

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK HİZMETİ SUNAN SAĞLIK PERSONELİNDE
MALPRAKTİS: KONYA ÖRNEĞİ**

Handan ALTUNKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Yard.Doç.Dr.Musa ÖZATA

KONYA-2009

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK HİZMETİ SUNAN SAĞLIK PERSONELİNDE
MALPRAKTİS: KONYA ÖRNEĞİ**

Handan ALTUNKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Danışman
Yard.Doç.Dr.Musa ÖZATA**

KONYA-2009

ii.ÖNSÖZ

Bu araştırmada farklı statüye sahip hastanelerde görevli sağlık personelinin tıbbi hata oranları, nedenleri ve türlerinin belirlenmesi ve Malpraktise Eğilim Ölçeği'nin hemşirelik literatürüne kazandırılması amaçlanmıştır. Bu araştırmada elde edilen bulguların, hastanelerde çalışan gerek sağlık personeli gerekse de yöneticiler tarafından kullanılarak tıbbi hataları önlemeye yönelik çalışmalarda öncülük edeceği düşünölmektedir.

Araştırmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla bana rehberlik eden, desteğini ve sabrını esirgemeyen ve benim için büyük çaba sarf eden danışmanım Yrd. Doç. Dr. Musa ÖZATA'ya, tez dönemim boyunca bana sürekli özveriyle destek veren aileme özellikle anneme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

iii. İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Hemşirelik Nedir?.....	1
1.2.Hemşirelerin Görev Alanları ve Fonksiyonları.....	3
1.2.1.Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerine İlişkin Fonksiyonlar.....	3
1.2.2.Koruyucu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Fonksiyonları.....	4
1.2.3.Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlamasına İlişkin Fonksiyonları.....	4
1.2.4.İş ve İşçi Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Fonksiyonları.....	4
1.2.5.Eğitimle İlgili Fonksiyonları.....	5
1.2.6.Yönetimle İlgili Fonksiyonları.....	5
1.3.Malpraktis (Tıbbi Hata) Nedir?.....	5
1.3.1.Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar.....	7
1.3.2.Tıbbi Hataların Nedenleri.....	9
1.3.3.Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	12
1.3.3.1.İlaç Hataları.....	12
1.3.3.2.Hastane Enfeksiyonları.....	16
1.3.3.3.Düşmeler.....	20
1.3.3.4.Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar.....	21
1.3.3.5.İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar.....	21
1.3.3.6.Yanlış Ya da Uygun Olmayan Malzeme Kullanıma Bağlı Hatalar.....	23
1.4.Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği.....	24
1.5.Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar.....	27
2. GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	29
2.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	29

2.3. Araştırma Evreni ve Örneklem.....	29
2.4. Veri Toplama Araçları.....	30
2.4.1. Bilgi Formu.....	30
2.4.2. Malpraktise Eğilim Ölçeği.....	32
2.5. Ön Uygulama.....	33
2.6. Verilerin Toplanması.....	33
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
2.8. Malpraktise Eğilim Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması.....	34
2.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	36
2.10. Terminoloji Tanımlaması.....	37
2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
2.12. Araştırmanın Etiği.....	37
2.13. Onam Formu.....	38
3. BULGULAR.....	39
3.1. Araştırmaya Katılan HHSSP'nin Tanımlayıcı Özellikleri.....	39
3.2. HHSSP'nin meslekten memnuniyet düzeylerine ilişkin bulgular.....	42
3.3. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Oranlarına İlişkin Bulgular.....	42
3.4. Hastanelerde Görülen Tıbbi Hata Türlerine İlişkin Bulgular.....	44
3.5. Tıbbi Hata Nedenlerine İlişkin Bulgular.....	49
3.6. Malpraktis Eğilim Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları.....	54
3.7. Malpraktis Eğilim Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	61
3.8. HHSSP'nin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Malpraktise Eğilim Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi.....	66
4. TARTIŞMA.....	69
4.1. HHSSP'ne Ait Sosyo-Demografik Bulguların Değerlendirilmesi.....	69
4.2. HHSSP'nin Mesleklerinden Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	71
4.3. HHSSP'nin Tıbbi Hata Yapma Oranlarına İlişkin Bulguların	

Değerlendirilmesi.....	72
4.4.Hastanede En Sık Karşılaşılan Hata Türlerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	73
4.5.Tıbbi Hata Türlerinin Hastaneler Açısından Karşılaştırılması.....	74
4.6.Tıbbi Hata Türlerinin Klinikler Açısından Karşılaştırılması.....	75
4.7.HHSSP'nin Hata Nedenlerine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	75
4.8.Malpraktise Eğilim Ölçeği Geçerlik ve Güvenilirlik Analizi.....	78
4.9.Malpraktis Eğilim Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	81
4.10.Malpraktis Eğilim Ölçeği Alt Boyutları Ortalama Puanlarının ile HHSSP'nin Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	82
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
5.1. Sonuçlar.....	84
5.2. Öneriler.....	87
6. ÖZET.....	88
7. SUMMARY.....	89
8. KAYNAKLAR.....	90
9. EKLER.....	99
EK-A İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi.....	100
EK-B Bilgi Formu.....	101
EK-C Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis Veri Toplama Formu.....	103
EK-D Etik Kuruldan Alınan İzin Belgesi.....	106
EK-E Konya İl Sağlık Müdürlüğünden Alınan İzin Belgesi.....	107
EK-F Konya Numune Hastanesinden Alınan İzin Belgesi.....	108
EK-G Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi.....	109
EK-H Başkent Üniversitesi Konya Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi.....	110
EK-I Alınan Uzman Görüşleri Listesi.....	111
10. ÖZGEÇMİŞ.....	112

iv. SİMGELER VE KISALTMALAR

- AÇS/AP** :Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
- ANA** :American Nurses Association(Amerikan Hemşireler Birliği)
- ICN** :International Council of Nurses(Uluslararası Hemşireler Birliği)
- IOM** :Institute of Medicine(Tıp Enstitüsü)
- JCAHO** :Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations(Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
- NCCMERP** :National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention(Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi)
- WHO** :Word Health Organization(Dünya Sağlık Örgütü)

1.GİRİŞ

Sağlık bakımı, oldukça karmaşık bir konudur. Bakım sırasında kimi zaman hatalar yaşanabilmekte ve bu hatalara bağlı olarak ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca hatalar nedeniyle sağlık harcamaları artmakta ve insanlar gereksinim duyduğu sağlık hizmetini tam olarak alamama riski ile karşı karşıya kalabilmektedir. Hizmet veren sağlık personeli yaptığı hataya bağlı olarak tükenmişlik duygusu, suçluluk ve performans düşüklüğü yaşayabilmektedir. Kimi zaman ise yapılan hatalar tazminat veya hapis cezası ile sonuçlanan ceza davalarına konu olabilmektedir.

Tıbbi hatalar (malpraktis) konusu tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Çünkü hemşireler hasta bakımında doğrudan görev almakta ve yaptıkları yanlış uygulamalar hasta güvenliğini tehlikeye sokabilmektedir. Çalışma ortamında hemşirelerin hata yapmasına ve bunlara bağlı yaralanma ve kazalara neden olan pek çok etken bulunmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar mesleki saygınlığın yetersiz olması, sayı olarak yetersizlik, zor çalışma koşulları, uykusuzluk, yorgunluk, dikkatsizlik, görev tanımlarının belirlenmemiş olması, düzensiz çalışma saatleri, uygun olmayan fiziksel koşullar, hasta sayısının fazla olması vb. nedenlerin hemşirelerde tıbbi hataları arttırdığını göstermektedir (Demir 1990, Giray 1999, Ballard 2003, Akalın 2005).

