneyimli hala getirilmesi gerekir...” (K14)

“... Ben hemşirelerin de kendi içlerinde, alanlarında uzmanlaşmalarının tıbbi hataları azaltacak bir yöntem olduğunu düşünüyorum. En son intörnlük sistemini getirdiler, bence bir kademe ilerledi ama etkili uygulanmıyor. 7-8 tane ana daldan oluşan bir hemşirelik eğitimi alıyoruz. Yetersiz. ... Branşlaşmalı, kesinlikle branşlaşmalı. Neyse üç yıl, dört yıl temel hemşirelik eğitimi üzerine, bir yıl, iki yıl sadece refakat ile çalışılması gerektiğini düşünüyorum.” (K19)

“Sağlık politikalarının iyileştirilmesi” alt teması ile ilgili ifadeler (n=6);

“...Personel yetersizliği; son zamanlarda yaşamıyoruz bu durumu ama. Personel yetersizliği. Yani yıllardır yaşadık beraber. İş yükümüzün fazla olması. Bunları ne kadar azaltırsak, hataları da o oranda azaltırız diye düşünüyorum.” (K28)

“...Sağlık politikalarında değişiklik, çalışma alanlarının düzeltilmesi, yeterli teçhizat, çalışan sayısının yeterli olması bence bunlar. Bilgi çok önemli tabi. Doğru şekilde yetiştirebilmek önemli.” (K14)

5. TARTIŞMA

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin; tıbbi hataya ilişkin bilgilerini, eğilimlerini, tutumlarını tespit etmek ve tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata bilgilerine, eğilimlerine ve tutumlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata, tıbbi hata nedenleri ve yönetimine ilişkin görüşlerine yönelik bağlam, tema ve alt temaların tartışılması

5.1. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Bilgilerine, Eğilimlerine ve Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bilgi eksikliği, tıbbi hataya eğilimi ve hata yaşanması durumunda sergilenecek tutumu etkileyen bir faktör olarak insana bağlı tıbbi hata nedenleri arasında gösterilmektedir (40,65,164). Literatürde, hemşirelerin tıbbi hata bilgisini inceleyen çalışmalar bulunmamaktadır. Araştırmamızda hemşirelerin tıbbi hata bilgilerinin doğruluğuna yönelik yapılan değerlendirmede; araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu “Tıbbi hataların önlenmesine ilişkin aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?” (Soru 5) sorusuna yanlış cevap vermiş (Bkz. Tablo 4.2.) ve yanlış yanıt olarak en fazla “*kanıta dayalı uygulamalar yaygınlaştırılmalıdır*” yanıtını işaretlemiştir. Bununla birlikte araştırmanın nitel bölümünde hemşireler, bilgi eksikliğinin giderilmesi ve kendini geliştirme ile mesleki gelişim sağlanmasını tıbbi hataların önlenmesine yönelik bireysel önlem olarak ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.6.). Kanıta dayalı uygulamaların bakım kalitesi ile birlikte hasta güvenliğini artırdığı bilinmektedir (165). Hastaya yapılan işlemlerde tıbbi hataların artması, kanıta dayalı uygulamaları zorunlu kılmakla birlikte kanıta dayalı uygulamalar sağlık profesyonelleri tarafından çok fazla bilinmemekte ve kullanılmamaktadır (166). Yılmaz ve Gürler (167) tarafından cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle yapılan araştırmada; hemşirelerin sadece %4,04’ünün hasta bakımlarını araştırma sonuçlarını dikkate alarak yaptıkları ve %74,2’sinin bilgiye deneyimli hemşirelere sorarak ulaştıkları tespit edilmiştir. Şadi (166)’nin çalışmasında, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin

kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılmasını tıbbi hataların önlenmesine ilişkin bir yöntem olarak görmemeleri, kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili bilgilerinin kısıtlı ve tıbbi hataların önlenmesinde ne tür bir etkisinin olduğunu bilmediklerini düşündürmüştür.

Hemşirelerin yarıdan fazlası, “Aşağıdakilerden hangisi/leri sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hatalardandır?” (Soru 2) sorusuna yanlış cevap vermiş (Bkz. Tablo 4.2.) ve en fazla “*sözel istem verilen ilacın yanlış dozda uygulanması ve yüksek riskli ilaç uygulamalarında hastanın yetersiz izlemi*” yanıtlarını işaretlemişlerdir. Hemşireler “*intravenöz kateter takılmasında uygun olmayan aseptik tekniğin takip edilmesi*” yanıtını sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hata olarak görmemişlerdir. Sözel istem, ilaç hataları için yüksek risk oluşturan durumlardan bir tanesidir ve sözel isteme bağlı meydana gelen hatalarda hemşirenin olduğu kadar hekimin de sorumluluğu bulunmaktadır (99). Bir hemşirenin “... *Sözel order. İşte 206’ya Clexane 0,6. Allahtan sorumlu hemşiremiz orda oturuyor. Biz sözel order almayız. Sorumlu hemşiremiz dedi ki o ilacı yapın önemli; demek ki hasta emboli atacak, CV verir, yapalım. Götürdük 206’ya 0,6 Clexan yaptık. Vizit atıldı. O hastaya değildi yanlış yapmışsın... Kime yapcaktık? Beşe ya da dörde...*” (K22) ifadesinden anlaşıldığı üzere sözel istemlerde, istemi veren ve alan olmak üzere iki taraf bulunmakta ve hata iki taraftan da kaynaklanabilmektedir. Diğer taraftan yüksek riskli ilaçların hastaya verebileceği zararlar, ilacın farmakokinetik ve farmakodinamiğine hastanın cevabı ile ilişkilidir. Çoğu yüksek riskli ilaç dar terapötik indekse sahip olup; kolaylıkla diğer ilaçlarla, gıdalarla ve reçetesiz satılan ürünlerle etkileşime girmektedir. Bu durum, yüksek riskli ilaç kullanımında karmaşık doz ayarlama protokolleri kullanımını, laboratuvar değerleri izlemine ve hastanın yakın takibini gerektirmektedir (168). Dolayısıyla yüksek riskli ilaç uygulamalarında, hasta izleminde hekimin de sorumluluğu bulunmaktadır. Küçükakça (99) tarafından yürütülen çalışmada, hemşirelerin yüksek riskli ilaç kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Hemşireler tarafından ilaç uygulamalarına yönelik; sözel istem ve yüksek riskli ilaç uygulamalarına ilişkin ifadelerin sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hatalar olarak görülmesi, ilaç hatalarını uygulama esnasında yapılan hatalar olarak gördüklerini ve ilaç uygulamalarından kaynaklanan hataların; ilacın istem verilmesinden hasta üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesine

kadarki tüm süreçlerde meydana gelebileceği ve bu süreçlerde yer alan tüm sağlık profesyonellerinin hataya neden olabileceği ile ilgili bilgilerinin kısıtlı olduğunu düşündürmüştür.

Araştırmamızda “Tıbbi hatalarla ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?” (Soru 1), “Aşağıdakilerden hangisi/leri sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hatalardandır?” (Soru 2) ve “Aşağıdakilerden hangisi tıbbi hataya neden olan sağlık sistemi kaynaklı sorunlardan değildir?” (Soru 4) sorularına doğru yanıt veren cerrahi klinik ve yoğun bakım hemşireleri arasında anlamlı fark bulunmuştur Birinci sorudaki fark cerrahi kliniklerde çalışan, ikinci ve dördüncü sorulardaki fark yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerden kaynaklanmaktadır (Bkz. Ek Tablo 1.). Yoğun bakım hemşirelerinin sorulara daha fazla doğru cevap vermiş olması, yoğun bakım ünitelerinde klinik durumlara müdahalenin ve hemşirelik bakım uygulamalarının fazla olmasının, hemşirelerin tıbbi hata deneyimlerini güçlendirmesinden kaynaklanmış olabilir.

Bulduğu cerrahi birimde çalışma süresi bir yıldan az olan hemşirelerin “Hasta Güvenliği Uygulamalarından olan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” kullanımı ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?” (Soru 7) sorusuna daha az, 11 yıl ve üzeri çalışanların ise en fazla doğru cevap verdiği tespit edilmiştir (Bkz. Ek Tablo 1.). DSÖ (6)’nın raporuna göre, iyileştirilmiş hasta güvenliği önlemlerinin bir sonucu olarak, son 50 yılda ameliyattan kaynaklanan komplikasyonlara bağlı ölümler azalmakla birlikte; düşük ve orta gelirli ülkelerde hala yüksektir. Tıpta yaygın bir tedavi yöntemi olarak kullanılan cerrahi tedavilere bağlı gelişen komplikasyonları önlemek, gerçekleştirilecek her ameliyat için hasta güvenliğinin göz önünde bulundurulmasını sağlamak ve cerrahi ekibin iletişimini artırmak amacıyla, DSÖ tarafından 2009 yılında GCKL yayımlanmıştır (21). Haugen ve ark. (169)’larının yürüttüğü çalışmada; GCKL kullanımında komplikasyon oranının %19,9’dan %11,5’e düştüğü tespit edilmiştir. Kesgin ve ark. (170)’ları tarafından ameliyathane ekibi ile yapılan çalışmada; GCKL’nin klinikten ayrılmadan önceki bölüm hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olunmadığı ve liste kullanımı konusunda engellerle karşılaşıldığı tespit edilmiştir. Araştırmamızın bu bulgusu cerrahi birimde çalışma süresi kısa olan hemşirelerin GCKL kullanımı ile ilgili henüz yeterli bilgiye ve deneyime sahip olmadıklarını düşündürmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük ve HTHEÖ'nün “ilaç uygulamaları ve transfüzyon” alt boyutunda eğilimlerinin en düşük olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.3.). Araştırmamızın bu bulgusu, cerrahi (40,41), dahili (112) ve hem cerrahi hem dahili (129,171) kliniklerde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir. Tıbbi hatalar içinde en sık karşılaşılan, sağlık profesyonelinin kontrolünde olan ve hasta güvenliğini tehlikeye atan ilaç hatalarının; kalıcı sakatlık ve ölüme sebebiyet verdiği ve hastaların hastanede kalış süresini uzattığı bilinmektedir (18,172,173). İlaç hataları hemşirelerin en fazla karşılaştığı (173) ve hukuki süreçlerle karşı karşıya kaldığı (41) hata türüdür. Hemşireler en fazla ilaçların uygulanması sürecinde hata yapmaktadır (173). Hemşireler tarafından sık yapılan ilaç uygulama hataları; yanlış doz ilaç uygulanması (174), ilaç dozunun atlanması (175), yanlış zaman (176), yanlış ilaç (177), yanlış hasta (178) ve yanlış yol (179) olarak belirtilmektedir. Çalışmamızda hemşirelerin ilaç uygulamaları ve transfüzyon alanında tıbbi hata eğilimlerinin en az olması (Bkz. Tablo 4.3.); ilaç hatalarının hemşirelerin sık karşılaştıkları hata türü olması nedeniyle bu konuda farkındalıklarının yüksek olduğunu ve güvenli ilaç uygulama ilkelerine dikkat ettiklerini düşündürmüştür.

Araştırmamızda hemşirelerin HTHEÖ hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutundan, diğer alt boyutlara göre düşük puan almış olmasına yönelik (Bkz. Tablo 4.3.) hasta izlemi ve malzeme güvenliği alanında hata yapma risklerini arttırdığı söylenebilir. Hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyut ölçek maddeleri incelendiğinde en düşük puanları; sarf malzemelerin miat kontrolü, cihaz ve ekipmanların bakımı ve çalışır durumda olduklarının kontrolü ile ilgili maddelerden aldıkları tespit edilmiştir (Bkz. Ek Tablo 2.). Tıbbi hataların önlenmesine ilişkin kurumsal önlemler kapsamında bir hemşire, “...Biz cihazları hep kontrol ederek kullanmaya çalışıyoruz. Ama tabii cihazların uzun süreli kullanılmadığı servisler de var. Çok uzun süreli defibrilatör kullanılmıyo mesela. Acil servis gibi bir yerde her gün kontrol ederdik zamanında. Ama cerrahi servisi gibi bir yerde haftada bir kontrol ediyoruz...” (K28) ifadesini kullanmıştır. Hastanın tedavi ve takip sürecinde; miadı geçmiş sarf malzeme kullanımı, acil durumlarda ihtiyaç halinde çalışmayan cihaz ya da güvenli olmayan cihaz kullanımı hasta güvenliğini ciddi anlamda tehdit edebileceği gibi hemşireleri adli süreçlerle karşı karşıya getirebilmektedir (41,112). Knisely ve

ark. (180)'larının, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA: Food and Drug Administration) tarafından yayımlanan tıbbi cihaz kullanımından kaynaklı istenmeyen olaylara ilişkin raporunu değerlendirdikleri çalışmalarında; cihazı aktive etme, konumlandırma, ayırma ve cihaz kullanım sorunlarının istenmeyen olaylar olduğu belirtilmiştir. Malzeme ve cihaz kullanımı ile ilgili; kullanılan sarf malzemelerin kullanım öncesi miat kontrolünün yapılması, tüm cihazların düzenli bakım ve kalibrasyonlarının yaptırılması, cihazların kullanımdan önce kontrol edilmesi önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarla (40,41,171) benzerlik gösteren araştırmamızın bu bulgusu, hemşirelerin daha çok tedavi ilişkili tıbbi hataların önlenmesine odaklandıklarını, hasta bakım sürecini olumsuz etkileyebilecek malzeme ve tıbbi cihaz kullanımından kaynaklanan istenmeyen olaylara ilişkin konuların hizmet içi eğitimlerde yeterince vurgulanmadığını düşündürmüştür.

Araştırmamızda meslekte toplam çalışma süresi 1 yıldan az olan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin 1 yıldan fazla çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4.). Literatürde yeni mezun hemşirelerin; deneyimsizlik, mesleki bilgi yetersizliği ve beceri eksikliğine bağlı yüksek tıbbi hata yapma eğilimine sahip olduğu vurgulanmaktadır (181,182,183). Dikmen ve ark. (184)'nın çalışmasında, hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu tespit edilmekle birlikte; mesleki deneyimi az olan ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Literatür çalışmaları ile farklılık gösteren araştırmamızın bulgusu; sağlık hizmetleri alanında ulusal ve uluslararası düzeyde tıbbi hataya odaklı ve hasta güvenliğini önceleyen yaklaşımın benimsenmesi beraberinde, sağlık profesyoneli yetiştiren öğretim kurumlarının eğitim müfredatlarında (185) hasta güvenliği konusuna yer vermelerinden kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri cerrahi yoğun bakım hemşirelerinden daha düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4.). Cerrahi yoğun bakımda takip gerektiren hastalarda; cerrahi girişimin özelliği, eşlik eden kronik hastalık varlığı, kullanılan ilaçlar ve hayati bulguların anlık değişimi gibi durumlar yoğun bakım ve yakın izlem ihtiyacını artırmaktadır (30,186). Bu durum yoğun bakım hastasının özellikleri, teknolojik cihaz kullanımının fazla olması ile karmaşık tedavi ve

bakım süreçleri gibi nedenlere bağlı hemşirelerin tıbbi hata yapma veya tıbbi hataya tanık olma deneyimlerinin olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarının olumlu olduğu ve en az olumlu tutum sergiledikleri alt boyutun “*tıbbi hata algısı*” olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.). Alaman (36)’ın araştırmasında hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik olumlu tutum sergiledikleri, tıbbi hataların ve hata bildiriminin öneminin farkında oldukları belirtilmiştir. Korhan ve ark. (37)’ları tarafından yürütülen bir başka çalışmada, hemşirelerin tıbbi hata tutumları olumlu bulunmuştur. Benzer şekilde farklı kliniklerde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmalarda, hemşirelerin tıbbi hata tutumları olumlu tespit edilmiştir (3,38,78,187,188). Çevik (79) tarafından yürütülen çalışmada ise hemşirelerin hasta güvenliği tutumunun HGK’yi olumlu etkilediği tespit edilmiştir. Literatür bulguları ile benzerlik gösteren araştırmamızın bu bulgusu, hemşirelerin tıbbi hata nedenleri ve tıbbi hata yaşanması durumunda hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilenmesi konularında farkındalıklarının olduğunu düşündürmüştür.

Hemşireler THTÖ tıbbi hata algısı alt boyut maddelerinden “*Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur*” maddesine ilişkin olumsuz tutum sergilemişlerdir (Bkz. Ek Tablo.2.). Araştırmamızın bu bulgusu yapılan çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir (3,36,38). Tıbbi hatalar sağlık bakım sisteminde hayati önem taşıyan konulardan bir tanesidir. Meydana gelen hataların, kişisel nedenlere göre değerlendirilmesi hatayla karşılaşan sağlık profesyonelinin endişe duymasına ve beraberinde yaşadığı korku nedeniyle hataları bildirmekten kaçınmasına yol açmaktadır (164,189). Hajibabae ve ark. (189)’nın ilaç hatalarının raporlanmasına ilişkin hemşirelerle yaptıkları çalışmada; hemşire başına hata raporlama oranı %1,3 ile hemşire başına ilaç hatası yapma oranından (%19,5) oldukça düşük bulunmuştur. Er ve Altuntaş (183)’ın yaptığı çalışmada ise hemşirelerin yarısından fazlası hatayı bildirmediğini ifade etmiştir. Hata yapan kişiye yaklaşımda suçlayıcı olmayan bir yaklaşım; hataların açık bir şekilde tartışılmasına ve hata nedenlerinin anlaşılmasına olanak sağlayacak, hataların tekrarlanmasını önlemeye yönelik strateji geliştirilmesinde yol gösterici olacaktır (36,164,189). Araştırmaya katılan hemşirelerin, hata yapan kişinin suçsuz olduğuna dair olumsuz tutum sergiledikleri bu bulgu; hemşirelerin çalıştıkları kurumda suçlayıcı olmayan hata bildirim kültürü

bulunmadığını veya mevcut kültürün etkinliği ile ilgili somut düzenlemeler yapılmadığını düşündürmüştür.