Tıbbi hatalara ve hasta güvenliğine yönelik zengin literatüre karşın, ülkemizde tıbbi hata oranları, türleri, ortaya çıkış nedenleri ve önlemeye ilişkin araştırma verileri yeterli değildir. Hastanelerde tıbbi hata oranları, türleri ve hemşirelik uygulamalarına ilişkin risk faktörlerini değerlendirmek amacı ile planlanan bu çalışmadan elde edilecek veriler ve malpraktise yatkınlık ölçeğinin hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Hemşirelik Nedir?

Hemşirelik, her türlü sağlık kurumunda sağlığın değerli kılınması ve hastalıkların önlenmesi için, bedenen ve aklen hasta ya da sakat bireylerin bakımından sorumlu bir meslektir (Öztürk 2002). Hemşireliğin özgül işlevi *bakım* vermektir. Sözlük anlamıyla *bakım* bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emektir. *Bakım* birinin bir başkasına yönelik ilgi, özen, dikkat, koruma, geliştirme, iyiliğini sürdürme amaçlarıyla yüklü, zihinsel, fiziksel, duygusal, kişilerarası ve sosyal bir eylemdir (Bilazer ve ark 2008).

Türk Hemşireler Derneği'nin tanımına göre hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini (Biol 2004).

Uluslararası Hemşireler Birliği'ne (ICN) göre hemşirelik; sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve rehabilitasyon çalışmalarında hemşirelik bakımını planlama, sağlama ve değerlendirme yetkinliğine sahip bir meslektir (Cohen 1984). Amerikan Hemşireler Derneği'ne (ANA) göre ise hemşirelik; yardım sunan bir meslek olup, bu hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunmaktadır. Hemşireliğin, hizmet alan bireyler için yaşamsal bir önemi vardır. Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir. Hemşirelik mesleğinin üç temel ögesi bakım, tedavi ve koordinasyondur (ANA 2003).

Toplumun gereksinimlerinden ortaya çıkan, bireylere, ailelere, dolayısıyla topluma verilen hemşirelik hizmetleri, bugün gördüğü işlevler ile dünyanın her yerinde sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilmektedir (Fuller 1983). Günümüzün değişen yaşam koşulları ve artan hayat standartları bireylerin kurumlardan

beklentilerini yükseltmiştir. Bu sonuç sağlık bakım sistemine ve onun bir alt sistemi olan hemşireliğe yansımış, toplumun hemşirelikten beklentileri de artmıştır. Sonuçta, birçok meslek ve sanat gibi hemşirelik de, hem mesleki gelişimleri, hem de artan toplumsal beklentileri yanıtlamak için vazgeçilmez ölçüt olan bilimselliği temel almaktadır. Bu temeli oluşturan kuramsal bilgi, hizmet alanında uygulama ile bütünleşmektedir. Tüm bu nedenlerle günümüz hemşireliği, insana ve yaşamına yönelik bilimsel bilgileri, bütüncü becerilerle birey ve topluma sunma çabasıdır (Sabuncu ve ark 1996).

Hemşireler, sağlık ekibi içerisinde hastaların her türlü problemlerinde ilk başvurdukları ve görevleri nedeniyle sağlık ekibi içerisinde, iletişimi sağlamada kilit rol oynayan sağlık personeli (Bilazer ve ark 2008). Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmakla birlikte hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir. Toplumlar, toplumsal dinamikler, sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları değişirken hemşirelik de modern bir meslek haline gelmiştir (Erdemir 1998). Günümüzde hemşirelik bakımı, dünyanın her yerinde başarılı bir sağlık bakımının önemli bir belirleyicisi haline gelmiştir (Algier ve ark 2005).

Hemşirelik bakımının başarılı olabilmesi için sunulan hizmetin belirli bir sistem dahilinde sunulması gerekmektedir. Bireyin sağlık sorununu çözümlenmede, sistematik bir yöntemle hemşirelik bakımını vermeyi sağlayan ve birbirini izleyen aşamaların oluşturduğu hemşirelik aktiviteleri, *hemşirelik süreci* olarak adlandırılmaktadır. Hemşirelik sürecindeki işlemler sırasıyla; birey hakkında bilgi toplama, bu bilgileri analiz etme, yorumlama, sorunun tür ve önemini saptama, sorunu çözümlenici girişimleri planlama ve uygulama, sonucu değerlendirme aşamalardan oluşmaktadır (Sabuncu ve ark 1996). Aynı zamanda hemşireler bakım işlevini gerçekleştirirken, hemşirelik kuram/model ilkelerine gereksinim duyarlar. Sağlıklı/hasta birey ve ailesine hemşirelik süreci sistemi ile hemşirelik kuramları doğrultusunda verilen bakım çok daha etkin ve kaliteli olur (Çoban 2006).

1.2. Hemşirelerin Görev Alanları ve Fonksiyonları

Hemşirelerin görev alanları ve fonksiyonları temel olarak; tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, iş ve işçi sağlığı hizmetleri, eğitim ve yönetim hizmetlerini kapsamaktadır.

1.2.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerine İlişkin Fonksiyonlar

Tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında hemşirelerin temel işlevi hasta bakımının sağlanması olup, bu işlev, kendi otoritesini kullanacağı ve mesleki bilgileri doğrultusunda bağımsız karar verebileceği önemli bir görev alanı olarak kabul edilmektedir (Yıldırım 1988). Tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında hemşirelerin diğer işlevleri; hastanın servise kabulü, hastaneye uyumunun sağlanması, hastanın günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmesine yardımcı olma, komplikasyonlar/hastane enfeksiyonları/kazalardan korunması, hasta ve hasta ailesi ile iletişim sağlama, hastanın çevresi ile sosyal ilişkiler kurmasında yardımcı olma, hastaneden çıktıktan sonra sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkı sağlama, hastanın bakımını planlamak, uygulamak ve verilen bakımı değerlendirmek aksayan yönlerini düzeltmek ve raporlamak şeklinde özetlenmektedir (Altuntaş 2004).

1.2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Fonksiyonları

Son zamanlarda koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin giderek artmasına karşın hemşirelerin büyük çoğunluğunun tedavi hizmetlerinde, çeşitli sağlık disiplinleri ile ortak hizmet verme durumunda oldukları görülür. Hemşirenin bu rolü kapsamında birçok görev ve sorumluluk yer alır. Hemşire bakım verdiği birey ya da grup için fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlar. Aile planlaması hizmetlerinde, çocuk sağlığı hizmetlerinde, aşılamada, beslenmede, büyüme gelişiminin izlenmesinde, toplumsal ve bireysel sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinde, bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunmada, istatistiksel verilerin toplanması ve değerlendirilmesinde görev alır (Erdemir 1998).