Araştırmaya katılan 22-29 yaş grubundaki hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarının, 30-39 ve 40 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerden daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4.). Yapılan çalışmalarda (38,190,191) yaşla tıbbi hata tutumu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı gösterilmiştir. Diğer taraftan yaşın deneyimi ve tıbbi hata farkındalığını arttırdığını, bu durumun tıbbi hataya eğilimi azalttığını ve dolayısıyla olumlu tutumun geliştiğini gösteren çalışmalar (35,183,192) bulunmaktadır. Literatürle farklılık gösteren bu durumun, son yıllarda hemşirelik eğitimi veren okulların müfredatlarında (185) hasta güvenliğine yönelik konuların yer almasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmamızda sözleşmeli çalışan hemşirelerin kadrolu çalışan hemşirelerden daha olumlu tıbbi hata tutumuna sahip oldukları saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.4.). Literatürde araştırmamızın bu bulgusunu destekleyen çalışma sonuçlarına rastlanmamıştır. Araştırmamızın bu bulgusu, sözleşmeli çalışan hemşirelerin işlerini kaybetme endişesiyle hatalar konusunda daha kontrollü davranmaya çalışmalarından kaynaklanmış olabilir.

5.2. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata, Tıbbi Hata Nedenleri ve Yönetimine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bağlam, Tema ve Alt Temaların Tartışılması

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata kavramına, tıbbi hata nedenlerine ve yönetimine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen odak grup görüşmelerinden elde edilen bulguların analizi sonucunda; “*Tıbbi Hata Algısı*”, “*Tıbbi Hata Nedenleri*”, “*Tıbbi Hata Durumunda Sergilenen Davranış*” ve “*Tıbbi Hataların Önlenmesi*” isimli bağlamları oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 4.6.).

5.2.1. Tıbbi Hata Algısı Bağlamı

Araştırmamızda tıbbi hata algısı bağlamında; “*yanlış eylemlerde bulunma*”, “*uygulamaları eksik yapma/yapmama*” ve “*hastaya zarar verme*” temaları ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.6.).

Yanlış eylemlerde bulunma teması altında “*yanlış uygulama ve tedavi yapma, yanlış kayıt tutma, yanlış hastaya uygulama yapma ve yanlış bilgiler verme/yönlendirme*” alt temaları elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6.). Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu tıbbi hatayı; hastanın bakım ve tedavisi esnasında yapılan yanlış uygulamalar olarak ifade etmişlerdir. Bazı hemşireler hastanın bakım ve tedavi sürecini etkileyebilecek hastaya ilişkin bilgilerin kayıt altına alınmasında yapılan hataları tıbbi hata olarak tanımlarken; bazıları da yapılan her türlü işlemin yanlış hasta üzerinde gerçekleştirilmesini tıbbi hata olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca bazı hemşireler, tedavi ve taburculuk sürecinde hastanın yanlış yönlendirilmesini ve birlikte çalıştıkları ekip arkadaşları tarafından yanlış bilgilendirilmeyi tıbbi hata olarak tanımlamışlardır.

Araştırmamızda “*yanlış uygulama ve tedavi yapma*” alt teması altında; yanlış intravenöz uygulama, yanlış ameliyat, yanlış taraf cerrahisi, yanlış ilaç uygulaması ve hasta bakımında yapılan hatalı uygulamalar tıbbi hata olarak tanımlanmıştır. Hemşirelerin HTHEÖ “ilaç uygulamaları ve transfüzyon” alt boyutunda eğilimlerinin en düşük olduğu tespit edilmekle birlikte (Bkz. Tablo 4.3.), yanlış uygulama ve tedavi yapma alt teması altında en fazla yanlış ilaç uygulamalarına değinilmiştir. Wundavalli ve ark. (193)’ları tarafından yapılan çalışmada en sık karşılaşılan ilaç hatalarının, uygulama hataları (%30) olduğu tespit edilmiştir. Ernawati ve ark. (194)’nın çalışmasında ise en sık yapılan ilaç hatalarının; %59’unun uygulama hataları olduğu ve bu hataların %2,4’ünün ciddi, %10,3’ünün önemli hatalar olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin ilaç uygulamalarına ilişkin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olması beraberinde, ilaç uygulama hatalarının hemşirelerin sık karşılaştığı hata türü olması ve yanlış uygulama ve tedavi yapma teması altında sık ifade edilmiş olması, hemşirelerin ilaç uygulamalarına ilişkin bilgilerinin yeterli ve farkındalıklarının fazla olmasına rağmen mevcut bilginin uygulamaya yeterince aktarılamadığını düşündürmüştür.

Hemşireler “... *Şey duymuştuk; sağ tarafta inguinal hernisi, sol taraf nerdeyse ameliyat edilecekti. Gibi böyle, bunlar da tıbbi hatalara girer.*” (K6) ifadesinde olduğu gibi yanlış ameliyat ve yanlış taraf cerrahisini tıbbi hata olarak tanımlamakla birlikte, hemşirelerin cerrahi hatalarda etkisine ilişkin bir görüş bildirmemişlerdir. Güvenli cerrahinin sağlanmasında önemli bir yere sahip olan GCKL kullanımında hemşirenin de sorumlulukları vardır. Örneğin GCKL’ye göre hasta klinikten

ayrılmadan önce hemşire tarafından ameliyat bölgesi işaretlemesinin kontrol edilmesi gerekmektedir (21,170). Çakmak ve ark. (151)'lerinin Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine bildirim yapılan hataları değerlendirdikleri çalışmalarında; cerrahi hataların görülme sıklığı bakımından ikinci sırada yer aldığı ve en sık bildirim yapılan cerrahi hata türünün ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan Saravi ve ark. (195)'lerinin çalışmasında ise, cerrahi kliniklerde en sık karşılaşılan tıbbi hata türünün uygun olmayan bakım (%37) olduğu belirtilmiştir. Bu durum, hemşirelerin yanlış taraf cerrahisini sadece doktordan kaynaklanan tıbbi hata olarak görmesinden ve hemşirelerin genel bakıma ilişkin sorumluluklarına odaklanarak cerrahi hastasının bakım ve izlemindeki ayrıcalıkları gözden kaçırmamasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda “*yanlış kayıt tutma*” alt teması altında; hastaya ait kayıtların yanlış oluşturulması, anamnezin yanlış alınması ve buna bağlı yanlış doktor istemi verilmesi, verilen yanlış istemin hemşirenin gözünden kaçması tıbbi hata olarak tanımlanmıştır. Hemşirelerden bir tanesi “... *Hastalardan anamnezin yanlış alınması, sonrasında orderların bize yanlış geçilmesine neden oluyor. Her gün orderın yenisini elimizle yazıp geçiriyoruz. Geçirirken gözümüzden kaçması hataya neden olabiliyor.*” (K8) ifadesiyle yanlış anamnezin kendi uygulamalarında hata yapmalarına neden olduğunu belirtmiştir. Tarhan ve ark. (196)'nın yapmış olduğu çalışmada yeni mezun hemşirelerin %35,2'si eksik anamnezi tıbbi hata olarak tanımlamıştır. Ülkü ve Türk (197)'ün çalışmasında ise, hemşirelerin %51,4'ü kayıt hataları ile karşılaştığını belirtmiştir.

“*Yanlış hastaya uygulama yapma*” alt teması altında sözel doktor istemi olarak verilen ilacın yanlış hastaya uygulanması ve hastaların karıştırılması tıbbi hata olarak ifade edilmiştir. Tıbbi hatalar içinde doktor istemlerine bağlı hatalara, sıklıkla ilaç uygulamalarında rastlanmaktadır. Hemşirelerin ilaç uygulamalarına ilişkin sorumluluğu, ilacın doktor tarafından istem edilmesi ile başlamaktadır (93). Aslan (58)'in, bir üniversite hastanesinde bildirim yapılan tıbbi hata/olayları “DSÖ Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması”na göre değerlendirdiği araştırmasında; ilaçlar ve intravenöz sıvılar ile ilgili en fazla bildirim yapılan hataların istem hataları olduğu tespit edilmiştir. Björkstén ve ark. (198)'nın, hemşireler tarafından yapılan ve malpraktis olarak değerlendirilen ilaç hatalarının niteliklerini inceledikleri bir

çalışmada, en yaygın yapılan hataların; yanlış doz (%41), yanlış hasta (%13) ve ilaç uygulamasının ihmali (%12) olduğu tespit edilmiştir. Özlü ve ark. (199)'ları tarafından yapılan çalışmada ise hemşireler arasında en çok yapılan ilaç hatalarından bir tanesinin doğru hastaya ilaç uygulanmaması (%34,7) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların karıştırılması ile ilgili yaşanabilecek hataların önlenmesinde, en önemli güvenlik önlemlerinden bir tanesi hasta kimliğinin tanımlanması ve hastaya uygulanacak işlemler öncesi hasta kimliğinin doğrulanmasıdır. Rebibo ve ark. (200) tarafından yapılan bir çalışmada, ABO uyumsuzluğu gerçekleşen 12 hastadan dördünde transfüzyon öncesi hasta kimliğinin hatalı tanımlanması sonucu reaksiyon geliştiği saptanmıştır. Araştırmamızda hemşirelerin bir kısmı, literatüre benzer şekilde yanlış hastaya uygulama yapılmasını tıbbi hata olarak tanımlamışlardır.

Araştırmamızda “*yanlış bilgiler verme/yönlendirme*” alt teması altında hemşireler, hasta ve hasta yakınlarına verilen eğitimlerde yanlış yönlendirme yapmayı ve kulaktan dolma bilgilerle uygulama yapmayı tıbbi hata olarak tanımlamışlardır. Hasta bakımının en önemli hedeflerinden olan komplikasyonların önlenmesi ve iyileşme sürecinin hızlandırılmasında; hasta ve hasta yakınlarının doğru, uygun, zamanında ve yeterli bilgilendirmesi önem taşımaktadır (201). Bu nedenle hasta ve hasta yakınlarının yanlış yönlendirilmesi sonucu yaşanabilecek istenmeyen sonuçlar tıbbi hata olarak nitelendirilebilir. Hemşirelerin tıbbi hata olarak ifade ettiği kulaktan dolma bilgilerle uygulama yapma, Reason (61)'in aktif hatalar olarak tanımladığı ve sağlık profesyonellerinin bireysel özelliklerine bağlı bilgi eksikliği ile açıklanabilir. Reason'a göre bilgi eksikliğinin önemli nedenlerinden bir tanesi bilgi güncellemede başarısızlıktır. Dolayısıyla kulaktan dolma bilgilerle yapılan uygulamalardan doğacak tıbbi hatalar aktif hatalar olarak ifade edilebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin çoğunluğu tıbbi hatayı tanımlarken “*yanlış*” kelimesini kullanmıştır. İnsan, etik, hukuk, tıp, eğitim ve yönetim gibi çok farklı boyutları olan tıbbi hata kavramı literatürde farklı şekillerde tanımlanmaktadır (4,5,7,8,9,10,48,49,50). Yapılan tanımlamalarda sıklıkla sunulan sağlık hizmetinin tüm aşamalarında; hastanın iyilik halini olumsuz etkileyen, risk oluşturan, yaşanan ve yaşanması muhtemel, kasıtsız beklenilmeyen olayların hasta üzerindeki etkilerinin; olumsuz olması, yaralanmayla sonuçlanması, olayın verdiği hasarın derecesi, süresi ve bu duruma neden olan sağlık profesyonelinin tutumunu belirten ifadeler

bulunmaktadır (2,5,6,8,50,140). Hemşirelerin tıbbi hata kavramı ile ilgili olarak sıklıkla “yanlış” ifadesini kullanması, algılamada “hata” kelimesinin eş anlamlısı olan “yanlış” kelimesini çağrıştırmamasından kaynaklanmış olabilir.

Uygulamaları eksik yapma/yapmama teması altında, “*hemşirelik uygulamalarını yerine getirmeme*” ve “*asepsi ilkelerini yerine getirmeme*” alt temaları elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6.). Hemşirelerin bir kısmı; hasta bakımında önemli olan ameliyat sonrası hasta pozisyonu, postüral drenaj, monitörizasyon ve oksijen takibi gibi bazı bakım uygulamalarının yerine getirilmemesinin tıbbi hata olduğunu ifade etmişlerdir. JCAHO (9)’nun tıbbi hata tanımında sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin mesleki uygulamalarda ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi ifadesi yer almaktadır. Hastanın ihtiyaç duyduğu bakımın tümünün veya bir kısmının ihmal edilmesi veya ertelenmesi karşılanmayan hemşirelik bakımı olarak tanımlanmaktadır (202). Hastanın gereksinim duyduğu hemşirelik bakımının çeşitli nedenlerle karşılanmaması; hasta güvenliğini ve hasta sonuçlarını olumsuz etkilemekte, önemli bir ihmal hatası olarak kabul edilmekte ve ceza davalarında taksirle işlenen suçlar kapsamında yer almaktadır (202,203,204). Kısıtlı sayıda hemşirenin; yapılması gerekirken yapılmayan veya eksik yapılan uygulamaları tıbbi hata olarak tanımlamış olması, tıbbi hata farkındalığının artırılması yönünde hata bildirim sistemlerinin etkin kullanılmadığını göstermektedir. Araştırmaya katılan iki hemşire, temizlik görevlilerinin temizlik yaparken bilgi eksikliğine bağlı asepsi ilkelerine uygun hareket etmediklerinde enfeksiyonun yayılmasına neden olduklarını ve bu durumu tıbbi hata olarak gördüklerini ifade etmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin tıbbi hataların sadece kendilerinden kaynaklı olmayabileceğini, sorumluluğu altındaki kişilerden de kaynaklanabileceğinin farkında oldukları düşünülebilir.

Hastaya zarar verme teması altında hemşireler; hastanın tedavi sürecini olumsuz etkileyen, hastaya fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerden zarar veren tüm negatif durumları ve bilinçsizce kasıtsız yapılan uygulamaları tıbbi hata olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin kullandığı tıbbi hatalarla ilgili zarar verme ifadesi literatürde sık kullanılan tanımlamalardandır (6,9,58).

5.2.2. Tıbbi Hata Nedenleri Bağlamı

Araştırmamızda tıbbi hata nedenleri bağlamında; *“insan ilişkili”*, *“kurum ilişkili”* ve *“sistem ilişkili”* temaları ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.6.).

İnsan ilişkili teması altında; *“iletişim yetersizliği, mesleki kimlik algısında yetersizlik, psikolojik durum ve eğitim/bilgi/tecrübe eksikliği”* alt temaları elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6.). Hemşireler, ekip içindeki yanlış anlaşılmalardan, doktorların kararlarının sorgulanmasından hoşlanmamasından, sözel verilen doktor istemlerinden ve hemşireler arasındaki kıdem farkından kaynaklı iletişim yetersizliğini tıbbi hata nedeni olarak belirtmişlerdir. İletişim yetersizliği insana bağlı tıbbi hataların en sık nedenlerinden birisi olarak gösterilmektedir (56,105,106,107). Sağlık profesyonelleri arasındaki zayıf iletişimin; ilaç hataları, tedavide gecikme ve yanlış taraf cerrahisine neden olduğu belirtilmiştir (205). Fidancı ve ark. (206)’larının çalışmasında; hemşire, doktor ve diğer sağlık personelinin aralarındaki hatalı iletişimin ve yaşanan iletişim problemlerinin tıbbi hatalara neden olduğu belirtilmiştir. Kahrıman ve ark. (56)’larının çalışmasında; hemşirelerin hekimlere ve diğer sağlık personeline bağlı iletişim eksikliği, sözel ve telefonla istem verme, istemlerin anlaşılmasında, kararların sorgulanmasından hoşlanılmaması, emrivaki tutum ve işi geciktirme ya da çağrıldığında gelmeme gibi nedenlerle hata yaptıkları belirlenmiştir. Sözlü, sözsüz ve yazılı türleri bulunan iletişimin her aşamasında yaşanabilecek aksaklıkların hata yapma olasılığını arttırdığı göz önünde bulundurulduğunda, literatür bulguları ile benzer şekilde hemşirelerin iletişim yetersizliğini tıbbi hata olarak görmeleri ve bu konuda yaşadıkları deneyimleri paylaşmış olmaları iletişimin önemini farkında olduklarını göstermektedir.

Araştırmamızda hemşireler; *“mesleki kimlik algısında yetersizlik”* alt teması altında mesleği sevmemeyi, isteksiz davranmayı ve sorumluluklarının bilincinde olmamayı ve *“psikolojik durum”* alt teması altında ise tükenmişlik, mobbing ve motivasyon azlığını dile getirmişlerdir. Mesleki kimlik, profesyonel kimlik olarak da tanımlanmakla birlikte özünde meslekle bütünleşmeyi ifade etmektedir. Fagermoen (207) profesyonel kimliği, hemşirenin hasta ile etkileşimlerine, eylemlerine ve hemşirenin düşünme şekline rehberlik eden, hemşire tarafından sahip olunan değerler ve inançlar olarak tanımlamaktadır. Olumlu mesleki kimlik algısının; meslekten doyum alma, mesleğe bağlılık ve memnuniyeti arttırdığı, tükenmişliği ve işten

ayrılmaları azalttığı belirtilmektedir (208). Mesleğe bağlılığı düşük olan kişilerin; yaptığı işten hoşlanma duygusu elde edemedikleri, mesleğine karşı bıkkınlık, isteksizlik, işten kaçma duygusu ve tükenmişlik hissettikleri ve mesleki sorumluluklarını yerine getirmedikleri belirtilmektedir (41,171). Alves ve ark. (209)'nın yapmış oldukları çalışmada; profesyonel hemşirelerin, hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol sahibi olacakları ve bu durumun duygusal tükenmenin azalmasını, yüksek iş memnuniyetini ve pozitif güvenlik iklimini destekleyeceği vurgulanmıştır. Mobbing, işyerinde işverenler ya da çalışanlar tarafından tekrarlanan saldırılar şeklinde uygulanan bir nevi psikolojik terördür. Mobbinge uğrayan bir hemşirenin iş verimi ve motivasyonunun azalması sonucu, hasta bakım kalitesinin azalması ve beraberinde hasta bireyin sağlığını olumsuz etkileyebilecek olayların ve tıbbi hataların meydana gelmesi kaçınılmaz olabilmektedir (210). Yapılan çalışmalarla (207,208,209) benzerlik gösteren araştırmamızın bu bulgusu, tıbbi hataların önlenmesi, olumlu HGK geliştirilmesi ve sürdürülmesinde insan ilişkili bu faktörlerin dikkate alınmasını gerektirmektedir.