1.2.3. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlamasına İlişkin Fonksiyonları

Hemşirelerin görev yaptığı bir diğer alan ise ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇS/AP) hizmetleridir. AÇS/AP hizmetleri ile ilgili olarak hemşireler; doğum öncesi ve doğum sonrası ana ve çocuk sağlığının izlenmesi, aile planlaması faaliyetleri, çocuk sağlığı, bebek bakımı, aşılama, beslenme, büyüme ve gelişmenin izlenmesi, bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunma, istatistiksel verilerin toplanması ve değerlendirilmesinde görev almaktadırlar (Safran 2004).

1.2.4. İş ve İşçi Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Fonksiyonları

Rogers göre, iş ve işçi sağlığı hemşireliğinin temel amacı çalışanın sağlığını korumak, geliştirmek ve sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmaktır (Esin ve İşçi 2009). İş ve işçi sağlığı hemşireleri, çalışanlarla ilgili tedavi edici sağlık hizmetlerinde, koruyucu sağlık hizmetlerinde, işe girmeden önce ve sonra periyodik kontrolün sağlanmasında, sağlık danışmanlığında ve sağlık eğitimi faaliyetlerinde görev almaktadırlar (Safran 2004).

1.2.5. Eğitimle İlgili Fonksiyonları

Hemşireler birey, aile ve topluma sağlık ve hastalığının gerektirdiği sağlık eğitimini yapmaktan sorumludur. Hasta eğitimi; hastaların hastaneye yatma, cerrahi müdahale ya da rehabilitasyona hazırlanması dahil olmak üzere, önerilen tıbbi ya da kendine bakım uygulamalarına uyum yeteneği ve güdülerini güçlendirmeye yönelik olarak yapılan eğitimidir. Hemşire hastaya sağlık bakımı ile ilgili kavramları ve gerçekleri açıklar. Hasta ve ailesinin bakıma etkin katılımlarını sağlar (Erdemir 1998). Ayrıca hemşireler ekip arkadaşlarının ve diğer meslektaşlarının eğitimlerinden de sorumludurlar.

1.2.6. Yönetimle İlgili Fonksiyonları

Hemşireler, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarındaki hemşirelik hizmetlerinin yönetimine katılır. Hastanenin amaç ve yönetimi hakkında hasta ve hasta ailesine, hastane personeline, hastaneye bağlı sağlık kurumlarına, topluma bilgi verir. Hastane ve hemşirelik hizmetleri yönetimi tarafından hemşirelik bakımını geliştirmek üzere yapılan her çeşit faaliyette katılırlar (Safran 2004).

1.3. Malpraktis (Tıbbi Hata) Nedir?

Son yıllarda üzerinde en çok durulan ve araştırma yapılan konuların başında malpraktis (tıbbi hata) konusu gelmektedir. Literatürde konunun hukuki, etik, sosyal, eğitimsel ve yönetsel açılardan kapsamlı bir şekilde irdelendiği ve farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir.

ABD Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) *tıbbi hata* kavramını; hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlar olarak tanımlarken (NPSF 2003), “The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)” ise; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır(JCAHO 2006)

Dünya Tabipler Birliğine göre *tıbbi hata* “hekimin veya sağlık personelinin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır”. *Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri'nin 13. Maddesinde* ‘hekimliğin kötü uygulaması (malpraktis); bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi olarak tarif edilmiştir. *Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı'nın 3. maddesinde* ise “Tıbbi Kötü Uygulama” kavramı kullanılmış ve bu kavram; sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile

yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum olarak tanımlanmıştır (Temel 2005).

Bir başka tanımda ise tıbbi hatanın, yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması demek olmadığı, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan, ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem anlamına da geldiği belirtilmektedir (Özdilek 2009). Benzer şekilde bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne yol açan uygulamalar tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir (Brennan ve ark 1991, Wong ve Beglaryan 2004).

Tıbbi hata kavramı ile karıştırılan bir başka kavram ise yan etki (advers events) kavramıdır. ABD Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın tanımına göre *yan etki*; hastaya sunulan sağlık bakımının, altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olarak yol açtığı hasar veya zararlardır (Akalın 2005). Daha basit bir tanımla *yan etki* kavramını ilaçların istenmeyen etkileri şeklinde tanımlayabiliriz.

1.3.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar

Tıbbi hata kavramı esasında yeni bir konu değildir. Örneğin Eski Mezopotamya’da Hammurabi Kanunları’nda (MÖ. 1800) “Şayet hekim birisine bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse veya onun gözünü harap ederse iki eli kesilir”, “Şayet hekim bir esire neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse onun yerine bir esir verecektir” denilerek tıbbi hata kavramına dikkat çekilmiştir.

1950-1960 yılları arasında da tıbbi hataların rapor edildiği ancak konunun üzerinde durulmadığı anlaşılmaktadır. 1990’lı yılların başında *Harvard Medical Practice Study* tarafından konu ile yapılan çalışmalar bu alanda büyük miktarda bulgunun ortaya konulmasına yardımcı olmuştur. Takip eden yıllarda Avustralya,

İngiltere, Kuzey İrlanda ve ABD’de yapılan çalışmalar dünya genelinde konunun yaygın bir biçimde gündeme gelmesini ve tartışılmasını sağlamıştır. Bugün Kanada, Danimarka, Hollanda İsveç ve OECD üyesi diğer ülkelerde problem ciddi bir biçimde irdelenmektedir. Özata ve Aslan’ın (2009) belirttiğine göre Yeni Zelanda ve Kanada da ise kamu hastanelerindeki tıbbi hataların boyutlarını ortaya koyan raporlar yayınlanmıştır.

Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Kumar ve Chaudhary 2009). 1991 yılında Harvard Practice Study tarafından yapılan bir çalışma, New York Eyaleti’nde hastane başvurularının %3,7’sinin yaralanma ile sonuçlandığını ve bunların yarısından fazlasının önlenbilir olduğunu göstermiştir (Jeffrey ve ark 2002). 1999 yılında Institute of Medicine (IOM) yayınladığı bir rapor ise tıbbi hataların boyutunun ne kadar büyük olduğunu ortaya koymuştur. Bu rapora göre ABD’de her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir (IOM 1999). Tütüncü ve Küçükusta’nın (2006) belirttiğine göre benzer şekilde İngiltere’de her yıl 40.000 hastanın hata sonucu öldüğü, Kanada’da bu sayının 5.000 ila 10.000 arasında olduğu saptanmıştır.

Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü bulgularına göre Ontario hastanelerinde, 1992 ve 1997 yılları arasında hastaneye kabul edilen hastaların %3,3-5,0’i tedavi sırasında tıbbi hatalara maruz kalmıştır (Hunter ve ark 1999, Wanzel ve ark 2000). Avustralya Sağlık Bakım Kalite Derneği 1995 yılında hastanede yatan hastalarda tıbbi hata oranının %16,6 olduğunu saptamıştır. Avrupa Hastaneleri Kalite Çalışma Örgütü ise her on hastadan birin önlenbilir hatalar ve yanlış uygulamalara maruz kaldığını tespit etmiştir (SCH 2000). Aynı şekilde Yeni Zelanda ve Kanada’da tıbbi hata oranının %10 civarında olduğu belirlenmiştir (Davis ve ark 2002).

ABD’de yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan hastanelerin %65’inde ölüm ya da ciddi zarar ile sonuçlanan olayların yaşandığı saptanmıştır (Lamb ve ark 2003). Yapılan başka bir araştırmaya göre Almanya’da her yıl 100.000 tıbbi hatanın meydana geldiği ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişinin öldüğü tespit edilmiştir. Araştırma

sonuçlarına göre; 10.000 kişi servislerdeki hijyen eksikliğinden, 6.000 kişi yanlış ilaç verilmesinden veya hiç ilaç verilmemesinden, 2.000 kişi gereksiz ya da ilgisiz radyoloji istemlerinin yarattığı zararlı etkilerden ve 7.000 kişi ise çeşitli uzmanlık alanlarında (anestezi, kadın doğum, ortopedi vb.) gerçekleşen tıbbi yanlış uygulamalarından dolayı ölmektedir (Apv 2005).

Tıbbi hataların mortalite ve morbidite hızında artışa yol açtığı belirtilmektedir. Örneğin ABD’de tıbbi hatalar sonucu oluşan mortalite hızının, trafik kazalarına bağlı ortaya çıkan mortaliteden dört kat fazla olduğu tespit edilmiştir (Bates ve ark 1995). Bu sayının trafik kazaları, meme kanseri veya AIDS nedeniyle hayatını kaybeden insan sayısından daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Clancy ve ark 2005, Nath ve Marcus 2006). Ovalı’nın (2008) belirttiği gibi, uçağa binen bir insanın uçak kazasında ölme veya sakat kalma riski yaklaşık milyonda birdir. Başka bir deyişle, uçakta kaza yapma riskinin % 50 olması için, kişinin sürekli olarak 20.000 yıl uçması gerekir. Ancak, yolu herhangi bir sağlık kuruluşuna düşen bir kimsenin, sağlık sisteminin herhangi bir aşamasındaki bir hata nedeniyle zarar görme riski 300 de birdir (Türkiyenin Hasta Güvenliği Platformu 2008)

Tıbbi hatalar mali açıdan da büyük kayıplara yol açmaktadır. Bu tür hataların İngiltere’de maliyetinin yıllık altı milyar dolar, ABD’de ise 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir (Slonim ve ark 2003). Utah ve Kolorado’da 28 hastanede yapılan bir çalışma, tıbbi hataların bu hastanelere maliyetinin yıllık yaklaşık 160 Milyon Dolar olduğunu ortaya koymuştur (Thomas ve ark 1999). Zhan ve Miller (2003) on sekiz hasta güvenliği göstergesinin ABD’de yıllık 9.3 milyar dolar fazla harcamaya yol açtığını belirtmektedir.

Tıbbi hatalar hastalara verdiği zararlar yanında sağlık personeli üzerinde de olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Çalışanlar yaptıkları hata sonucu suçluluk duygusu yaşamakta, depresyona girmekte ve tükenme duygusuna kapılabilmektedir. Sonuçta kendisine olan güvenini kaybeden sağlık çalışanlarının etkililiği, verimliliği ve performansı düşebilmektedir.

Yukarıda verilen bulgular tıbbi hataların gelişmiş ülkelerde bile çok büyük sorunlara yol açtığını ortaya koymaktadır. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise durumun daha ciddi boyutlarda olduğu tahmin edilmektedir. Bu ülkelerde altyapının ve teçhizatın yetersiz olması, güvenilir ve kaliteli ilaç temin edilememesi, atıkların imhası ve enfeksiyon kontrolünde yaşanan sorunlar, yeterli teknik bilgiye sahip sağlık personeli olmaması ve bu alana yeterince kaynak ayrılmaması gibi etkenler muhtemelen daha fazla tıbbi hata yaşanmasına yol açabilmektedir.

Ülkemizde de tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemekle beraber, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği muhakkaktır. Tıbbi hatalarla ilgili şikâyetlerin ülkemizde değerlendirilme makamı Yüksek Sağlık Şurası olup, Şura'da 1931- 2004 yılları arasında yaklaşık 10 bin dosya görüşülmüştür. Dosyalardan 932'si son beş yıl içinde olan vakalar olup, bunların yaklaşık yarısında sağlık personeli az veya çok kusurlu bulunmuştur (Temel 2005).

1.3.2. Tıbbi Hataların Nedenleri

Tıbbi hatalar birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Akalın'a (2005) göre tıbbi hataların ana nedenleri; *insana bağlı faktörler* (yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik), *kurumsal faktörler* (iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş konularında yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı) ve teknik faktörler (yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, integrasyon eksikliği) olarak üç başlık altında toplanabilir.

Adams ve Garber'a göre (2007) tıbbi hataların insan ve sistem olmak üzere iki temel bileşeni olup, sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir. Çünkü insan faktörünün yol açtığı hatalar incelendiğinde sadece %1'inin yetkin olmayan çalışanlardan, kalan %99'nun ise çok iyi niyetle işini yapmaya gayret eden ve görevlerinde başarılı olan kişilerden kaynaklandığı

anlaşılmaktadır (Dhankar ve ark 2007). Kalite gurusu Juran'a göre insana bağılı hatalar tüm hataların %2'sini oluştururken sisteme bağılı hatalar ise %98'ini oluşturmaktadır.

Ülkemizde ise tıbbi hataların nedenleri spesifik olarak incelendiğinde; eğitim kurumlarının niteliksiz sağıık personeli yetiştirilmesi, sağıık personelinin sayıca yetersiz olması, aşırı çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi, hasta sayısının fazla olması, yorgunluk, meslekten memnun olmama, stres, cihazların yetersiz olması ve kalibrasyonlarının yapılmaması, fiziki mekandan kaynaklanan problemler, sağıık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersiz olması ve bilgi teknolojilerinden yeterince faydalanılmaması gibi birçok faktörün tıbbi hatalara yol açtığı anlaşılmaktadır.

Genellikle alt yapısı yetersiz, olanakları sınırlı, eğitimcileri kuramsal ve pratik bilgi bakımından yeterli düzeyde olmayan tıp fakültelerinde yetiştirilen hekimlerin sağıık hizmeti vermesi bu alandaki riskleri büyötmektedir. Aynı şekilde insana hizmet verdiği için en mükemmel şekilde eğitim görmesi gereken hemşirelik, ebelik ve sağıık teknisyenliliğı okullarında yeterli pratik ve kuramsal eğitimin verilememesi, sağıık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte ve tıbbi hataların oranını artırmaktadır. Tedavi edici sağıık hizmetlerinde yaşanan talep artışını, mevcut sağıık kuruluşlarının karşılayamaması sonucu oluşan baskı, çalışma ortamını giderek daha yoğun bir şekilde kötüleştirilmektedir. Ayrıca performans dayalı ücret sisteminin uygulanması sonucu, kimi zaman daha çok gelir elde etme amacıyla, fazladan yapılan tahlil, tetkik ve cerrahi müdahaleler hastanın zarar görmesine yol açabilmektedir.

Sağıık kuruluşlarında kimi zaman 24 saatin bütünü, hafta sonları ve bayramları içine alan sistemler uygulanmaktadır (Demir 1990). Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağııklarını, sosyal yaşamlarını, bireysel güvenliğı ve hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Wilson 2002, Yüksel 2004). Çalışma saatlerinin uzun olması, dikkat azlığı ve muhakeme bozukluklarına neden olmakta, bu da hastadaki değışikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara yol açmaktadır (Giray 1999). En kötü performansın gece 04-06 saatleri arasında gerçekleştiğı bilinmektedir.