“Eğitim/bilgi/tecrübe eksikliği” alt teması atında hemşireler; alışkanlıkların değiştirilmek istenmemesini, hasta ve hastalıklar hakkında yeterli bilgi sahibi olmamayı, yeterli deneyim sahibi olmamayı, yorgunluk ve dikkatsizliği insan ilişkili tıbbi hata nedeni olarak belirtmişlerdir. Tıbbi hataların insan kaynaklı yaygın kök nedenleri arasında; dikkatsizlik, tecrübe eksikliği (61), bilgi eksikliği-meslekte acemilik (7), ilaç uygulaması öncesi, sırası ve sonrasında hemşirenin tutumu (18), yorgunluk (26) ve alışkanlıklar (11) gösterilmektedir. Er ve Altuntaş (183)'ın hemşirelerin tıbbi hataya neden olan faktörlere yönelik görüşlerini incelediği çalışmasında; hemşireler en fazla yorgunluk (%78,6), tecrübesizlik (%72,5) ve mesleki bilgi-becerinin yetersiz olması (%69,5) gibi faktörleri ifade etmişlerdir. Bari ve ark. (182)'nin çalışmasında, uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve yetersiz deneyim tıbbi hataların yaygın nedenleri arasında gösterilmiştir. Araştırmamızda hemşirelerin eğitim/bilgi/tecrübe eksikliğini tıbbi hata nedeni olarak ifade etmeleri yanında, THTÖ tıbbi hata nedenleri alt boyutuna ilişkin olumlu tutuma sahip olmaları (Bkz. Tablo 4.3.) ve “tıbbi hatalar hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır” alt boyut maddesinden yüksek puan almış olmaları (Bkz. Ek Tablo 3.) eğitim/bilgi/tecrübe eksikliğini önemli bir tıbbi hata nedeni olarak gördüklerini

göstermektedir. Bununla birlikte tıbbi hataların oluşmasında bireysel faktörler olarak tanımlanan nedenlerin, gerçekte ne oranda sadece kişiyle alakalı olduğu önem taşımaktadır. İnsan performansındaki doğal sınırlılıklar, hataların ortaya çıkmasına katkı sağlayan faktörlerdendir. Hatalar insan doğasına özgü olmakla birlikte; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, hatalara dayanıklı sistemlerin geliştirilmesi ve hataların kök nedenlerinin analiz edilmesi ile hata yapma olasılığı azaltılabilir (11).

Araştırmaya katılan hemşireler tarafından tıbbi hata nedenleri ile ilgili olarak en fazla kurumdan kaynaklı faktörler ifade edilmiştir. **Kurum ilişkili** teması altında; “*çalışma ortamı koşullarının yetersizliği, organizasyon yapısında yetersizlik ve hizmet içi ve oryantasyon eğitimi yetersizliği*” alt temaları elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6.). Hemşireler “*çalışma ortamı koşullarının yetersizliği*” alt teması altında; kurumun fiziki alt yapısını, kullanılan cihazları, teknolojiyi ve aşırı iş yükünü tıbbi hata nedeni olarak ifade etmişlerdir. İş yeri yapısı, personelin yanlış dağılımına bağlı iş yükü ve teknik faktör olarak tanımlanan yetersiz otomasyon, yetersiz ve eksik cihaz gibi nedenler kurum kaynaklı tıbbi hata nedenleri olarak tanımlanmaktadır (11,67,129,211). Sağlık hizmetlerinde aktif hatalara neden olan sistemsel gizli koşullar; tesis, ekipman ve süreçlerde bulunan, bir hataya yol açan, aktif hatalara katkıda bulunan veya aktif hatalarla birleşen koşullardır. Sağlık hizmetlerinin fiziksel yapısı (inşa edilmiş veya fiziksel ortam olarak adlandırılır) hem organizasyonla, hem de bakım ortamında gerçekleşen tüm süreçlerle etkileşir. Ancak ortam inşa edildikten sonra, hastalara sunulan bakım hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği üzerinde tesislerin kalıcı bir etkisi bulunur (212). Balanuye (30) tarafından yürütülen araştırmada, araştırmaya katılan hemşirelerin % 43’ü iş yükü düzeyini fazla ve % 30,8’i çok fazla şeklinde ifade etmiştir. Hemşireler iş yükünün hasta güvenliğine etkisini; hastaya ayrılan zamanın azalması, iş yüküne bağlı alınan önlemlerin azalması, yorgunluk ve dikkatsizlik sonucu hata riskinin artması olarak sıralamışlardır. Er ve Altuntaş (183)’ın çalışmasında; iş yükünün fazla olması (%75,6) ve olumsuz fiziksel ortam (%48,1) tıbbi hataya neden olan faktörler arasında belirtilmiştir. Ahmed ve ark. (213)’nın, üçüncü basamak bir hastanede sağlık bakım profesyonelleri açısından tıbbi hataları inceledikleri çalışmasında; iş yükü ve elektronik sistem yetersizliği tıbbi hata nedenleri olarak ifade edilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %44,7’si sağlık kuruluşlarının çalışanların çalışma saatlerini kısaltmak ve vardiya sistemini yeniden gözden geçirmek

yoluyla çalışma ortamı koşullarının iyileştirilmesini ve iş yükünün azaltılmasına yönelik başvuruda bulunan hasta sayısının kısıtlanmasını tıbbi hata sorununun hafifletilmesinde katkı sağlayacağını ifade etmiştir.

Araştırmamızda hemşireler “*organizasyon yapısının yetersizliği*” alt teması altında; kurum içi uygulamalarda standartların olmamasını, kurum içi görev, yetki ve sorumluluk karmaşasını ve kalite yönetim sisteminin etkin çalışmamasını dile getirmişlerdir. Er ve Altuntaş (183) tarafından yürütülen çalışmada; hemşirelere görev dışı (sekreterlik vb.) işler yüklenmesi (%67,9), görev, yetki ve sorumlulukların tam ve net belirlenmemiş olması (%46,6), protokol ve prosedürlerin olmaması ya da anlaşılır olmaması (%29,8) katılımcılar tarafından tıbbi hata nedenleri olarak ifade edilmiştir. Aslan (58) tarafından yapılan araştırmada; bir üniversite hastanesinde bildirim yapılan kaynaklar/kurum yönetimine ilişkin tıbbi hataların, %96,19 oranında protokol, prosedür, rehber erişim sorunu ve yetersizliği ile ilgili olduğu tespit edilmiştir. Dünya çapında tüm sağlık hizmeti ortamlarında bakımın güvenliğini, kalitesini ve maliyet etkinliğini artırmaya yönelik çalışan bağımsız, kar amacı gütmeyen bir kuruluş olan ECRI (214), uluslararası hasta güvenliği hedeflerinden biri olan kimlik doğrulamaya ilişkin temel hata nedenlerini; kimlik doğrulamayla ilgili kurumsal politikaların olmaması, mevcut politikalara uyulmaması ve mevcut politikaların yetersiz tasarımı olarak ifade etmiştir. Ahmed ve ark. (213)’ün çalışmasında eksik talimatlarla bakım verilmesi kaynaklı olay bildirim oranının %33,5 olduğu tespit edilmiştir. Davidson (215) tarafından hazırlanan raporda; yetersiz politika ve prosedürler ile politika ve prosedürlerin izlenmemesinin %20 oranında ilaç istem hatalarına neden olduğu belirtilmiştir. Hasta bakım sürecine ilişkin uygulamalarda standart protokollerin olması ve mevcut protokollere uyum sağlanması, uygulama farklılıklarından kaynaklanabilecek tıbbi hataların engellenmesinde önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. 2010 yılında yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları net olarak tanımlanmış olsa da sağlık kuruluşları üst yöneticilerinin etkisiyle görev, yetki ve sorumluluk karmaşası yaşanabilmektedir. Bu durum hemşirelere görevleri dışında sorumluluklar yüklenmesine ve beraberinde hemşirelerinin iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Artan iş yükü tıbbi hatalar açısından risk oluşturmaktadır.

“*Oryantasyon ve hizmet içi eğitim yetersizliği*” alt teması altında hemşireler; eğitimlerinin zamanında verilmemesini, eğitim içeriğinin yetersiz olmasını, iş yükü kaynaklı eğitimlere katılamamayı tıbbi hata nedenleri olarak ifade etmişlerdir. Kuruma ve bölüme yönelik oryantasyon eğitimi ve hizmet içi eğitim yetersizliği hemşirelerin performansını azaltarak, tıbbi hataya eğilimi artırabilmektedir (53). Ortiz (216) tarafından bir yıldan az mesleki deneyime sahip hemşirelerle yürütülen araştırmada; tüm katılımcılar, bir yıllık uygulamaları boyunca mesleki güven eksikliği deneyimlemişlerdir. Araştırma verilerinden elde edilen yedi temadan bir tanesi hata yapma olarak belirlenmiş, ilaç hataları ve hasta hatalarının mesleki güven gelişimini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Pasila ve ark. (217)’nin araştırmasında yeni mezun hemşireler; oryantasyon eğitiminden önce bağımsız olarak çalışmadıklarını, yeterli deneyime sahip olmadıkları için stresli olduklarını fakat oryantasyon programı boyunca ve sonrasında mesleki güvenlerinin geliştiğini, oryantasyon programının yeni mesleki bilgi ve becerileri kazandırdığını, teorik bilgileri uygulamaya aktarmaya yardımcı olduğunu ve zamanla çalıştıkları birime ait hissetmeye başladıklarını ifade etmişlerdir. Meslek okullarında veya fakültelerde mesleğe ilişkin verilen teorik eğitim, ne kadar iyi planlanmış olsa da saha pratiği için çoğu zaman yeterli olmamaktadır. JCAHO, sağlık kurumlarında tüm çalışanların etkin ve sistemli bir oryantasyon (işe alıştırma) programından geçirilmelerini önermektedir. Oryantasyon eğitimleri; kurumsallaşma, hata ve kazaların azaltılması, maliyetin düşürülmesi, hasta ve çalışan güvenliği tedbirlerinin etkinliğinde önemli bir faktördür (218). Oryantasyon eğitimleri geleneksel yöntemle grup olarak ya da bilgisayar temelli programlar kullanılarak yapılabilmektedir. Ancak geleneksel oryantasyon eğitimlerinde karşılaşılan en önemli zorluklardan biri, bir çok kurum için personelin işe başlamasıyla bir oryantasyon grubuna dahil edilmesi arasındaki geçen zamandır. Bu durum bazı riskleri beraberinde getirmektedir. Online araçlar kullanılarak yapılan oryantasyon eğitimleri, bazı dezavantajlarına rağmen kurumlar için bilginin hemen verilmesi konusunda önemli bir araç olabilmektedir (219). Oryantasyon eğitimlerinin kapsamı kurumlar için farklılık gösterebilmektedir. Bununla birlikte verilecek eğitimin içeriği; kurum politikaları, kurumun öncelikleri, prosedürler ve personelin ihtiyaç duyacağı konu başlıkları dikkate alınarak hazırlanmalıdır (218,219). Pınar ve ark. (218)’ları tarafından yapılan çalışmada hemşireler; verilen oryantasyon eğitimini genel olarak yeterli bulmakla

birlikte, eğitimlerin işe alındıktan hemen sonra ve aralıklı olarak sürdürülmesi gerektiğini ve eğitimde klasik yöntem (teorik bilgi aktarımı) dışında yöntemlerin (pratik uygulama) kullanılmasının fayda sağlayacağını ifade etmişlerdir. Literatür bulguları (217,218,219) ile benzerlik gösteren araştırmamızın bulgusu hemşirelerin hizmet içi ve oryantasyon eğitimlerinin önemini farkında olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte hemşirelerin ifade ettiği oryantasyon eğitimlerinin zamanlaması ile ilgili uygunsuzluk kurumda yaşanan hemşire istihdam sıkıntısından kaynaklanmış olabilir.

Sistem ilişkili teması altında; “yetersiz ve uygun olmayan sağlık profesyoneli istihdamı, hemşirelik eğitim sisteminden kaynaklı sorunlar ve sağlık mevzuatından kaynaklı sorunlar” alt temaları ortaya çıkmıştır (Tablo 4.6.). Hemşireler “yetersiz ve uygun olmayan sağlık profesyoneli istihdamı” alt teması altında; hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olmasını, kurumlarda hemşirelik yapmak üzere hemşire dışı sağlık çalışanları istihdam edilmesini sağlık sisteminden kaynaklı tıbbi hata nedeni olarak ifade etmişlerdir. Hemşire istihdamı ve çalışma ortamı özellikleri, kaliteli ve güvenli hasta bakımını sağlamada önemli rol oynamaktadır. Hemşirelik bakımına duyarlı hasta sonuçları olarak ifade edilen ve tıbbi hata olma olasılığı yüksek olan hastane enfeksiyon oranının, postoperatif yara enfeksiyonunun, metabolik dengesizliğin, pulmoner yetersizliğin, bası yaralanmasının, ilaç hatasının, postoperatif kardiyopulmoner komplikasyonların, plansız ekstübasyonun, periferik intravenöz infiltrasyonun, mortalitenin ve hastanede uzun yatış süresinin hemşire istihdamı ile doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir (220). ICN, kaliteli sağlık ve hemşirelik bakımı için tıbbi hatalara karşı hasta güvenliğinin esas olduğunu, hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik profesyonel sağlık bakım elemanının istihdam edilmesi gerektiğini ifade etmektedir (141). Bununla birlikte ülkemizde temel hemşirelik eğitimi ve hemşire istihdamı ile ilgili uzun yıllardır yürütülen politika ve uygulamaların hasta, hemşire ve organizasyonel çıktılar açısından önemli bir tehdit oluşturduğu görülmektedir. Farklı eğitim seviyelerine sahip hemşirelerin sahada aynı görev, yetki ve sorumluluklara sahip olması, acil tıp teknisyeni, ebe ve diğer sağlıkla ilişkili meslek üyelerinin hemşire kadrolarında istihdam edilmesi, hemşire-hasta oranına ilişkin yasal düzenlemelerin bulunmaması tehdit kaynaklarından bazılarıdır (220). Dolayısıyla yetersiz hemşire ile hemşirelik bakımı için sağlık ilişkili farklı

meslek üyelerinin istihdamının tıbbi hatalar açısından önemli bir neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan dört hemşire “*hemşirelik eğitim sisteminden kaynaklı sorunlar*” alt teması altında; üniversite eğitiminde pratik uygulamanın yetersizliği ve okullarda öğrenci sayısına karşılık öğretim görevlisinin az olması gibi nedenlerle donanımlı bir şekilde mesleğe başlayamamalarının tıbbi hata yapma olasılığını artırdığını ifade etmiştir. İşe yeni başlayan hemşirelerin, iş yükü ve sorumluluklar nedeniyle hata yapma korkusunun çok yüksek oranda yaşandığı belirtilmektedir (221). Öztürk ve ark. (221)’ları tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin %36,5’i okulda aldığı mesleki beceride kendini yetersiz hissettiğini ifade etmiştir. Nazik ve Arslan (222)’ın, hemşirelik öğrencilerinin beklentilerine ilişkin yaptıkları çalışmada; öğrenci hemşirelerin %16,8’si alınan eğitimin iş yaşantısında kullanılamamasını hemşirelik mesleğinin sorunu olarak ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada öğrencilerin hemşirelik eğitiminden beklentileri; akademik kadronun güçlenmesi (%23,6) ve okullara kapasiteleri doğrultusunda öğrenci alımının sağlanması (%14,7) olarak ifade edilmiştir. 2017 yıl Hemşirelik Lisans Eğitimi Çalıştay Raporu (223)’nda, ülkemizdeki hemşirelik lisans kontenjanlarının son iki yılda yaklaşık 6,2 kat artarken, hemşire akademisyen sayılarının ise sadece 1,5 kat arttığı ve bu durumun uygulamalı bir eğitim müfredatına sahip olan hemşirelik eğitiminde sorunlar yaşanmasına neden olduğu belirtilmiştir. Raporda nitelikli hemşirelik bakımı için nitelikli hemşirelik eğitime ihtiyaç olduğu ve bu nedenle alanında uzman akademisyen sayısının artırılmasının ve uygulama alanı yetersiz olan programlara daha az öğrenci kontenjanı verilmesinin bir gereklilik olduğu vurgulanmıştır. Literatürle desteklenen ve araştırmaya katılan hemşireler tarafından dile getirilen eğitim sisteminden kaynaklı sorunların tıbbi hata kaynakları içinde önemli bir yeri olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan üç hemşire “*sağlık mevzuatından kaynaklı sorunları*” alt teması altında, hemşirelerin görev tanımlarının net olmamasını ve Hemşirelik Yönetmeliğinde hemşireliğe tanımlanan işlerin fazla olmasını tıbbi hata nedeni olarak dile getirmişlerdir. Nazik ve Arslan (222) tarafından yapılan çalışmada; katılımcılar hemşire sayısının yetersizliği ve çalışma ortamı koşullarının kötü olmasına bağlı iş yükünün fazla olmasını, hemşirelik mesleğinin sorunu olarak ifade etmekle birlikte, hemşirelerin yetki ve sorumluluklarının az olmasını da sorun olarak dile getirmişlerdir.

Öztürk ve ark. (221)'lerinin çalışmasında çalışmaya katılan hemşireler kendileri ile ilgili olarak mesleki kanun ve yönetmeliklere ilişkin yeterli bilgileri olmamasından dolayı sorun yaşadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları Hemşirelik Yönetmeliğinde net bir şekilde tanımlanmış olmakla birlikte, sağlık kurumlarında mevzuatın uygulanmasında sorunlar yaşanabilmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin, mesleklerine ilişkin yönetmelikle tanımlanmış görev, yetki ve sorumluluklarının farkında olmaları ve hemşirelik yönetimlerinden mevzuat kapsamında düzenleme yapılmasını talep etmeleri önem taşımaktadır.

5.2.3. Tıbbi Hata Durumunda Sergilenen Davranış Bağlamı

Araştırmamızda tıbbi hata durumunda sergilenen davranış bağlamında; **“hata bildirimine yaklaşım”** ve **“hata yapan kişiye yaklaşım”** temaları ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.6.). **Hata bildirimine yaklaşım** teması altında; **“bildirimde bulunma, hataların analiz edilmesi ve hatadan ders çıkarma/çözüm bulma/düzenleme yapma”** alt temaları ve **hata yapan kişiye yaklaşım teması** altında da; **“cezalandırma ve yasal süreç başlatma”** alt temaları elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6.). Araştırmamızda hemşireler **“bildirimde bulunma, hataların analiz edilmesi ve hatadan ders çıkarma/çözüm bulma/düzenleme yapma”** alt temaları altında; tıbbi hata yaşanması durumunda hatanın saklanmaması ve dürüst davranılarak kayıt altına alınması gerektiğini, mutlaka bildirim yapılmasını dile getirmişlerdir. Ancak kurumdaki mevcut GRS'ye yapılan hata bildirimleri göz önüne alındığında, hemşirelerin bildirim yapılmasını gerekli görmekte birlikte, yeterli bildirimde bulunmadıkları düşünülebilir. Hemşireler bildirim yapılan hatalara ilişkin bireysel algılanmadan, hatanın gerçek nedenlerine yönelik analizlerin yapılmasının ve yapılan analizler sonucunda hatanın tekrar etmesinin önlenmesine ilişkin düzenlemeler yapılmasının önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşireler hata yapan kişiyle ilgili **“cezalandırma”** ve **“yasal süreç başlatma”** alt temaları altında hata yapan kişinin bildirim yapması durumunda cezalandırılabilirdiğini ama bu durumun çözüm olmaması gerektiğini, hata yapan kişiye karşı yöneticileri ve mesai arkadaşları tarafından olumsuz bir tavır sergilenmemesinin önemli olduğunu dile getirmişlerdir. Aynı zamanda hemşirelerin çoğu **“yasal süreç başlatma”** teması altında tıbbi hata durumunda uygulanan yasal mevzuata ilişkin bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Diğer taraftan hemşirelerin THTÖ tıbbi hata algısı

alt boyutunda “tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur” maddesine ilişkim olumsuz tutum sergilemiş olması (Bkz. Ek Tablo 3.), tıbbi hata yapan kişiye yaklaşımda nasıl davranılması gerektiğine yönelik düşüncelerinin net olmadığını düşündürmüştür.