Sağlık personelinin kötü performansı sonucunda aseptik tekniklere dikkat edilmediği, hatalı ilaç uygulamalarının arttığı ve hasta gereksinimlerinin göz ardı edildiği görülmektedir (Bilazer ve ark 2008).

Sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin iş yükünün fazla olması, hataların ortaya çıkmasında önemli bir etkidir. Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), hemşirelerden kaynaklanan hatalarının genellikle hemşire yetersizliği ile ilişkili olduğunu; hemşirelerin, stresli, yorgun, uygun düşünemediği çalışma ortamlarında bulunması durumunda hataların artacağını belirtmektedir (Ballard 2003). Aiken ve ark (2002) tarafından yapılan kapsamlı bir araştırmada 10.184 kadrolu hemşire ve 232.342 ameliyat hastasından toplanan veriler ışığında araştırmacılar; normalde dört hastaya bakan bir hemşirenin ilave bir hasta yükü daha olması durumunda, hastanın ölüm riskinin %0.7 arttığını tespit etmişlerdir. Hemşirelerin çalışma saatleri ve hemşirelerin hata yapma oranının incelendiği bir başka çalışmada, günde 12 saatten fazla çalışan hemşirelerde hata oranının arttığı saptanmıştır. Ayrıca haftalık 40-50 saatten fazla çalışmanın tıbbi hataya neden olabileceği belirlenmiştir (Rogers ve ark 2004).

Birçok hata ise bilgisizlikten ve deneyimsizlikten kaynaklanmaktadır. Bilimsel gelişmelere bağlı olarak önceki dönemlerde yapılan bazı uygulamaların bugün geçerliliği kalmamakta ve bilgilerini yenilemeyen personelin hata yapma olasılığı yükselmektedir (Temel 2005). Ayrıca fiziksel çevreyi oluşturan aydınlatma, havalandırma, eşya seçimi ve düzenlemesi, ısıtılması gibi öğeler de insan yaşantısını ve sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemekle kalmayıp hatalara yol açmaktadır (Battal 1989). Belirli bir klinikte çevresel koşulların uygun olmaması (kötü aydınlatma, aşırı gürültü, aşırı ısı, soğuk, titreşim, hava kirliliği ve elektrikli araçların kullanımı sonucu oluşan radyasyon etkisi gibi) personelin, söz konusu bölgede çalışmaktan ve hastaları gereksinim olmasına rağmen ziyaret etmekten kaçınabilmesine neden olmaktadır (Utkutan 1999).

1.3.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hatalar *kök neden* veya *hata türü* açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir. *Kök nedenlerine* göre tıbbi hatalar; işleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanabilir. *Hata türü* açısından ise ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar olmak üzere beş grupta incelenebilir (Akalın 2005).

İlaç hataları; yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, allerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. *Cerrahi hatalar*; yanlış taraf cerrahisi ve yanlış organ cerrahisi gibi hatalar bu grupta yer almaktadır. *Tanı koymada hatalar*; laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. *Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar*; sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. *Diğer hatalar*; hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi önemli konular bu tür hatalardandır (Akalın 2005).

Literatürde üzerinde en sık durulan hatalar; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar, düşmeler, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar ve yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanıma bağlı hatalar olduğundan, aşağıda bu tür hatalar hakkında kısa bilgiler sunulmaktadır.

1.3.3.1. İlaç Hataları

ABD İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP) ilaç hatasını; sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenemez bir olay” olarak tanımlamıştır (NCC MERP 2009). İlaç uygulaması birbirini izleyen reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçleri ile yerine getirilmekte

ve hatalar bu sürecin herhangi bir aşamasında karşımıza çıkabilmektedir(Valizadeh ve ark 2008).

İlaç hatası; hasta güvenliğini etkileyen en yaygın hata tipidir. Hatalı ilaç uygulamaları, sebep oldukları hastalık, sakatlık ve ölümler açısından son derece riskli bir konu olup (Holdsworth ve ark 2003), hastaneye yatan hastaların tedavileri sırasında en sık karşılaştığı hata grubu arasında yer almaktadır (Balas ve ark 2004, Hicks ve ark 2004). JCAHO 2005 Raporunda istenmeyen olaylar sıralamasında, ilaç hataları dördüncü sırada yer almaktadır(JCAHO 2006).

ABD’de 1995 yılında yayınlanan bir çalışma raporunda insanların hastanede kaldıkları sürede, en az bir kez ilaç hatası ile karşılaşma oranının %2 ile %14 arasında olduğu tespit edilmiştir (Chang ve Mark 2009). Kaushal ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada ilaç hata oranını %5,7 olarak saptamışlardır. Utah ve Colorado da 3.719 kişi üzerinde yapılan çalışmada ise ilaç hatalarının oranının %1 olduğu ve bunlarında %59’unun önlenbilir olduğu saptanmıştır (Kaushal ve ark 2001, Sharek ve Classen 2006). Başka bir çalışmada 1998 yılında ABD’de ilaç uygulamalarının % 28’inde ilaç reaksiyonu görüldüğü ve bu reaksiyonların % 42’sinin önlenbilir olduğu saptanmıştır (Ballard 2003). Trooskin’e (2002) göre, her yıl hastanede yatan hastaların 7.000’i sadece ilaç uygulama hataları nedeniyle yaşamını yitirmektedir. İngiltere’de 2001’de tespit edilen 10 binden fazla ilaç hatasının, 1.100’ünün ölümle sonuçlandığı belirtilmektedir (Mayo ve Duncan 2004).

İlaç uygulama hatalarının içeriği incelendiğinde, ilacın istem edilme aşamasından uygulandıktan sonraki etkilerin takibini de içine alan, çok geniş bir süreç içinde gerçekleştiği görülmektedir (Chang ve Mark 2009). Kaushal ve arkadaşları (2001) ilaç hatalarında en çok görülen hata tiplerini; yanlış doz (%28), ilacın yanlış zamanda verilmesi (%9.4), yanlış yoldan verilmesi (%18), uygulanan ilacın yazılmaması/kayıtların düzenli tutulmaması (%14), yanlış ilaç (%1.3), yanlış hasta (%0.16), ilaç alerjisi(%1.3) ve okunaksız order (%2.3) olarak sıralamıştır. Taxis ve Barber (2003) yaptıkları araştırmada, 430 İntravenöz (IV) ilaç dozunun 21’inde, hazırlama ve uygulama evresinde bir ya da daha çok hata oluştuğunu saptamıştır.

Cowley ve ark (2001) 1956 adet MedMAR raporunu incelemişler ve hataların %51'inin uygulama, %23'ünün ilaç hazırlama, %17'sinin kayıt, %7'sinin reçete yazımı ve %1'inin de izlem sırasında meydana geldiğini tespit etmiştir.