Hata bildirim sistemleri, sağlık çalışanlarının sağlık hizmet sunum süreci içerisinde karşılaştıkları hataları raporlayıp, bunların iyileştirilmesine yönelik aksiyonların alınmasını sağlayan düzenlemeler olması yanında klinik tıpta hasta güvenliğini iyileştirmede uluslararası kabul görmüş araçlardır (58). Bununla birlikte olay bildirimlerine yönelik problemlerin yaşandığı bilinmektedir. Ülkü ve Türk (197) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin çoğunluğu tıbbi hatalarla karşılaştığını ve yarıdan fazlası tıbbi hataları rapor ettiğini ifade etmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu tıbbi hatadan dolayı hastada olumsuz bir durum meydana gelirse hemşirelerin suçlandığı ifadesine katılmışlardır. Çalışmanın bulgularına göre hemşirelerin yarıdan fazlası hatayı bildirdiğinde hakkında dava açılmasından ve hastane yönetiminden ceza almaktan korktuğunu, yarıya yakını da işinden çıkarılma korkusu yaşadığını dile getirmiştir. Yung ve ark. (224)’nın çalışmasında; hasta ve ailesi tarafından kendisine güvensizlik duyulacağı ve hasta-hemşire arasında tartışmalara neden olacağı korkusu en yüksek puan verilen raporlama engelleri olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada yöneticilerin hatayı yapan hemşireyi olumsuz değerlendireceği ve işten çıkarmalarda bu durumu kanıt olarak kullanabileceği korkusunun yüksek olduğu saptanmıştır.

Hata raporlama sistemlerinin önemli bir amacı da, elde edilen verilerin analizi yoluyla sağlık hizmeti sunumunda iyileştirmeler gerçekleştirmek ve sağlık çalışanlarının daha güvenilir ortamda çalışmalarını sağlamaktır (151). Hata bildirimini yapıldığında, bu konuda deneyimli kişilerce sürecin başından itibaren hatanın nasıl oluştuğu ve bu hatanın altında yatan gerçek kök nedenlerin neler olduğu tespit edilerek, gerekli iyileştirmeler yapıldığında hatanın tekrarı önlenmektedir (58).

Günümüzde tıbbi hata kavramının yaygınlaşması, hasta hakları ve hasta güvenliği ile ilgili uygulamaların artış göstermesi sonucu; hatalı tıbbi uygulamaya neden olan sağlık çalışanları hakkında ceza ve maddi-manevi tazminat davaları açılmaya başlanmıştır. Açılan ceza davalarında, davaya konu olan sağlık çalışanı hakkında 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun ilgili maddeleri gereğince işlem yapılmaktadır. Hatalı tıbbi uygulamadan zarar görenin, kusur ve zararı kanıtlaması

durumunda maddi ve manevi tazminat hakkı meydana gelmektedir. Türk Borçlar Kanunu'na göre; çalışma gücü kayıpları, tedavi ve cenaze giderleri, destekten yoksun kalma maddi tazminat kapsamında, kişinin yaşam ve sağlığı ile uğradığı kaybın yanı sıra onur, saygınlık, sır açıklanması, özgürlüklerin kısıtlanması gibi manevi değerlerin kaybı da manevi tazminat kapsamında ele alınmaktadır (2,225). Artan tazminat davaları sonucu, mali güvence sağlamak için hekimlere yönelik “tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası” getirilmiştir. Ancak hemşireler için böyle bir sigorta uygulaması bulunmamaktadır (225). Tıbbi hataların azaltılmasında ve önlenmesinde hata bildirimleri önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte hastane yönetimlerinin hataların rapor edilmesini teşvik edici bir yaklaşıma sahip olması, hata sonucunda yaşanabilecek olumlu ya da olumsuz durumlara ilişkin geri bildirimde bulunması, bildirim yapılan olayları kanıta dayalı bilgiler ışığında analiz ederek tespit edilen sistemsel faktörlerin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yürütmesi ve sonuçlarını çalışanlarla paylaşması önem arz eden bir konudur.

5.2.4. Tıbbi Hataların Önlenmesi Bağlamı

Araştırmamızda tıbbi hataların önlenmesi bağlamında; *“bireysel önlemler”*, *“kurumsal önlemler”* ve *“sağlık sistemine yönelik önlemler”* temaları ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.6.). **Bireysel önlemler** teması altında; *“mesleki kimlik kazanma ve mesleki gelişim”* alt temaları elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6.). Hemşireler *“mesleki kimlik kazanma”* alt teması altında; mesleğe bakış açısını, hemşire olarak yapılan işin hemşirenin kendisi tarafından önemsenmesini, sorumlulukların bilincinde olmayı, mesleki ahlak sahibi olmayı ve bilgisi doğrultusunda inisiyatif kullanmayı, *“mesleki gelişim”* alt teması altında ise kendini mesleki anlamda geliştirmeye yönelik çabalamayı tıbbi hataların önlenmesinde bireysel önlemler olarak ifade etmişlerdir. HGK'nin önemli bileşenlerinden olan hemşirelerin mesleki kimlik algısının güçlendirilmesi, hemşirelerin profesyonel gelişimi açısından önem taşımaktadır (45). Hemşirelerin temel profesyonellik özellikleri; nitelikli eğitim, bilimsel bilgi birikimi, uygulamada teori kullanma, toplumsal değerleri paylaşma, etik kodlar, yaşamsal değeri olan konulara odaklanma, mesleki örgüte sahip olma ve otonomidir (226). Güçlendirilmiş profesyonel hemşirelerle daha güvenli çalışma ortamlarının yaratılabileceği belirtilmektedir (45). Profesyonel tutum ve davranışların, hasta

memnuniyetini ve sağlık bakım sonuçlarını olumlu etkilediği ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesini artırdığı belirtilmektedir (227).

Araştırmamızda “**kurumsal önlemler**” teması altında; “*kurumsal düzenleme*” ve “*çalışana destek sağlama*” alt temaları elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6.). Hemşireler “*kurumsal düzenleme*” alt teması altında; uzun çalışma saatlerinin düzenlenmesini, hastanenin tüm alanlarında benzer uygulamaların standart olması konusunda düzenleme yapmasını, kurallar koymasını ve kurallara tüm çalışanlar tarafından uyulmasını, denetim mekanizmalarının etkin çalıştırılmasını, çalışanlara yönelik hizmet içi ve oyantasyon eğitimlerinin verilmesini, cihazlarla ilgili teknik desteğin etkin sağlanmasını ve teknolojik alt yapının iyileştirilmesini tıbbi hataların önlenmesinde kurumsal önlemler olarak dile getirmişlerdir. Hemşirelerin kullanılan cihazları tıbbi hata nedeni olarak ifade etmesi ve tıbbi hataların önlenmesine yönelik kurumsal önlemlerde cihazlarla ilgili görüş belirtmiş olmasıyla birlikte, HTHEÖ hasta izlemi/malzeme güvenliği alt boyutunda diğer boyutlara göre tıbbi hataya yüksek eğilim göstermiş (Bkz. Tablo 4.3.) olmaları kurumların cihaz yönetimi ile ilgili ciddi düzenlemeler yapması gerektiğini düşündürmüştür.

“*Çalışana destek sağlama*” alt teması altında ise hemşireler; yönetim tarafından çalışanın motivasyonunu artırmaya yönelik faaliyetler yürütülmesini, hemşire üzerindeki iş yükünün azaltılmasını ve kurumda çalışanlar arasında etkili iletişim geliştirilmesini ifade etmişlerdir. Sağlık kuruluşlarında tıbbi hataların önlenmesinde en önemli konu kurumda olumlu HGK geliştirilmesidir (79). Olumlu güvenlik kültürüne sahip kurumlar, çalışanlarına destek sağlayarak, olumlu çalışma ortamları oluşturarak, tüm kurumda karşılıklı güvene dayalı bir iletişim ağı kurarak hasta güvenliğini iyileştirmeye odaklanırlar (228). Bakım ve tedavinin her aşamasında tıbbi hataların önlenmesi ve hastanın zarar görmesinin engellenmesinde sağlık ekibinin birlikte hareket etmesi gerekmektedir. Çalışanlar arasında görev dağılımı net olarak yapılmalı ve işlerin el değiştirmesi azaltılmalıdır. Tüm süreçlerin standart hale getirilmesi sağlanmalı ve çalışanların bu standartlara uyumu denetlenmelidir (204). Yönetim tarafından uygun çalışma koşullarının sağlanmaması durumunda hemşirelerin yaşadığı duygusal tükenmenin strese neden olduğu, aynı zamanda hemşirelerin HGK algılarının olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur (229). Bu nedenle çalışanların motivasyon durumları değerlendirilmeli ve motivasyonu azaltan

durumlar irdelenmelidir. Er ve Altuntaş (183)'in çalışmasında, hemşirelerin %74,8'i çalışma saatlerinin fazla ve sürelerinin uzun olmasını tıbbi hata yapma nedeni olarak belirtmişlerdir. Kurumdaki tüm çalışanların farklı eğitim seviyesine sahip oldukları dikkate alınarak, eğitim ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve ihtiyaçların karşılanmasına yönelik planlamalar yapılması hataları önleme stratejileri olarak ele alınmalıdır. Eğitim süreçleri ile ilgili olarak; özellikle uyum eğitimlerinin özellikli bir yere sahip olduğu unutulmamalıdır (79,138,239). Araştırmamızda hemşirelerin tıbbi hataların önlenmesine ilişkin kurumsal önlemlere yönelik literatürde belirtilen stratejilere benzer uygulamaları ifade etmiş olmaları, birçok farklı nedene bağlı ortaya çıkabilen hatalara ilişkin sistemsal faktörlere yönelik geniş bir bakış açısına sahip olduklarını düşündürmüştür.

“Sağlık sistemine yönelik önlemler” teması altında *“hemşirelik eğitiminin niteliğinin artırılması ve sağlık politikalarının iyileştirilmesi”* alt temaları elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6.). *“Hemşirelik eğitiminin niteliğinin artırılması”* alt teması altında hemşireler; hemşirelik eğitimindeki farklılıkların ortadan kaldırılmasını, lisans ve lisansüstü eğitimlerde beceriye yönelik eğitimlerin verilmesini, hemşirelikte branşlaşmayı tıbbi hataların önlenmesine ilişkin sağlık sistemine yönelik önlemler olarak ifade etmişlerdir. Mesleki profesyonelliğin hasta güvenliğinin sağlanmasında olumlu etkisi bulunmaktadır (227). İşçi (55)'nin araştırmasında, hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumları ile tıbbi hataya eğilimleri arasında pozitif yönde kuvvetli ve ileri derecede anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır. Hemşirelik mesleğinde eğitim standardının olmaması, meslek içinde farklı bakış açıları ve farklı uygulama biçimleri ortaya çıkarmaktadır. Lise mezunu hemşireler mesleki yeterliliğin deneyime bağlı olduğunu savunurken, lisans mezunu hemşireler mesleki yeterliliğin bilimsel bilgiyle mümkün olabileceğini düşünmektedirler. Bu durum mesleki profesyonelleşme için gerekli olan bilimsel bilgiye dayalı olma kriterinin sağlanmasını zorlaştırarak hemşireliğin profesyonelleşme sürecini olumsuz etkilemektedir (231). Hemşirelik eğitiminde branşlaşmanın olmasının tıbbi hataların önlenmesinde önemli bir konu olduğu belirtilmektedir (67). Diğer taraftan Gönç (232) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelik mesleğinde branşlaşmanın olmamasının mesleğin profesyonelleşme sürecinde karşılaşılan en büyük zorluklarından biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızın bulguları ve literatür doğrultusunda hemşirelik

mesleğinde profesyonelleşmeye yönelik desteklenecek tüm süreçlerin ikincil olarak tıbbi hatalara eğilimin azalmasına ve hasta güvenliğinin olumlu yönde etkilenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Hemşireler “*sağlık politikalarının iyileştirilmesi*” alt teması altında, yeterli sayıda hemşire istihdamının sağlanması, çalışma ortamlarının iyileştirilmesine yönelik politika değişikliklerinin yapılmasını ve erkek hemşire istihdamının artırılmasını dile getirmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin istenilen ölçüde ve kalitede yerine getirilmesi için gerekli miktarda sağlık personeli ile birlikte iş yükünün azaltılması önemli bir strateji olarak gösterilmektedir (67).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

1. Tıbbi hata bilgisinin doğruluğuna ilişkin yapılan değerlendirmede, hemşirelerin büyük çoğunluğu “Tıbbi hataların önlenmesine ilişkin aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?” sorusuna yanlış cevap vermiş (Bkz. Tablo 4.2.) ve en fazla “*kanıta dayalı uygulamalar yaygınlaştırılmalıdır*” yanıtını işaretlemişlerdir.

2. Hemşirelerin yarısından fazlası, “Aşağıdakilerden hangisi/leri sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hatalardandır?” sorusuna yanlış cevap vermiş (Bkz. Tablo 4.2.) ve en fazla “*sözel istem verilen ilacın yanlış dozda uygulanması ve yüksek riskli ilaç uygulamalarında hastanın yetersiz izlemi*” yanıtlarını vermişlerdir. Hemşireler “*intravenöz kateter takılmasında uygun olmayan aseptik tekniğin takip edilmesi*” yanıtını sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hata olarak görmemişlerdir.

3. Araştırmamızda “Tıbbi hatalarla ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?”, “Aşağıdakilerden hangisi/leri sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hatalardandır?” ve “Aşağıdakilerden hangisi tıbbi hataya neden olan sağlık sistemi kaynaklı sorunlardan değildir?” sorularına doğru yanıt veren cerrahi klinik ve yoğun bakım hemşireleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Ek Tablo 1.).

4. Bulunduğu cerrahi birimde çalışma süresi bir yıldan az olan hemşireler “Hasta Güvenliği Uygulamalarından olan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” kullanımı ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?” sorusuna daha az, 11 yıl ve üzeri çalışanların ise en fazla doğru cevap vermiştir. (Bkz. Ek Tablo 1.).

5. Araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin HTHEÖ’nün “*ilaç uygulamaları ve transfüzyon*” alt boyutunda eğilimlerinin en düşük olduğu tespit edilmekle birlikte (Bkz. Tablo 4.3.), nitel bölümde tıbbi hatanın tanımlanmasında en fazla yanlış ilaç uygulamaları ifade edilmiştir.

6. Araştırmamızda meslekte toplam çalışma süresi bir yıldan az olan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin bir yıldan fazla çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4.).

7. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri cerrahi yoğun bakım hemşirelerinden daha düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4.).

8. Araştırmamızda hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarının olumlu olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin en az olumlu tutum sergiledikleri alt boyutun “*tıbbi hata algısı*” olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.).

9. Hemşireler THTÖ tıbbi hata algısı alt boyut maddelerinden “*Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur*” maddesine ilişkin olumsuz tutum sergilemişlerdir (Bkz. Ek Tablo 3.). Bununla birlikte nitel bölümde hemşireler hata yapan kişinin suçlanmaması ve hata yapan kişiye cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım sergilenmesi gerektiğini sık ifade etmişlerdir. Diğer taraftan hemşireler tıbbi hata yaşanması durumunda hatayı yapan kişiye yönelik yöneticiler tarafından resmi yolla ya da mesai arkadaşlar tarafından sözel olarak cezalandırma davranışıyla karşılaşabildiklerini ifade etmişlerdir.

10. Hemşirelerin büyük çoğunluğu hukuka yansıyan tıbbi hatalarda hemşirelerin hangi mevzuata göre ceza alacaklarına dair bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir.

11. Araştırmaya katılan 22-29 yaş grubundaki hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarının, 30-39 ve 40 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerden daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4.).

12. Araştırmamızda hemşireler tıbbi hatayı; yanlış eylemlerde bulunma, uygulamaları eksik yapma/yapmama ve hastaya zarar verme olarak tanımlamışlardır (Bkz. Tablo 4.6.). Hemşireler tıbbi hata tanımı yaparken “yanlış” kelimesini çok sık telaffuz etmişler, uygulama ve tedavi gibi somut durumlara daha fazla odaklanmışlardır.

13. Hemşireler tıbbi hata nedenleri olarak; insan ilişkili, kurum ilişkili ve sistem ilişkili faktörleri tanımlamışlardır (Bkz. Tablo 4.6.). Hemşireler insan ilişkili tıbbi hata nedeni olarak en fazla iletişim yetersizliğini ve eğitim/bilgi/tecrübe eksikliğini dile getirmişlerdir. Kurum ilişkili tıbbi hata nedenleri içinde; fizik çevre koşulları, cihazlar ve alt yapı gibi çalışma ortamından kaynaklı durumlar ile uygulamalara yönelik standart protokollerin yetersizliği, hemşireler tarafından yürütülen hemşirelik dışı faaliyetler gibi organizasyon yapısından kaynaklı sorunlar tıbbi hata nedenleri olarak ifade edilmiştir. Hemşireler sistem ilişkili tıbbi hata nedeni

olarak da en fazla yetersiz ve uygun olmayan sağlık profesyoneli istihdamından kaynaklandığını belirtmişlerdir.

14. Tıbbi hata yaşanması durumunda yapılması gerekenler konusunda hemşireler; hata yaşanması durumunda dürüst olunmasını, hatanın saklanmamasını, mutlaka hata bildirimde bulunulmasını ve bildirim yapılan olaylara ilişkin gereken analizlerin yapılarak, analiz sonuçlarından ders çıkarılması gerektiğini belirtmişlerdir.

15. Tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili alınacak önlemler hemşireler tarafından; bireysel önlemler, kurumsal önlemler ve sağlık sistemine yönelik önlemler olarak tanımlanmıştır. Bireysel önlemler içinde en fazla vurgu yaptıkları konu mesleki kimlik algısı ve mesleki gelişim olmuştur. Hemşireler kurumsal önlemlerle ilgili, kurumsal düzenlemeye ihtiyaç olduğunu, bunun için; uzun çalışma saatlerinin düzenlenmesi, uygulamalara ilişkin standart protokoller oluşturulması, tüm çalışanların uyacağı kuralların konulması, denetim mekanizmalarının etkin çalıştırılması, çalışanlara yönelik hizmet içi ve oyantasyon eğitimlerinin verilmesi, cihazlarla ilgili teknik desteğin etkin sağlanması ve teknolojik alt yapının iyileştirilmesi gibi uygulamaları dile getirmişlerdir. Ayrıca çalışanların desteklenmesinin tıbbi hataların önlenmesinde önemli olduğunu, bunun için de; çalışanın motivasyonunu artırmaya yönelik faaliyetlerin yürütülmesini, hemşire üzerindeki iş yükünün azaltılmasını ve çalışanlar arasında etkili iletişimin geliştirilmesini dile getirmişlerdir. Hemşireler sağlık sistemine yönelik önlemlere ilişkin de hemşirelik eğitiminin niteliğinin artırılmasını ve sağlık politikalarının iyileştirilmesini önemli gördüklerini belirtmişlerdir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata kavramına ilişkin bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik; cerrahi hastalıkları hemşireliği eğitim müfredatı içeriğinin, tıbbi hata ve hasta güvenliği konularıyla ilişkilendirilecek şekilde gözden geçirilmelidir.

2. Sağlık kuruluşlarında hemşirelerin mesleki gelişimlerini sürdürmelerine yönelik fırsat yaratılmalı, kişiye bağlı tıbbi hata nedeni olarak dile getirdikleri bilgi/eğitim/tecrübe eksikliğine ilişkin bilgiye ulaşmalarını kolaylaştıracak sistemler oluşturulmalı, mevcut sistemlerin iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

3. Sağlık kuruluşlarında hatalardan öğrenmeyi destekleyen, cezalandırıcı olmayan, kişilerden çok sistemden kaynaklı sorunları bulmayı hedefleyen ve tıbbi hataların gerçek nedenlerine ilişkin düzenlemeyi önceleyen hata bildirim kültürü geliştirilmeli, mevcut kültür iyileştirilmeli ve sürekliliği sağlanmalıdır.

5. Hemşireler tarafından dile getirilen ve literatürde tıbbi hataların sistemsel en sık nedenlerinden biri olarak gösterilen çalışma ortamlarındaki yetersizliklere ilişkin; kurum yöneticileri tarafından risk değerlendirmeleri yapılmalı, değerlendirme sonucu elde edilen veriler doğrultusunda gereken iyileştirme faaliyetleri yapılmalı ve etkinliği değerlendirilmelidir.

6. Kurumda net tanımlanmamış görev, yetki ve sorumluluklar nedeniyle hemşireler tarafından tıbbi hata nedeni olarak ifade edilen iş yüküne yönelik sağlık kuruluşları yöneticileri tarafından, hemşirelerin faaliyetleri Hemşirelik Yönetmeliği Kapsamında ele alınmalı, kurumda gerekli yapısal ve sistemsel düzenlemeler yapılmalıdır.

7. Tıbbi hataların önlenmesine yönelik, nitelikli insan kaynağı yetiştirmek için hemşirelik eğitimi veren okulların; alt yapı, kontenjan ve akademik personel gibi koşulları gözden geçirilmeli ve iyileştirilmelidir.

8. THTÖ güvenilirliğine yönelik yeni çalışmalar planlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Çetinkaya P. Hemşirelikte Tıbbi Uygulama Hataları ve Hukuki Sonuçları. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016.
2. Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013.
3. Kıymaz D. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi) 2015. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.*
4. Altunkan H. Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği. (Yüksek Lisans Tezi) 2009. *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.*
5. Özgönül ML. Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı. Doktora Tezi 2010. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*
6. WHO Patient Safety Fact File 2019. [İnternet] Erişim Tarihi: 05.10. 2019 Erişim Adresi: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety-fact-file.pdf?ua=1
7. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi.* 2009; 1-10.
8. Büken ÖN, Büken E. Tıbbi Malpraktis Konusunda Tartışmalar. *Türkiye Klinikleri* 2003; *Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi*, 140-147.
9. The Joint Commission 2017. [İnternet] Erişim Tarihi: 5 Ekim 2019 Erişim Adresi: https://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx
10. Patient Safety [İnternet] Erişim Tarihi: 15 Kasım 2019 Erişim Adresi: <http://www.ihp.org/Topics/PatientSafety/Pages/default.aspx>
11. Avcı K, Aktan T. Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2015; 5(2): 48-54.
12. Grober E, Bohnen JMA. Defining Medical Error. *Can J Surg* 2005; 48 (1): 39-44.
13. Harrison R, Lawton R, Perlo J, Gardner P, Armitage G, Shapiro J. Emotion and Coping in the Aftermath of Medical Error: A Cross-Country Exploration. *J Patient Saf* 2015; 11(1): 28-35.
14. To Err is Human [İnternet] Erişim Tarihi: 15 Ekim 2019 Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
15. Sayek F. Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2010.
16. Leape LL. A System Analysis Approach to Medical Error. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1997; 3(3): 213- 222.
17. Sur H, Özşarı SH, Say B. (2013) Hasta Güvenliği. Sur H, Palteki T. (Der.) *Hastane Yönetimi*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. 1. Baskı.

18. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 5(2): 152-7.
19. Anderson O. Designing Out Medical Error in Surgical Wards. (PhD Thesis) 2015. *Imperial College London, Department of Surgery&Cancer*.
20. Sağlık Bakanlığı [İnternet] Erişim Tarihi: 17Ağustos 2020 Erişim Adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,9088/cerrahide-bilinen-10-gercek.html>
21. Bozkurt S. Cerrahide Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini Uygularken Karşılaştığı Ramak Kala Olayların İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. *Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
22. Aksoy G. Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği (Ed.) I. İstanbul: Nobel Yayıncılık; 2012.
23. T. C. Resmi Gazete, Hemşirelik Yönetmeliği 2010, 27515.
24. Türk Hemşireler Derneği Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar 2009. Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayını.
25. Erbay E, Esatoğlu AE. Content Analysis of Newspaper Coverage of Medical Malpractice. In: Alexandrova E, Shapekova NL, Ak B, Özcanaslan F, eds. *Health Sciences Research in the Globalizing World*. Sofia: St. Kliment Ohridski University Press; 2018. p.956-73.
26. Kahriman İ, Öztürk H. Evaluating Medical Errors Made by Nurses During Their Diagnosis, Treatment and Care Practices. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25(19-20): 2884-2894. doi.org/10.1111/jocn.13341
27. Kandemir A, Yüksel S. Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum ve Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 23(2); 287-297. DOI: 10.17049/ataunihem.659960.
28. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 4(2), 22-
29. Frank L, Danks J. Perianesthesia Nursing Malpractice: Reducing the Risk of Litigation. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*. 2019; 34(3): 463-68.
30. Balanuye B. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) 2014. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
31. Zabihirad J., Mojdeh S., Shahriari M. Nurse's Perioperative Care Errors and Related Factors in the Operating Room. *Electron J Gen Med*. 2019; 16(2). <https://doi.org/10.29333/ejgm/94220>
32. Sillero AS., Zabalegui A. Safety and Satisfaction of Patients With Nurse's Care in the Perioperative. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2019; 27:e3142. doi: 10.1590/1518-8345.2646.3142.
33. Güleç D, İntepeler ŞS. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013; 15(3): 26-41.

34. Saygın T, Keklik B. Tıbbi Hata Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2014; 17(2): 99-117.
35. Aktan U. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). 2019. *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale*.
36. Alaman O. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2018. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul*.
37. 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).
38. Dığın F, Özkan ZK. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *Lokman Hekim Dergisi* 2020; 10(1): 64-69.
39. Uğrak U. Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. (Doktora Tezi) 2019. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
40. Akar G. Cerrahi Hemşirelerinin Kişilik Tipi ile Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi), 2019. *Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
41. Gündoğdu G. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimi ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 2018. *Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
42. Metin B. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Tıbbi Hata Yapma Eğiliminin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi) 2018. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
43. Patient Safety: Global Action on Patient Safety [İnternet] Erişim Tarihi: 28 Ocak 2021 Erişim Adresi: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-en.pdf
44. Meler S. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Tutumları. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya*.
45. Yılmaz A. Servis Sorumlu Hemşirelerine Uygulanan Güçlendirme Programının Güçlendirme Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol ve Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. (Doktora Tezi) 2019. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.
46. Barr D. Hazards of Modern Diagnosis and Therapy: The Price We Pay. *Journal of the American Medical Association* 1955; 159(15), 1452-1456.
47. Moser RH. Diseases of medical Progress. *New England Journal of Medicine* 1956; 255(13), 606-614.
48. Schimmel EM. The Hazards of Hospitalization. *Qual Saf Health Care* 2003;12: 58-64.

49. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine* 1991; 324 (6): 377384.
50. Gökmen H, Güleç S. Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ocak 2010; 1: 9-17.
51. Terzioğlu F, Şahan FU. Hemşirelerin Tıbbi Müdahalede Karar Verme Yetkisi ve Konumu. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2017; 3(4): 136-142. doi:10.5222/SHYD.2017.13
52. To Err is Human: Building a Safer System [İnternet] Erişim Tarihi: 15.10.2019 Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
53. Makary M, Daniel M. Medical Error-The Third Leading Cause of Death in the US. *BMJ*:353. 2016; doi: 10.1136/bmj.i2139.
54. Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi İstatistik ve Analiz Raporu [İnternet] Erişim Tarihi: 05.08.2020 Erişim Adresi:<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28439,grs2017-sonpdf.pdf?0>
55. İşçi N. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) 2015. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*
56. Kahriman İ, Öztürk H, Babacan E. Hemşirelerin Tanı, Tedavi ve Bakım Uygulamaları Sırasında Tıbbi Hata Oranlarının Değerlendirilmesi. *Vehbi Koç Hemşirelik Vakfı*, 2015; Proje No 2014/2.
57. Ekici D. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ankara: Sim Matbaa, 2013.
58. Aslan Y. Bir Üniversite Hastanesinde Bildirimi Yapılan Tıbbi Hata / Olayların “Dünya Sağlık Örgütü Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması”na Göre Değerlendirilmesi (Doktora Tezi) 2019. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*.
59. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS) [İnternet] Erişim Tarihi: 05.02.2021 Erişim Adresi: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>
60. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA ve Johnson WG. Preventing Medical Injury. *Quality Review Bulletin*, 1993; 19(5): 144-149.
61. Reason J. Human Error: Models and Management. *BMJ*. 2000; 320: 768-770.
62. Reason J. Understanding Advers Event: Human Factors. *Quality in Health Care* 1995;4:80-89.
63. Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane ile İlgili Anket Çalışması ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2015; 2(2): 82-89.

64. McElroy LM, Woods DM, Yanes AF, Skaro AI, Daud A, Curtis T, Wymore E, Holl JL, Abecassis MM, Lander DP. Applying the WHO Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety to a Surgical Population. *International Journal for Quality in Health Care*, 2016; 28(2): 166-174. doi: 10.1093/intqhc/mzw001
65. Yılmaz A. Hasta Güvenliği. Kaya S. (Ed.). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web Ofset; 2013.
66. Pietra La L, Calligaris L, Molendini L, Quattrin R, Brusaferrero S. Medical Errors and Clinical Risk Management: State of The Art. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2005; 25:339-346.
67. Caymaz M. Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2015; 2(4): 2-14.
68. Adams JL, Garber S. Reducing Medical Malpractice by Targeting Physicians Making Medical Malpractice Payments. *Journal of Empirical Legal Studies*. 2007; 4(1): 185-222.
69. Aydemir İ. Sağlık Kurumlarında Sistem Kaynaklı Hataların Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2017; 19(4): 665-681 <https://doi.org/10.16953/deusosbil.281328>
70. Khammarnia M, Ravangard R, Barfar E, Setoodehzadeh F. Medical Errors and Barriers to Reporting in Ten Hospitals in Southern Iran. *Malays J Med Sci*. 2015;22(4):57-63.
71. İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim, 5.Baskı. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayın Evi. 2010.
72. Allport G. Attitudes. C. Murchison (Ed.). *Handbook of Social Psychology*. Worcester, MA: Clark University Press, 1953.
73. Güleç D. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2012. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir*.
74. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Remzi Kitabevi, 15.Baskı. 2012.
75. Mercan N. Ajzen'in Planlanmış Davranış Teorisi Bağlamında Whistleblowing (Bilgi İfşası), *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 2015; 7(2): 1-14.
76. Baysal AC. Sosyal Psikolojide Tutumlar. İÜ İşletme Fakültesi, Davranış Bilimleri Kürsüsü. [Internet]. Erişim Tarihi: 19.09.2020 Erişim adresi: <https://arastirmax.com/tr/system/files/dergiler/2057/makaleler/10/1/arastirmax-sosyal-psikolojide-tutumlar.pdf>
77. Barluk E. Cerrahi Hemşirelerinin Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa*.
78. Ceylan E. Sağlık Çalışanlarının İş Yükü Algısı ve Tıbbi Hata Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.

79. Çevik G. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) 2018. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta*
80. Kon L, Chen X, Shen S, Li G, Gao Q, Zhu N, Lou F, Li P. Professional Commitment and Attributional Style of Medical-College Nursing Students in China: A Cross-Sectional Study. *Nurse Educational Today*. 2016; 40: 154-60.
81. Somyürek N, Uğur E. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma: Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2015; 3(1): 1-7.
82. Shu Q, Cai M, Tao HB, Cheng ZH, Chen J, Hu YH, Li G. What Does a Hospital Survey on Patient Safety Reveal About Patient Safety Culture of Surgical Units Compared With That of Other Units? *Medicine*. 2015; 94(27).
83. Şahin A, Ayhan F, Kurşun Ş. Evaluation of Surgical Nurses' Attitudes Concerning Patient Safety. *Journal of Human Sciences*. 2015; 12(1): 1537-1546.
84. Wang, M, Tao H. How Does Patient Safety Culture in the Surgical Departments Compare to the Rest of the County Hospitals in Xiaogan City of China? *International journal of Environmental Research and Public Health*. 2017; 14(10):1123.
85. Gupta SK, Al Khaleefah FK, Al Harbi IS, Ahmed F, Jabar S, Torre MA, Mathias SL. An İntervention Study for the Prevention and Control of Health Care-Associated İnfection in the Critical Cares Area of a Tertiary Care Hospital in Saudi Arabia. *Indian J Crit Care Med*. 2018 Dec; 22(12): 858–861. doi: 10.4103/ijccm.IJCCM_270_18
86. Araç E, Kaya Ş, Parlak E, Büyüktuna SA, Baran Aİ, Akgül F, Gökler ME, Aksöz S, Sağmak Tartar A, Tekin R, Yıldız Y, Günay E. Yoğun Bakım Ünitelerindeki Enfeksiyonların Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Nokta Prevalans Çalışması. *Mikrobiyol Bul* 2019; 53(4): 364-373. doi: 10.5578/mb.68665
87. Yüceer S., Bulut H. Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonların Önlenmesine İlişkin Uygulamaları. *Dicle Tıp Dergisi* 2010; 37(4): 367-374.
88. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, Bohnen J, Orser B, Doran D, Grober E. Communication Failures in the Operating Room: An Observational Classification of Recurrent Types and Effects. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 330-334.
89. Kahrıman EE. Ameliyathanede Lazer ve Koter Kullanımında Güvenlik. [İnternet] Erişim Tarihi: 28.08.2020 Erişim Adresi: <http://www.das.org.tr/kitaplar/4sadtap/pdf/KonusmaOzetleri/SAD2018-KonusmaOzeti-12.pdf>
90. Paranagua TTB, Bezerra ALQ, Santos ALM, Silva AEBC. Prevalence and Factors Associated With İncidents Related to Medication in Surgical Patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(1):41-7. DOI: 10.1590/S0080-623420140000100005.

91. Avillion A. Prevention of Medical Errors in Nursing. [İnternet] Erişim Tarihi: 28.08.2020 Erişim Adresi: http://s3.amazonaws.com/EliteCME_WebSite_2013/f/pdf/ANCCFL02MEI16B.pdf
92. NCC MERP. What Is Medication Error? [İnternet] Erişim Tarihi: 23.11.2019 Erişim Adresi: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
93. Arslan S. İntravenöz İlaç Uygulama Hatalarının Hata Türleri ve Etkilerinin Analizine Göre İncelenmesi: Bir İyileştirme Çalışması. (Doktora Tezi), 2014. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
94. Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Schein JR, Cousins DD. Medication Errors Involving Patient-Controlled Analgesia. *Am J Health-Syst Pharm*, 2008; 65, 429-440.
95. Merino P, Martin MC, Alonso A, et. al. Medication Errors in Spanish Intensive Care Units. *Medicina Intensiva*, 2013; 37(6): 391-399.
96. Kim PC, Shan JJ, Angosta AD, Frakes K, Li C. Errors Associated with the Rights of Medication Administration at Hospital Settings. *J Hosp Health Care*, 2018; 1. DOI: 10.29011/JHHA-111. 000011
97. Abbasinazari M, Hajhossein Talasaz A, Mousavi Z, Zare-Toranposhti S. Evaluating the Frequency of Errors in Preparation and Administration of Intravenous Medications in Orthopedic, General Surgery and Gastroenterology Wards of a Teaching Hospital in Tehran. *Iran J Pharm Res*. 2013 Winter; 12(1): 229-34.
98. Madegowda B, Hill PD, Anderson MA. Medication Errors in a Rural Hospital. *MEDSURG Nursing*. 2007; 16(3): 175-180.
99. Küçükakça G. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Yüksek Riskli İlaç Uygulamaları Konusundaki Bilgi Durumlarının ve İlaç Hatalarıyla İlgili Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2013. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.*
100. Hsaio GY, Chen IJ, Yu S, Wei IL, Fang YY, Tang FI. Nurses' Knowledge of High-Alert Medications: Instrument Development and Validation. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66 (1): 177-190. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05164.x.
101. Odabaşoğlu E. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi) 2013. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.*
102. Tchouaket E, Dubis CA, D'Amour D. The Economic Burden of Nurse-Sensitive Adverse Events in 22 Medical-Surgical Units: Retrospective and Matching Analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 73(7): 1696–1711. doi:10.1111/jan.13260
103. Kalkan N, Karadağ M. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelere Yönelik Önleme Girişimleri Algoritması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(4): 280-289.

104. Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı Özet Raporu. [İnternet] Erişim Tarihi: 05.02.2021 Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar/db/hastaliklar/SHIE/Raporlar/USHESA_Ozet_Raporu_2019.pdf
105. Stewart KR. SBAR, Communication and Patient Safety: An Integrated Literature Review. [İnternet] Erişim Tarihi: 26.08.2020 Erişim Adresi: https://pdfs.semanticscholar.org/1b7b/8675642cc47131f8986f6cca445c4799e2ec.pdf?_ga=2.27823295.2029870063.1599311501-631317695.1599311501
106. The Joint Commission. Sentinel Event Data: Root Causes by Event Type. [İnternet] Erişim Tarihi: 26.08.2020 Erişim Adresi: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004-3Q_2015.pdf
107. CRICO. Malpractice Risks in Communication Failures 2015. [İnternet] Erişim Tarihi: 05.10.2019 Erişim Adresi: <https://www.rmfi.harvard.edu/Malpractice-Data/Annual-Benchmark-Reports/Risks-in-Communication-Failures>
108. Gökay P, Taştan S, Ayhan H, İyigün E, Can MF. Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımı: Sistematik İnceleme. *Gülhane Tıp Derg* 2016; 58: 136-142. doi: 10.5455/gulhane.171680
109. Patient Safety Education Program-Canada. Module 12a: Interventional Care: Perioperative Care [İnternet] Erişim Tarihi: 01.09.2020 Erişim Adresi: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/Pages/default.aspx>
110. Lyons VE, Popejoy LL. Meta-Analysis of Surgical Safety Checklist Effects on Teamwork, Communication, Morbidity, Mortality and Safety. *West J Nurs Res*. 2014; 36(2): 245-61.
111. Duarte SCM, Stip MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse Events and Safety in Nursing Care *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(1):136-46. doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120
112. Karaağaç M. Dijital Hastane Sistemlerinin Hemşirelerin Zihinsel İş Yükü Ve Tıbbi Hataya Eğilimlerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi) 2019. *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep*.
113. Storm-Veslot MN, Verweij L, Lucas C, Ludikhuizen J, Goslings JC, Legemate DA, Vermehulen V. Clinical Relevance of Routinely Measured Vital Signs in Hospitalized Patients: A Systematic Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 2014; 46: 39-49.
114. Luo K, Shi W, Chen Y, Wang Bo, Yao J, Yang X. A Method for Monitoring the Working States of Drainage Tubes Based on the Principle of Capacitance Sensing. *Sensors* 2020; 20, 2087; doi:10.3390/s20072087.
115. Barış VK, İntepeler ŞS. Hasta Düşmelerinin Önlenmesinde Teknoloji Kullanımı. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2017; 1(4): 29-36. doi:10.5222/SHYD.2017.029

116. Özlü ZK, Yayla A, Özer N, Gümüş K, Erdağı S, Kaya Z. Cerrahi Hastalarda Düşme Riski. *Kafkas J Med Sci* 2015; 5(3): 94–99. doi: 10.5505/kjms.2015.19870
117. Vitor AF, Moura LA, Fernandes APNL, Botarelli FR, Araújo JNM, Vitorino ICC. Risk for Falls in Patients in the Postoperative Period. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(1):29-37.
118. Kronzer VL, Wildes TM, Stark SL, Avidan MS. Review of Perioperative Falls. *Br J Anaesth.* 2016; 117(6): 720-32. doi: 10.1093/bja/aew377
119. Agency for Healthcare Research and Quality. Preventing Pressure Ulcers in Hospitals. [İnternet] Erişim Tarihi: 28.08.2020 Erişim Adresi: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf>
120. Kim JM, Lee H, Ha T, Na S. Perioperative Factors Associated With Pressure Ulcer Development After Major Surgery. *Korean Journal of Anesthesiology* 2018; 71(1): 48-56. DOI: <https://doi.org/10.4097/kjae.2018.71.1.48>
121. Crosewski NI, Lemos DS, Mauricio AB, Roehrs H, Meier MJ. Knowledge of Nursing Professionals Regarding Pressure Ulcers in Two Surgical Units. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(1): 74-80.
122. Katran BH. Bir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Yarası Görülme Sıklığı ve Bası Yarası Gelişimini Etkileyen Risk Faktörlerinin İrdelenmesi. *JAREN.* 2015;1(1):8-14.
123. Gürdoğan EP, Uğur E, Kınıcı E, Aksoy B. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *Yoğun Bakım Dergisi.* 2016; 7: 83-88.
124. Kandeel NA, Attia AK. Physical Restraints Practice in Adult İntensive Care Units in Egypt. *Nurs Health Sci.* 2013;15: 79-85.
125. Lach HW, Leach KM, Butcher HK. Evidence-Based Practice Guideline Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. *J Gerontol Nurs.* 2016; 42(2):17-26. doi: 10.3928/00989134-20160113-04
126. Taşkıran N, Sarı D. Hasta Güvenliği Açısından Önemli Bir Sorun: Hasta Teslimi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2017; 14 (1): 93-97. doi:10.5222/HEAD.2017.093
127. Famolaro T, Yount N, Hare, R, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. AHRQ Publication No. 18-0025-EF.
128. Parmentier-Decrucq E, Poissy J, Favory R, et al. Adverse Events During İntrahospital Transport of Critically İll Patients: İncidence and Risk Factors. *Ann Intensive Care.* 2013; 3: 10.
129. Baştürk H. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.*

130. Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. Human Error in Daily Intensive Nursing Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(6): 1074-81. DOI: 10.1590/0104-1169.0479.2651
131. Zhu X, Yuan L, Li T, Cheng P. Errors in Packaging Surgical Instruments Based on a Surgical Instrument Tracking System: An Observational Study. *BMC Health Services Research* 2019; 19(1): 176.
132. Topal G, Şahin İ, Çalışkan E, Kılınçel Ö. Kan Transfüzyonu ve Reaksiyonları İle İlgili Sağlık Çalışanlarının Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2019; 9(1): 1-5.
133. Karim F, Moiz B, Shamsuddin N, Naz S, Khurshid M. Root Cause Analysis of Non-Infectious Transfusion Complications and the Lessons Learnt. *Transfusion and Apheresis Science* 2014; 50(1): 111-117.
134. Delican S. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kan Transfüzyonu Güvenliğine İlişkin Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. *Zirve üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.*
135. Ahmadi SA, Sadat H, Scheufler KM, Steiger HJ, Weber B, Beez T. Malpractice Claims in Spine Surgery in Germany: A 5-Year Analysis. *The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society* 2019; 19(7):1221-1231. DOI: 10.1016/j.spinee.2019.02
136. Anderson O, Davis R, Hanna GB, Vincent CA. Surgical Adverse Events: A Systematic Review. *Am J Surg.* 2013; 206(2): 253-62.
137. Modrzejewski A, Zamojska-Kościów E, Tracz E, Parafiniuk M. Surgical Instrument Left Inside Abdomen. *Pol Przegl Chir.* 2018; 90(6): 40-42.
138. Ardahan M, Alp FY. Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Çalışanlarının ve Yöneticilerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 6(2): 85-88.
139. Li Y, Zhao Y, Hao Y, Jiao M, Ma H, Teng B, Yang K, Sun T, Wu Q, Qiao H, Perceptions of Patient Safety Culture Among Healthcare Employees in Tertiary Hospitals of Heilongjiang Province in Northern China: A Cross-Sectional Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 2018; 30(8): 618-62.
140. Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Versiyon 5, T.C. Sağlık Bakanlığı 2016. [İnternet] Erişim Tarihi: 02.09.2020 Erişim Adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,52460/guncel-standartlar.html>
141. ICN Nursing Policy [İnternet] Erişim Tarihi: 05.10.2019 Erişim Adresi: <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/patient-safety>
142. Korkmaz AÇ. Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2018; ISSN: 2147-7892, 6 (1): 10-19.
143. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 6 th Edition, 2017. [İnternet] Erişim Tarihi: 02.09.2020 Erişim Adresi: https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-amc/jci-standards-only_6th-ed-hospital.pdf

144. Barsbay S, Parıltı N, Barsbay MÇ. Healthcare Professionals' Attitudes Regarding Patient Safety in Clinics. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 2018; 8(2): 67-78.
145. Akalın E. Hasta güvenliği: Değişen Paradigma. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2014; 32: 64-67.
146. Robertson JJ, Long B. Suffering in Silence: Medical Error and it's Impact On Health Care Providers. *The Journal of Emergency Medicine*. 2018; 54(4): 402-409.
147. Dirik HF, Samur M, İntepeler ŞS, Hewison A. Nurses' Identification and Reporting of Medication Errors. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 28(5-6): 931-938.
148. Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F. The Long Way Ahead to Achieve an Effective Patient Safety Culture: Challenges Perceived by Nurses. *BMC Health Services Research*. 2018; 18: 654-704.
149. İncesu E, Orhan F. Bir Kamu Hastanesi Güvenlik Raporlama Sistemi Verilerinin İncelenmesi: Retrospektif Bir Araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2018; 5(2): 79-86.
150. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient Safety Incident Reporting: A Qualitative Study of Thoughts and Perceptions of Experts 15 Years After 'To Err is Human'. *BMJ Quality and Safety*. 2016; 25: 92–99. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004405.
151. 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.
152. Baki A, Gökçek T. Karma Yöntem Araştırmalarına Genel Bir Bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2012; 11 (42): 1-21. ISSN:1304-0278
153. Katıtaş S. Karma Yöntem Araştırmalarına Bütüncül Bir Bakış. *Social Sciences Studies Journal*, 2019; 5 (49): 6250-6260. ISSN:2587-158
154. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. A Typology of Mixed Methods Research Designs. *Qual Quant*, 2009; 43:265–275. DOI 10.1007/s11135-007-9105-3
155. Hergül FK, Özbayır T, Gök F. Ameliyathanede Hasta Güvenliği: Sistemik Derleme. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2016; 1: 87-98.
156. Cebeci F. Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerinin Rolü. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2010; 2(1): 57-63.
157. Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. 8. Baskı, Ankara. Seçkin Yayıncılık; 2011.
158. Baltacı A. Nitel Araştırmalarda Örneklem Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2018. 7 (1): 231-274.
159. McNabb, D.E. (2015). *Research Methods For Political Science: Quantitative And Qualitative Methods*. London: Routledge

160. Collins KMT., Onwuegbuzie AJ.,Jiao QG. Prevalence of Mixed Methods Sampling Designs In Social Science Research. *Evaluation and Research in Education*. 2006; 19 (2): 83-101.
161. Kehoe J. Basic Item Analysis for Multiple-Choice Tests. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 1995; 4 (10). Erişim Tarihi: 15.03.2020 <https://scholarworks.umass.edu/pare/vol4/iss1/10/>
162. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Türlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010; 8 (2).
163. Guba EG, Lincoln YS. Epistemological and Methodological Bases of Naturalistic Inquiry. *ECTJ*. 1982; 30(4): 233-252.
164. Yöyler F. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Farkındalıkları ile Raporlama Durumları Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir*.
165. Boström AM, Rudman A, Ehrenberg A, Gustavsson PJ, Wallin L. Factors Associated With Evidence-Based Practice Among Registered Nurses in Sweden: A National Cross-Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 2013; 13:165.
166. Şadi E. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. *Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul*.
167. Yılmaz M, Gürler H. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamaya İlişkin Görüşleri, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2017; 25(1): 1-12.
168. Cajanding RJM. Administering and Monitoring High-Alert Medications in Acute Care. *Nursing Standard*. 2017; 31(47): 42-52. doi: 10.7748/ns.2017.e10849
169. Haugen AS, Softeland E, Almeland SK, Sevdalis N, Vonen B, Eide GE, Harthug S. Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial. *Annals of Surgery*. 2015; 261(5): 821-828. doi: 10.1097/SLA.0000000000000716.
170. Kesgin V, Kurtuluş İ, Dinç Y. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Ekip Çalışması Üzerindeki Etkisi ve Kullanım Engelleri. *Sağ. Perf. Kal. Derg.* 2017; (13): 19-35.
171. Uysal A. Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). 2019. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan*.
172. Härkänen M, Turunen H, Saano S, Vehviläinen-Julkunen K. Detecting Medication Errors: Analysis Based on a Hospital's Incident Reports. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(2):141-6.
173. Kırşan M, Korhan EA, Şimşek S, Özçiftçi S, Ceylan B. Hemşirelik Uygulamalarında İlaç Hataları: Bir Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2019;11(1):35-51. DOI: 10.5336/nurses.2018-62052

174. Härkänen M, Turunen H, VehviläinenJulkunen K. Differences Between Methods of Detecting Medication Errors: A Secondary Analysis of Medication Administration Errors Using Incident Reports, The Global Trigger Tool Method, and Observations. *J Patient Saf.* 2016;1-9.
175. Lane SJ, Troyer JL, Dienemann JA, Laditka SB, Blanchette CM. Effects of Skilled Nursing Facility Structure and Process Factors on Medication Errors During Nursing Home Admission. *Health Care Manage Rev.* 2014;39(4):340-51.
176. Johnson M, Sanchez P, Langdon R, Manias E, Levett-Jones T, Weidemann G, et al. The Impact of Interruptions on Medication Errors in Hospitals: An Observational Study of Nurses. *J Nurs Manag.* 2017;25(7):498-507.
177. Arslan Ö, Ünal Ç. Errors in Parenteral Drug Administration in a Surgical Intensive Care Unit. *Gulhane Med J.* 2005;47(3):175-8.
178. Hossain-Gholipour K, Mashallahi A, Amiri S, Moradi Y, Moghaddam AS, Hoorijani F. Prevalence and Cause of Common Medication Administration Errors in Nursing. *JCHPS.* 2016; (7):18-21.
179. Ramya KR, Vineetha R. Nurses' Perceptions of Medication Errors in South India. *Asian J Nursing Edu Research.* 2014;4(1): 20-50.
180. Knisely BM, Levine C, Kush CK, Vaughn-Cooke M. An Analysis of FDA Adverse Event Reporting Data for Trends in Medical Device Use Error. *Sage Journal.* 2020; 9(1). <https://doi.org/10.1177/2327857920091024>.
181. Cheragi MA, Manoocheri H, Mohammadnejad E, Ehsani SR. Types and Causes of Medication Errors From Nurse's Viewpoint. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* 2013; 18(3): 228-231.
182. Bari A, Khan RA, Rathore AW. Medical Errors: Causes, Consequences, Emotional Response and Resulting Behavioral Change. *Pakistan Journal of Medical Science.* 2016; 32(3): 523-528. <https://doi.org/10.12669/pjms.323.9701>
183. Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi* 2016; 3(3): 133-139.
184. Dikmen DY, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültes Dergisi.* 2014, 1(1): 44-56.
185. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2014. [İnternet] Erişim Tarihi: 06.02.2021 Erişim Adresi: https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/hemsirelik_cekirdek_egitim_programi.pdf
186. Penoyer DA. Nurse Staffing and Patient Outcomes In Critical Care: A Concise Review. *Crit Care Med.* 2010, 38 (7):1521-8.
187. Gök D. Pediatri Hemşirelerinin İlaç Hatalarını Bildirme Durumları ile Tıbbi Hatalardaki Tutumları Arasındaki İlişki (Yüksek Lisans Tezi) 2015. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

188. Güven ŞD, Şahan S, Ünsal A. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumları. *İzlek Akademik Dergi*. 2019, 2(2): 75-85.
189. Hajibabae F, Joolae S, Peyravi H, Bahrani N, Haghani H, Sciences M, Haghani H. Medication Error Reporting in Tehran: A Survey. *Journal of Nursing Management*, 2014; 22(3), 1–7. doi:10.1111/jonm.12226
190. Küçükkaya G, Özer N. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Yüksek Riskli İlaç Uygulamaları Konusundaki Bilgi Durumlarının ve İlaç Hatalarıyla İlgili Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015, 19(1): 34-41.
191. 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.
192. Alan N, Khorshid L. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016; 32(1): 1-18.
193. Wundavalli L, Bulkapuram SG, Bhaskar NL, Satyanarayana N. Patient Safety at a Public Hospital in Southern India: A Hospital Administration Perspective Using a Mixed Methods Approach. *The National Medical Journal of India*. 2018; 31(1): 39-43. doi: 10.4103/0970-258X.243415.
194. Ernawati DK, Lee YP, Hughes JD. Nature and Frequency of Medication Errors in a Geriatric Ward: An Indonesian Experience. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2014; 10: 413-421.
195. Saravi BM, Mardanshahi A, Ranjbar M, Siamian H, Azar MS, Asghari Z, Motamed N. Rate of Medical Errors in Affiliated Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences. *Materia Socio-medica*. 2015; 27(1): 31-34. doi: 10.5455/msm.2014.27.31-34.
196. Tarhan M, Doğan P, Yaman R, Dişçi R. Yeni Mezun Hemşirelerin Tıbbi Hata ve Risklere Yönelik Farkındalıklarının Arttırılmasında Bir Yöntem: Ufak Tefek Hatalar Odası. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2019; 3(6): 196-206. doi:10.5222/SHYD.2019.15238
197. Ülkü HH, Türk G. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019; 6(2): 142-149.
198. Björkstén KS, Bergqvist M, Andersén-Karlsson E, Benson L, Ulfvarson J. Medication Errors as Malpractice-A qualitative Content Analysis of 585 Medication Errors by Nurses in Sweden. *BMC Health Services Research*. 2016; 16(1): 431.
199. Özlü ZK, Eskici V, Aksoy D, Özer N, Yayla A, Avşar G. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İlaç Uygulama Hatalarına Yönelik Görüş ve Deneyimlerinin Belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(1), 83-104. doi.org/10.1501/Asbd_0000000052
200. Rebibo D, Hauser L, Slimani A, Herve P, Andreu G. The French Haemovigilance System: Organization and Results for 2003. *Transfusion and Apheresis Science*. 2004; 31: 145–153. doi:10.1016/j.transci.2004.07.010.

201. Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. Hemşirelerin Hastaların Taburculuk Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşleri ile Hastaların Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015;12 (3): 204-209. doi:10.5222/HEAD.2015.204
202. Kalisch BJ, Landstrom GL ve Hinshaw AS. Missed Nursing Care: A Concept Analysis. *J Adv Nurs*. 2009; 65 (7): 1509-1517. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
203. Eskici GC. Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi (Doktora Tezi) 2020. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisanüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul*.
204. Kırtıçoğlu M. Yargıtay'da 2010-2017 Yılları Arasında Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama (Malpraktis) Dava Kararlarının Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi) 2018. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana*.
205. Shitu Z, Hassan I, Aung MMT, Kamaruzaman THT, Musa RM. Avoiding Medication Errors Through Effective Communication in a Healthcare Environment. *Movement, Health & Exercise*. 2018; 7(1): 115-128.
206. Fidancı BE, Yıldız D, Konukbay D, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Assessment of the Malpractice Tendencies of Nurses Working in an Educational and Research Hospital. *International Journal of Caring Sciences*. 2014; 7: 294-301.
207. Fagermoen S. Professional Identity: Values Embedded in Meaningful Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25(3): 434-41.
208. Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel Kimlik Gelişimi ve Hemşirelik Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(4): 275-282.
209. Alves DFDS, Silva DD, Gurardello EDB. Nursing Practice Environment, Job Outcomes and Safety Climate: A Structural Equation Modelling Analysis. *Journal of Nursing Management*. 2017; 25(1): 46-55. <https://doi.org/10.1111/jonm.12427>.
210. Çınar HG, Korkmaz AÇ, Yılmaz D. Hemşirelerde Mobbing. *J Hum Rhythm*. 2016; 2(2): 89-93.
211. Durmuş SÇ. Tıbbi Hatalar: Nedenleri ve Çözüm Önerileri. *Social Sciences Studies Journal (SSSJurnal)*. 2018; 4 (23): 4388-4396.
212. Yıldırım Ö. Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri. (Doktora Tezi) 2008. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*.
213. Ahmed Z, Saada M, Jones AM, Al-Hamid AM. Medical Errors: Healthcare Professionals' Perspective at a Tertiary Hospital in Kuwait. *PLOS ONE*. 2019; 14 (5): e0217023. Doi: org/10.1371/journal.pone.0217023
214. ECRI Institute. Patient Identification: Executive Summary [Internet]. Erişim Tarihi: 17.12.2020 Erişim adresi: https://www.ecri.org/Resources/HIT/Patient%20ID/Patient_Identification_Evidence_Based_Literature_final.pdf

215. Davidson N. Complaints Closed by the Health and Disability Commissioner about Medication Errors: Analysis and Report 2009–2016. [Internet]. Erişim Tarihi: 17.12.2020 Erişim adresi: <https://www.nzdoctor.co.nz/sites/default/files/2018-12/medication-errors-complaints-closed-by-the-health-and-disability-commissioner-2009-2016.pdf>
216. Ortiz J. New Graduate Nurses' Experiences About Lack of Professional Confidence. *Nurse Educ Pract.* 2016; 19: 19-24. doi: 10.1016/j.nepr.2016.04.001.
217. Pasila K, Elo S, Kaariainen M. Newly Graduated Nurses' Orientation Experiences: A Systematic Review of Qualitative Studies. *International Journal Of Nursing Studies.* 2017; 71: 17-27. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.021
218. Pınar G, Doğan A, Kırilangıç Y, Özdemir Ç. Hemşirelerin Hizmet İçi Uyum Eğitimine İlişkin Görüşleri. *J Clin Exp Invest.* 2010; 1 (3): 199-205.
219. Yenilmez K, Kaya S, Balçık PY, Dolgun NA. Hastanelerde İşe Alıştırma (Oryantasyon) Programının Değerlendirilmesi: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 2016; 19(2): 131-152.
220. Türkmen E. Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2015: 69-80.
221. Öztürk H, Kurt Ş, Serin GM, Bayrak B, Balık T, Demirbağ BC. Hastanelerde İşe Yeni Başlayan Hemşirelerin Sorunları. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2016; (4): 189-201.
222. Nazik E, Arslan S. Hemşirelik Mesleğinin Geleceği: Öğrencilerin Beklentileri. *Bozok Tıp Derg.* 2014; 4 (1): 33-40.
223. Hemşirelik Lisans Eğitimi Çalıştay Raporu (2017). [Internet]. Erişim Tarihi: 18.12.2020 Erişim adresi: <https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/Hemsirelik Lisans Egitimi Calistayi Sonuc Raporu.pdf>
224. Yung HP, Yu S, Chu C, Hou I-C, Tang FI. Nurses' Attitudes and Perceived Barriers to the Reporting of Medication Administration Errors. *Journal of Nursing Management.* 2016; 24 (5): 580-588. doi: 10.1111/jonm.12360.
225. Canfes, G. Hekimlerin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi: Denizli İlinde Bir Uygulama. (Yüksek Lisans Tezi) 2016. *Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
226. Tarhan G, Kılıç D, Yıldız E. Hemşirelerin Mesleğe Yönelik Tutumları ile Mesleki Profesyonellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2016; 58: 411-416.
227. Alidina K. Professionalism in post-licensure nurses in developed countries. *Journal of Nursing Education and Practice* 2013;3(5):128-137.
228. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research.* 2018; 12: 121-126.

229. Huang CH, Wu HH, Lee YC. The Perceptions of Patient Safety Culture: A Difference Between Physicians and Nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*. 2018; 40(1):39–44.
230. Gürer A. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliği. *Journal of Health Services and Education*, 2018; 2(1): 9-14. doi: 10.26567/JOHSE.2018142107.
231. Sağır R. Hemşirelik Mesleğinin Profesyonelleşme Sürecinde Tıp Bürokrasileri ve Toplumsal Algının Etkisi. (Doktora Tezi) 2020. *Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.
232. Gönç T. Türkiye'de Hemşirelik Mesleğinin Profesyonelleşmesi Sürecinde Gelişmeler ve Zorluklar. *İş, Güç İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. 2015; 17 (4): 113-146.

8. EKLER

EK-1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma ‘‘Cerrahi Kliniklerde alışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Bilgileri, Eğilimleri ve Tutumlarının Belirlenmesi’’ amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılımınız ve sorulara içtenlikle cevap vermeniz, çalışmanın güvenirliği açısından önemlidir. Çalışmadan elde edilecek veriler bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Glсен KORALAY

1. **Cinsiyetiniz:** Kadın () Erkek ()
2. **Yaşınız:**
3. **Medeni Durumunuz:** Evli () Bekar () Boşanmış/Dul ()
4. **Eğitim Durumunuz:** Sağlık Meslek Lisesi () n Lisans ()
Lisans () Lisans st ()
5. **Meslekte Toplam alışma Süreniz:**
6. **Çalıştığınız Klinik:**
7. **Bulunduğunuz Klinikte alışma Süreniz:**
8. **Çalıştığınız Klinikteki Hemşire Sayısı:**
9. **Çalışma şekliniz:** Gündüz Mesaisi () Nöbet () Gündüz/Nöbet ()
10. **Haftalık alışma Saatiniz:** 40 saatten az () 40 saat () 40 saatten fazla ()
11. **Aylık Nöbet Sayınız:** 1-5 nöbet () 6-10 nöbet () 11 nöbet ve st ()
12. **Kadro Durumunuz:** Kadrolu () Sözleşmeli ()
13. **Günlük Ortalama Bakım Verdiğiniz Hasta Sayısı:**
14. **Meslekten Memnuniyet Düzeyiniz:** Hiç Memnun Değilim ()
Memnun Değilim ()
Kararsızım ()
Memnunum ()
Çok Memnunum ()

EK-2. Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu

Katılımcının Adı-Soyadı:

1. Tıbbi hatalarla ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a) Sağlık hizmeti sunumunda bir aksamının neden olduğu kasıtsız, beklenmeyen sonuçlardır.
 - b) Sağlık profesyonelinin özen eksikliği nedeniyle hastada meydana gelen istenmeyen olaylardır.
 - c) Teşhis, tedavi ve bakım sürecinde; hastanın sağlık durumuna etki eden beklenmedik olaylardır.
 - d) Sağlık profesyonelinin deneyimsizliğinden kaynaklanan, hastaya zarar veren uygulamalardır.
 - e) Bireyin hastalığına bağlı ortaya çıkan sorunların neden olduğu istenmeyen olaylardır.

2. Aşağıdakilerden hangisi/leri sadece hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hatalardandır?
 - I. İlacın yanlış yoldan uygulanması.
 - II. Sözel istem verilen ilacın yanlış dozda uygulanması.
 - III. İlaç uygulamasına ilişkin kayıtların hatalı tutulması.
 - IV. İntravenöz kateter takılmasında uygun olmayan aseptik tekniğin takip edilmesi.
 - V. Yüksek riskli ilaç uygulamalarında hastanın yetersiz izlemi.
 - a) I, II, V
 - b) I, III, IV
 - c) II, IV, V
 - d) I, II, III, V
 - e) II, III, IV

3. Aşağıda verilen ifadelerden hangisi/leri tıbbi hata nedenleri arasında yer alır?
 - I. Kurumsal Hasta Güvenliği kültürünün yetersiz olması.
 - II. Hasta hakları ve hasta güvenliği uygulamalarının yaygınlaşması.
 - III. Hastalıkların ve neden olduğu sağlık sorunlarının artması.
 - IV. Tedavi ve bakımı destekleyen teknolojilerin hatalı kullanılması.
 - V. Sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin yetersiz olması.
 - a) I, II, IV
 - b) II, III, IV
 - c) III, IV, V
 - d) I, II, V
 - e) I, IV, V

4. Aşağıdakilerden hangisi tıbbi hataya neden olan sağlık sistemi kaynaklı sorunlardan **değildir**?
 - a) Uygun olmayan kurum politikaları.
 - b) Eksik personel istihdamı.
 - c) Yetersiz liderlik davranışı.
 - d) Çalışanın dikkatsizliği.
 - e) Yetersiz cihaz ve malzeme.

5. Tıbbi hataların önlenmesine ilişkin aşağıda verilen ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
- Kurumlarda olumlu hasta güvenliği kültürü geliştirilmelidir.
 - Yeterli sağlık çalışanı istihdamı sağlanmalıdır.
 - Hastaya zarar veren hataların bildirimini sağlanmalıdır.
 - Kanıtı dayalı uygulamalar yaygınlaştırılmalıdır.
 - Tıbbi hataya neden olabilecek riskler belirlenmelidir.
6. Aşağıdakilerden hangisi tıbbi hataları önlemeye yönelik hasta güvenliği uygulamalarından **değildir**?
- Beyaz kod uygulaması.
 - Hasta bilekliği kullanımı.
 - Düşmelerin önlenmesi.
 - Cerrahi güvenliği sağlanması.
 - Fiziki çevrenin düzenlenmesi.
7. Hasta Güvenliği Uygulamalarından olan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” kullanımı ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
- Cerrahi uygulamaların güvenliğini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.
 - Hasta ameliyat odasına alınmadan önce liste tamamlanmış olmalıdır.
 - Liste tamamlandıktan sonra hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.
 - Kontrol basamaklarında yer alan tüm maddeler aşama aşama değerlendirilmelidir.
 - Kontrolü tamamlanan liste bölümleri, ilgili sorumlusu tarafından imzalanmalıdır.

ÖRNEK VAKA: Üroloji Kliniğinde adları, kan grupları aynı ve soyadları benzer iki hasta yatmaktadır. Bu hastalardan mesane tümörü tanısı ile izlenen A.E. (51) isimli hasta için telefonla istem edilen 1 ünite eritrosit süspansiyonu, böbrek taşı tanısı ile izlenen A.E (38) isimli diğer hastaya transfüze edilmiştir.

8. Aşağıda örnek vaka ile ilgili verilen ifadelerden **yanlış** olanını işaretleyiniz.
- Bu vakada kimlik doğrulama hatası yapılmıştır.
 - Hata, sağlık personelinin dikkatsizliğinden kaynaklanmıştır.
 - Olayda güvenli kan transfüzyonu prosedürü takip edilmemiştir.
 - Hata, istemin telefonla alınmasından kaynaklanmıştır.
 - Hata bildirimini, hastanın zarar görmesi durumunda yapılır.
9. Tıbbi hata bildirimleri ile ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
- Sistemin geliştirilmesine olanak sağlar.
 - Benzer hataların tekrarını engeller.
 - Sunulan hizmetin kalitesini geliştirir.
 - Hataya neden olan kişinin sorgulanmasını sağlar.
 - Hataya ilişkin kök nedenlerin belirlenmesini sağlar.

EK-3. Görüşme Soruları ve Kayıt Çizelgesi

GÖRÜŞME SORULARI

1. Mesleğiniz açısından tıbbi hata kavramını nasıl açıklarsınız?
2. Tıbbi hatalara nelerin sebep olduğunu açıklar mısınız?
3. Tıbbi hataların yaşanmaması için gerekenleri açıklar mısınız?
4. Tıbbi hata yaşandığında ne yapılması gerektiğini düşünüyorsunuz?
 - Tıbbi hatalarda uygulanan cezai yaptırımlar ile ilgili ne düşünüyorsunuz? (Sizce hangi kanunlara göre, ne tür cezalar veriliyor?)

Görüşme Yapan Kişinin Adı-Soyadı	Gülşen KORALAY
Görüşme Yeri	GÜ Sağlık Araş. ve Uyg. Merkezi Gazi Hastanesi Kalite Koordinatörlüğü
Görüşme Saati	12.30-13.30
Görüşme Süresi	
Görüşme Şekli	Ses Kayıt/Not Tutma
GÖZLEM NOTLARI	

EK-4. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Katılımcının Adı-Soyadı:

İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon		Hiç	Çok Nadir	Zaman Zaman	Genellikle	Her Zaman
1	IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.					
2	Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.					
3	Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.					
4	Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.					
5	İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.					
6	İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.					
7	Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.					
8	Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.					
9	İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.					
10	Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.					
11	İlacın hazırlanması ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.					
12	Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.					
13	Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim.					
14	İlaç/İlaç etkileşimine dikkat ederim.					
15	İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.					
16	İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.					
17	İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.					
18	İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.					
Düşmeler		Hiç	Çok Nadir	Zaman Zaman	Genellikle	Her Zaman
1	Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.					
2	Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım					
3	Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.					
4	Yatak kenarlarında parmaklıkların sınırlayıcı olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.					
5	Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasına dikkat ederim.					

Hastane Enfeksiyonları		Hiç	Çok Nadir	Zaman Zaman	Genellikle	Her Zaman
1	İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat					
2	Hastaya uygulanan invaziv girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.					
3	Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.					
4	IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.					
5	Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonunun uygun şekilde yapılmasını					
6	İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim.					
7	Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.					
8	Kateter takılı hastaları hergün kontrol ederim.					
9	Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.					
10	Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.					
11	Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.					
12	Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.					
Hasta İzlemi / Malzeme Güvenliği		Hiç	Çok Nadir	Zaman Zaman	Genellikle	Her Zaman
1	Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim.					
2	Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.					
3	Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.					
4	Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.					
5	Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım.					
6	Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.					
7	Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.					
8	Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.					
9	Serviste tüm cihazların çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.					

İletişim		Hiç	Çok Nadir	Zaman Zaman	Genellikle	Her Zaman
1	Açık olmayan, sorun oluşturabilecek istemleri hekime doğrulatırım.					
2	Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.					
3	Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim.					
4	Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.					
5	Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.					

EK-5. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

Katılımcının Adı-Soyadı:

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

**EK-6. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul
İzin Yazısı**



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 12

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 02 OCAK 2018 SALI
Toplantı No : 2018/01
Proje No : GO 17/945 (Değerlendirme Tarihi: 05.12.2017)
Karar No : GO 17/945- 12

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Zahide TUNÇBİLEK' in sorumlu araştırmacı olduğu ve Gülsen KORALAY' ın doktora tezi olan, GO 17/945 kayıt numaralı, "*Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgileri, Eğilimleri ve Tutumları*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurten AKARSU	(Başkan)	10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)
2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ	(Üye)
İZİNLİ			
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	(Üye)	12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)
4. Prof. Dr. Necdet SAKTAN	(Üye)	13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOKLU	(Üye)	14. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
		İZİNLİ	
6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL	(Üye)	15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüseyin TURNAGÖL	(Üye)
7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR	(Üye)
İZİNLİ			
8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN	(Üye)	17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEK	(Üye)
9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	18. Av. Meltem ONURLU	(Üye)

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:



EK-7. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/11/2017-E.42142



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 42000842-302.99-
Konu : Uygulama İzni

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
06100 Sıhhiye/ANKARA

İlgi : 18.10.2017 tarih ve 963 sayılı yazınız,

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Zahide TUNÇBİLEK'in danışmanlığında doktora öğrencisi Gülşen KORALAY'ın yürüttüğü "Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgileri, Eğilimleri ve Tutumları" konulu doktora tez çalışmasının uygulamasını Aralık 2017 - Eylül 2018 tarihleri arasında hastanemizde yapabilmesi talebiniz uygun bulunmuştur.
Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Başhekim

Ek:1 Sayfa

Evrak Doğrulama İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.hastane.gazi.edu.tr

Pin: 44022
Bilgi için :Neşe Şeniz
Sozleşmeli
Telefon No:03122024085

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır. (PIN:44022)



EK-8. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni

• Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanımı Hakkında 3
Yahoo/Sent ★

Gülşen Koralay <gkoralay@yahoo.com>
To: musaozata@gmail.com

Jan 15, 2018 at 8:02 AM ★

Sayın hocam,

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD'de Yard. Doç. Dr. Zahide TUNÇBİLEK'in doktora tez dönemi öğrencisiyim. "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgileri, Eğilimleri ve Tutumları" isimli karma yöntem bir tez çalışması planlamaktayız. Çalışmanın nice boyutunda; hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini belirlemeye yönelik, öğrenciniz sayın Altunkan ve tarafınızdan geçerlik güvenilirliği yapılan "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği"ni kullanmak istiyoruz. Ölçeğin kullanımına ilişkin gereken iznin verilmesi hususunda yardımcı olabilirsiniz?. İlginiz için teşekkür eder, iyi günler dilerim. Saygılarımla.

Gülşen KORALAY
GÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Kalite Koordinatörlüğü
E Blok Zemin Kat 06500 Beşevler/ANKARA
Tel: 202 61 20

Musa Özata <musaozata@gmail.com>
To: Gülşen Koralay

Jan 15, 2018 at 2:35 PM ★

Ölçeği ekte yolluyorum. İyi çalışmalar.