İlaç uygulamaları, hemşirelik uygulamalarında hata açısından en yüksek risk alanlarından biridir. İlaç uygulama multidisipliner bir süreç olmakla birlikte, ilaç uygulamalarında son noktada yer aldıklarından hemşireler büyük bir önem taşımaktadır (Sezgin 2007). Mayo ve Duncan'ın (2004) yaptıkları çalışmada 983 hemşireden %46,5'inin ilaç hatası yaptığını bildirilmiştir. Hemşirelerden kaynaklanan başlıca ilaç hata tiplerine bakıldığında; yasal olmayan isteme göre ilacın verilmesi, hekim istemi olmadan ilacın verilmesi, istemin sözlü verilmesi, ilacın okunmuş ve görünüş benzerliği sonucunda yanlış ilacın verilmesi, ilaç dozunun yanlış hesaplanması ya da yanlış dozda ilaç verilmesi, ilaç kutusu ve paketi üzerindeki bilgilere dikkat etmeme ve ilaç uygulamasının unutulması yer almaktadır (İnce ve ark 2005, Mete ve Ulusoy 2006).

Sezgin (2007) yaptığı çalışmada hemşirelerin yaptıklarını belirttikleri ilaç hata tipleri incelendiğinde; yanlış ilaç, yanlış uygulama yolu, yanlış doz, yanlış hasta, yanlış uygulama zamanı gibi geleneksel anlamda en çok bilinen beş doğruya ilişkin hataların olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hekim tarafından önerilmeden verilen ilaç, tedavi kesildikten sonra yapılan ilaç uygulaması ve tedavi uygulama saatinin geciktirilmesi gibi hataların ise daha düşük oranda olduğu saptanmıştır. Durmaz ve Mete'nin (2007) çalışmasında ise hastaların %47,6'sında ilaç atlama hatası belirlenmiş ve %44,7'sinde ise hemşire gözlem formunun boş olduğu yani doktor isteminin verilmediği görülmüştür.

Alparslan ve Erdemir (1997) araştırmasında oral-parenteral toplam 641 antibiyotiğin hastaya uygulanışı izlenmiştir. Gözlem sonucu bu antibiyotiklerin %83,1 gibi oldukça büyük bir kısmının uygulanışında çeşitli hata özellikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %46'sının, çocuğa uygun olarak küçük dozlarda ilaç hazırlama, yetişkin için hazırlanmış olan antibiyotiği çocuğa uygun hale getirmede, sulandırma için sıvı seçiminde, ilaçların uygun koşullarda saklanması gibi konularda güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin antibiyotiklerin uygulanması sırasında

yaptıkları hatalar ise yanlış zamanda antibiyotik uygulama (%40), ilacı hasta yanında bırakma (%19), iki geçimsiz antibiyotiği bir arada verme (%18), yanlış dozda ilaç verme (%17,4), yanlış yoldan ilaç verme (%2,4), doktor tarafından istemi yapılmış ilacı vermeme (%1,6) antibiyotiğin yanlışlıkla başka hastaya verilmesi (%1), istemi yapılmış olmayan antibiyotiğin verilmesi(%0,5) ve verilmiş antibiyotiğin yanlışlıkla tekrar yapılması (%0,1) olarak saptanmıştır.

Sağlık Bakanlığı yayınladığı “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliğinde” ilaç güvenliğine ilişkin yapılacak uygulamaları şu şekilde sıralamıştır (Resmi Gazete, 27214 sayılı Tebliğ, Tarih. 29.04.2009):

- Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar kayıt altına alınarak ilgili tabibe bildirilir. Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde, okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır. Hastanın yatış öncesi aldığı ilaçlar, bakım sürecinde kullandığı ilaçlar ve taburcu edildikten sonra kullanacağı ilaçlara ilişkin süreç tanımlanır.
- Hastanın evden getirdiği ve hastanede kullanması gerekli olan ilaçlar, günlük olarak ve her farklı ilaç eklendiğinde eczacı ve /veya sorumlu tabip tarafından ilaç-besin, ilaç-ilaç etkileşimleri bakımından değerlendirilir.
- Hastanın kullandığı tüm ilaçların ilgili hemşiresi tarafından verilmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılır.
- İlaç uyumu, istenmeyen ve beklenmeyen yan etkiler, tabip ve hemşireler tarafından izlenir ve ilaçların yan etkilerinin izlenmesine yönelik işlemler, 22/3/2005 tarih ve 25763 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan, Beşeri, Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğin 12 nci maddesinde tanımlanan Advers Etki Bildirim Formuna uygun olarak yapılır.
- Taburcu ve transferlerde, hasta/hasta yakınına ilaç listesi verilir ve ilaç kullanımı ile ilgili gerekli bilgilendirme yapılır.
- Kurum eczanesinde, adı ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları ayrı raflarda depolanarak üzerine ayırt edici etiket yapıştırılır.

- Yüksek riskli ilaçlar, ilaç kapları ile enjektöre çekilen ilaçların isim ve dozları etiketle belirlenir ve etiketler okunaklı şekilde yazılır.
- Konsantre potasyum çözeltileri ve %0,9'dan daha konsantre tuz solüsyonları, % 50 veya daha konsantre magnezyum sülfat, 2 mEq/ml veya daha konsantre potasyum klorid ve diğer konsantre elektrolit solüsyonlar gibi yüksek riskli ilaçlar, “Yüksek Riskli İlaç Etiketi” yapıştırılarak ameliyathane, yoğun bakım ve acil serviste kilitli dolapta, servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilir.
- İlaçların klinik olarak gerekli olmayan alanlarda bulundurulmaması için eczacı tarafından denetimler yapılır.
- Benzer isimli ilaçların yanlış kullanımını önlemek amacıyla, “İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi” (Bkz. Ek-A) esas alınarak her sağlık kurum veya kuruluşu, kendi ihtiyaç ve şartlarına uygun olarak ismi ve söylenişi benzer ilaç listesini oluşturur. Bu liste, yılda bir kez gözden geçirilerek güncellenir.
- Bağımlılık yapan uyarıcı ve uyuşturucu ilaçlar, kilitli dolaplarda servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilerek, imza karşılığında teslim edilir.

1.3.3.2. Hastane Enfeksiyonları

Tanı ve tedavi amacıyla gerçekleştirilen çeşitli invaziv girişimler ve operasyonlar sayesinde insan yaşamı uzamakta ve yaşam kalitesi artmaktadır. Ancak bu girişimler sırasında hastalara buluşabilen mikroorganizmalar ile oluşan enfeksiyonlar kimi zaman yaşamı tehdit edebilmektedir (Günaydın ve Gürler 2008). Hastane enfeksiyonları dediğimiz bu enfeksiyonlar, hastalar hastaneye başvurduktan 48-72 saat sonra gelişen veya hastanede gelişmesine rağmen kimi zaman taburcu olduktan sonra 10 gün içinde ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır (Ulutaşdemir ve ark 2008).

Hastane enfeksiyonu oranı, bakım kalitesini gösteren en önemli ölçütlerin başında yer almaktadır. Yüksek morbidite ve mortaliteye neden olmalarının yanı sıra, tedavi maliyetlerini önemli düzeyde artırmaları nedeniyle bütün dünyada önemli bir sağlık sorunudur (Hayran ve Akalın 1993). Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40'ının önlenemez olduğunu (WHO

2005) ve her hastane enfeksiyonun temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hata olarak kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedir (IOM 1999).

Dünya Sağlık Örgütü dünyada her yıl 190 milyondan fazla insanın hastaneye yattığını ve bu yatışların %5'inin hastane enfeksiyonuna yakalandığını bildirmektedir (WHO 1986). ABD'de her 136 hastadan biri, hastanede kapıldığı enfeksiyon nedeni ile ciddi bir şekilde hasta olmaktadır. Bu ise yılda iki milyon olaya tekabül etmekte, yaklaşık 4.5-5.7 milyon dolarlık ek bir maliyete yol açmakta ve 90.000 ölüme sebep olmaktadır (Ostrowsky 2007). İngiltere'de ise hastanelerde yılda 100 bin enfeksiyon olduğu, bunların maliyetinin yaklaşık bir milyon sterlini bulduğu ve 5000'den fazla ölüme sebebiyet verdiği tahmin edilmektedir (Postnate 2005).

Türkiye'de ise 1994-1998 yılları arasında aktif sörveyans çalışmalarına katılan 16 hastaneyi içine alan bir çalışmada hastane enfeksiyon hızının %1 ile %16,5 arasında olduğu tespit edilmiştir (Wilke ve Gündeş 2001). Günay (2008) yaklaşık üç yıl süren çalışmasında hastane enfeksiyon hızını %9.9 olarak bulmuştur. Yıllara göre hız oranlarına bakıldığında; 2005 yılında %11,2, 2006 yılında %10,2 ve 2007 yılının ilk yarısında %7,8 olarak hesaplanmıştır. Dağlı (2006) Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım ünitelerindeki enfeksiyon hızını %49,7 olarak saptamıştır.

Aytekin'in (1998) çalışmasında ise ülkemizde hastane enfeksiyonu oranı %5,0 olarak saptanmış ve enfeksiyonların en çok yoğun bakım ünitelerinde gözlendiği belirlenmiştir. Özçetin ve arkadaşlarının (2009) Ege Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan servisinde yaptıkları çalışmada 96 hastane enfeksiyonu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastane enfeksiyonlarında ilk iki sırayı bakteriyemi ve üriner sistem enfeksiyonları aldığı ve hastaların çoğunda (%59.3, n=57) enfeksiyon oluşumunu kolaylaştırıcı bir veya daha fazla sayıda invaziv girişim olduğu belirtilmiştir.

Enfeksiyon kaynaklarının başında sağlık hizmeti sunanlar ilk sırayı almaktadır. Sağlık çalışanları içerisinde de hasta ile sürekli temasta bulunan ve bakımdan sorumlu

olan hemşireler diğerlerine göre enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde etkin bir role sahiptirler. Gerek bu kişilerde hastalık ya da taşıyıcılık nedeniyle bulunan, gerekse bu kişilerin elleri ya da eşyaları ile bir hastadan diğerine mekanik olarak taşınan bakteriler hastane enfeksiyonlarının en önemli kaynaklarıdır (Günaydın 2002).

Ayrıca sağlık çalışanlarının hijyenik olmayan uygulamaları da önemli bir enfeksiyon faktörüdür. Sağlıkla ilişkili enfeksiyonların diğer bir kaynağı ise kirli alet ve tıbbi cihazların kullanılmasıdır. Özçetin ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada hemşire başına düşen hasta sayısının artması ile hastanede yatış süresinin uzadığını ve dolayısı ile hastane enfeksiyonları sıklığının arttığını saptamıştır.

Hastanede kullanılan alet solüsyonları, üriner ve vasküler kateterler, buhar makineleri, respiratörler, ventilatörler, laringoskop, enjektör vb. bir çok tıbbi cihaz enfeksiyonlara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda idrar yolları enfeksiyonlarının %80'i ve dolaşım ile ilgili enfeksiyonların %60'ı üriner-intravenöz kateter veya bağlantıları ile oluştuğu tespit edilmiştir (Bedük 2000, Rello ve ark 2000). Kontamine kan ve sıvılar, ayrıca hastanede verilen yiyecek ve içecekler de enfeksiyon kaynağı olabilmekte, hava yolu ile ve vektörler aracılığı ile de yayılma gerçekleşebilmektedir (Phipps ve ark 1991, Tümerdem ve ark 1992).

Hastane enfeksiyonları ciddi hastalıklara ve ölümlere neden olan önemli bir sorundur. Bu nedenlerle tüm sağlık kuruluşlarında enfeksiyonları önleyecek önlemlere titizlikle uyulması gerekmektedir. Hastane enfeksiyonlarının kontrol altına alınmasında öncelikle risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Hastane enfeksiyonlarının oluşması ve yayılmasını sağlayan risk faktörleri arasında, hastane odası doluluk oranlarının fazla olması, hastane içinde hareketliliğin fazla olması, ciddi ve karmaşık tıbbi müdahalelerin yapılması ve sağlık çalışanları gelmektedir (Postnote 2005).

Diğer enfeksiyonlarda olduğu gibi hastane enfeksiyonlarında da enfeksiyon oluşum zincirinin bir veya birkaç yerden kırılması ile enfeksiyon kontrol altına alınabilmektedir. Sağlık kurumlarında hastane enfeksiyonlarını azaltmanın en önemli

yolu enfeksiyon kontrol programlarının oluşturulması ve eksiksiz uygulanmasıdır. Hastane enfeksiyon kontrol programlarının üç ana hedefi bulunmaktadır. Bunlar; hastadan hastaya bulaşı önlemek, sağlık personelinin kan yoluyla bulaşan hastalıklara ve damlacık, solunum ya da temas yoluyla yayılabilecek enfeksiyonlara karşı korunmasını sağlamak ve hastane enfeksiyon hızlarını mümkün olan en düşük düzeye indirmektir (Şardan 2002, Diker 2003). Bu hedeflere ulaşılabilmesi, her hastanede sürveyans sonuçlarının takip edilmesi, bu sonuçları diğer hastanelerin enfeksiyon oranlarıyla karşılaştırılması ve etkin enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması ile mümkündür (Özçetin ve ark 2009). Aktif sürveyans programları ve kontrol önlemlerinin uygulanmasıyla enfeksiyonlar %20-30 oranında azaltılabilmektedir (Bayındır 2005).

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi bir ekip işidir. Önlemler, tüm çalışanların enfeksiyonlar konusunda tam ve doğru bilgi almaları, bu bilginin davranışlara yansımaları, uygulamalardaki dikkat ve yeterlilik sonucunda amacına ulaşabilir (Çetin 1993). Hastane enfeksiyon oranları doğrudan yatak başı bakım verenlerin davranışlarına bağlıdır. Sağlık personelinin enfeksiyon kontrolündeki kendi hataları ile enfeksiyon oranları arasındaki ilişkiyi görmesi önemlidir.

Enfeksiyon kontrol önlemleri arasında el hijyeni, tek başına hastane enfeksiyonlarının yayılımını önlemede en önemli faktördür (Boyce ve Pittet 2002). Ancak bugüne kadar yapılan tüm çalışmalar, başta doktorlar olmak üzere sağlık personelinin el yıkama konusundaki uyumunun iyi olmadığını göstermiştir. Alparslan ve Erdemir'in (1997) yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin tedaviden önce ve sonra el yıkama durumu değerlendirilmiş ve %10'unun tedaviden önce, %48'inin de tedaviden sonra ellerini yıkamadıkları belirlenmiştir (Şardan 2002).