15 Ocak 2018 07:02 tarihinde Gülşen Koralay <gkoralay@yahoo.com> yazdı:

> Show original message

[Download all attachments as a zip file](#)

EK-9. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Kullanım İzni

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği 3 Yahoo/Sent ★


 **Gülşen Koralay** <gkoralay@yahoo.com> 🖨️ Oct 4, 2017 at 11:47 AM ★
 To: seyda.seren@deu.edu.tr

Sayın Hocam,

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Yard. Doç. Dr. Zahide TUNÇBİLEK'in doktora tez dönemi öğrencisiyim. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgileri, Algıları ve Tutumlarını Belirlemeye yönelik bir çalışma planlamaktayız. Çalışmamızda öğrenciniz sayın Güleç ve tarafınızdan geliştirilen "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği"ni kullanmak istiyoruz. Ölçeğin orijinal hali ve puanlama anahtarına ulaşabilmemiz ve kullanım için gereken iznin verilmesi konusunda yardımcı olabilir misiniz? İlginiz için teşekkür ederiz.

Gülşen KORALAY
 GÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
 Gazi Hastanesi Kalite Koordinatörlüğü
 E Blok Zemin Kat 06500 Beşevler/ANKARA
 Tel: 202 61 20

🔙 🔘 🔚 ⋮

 **seyda.seren@deu.edu.tr** 🖨️ Oct 4, 2017 at 2:59 PM ★
 To: Gülşen Koralay

Sevgili Gülşen Koralay,

Tıbbi hatalarda tutum ölçeğini sonuçları paylaşmak koşulu ile kullanmanızda bir sakınca bulunmamaktadır. Ölçekle ilgili tüm bilgilere yük tezdeki tezden ulaşabilirsiniz.

Kolaylıklar diliyorum, sevgilerimle.

4 Ekim 2017 11:51, "Gülşen Koralay" <gkoralay@yahoo.com> yazdı:
 > Show original message

EK-10. Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu Katılım Belgesi



EK-11. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmacının Açıklaması

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin bilgileri, eğilimleri ve tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgileri, Eğilimleri ve Tutumları”dır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söylemeliyiz ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, sağlık sisteminde hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalara ilişkin, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin; tıbbi hata bilgilerini, eğilimlerini, eğilimlerin altında yatan nedenleri ve tutumlarını incelemektir. Araştırmadan elde edilecek verilerin hasta güvenliği kültürünün artırılmasına yönelik çalışmalara yol gösterici olması beklenmektedir.

Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Çalışmamızda karma araştırma yöntemi (nicel ve nitel veri toplama yöntemleri) kullanılacaktır. Ölçüm ya da sayım yolu ile toplanan ve sayısal bir değer bildiren veriler nicel veriler, sayısal bir değer bildirmeyen veriler de nitel veriler olarak adlandırılmaktadır. Çalışmamızda nicel veriler soru formları ve ölçeklerle, nitel veriler yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile toplanacaktır.

Her iki yöntemle verilerin toplanmasını kabul ettiğiniz takdirde; araştırmanın nicel kısmında kullanılacak olan ölçek ifadelerinden etkilenmenizi önlemek amacıyla öncelikli olarak size nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği uygulanacaktır. Görüşme tekniği; araştırma yapılan konuya ilişkin bilgilerin eksiksiz ve derinlemesine elde edilmesine, alınan cevaplarla ilgili geri bildirimde bulunulmasına ve görüşme anında değişen koşullara uyum sağlanmasına olanak tanıyan bir yöntemdir. Görüşme; araştırmacı tarafından belirlenen sorular doğrultusunda, yüz yüze gerçekleştirilecektir. Görüşmeler 30-60 dakika sürecek olup, ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınacaktır. İstedığınız zaman cihazı kapatabilirsiniz. Alınan kayıtlar bilimsel amaçla kullanılacak olup sadece araştırmacının ulaşabileceği kilitli bir dolapta saklanacaktır. Görüşme tamamlandıktan sonra, nicel verileri toplamak için araştırmanın ikinci bölümüne geçilecektir. Bu bölümde size; araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Toplama Formu ve Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu uygulanacaktır. Aynı zamanda Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği uygulanacaktır. Buradan elde edilen veriler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup hiç bir şekilde kimlik bilginiz paylaşılmayacaktır.

Sadece nitel yöntemle verilerin toplanmasını kabul ederseniz, araştırmacı ile yüz yüze görüşerek yarı yapılandırılmış sorular yöneltilecek ve çalışma sonlandırılacaktır.

Sadece nicel yöntemle verilerin toplanmasını kabul ederseniz, araştırmacı tarafından Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Tıbbi Hata Bilgisi Değerlendirme Formu, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği uygulanacak ve çalışma sonlandırılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde herhangi bir olumsuzlukla karşılaşmayacaksınız. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Gülşen Koralay “Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgileri, Eğilimleri ve Tutumları” isimli bir araştırma yapacağını belirterek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgileri bana aktardı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde, araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim). Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında herhangi bir sorunum olduğunda araştırmacıyı arayabileceğim. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı İle Görüşen Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Gülşen KORALAY

Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Kalite Yönetim Birimi C Blok 5. Kat

Tel: 0 312 202 61 20

İmza:

EK-12. Orijinallik Ekran Çıktısı

CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA İLİŞKİN BİLGİ, EĞİLİM, TUTUM VE GÖRÜŞLERİ: KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI

ORIJINALLIK RAPORU

% 13 BENZERLİK ENDEKSİ	% 11 İNTERNET KAYNAKLARI	% 5 YAYINLAR	% 5 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
2	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	www.hacettepehemsirelikdergisi.org İnternet Kaynağı	<% 1
6	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
7	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

EK-13. Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Gülsen Koralay
Ödev başlığı: Tezler
Gönderi Başlığı: CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN H..
Dosya adı: G_lsen_turnitin_12.02.2021.docx
Dosya boyutu: 456.47K
Sayfa sayısı: 103
Kelime sayısı: 26,974
Karakter sayısı: 191,781
Gönderim Tarihi: 12-Şub-2021 05:09AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1507606005



EK-14. Ek Tablolar**Ek Tablo 1.** Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre tıbbi hata bilgisine verilen doğru cevap sayısı (n=161)

Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	SORU 1 n (%)*	SORU 2 n (%)*	SORU 3 n (%)*	SORU 4 n (%)*	SORU 5 n (%)*	SORU 6 n (%)*	SORU 7 n (%)*	SORU 8 n (%)*	SORU 9 n (%)*
Cinsiyet									
Kadın	98 (68,5)	48 (33,6)	123 (86,0)	80 (55,9)	23 (16,1)	127 (88,8)	100 (69,9)	121 (84,6)	130 (90,9)
Erkek	13 (72,2)	6 (33,3)	13 (72,2)	12 (66,7)	3 (16,7)	16 (88,9)	11 (61,1)	13 (72,2)	15 (83,3)
Test değeri	0,102	0,000	1,386	0,751	0,000	0,000	0,581	0,983	0,353
p değeri	0,750	0,984	0,236	0,386	1,000	1,000	0,446	0,321	0,552
Yaş									
22-29	44 (62,0)	29 (40,8)	56 (78,9)	42 (59,2)	16 (22,5)	62 (87,3)	47 (66,2)	60 (84,5)	64 (90,1)
30-39	51 (75,0)	22 (32,4)	58 (85,3)	38 (55,9)	9 (13,2)	59 (86,8)	47 (69,1)	56 (82,4)	59 (86,8)
40 ve üzeri	16 (72,7)	3 (13,6)	22 (100,0)	12 (54,5)	1 (4,5)	22 (100,0)	17 (77,3)	18 (81,8)	22 (100,0)
Test değeri	2,924	5,653	5,776	0,222	4,752	3,18	0,964	0,152	3,254
p değeri	0,232	0,059	0,056	0,865	0,093	0,200	0,618	0,927	0,197
Eğitim Durumu									
Sağlık Meslek Lisesi / Ön Lisans	7 (77,8)	2 (22,2)	7 (77,8)	6 (66,7)	1 (11,1)	9 (100,0)	6 (66,7)	6 (66,7)	9 (100,0)
Lisans	100 (69,4)	51 (35,4)	122 (84,7)	81 (56,3)	23 (16,0)	127 (88,2)	100 (69,4)	120 (83,3)	128 (88,9)
Lisans Üstü	4 (50,0)	1 (12,5)	7 (87,5)	5 (62,5)	2 (25,0)	7 (87,5)	5 (62,5)	8 (100,0)	8 (100,0)
Test değeri	1,688	2,333	0,371	0,480	0,854	0,788	0,440	0,2974	0,746
p değeri	0,455	0,311	0,831	0,858	0,753	0,687	0,841	0,165	0,672
Meslekte Toplam Çalışma Süresi									
1 yıldan az	18 (58,1)	10 (32,3)	24 (77,4)	16 (51,6)	7 (22,6)	28 (90,3)	19 (61,3)	26 (83,9)	27 (87,1)
1-5 yıl	20 (71,4)	13 (46,4)	23 (82,1)	17 (60,7)	7 (25,0)	23 (82,1)	18 (64,3)	23 (82,1)	26 (92,9)
6-10 yıl	31 (28,9)	15 (33,3)	37 (82,2)	29 (64,4)	7 (15,6)	39 (86,7)	31 (68,9)	36 (80,0)	38 (84,4)
11 yıl ve üzeri	42 (73,7)	16 (28,1)	52 (91,2)	30 (52,6)	5 (8,8)	53 (93,0)	43 (75,4)	49 (86,0)	54 (94,7)
Test değeri	2,393	2,875	3,749	1,986	4,869	2,635	2,354	0,675	3,500
p değeri	0,495	0,411	0,280	0,575	0,182	0,446	0,514	0,879	0,314
Çalışılan Cerrahi Birim									
Cerrahi Yoğun Bakım	21 (53,8)	25 (64,1)	30 (76,9)	30 (76,9)	9 (23,1)	33 (84,6)	26 (66,7)	34 (87,2)	35 (89,7)
Cerrahi Klinik	90 (73,8)	29 (23,8)	106 (86,9)	62 (50,8)	17 (13,9)	110 (90,2)	85 (69,7)	100 (82,0)	110 (90,2)
Test değeri	5,479	21,566	2,236	8,223	1,824	0,916	0,125	0,575	0,006
p değeri	0,019	0,000	0,135	0,004	0,177	0,338	0,724	0,448	0,939

Ek Tablo 1. (Devam) Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre tıbbi hata bilgisine verilen doğru cevap sayısı (n=161)

Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	SORU 1 n (%)*	SORU 2 n (%)*	SORU 3 n (%)*	SORU 4 n (%)*	SORU 5 n (%)*	SORU 6 n (%)*	SORU 7 n (%)*	SORU 8 n (%)*	SORU 9 n (%)*
Bulunduğu Cerrahi Birimde Çalışma Süresi									
1 yıldan az	36 (63,2)	16 (28,1)	46 (80,7)	34 (59,6)	12 (21,1)	48 (84,2)	32 (56,1)	46 (80,7)	52 (91,2)
1-5 yıl	35 (74,5)	20 (42,6)	38 (80,9)	28 (59,6)	9 (19,1)	41 (87,2)	32 (68,1)	40 (85,1)	40 (85,1)
6-10 yıl	23 (74,2)	12 (38,7)	27 (87,1)	15 (48,4)	2 (6,5)	28 (90,3)	25 (80,6)	29 (93,5)	28 (90,3)
11 yıl ve üzeri	17 (65,4)	6 (23,1)	25 (96,2)	15 (57,7)	3 (11,5)	26 (100,0)	22 (84,6)	19 (73,1)	25 (96,2)
Test değeri	2,114	4,127	3,955	1,233	3,886	5,037	9,345	4,664	2,197
p değeri	0,549	0,248	0,266	0,745	0,274	0,149	0,025	0,198	0,533
Çalışma Şekli									
Gündüz	27 (79,4)	9 (26,5)	33 (97,1)	22 (64,7)	6 (17,6)	33 (97,1)	22 (64,7)	27 (79,4)	33 (97,1)
Nöbet	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (100,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)
Gündüz/Nöbet	82 (66,7)	43 (35,0)	99 (80,5)	67 (54,5)	19 (15,4)	106 (86,2)	85 (69,1)	103 (83,7)	108 (87,8)
Test değeri	2,864	1,360	6,211	1,589	0,872	3,127	1,652	0,733	2,387
p değeri	0,233	0,507	0,037	0,508	0,649	0,205	0,437	0,735	0,273

*Satır yüzdeleri alınmıştır.

Ek Tablo 2. Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyut puan ortalaması
(n=161)

Boyut ve Alt Boyutlar	Min	Maks	$\bar{x}\pm SS$
İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon*			
1.1 IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.	3,00	5,00	4,95±0,27
1.2 Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.	3,00	5,00	4,91±0,33
1.3 Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.	3,00	5,00	4,92±0,32
1.4 Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.	3,00	5,00	4,93±0,30
1.5 İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.	3,00	5,00	4,94±0,28
1.6 İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.	2,00	5,00	4,88±0,41
1.7 Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.	2,00	5,00	4,88±0,39
1.8 Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.	3,00	5,00	4,88±0,39
1.9 İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.	3,00	5,00	4,93±0,31
1.10 Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.	3,00	5,00	4,87±0,37
1.11 İlacın hazırlanması ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.	3,00	5,00	4,90±0,32
1.12 Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.	2,00	5,00	4,91±0,38
1.13 Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim.	3,00	5,00	4,81±0,47
1.14 İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.	3,00	5,00	4,73±0,52
1.15 İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.	3,00	5,00	4,66±0,56
1.16 İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.	2,00	5,00	4,74±0,55
1.17 İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.	2,00	5,00	4,57±0,61
1.18 İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.	3,00	5,00	4,63±0,57
İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon Alt Boyut Toplam Puanı	3,00	5,00	4,84±0,31
Düşmeler*			
2.1 Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.	1,00	5,00	4,26±0,78
2.2 Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım.	2,00	5,00	4,78±0,52
2.3 Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.	2,00	5,00	4,62±0,61
2.4 Yatak kenarlarında parmaklıkların sınırlayıcı olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.	3,00	5,00	4,75±0,49
2.5 Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasına dikkat ederim.	2,00	5,00	4,77±0,52
Düşmeler Alt Boyut Toplam Puanı	2,80	5,00	4,64±0,58
Hastane Enfeksiyonları*			
3.1 İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim.	2,00	5,00	4,91±0,40
3.2 Hastaya uygulanan invaziv girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.	3,00	5,00	4,89±0,36
3.3 Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.	2,00	5,00	4,77±0,52
3.4 IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.	1,00	5,00	4,51±0,73
3.5 Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonunun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.	3,00	5,00	4,73±0,52

Ek Tablo 2. (Devam) Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyut puan ortalaması (n=161)

Boyut ve Alt Boyutlar	Min	Max	$\bar{x} \pm SS$
Hastane Enfeksiyonları*			
3.6 İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim.	2,00	5,00	4,81±0,46
3.7 Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.	3,00	5,00	4,81±0,43
3.8 Kateter takılı hastaları hergün kontrol ederim.	3,00	5,00	4,75±0,50
3.9 Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.	2,00	5,00	4,80±0,50
3.10 Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.	3,00	5,00	4,73±0,51
3.11 Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.	3,00	5,00	4,70±0,5
3.12 Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.	2,00	5,00	4,60±0,70
Hastane Enfeksiyonları Alt Boyut Toplamı	3,00	5,00	4,75±0,37
Hasta İzlemi / Malzeme Güvenliği*			
4.1 Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim.	2,00	5,00	4,71±0,59
4.2 Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.	2,00	5,00	4,83±0,46
4.3 Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.	1,00	5,00	4,52±0,77
4.4 Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.	3,00	5,00	4,76±0,53
4.5 Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemini gerektiği gibi yapmaya çalışırım.	3,00	5,00	4,70±0,49
4.6 Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.	3,00	5,00	4,75±0,48
4.7 Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	2,00	5,00	4,51±0,71
4.8 Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.	1,00	5,00	4,32±0,91
4.9 Serviste tüm cihazların çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.	2,00	5,00	4,29±0,88
Hasta İzlemi / Malzeme Güvenliği Alt Boyut Toplamı	2,89	5,00	4,60±0,43
İletişim*			
5.1 Açık olmayan, sorun oluşturabilecek istemleri hekime doğrulattırım.	3,00	5,00	4,87±0,41
5.2 Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.	3,00	5,00	4,81±0,45
5.3 Serviste çift order (doktor istemi + hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim.	1,00	5,00	4,70±0,63
5.4 Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.	1,00	5,00	4,71±0,65
5.5 Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.	3,00	5,00	4,89±0,35
İletişim Alt Boyut Toplamı	3,00	5,00	4,79±0,38
TÜM ÖLÇEK TOPLAM PUANI	2,95	5,00	4,72±0,34

* Puan Aralığı: 1-5 Puan

Ek Tablo 3. Tıbbi hatalarda tutum ölçeği alt boyut puan ortalaması (n=161)

Alt Boyutlar	Min	Max	$\bar{x}\pm SS$
1.1 Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	1,00	5,00	2,19±0,90
1.2 Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	1,00	5,00	3,94±0,78
2.1 Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	1,00	5,00	4,47±0,71
2.2 Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	1,00	5,00	3,24±0,89
2.3 Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	1,00	5,00	3,63±0,83
2.4 Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	1,00	5,00	3,69±0,74
2.5 Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	1,00	5,00	4,26±0,83
2.6 Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	1,00	5,00	4,35±0,71
2.7 Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	3,00	5,00	4,53±0,56
3.1 Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	1,00	5,00	4,09±0,87
3.2 Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	1,00	5,00	4,29±0,87
3.3 Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	2,00	5,00	4,35±0,63
3.4 Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	1,00	5,00	3,27±1,14
3.5 Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	1,00	5,00	3,130±0,81
3.6 Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	2,00	5,00	4,12±0,67
3.7 Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	2,00	5,00	4,40±0,62
TÜM ÖLÇEK TOPLAM PUANI	3,00	4,69	3,87±0,32

* Puan Aralığı:1-5 Puan

Ek Tablo 4. Tıbbi hata bilgisine yönelik sorulara verilen toplam doğru cevap sayısı, hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeği ile tıbbi hatalarda tutum ölçeği arasındaki ilişki (n=161)

			Tıbbi Hata Bilgisine Yönelik Sorulara Verilen Toplam Doğru Cevap Sayısı	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği
Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyutları	İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon	r	0,035	-0,020
		p	0,659	0,797
	Düşmeler	r	0,018	0,120
		p	0,821	0,131
	Hastane Enfeksiyonları	r	0,101	-0,026
		p	0,200	0,747
	Hasta İzlemi / Malzeme Güvenliği	r	-0,024	0,011
		p	0,767	0,894
	İletişim	r	0,004	0,061
		p	0,963	0,444
	Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	r	-0,011	0,028
		p	0,893	0,726

9. ÖZGEÇMİŞ