Hastanelerde enfeksiyonun kontrol altına alınmasında izolasyon önlemlerine de uyulması şarttır. Bu önlemler içerisinde, izolasyonu gerektiren hastanın ayrı ve tek yataklı bir odaya alınması, belirlenmiş bir hemşire tarafından bakım verilmesi ve sağlık çalışanlarının bariyer önlemlerini (eldiven, önlük, maske vb.) kullanması işlemleri yer almaktadır (Postnote 2005). Hasta bakımında kullanılan alet ve malzemelerdeki

mikroorganizmaları etkisiz hale getirmek veya ortadan kaldırmak için uygulanacak dezenfeksiyon ve sterilizasyon da enfeksiyon kontrolünde önemli bir yer tutmaktadır (Ülger 2005).

Hemşirelerin en fazla yaptığı uygulamalar arasında yer alan üriner ve venöz katater uygulamalarında da gerekli hijyen ve asepsi kurallarına dikkat edilmesi önlemler arasındadır. İntravenöz kateter uygulamalarında enfeksiyonu önlemek için kateterin tipi, uygulanacak yer, kateterin 72 saatten fazla kalmaması, acil durumlarda kateter yerleştirilmesi ve kateteri uygulayanın el becerisi faktörlerine dikkat edilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır (O'Grady ve ark 2002, Cunha 2006).

1.3.3.3. Düşmeler

Düşmeler hastanelerde en yaygın görülen tıbbi hatalardan olup (Koh ve ark 2007), bu kurumlarda meydana gelen yaralanmaların yaklaşık %30'unun temel sebebini oluşturmaktadır (Dreschnack ve ark 2005). Özellikle 65 yaş ve üstü kişilerin hastanelerde karşılaştığı yaralanma ve ölümlerin en önemli nedeninin düşmeler olduğu ve düşmeler sonucu oluşan yaralanmaların toplam maliyetinin 27.3 milyar doları bulunduğu belirtilmektedir (CDC 2007). Tutuarima ve ark (1997) yaptıkları çalışmada düşmelerin görülme oranını 8.9/1000 olarak saptamışlardır.

Yetişkin hastalarda düşme vakalarının çoğunun fizyolojik nedenlere bağlı olduğu belirlenmiştir. Yabancı hastane ortamı, vücut aktivitelerinde değişimler, özürlülük, yaşlılarda demans, görme, işitme kaybı, kas kuvveti ve reflekslerde azalma gibi fiziksel ve mental yetersizlikler veya tedavi süreci gibi uyanıklık durumunu ya da dengeyi etkileyen hastalıklar ve hastanın yaşı, düşme riskini artıran bireysel risk faktörleri arasında yer almaktadır (Acaroğlu ve Aştı 2000, Stevens 2004). Ayrıca benzodiazepinler ve anepileptik ilaçlar düşme riskini artırabilmektedir (Mendelson 1996, Hendrich ve ark 2003). Pediatri ünitelerinde 10 yaş altı grupta ise daha çok çevresel nedenler düşmelere yol açmaktadır. Çocuğun yatağından düşmesi, parmaklıkların kaldırılmamış olması ve refakatsiz bırakılması bu faktörlerden bazılarıdır (Hendrich 2006, Cooper ve Nolt 2007).

Sağlık kuruluşları düşmeyi önlemek için programlar oluşturmalı ve tüm personelin bu programa uyumu sağlanmalıdır. Güvenilir bilgi toplama, düşme sıklığı ve yaralanma derecelerinin bilinmesi, düşmeleri engelleyici program geliştirmek için son derece önemlidir. Başarılı bir düşme engelleme programı, hastanenin neresinde olursa olsun hastanın güvenliğini garanti altına almalıdır (Dreschnack ve ark 2005). Hastanede yatmakta olan hastaların, düşme sonucunda yaralanması hemşirelerin çok sık karşılaştıkları bir problemdir. Düşmeye neden olan risk faktörlerine ilişkin bilgilerin, hemşirelik uygulamalarıyla birleştirilmesi başarılı sonuçlar alınmasını sağlamaktadır (Quigley ve ark 2007, Morse 2008). Tutuarima ve arkadaşları (1997) her hasta için risk değerlendirilmesi yapılması, hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi verilmesi ve serviste fiziksel ortamın düzeltilmesi (yeterli ışık sağlanması) ile düşmelerin önlenebileceği belirtilmiştir.

Hastanın vücudunda taşıdığı riski anlatan bir ipucu bulundurması (örneğin kol bandının bulunması) sayesinde, hasta başka bir üniteye gittiği zaman diğer sağlık profesyoneli tarafından da hastanın taşıdığı risk anlaşılabilir olacaktır (Dreschnack ve ark 2005). Bazı çevresel güvenlik önlemleri ile düşmeler önlenebilmektedir. Hastanın odasına düşmesini engelleyen malzemeler (yatak kenarlıkları) yerleştirilmesi, mobilyaların sabit olması, hastanın giydiği kıyafete ve ayakkabıya dikkat edilmesi, klinik alarm sistemlerinin oluşturulması ve hasta nakillerinde dikkatli olunması bu önlemler arasındadır. Düşme sıklığı, sağlık personeli aralarındaki iletişim hatalarından olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenle çalışanlar arasında etkili ve olumlu bir iletişim kurulması çok büyük önem taşımaktadır. Ayrıca kişisel riskleri azaltmak için hasta ve ailesine de düşme konusunda gerekli bilgiler verilmelidir (Hendrich 2006).

1.3.3.4. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar

Eskresi'e (1998) göre gelişmiş çoğu ülkede yetersiz hasta izlemleri, hatalı uygulamalara ilişkin davaların, en sık rastlanılan nedenlerindedir. Yetersiz izleme bağlı hataları en aza indirmek için istemler açık ve okunabilir bir şekilde yazılmalı ve izlem sıklığı net olarak belirtilmelidir (Safran 2004). Hastaya ilişkin tüm izlemler zaman

belirtilerek yazılı olarak kaydedilmelidir. Eğer hastanın sık aralarla kontrole ihtiyaçı var ise bu zaman aralığı sağlık ekibi üyelerince belirlenmelidir (Mete ve Ulusoy 2006).

1.3.3.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Arda ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir araştırmada hekimlerin %78,2'si, hemşirelerin ise %85,5'i hastalarla iletişim kurma problemi yaşadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada iş yoğunluğunun ve yeterli sayıda hekim yada hemşirenin olmamasının iletişim kuramamanın temel nedeni olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte klinik sorumlularının yarattığı gerginlik, nöbetlerin fazlalılığı, çok yorulma gibi nedenlerin de iletişim sürecini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Meurier ve arkadaşlarının (1997) 124 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin en çok (% 33) uygulama sırasında hata yaptığı ve bu hataların % 27,9'unun iletişim sorunlarından kaynaklandığı saptanmıştır.

İletişimin temel hedefi karşılıklı anlaşmadır. Sağlık hizmetinin sunumunda hasta ile hizmeti sunan personel doğrudan ya da dolaylı olarak iletişime girmektedir. Bu görevliler arasında hekimler ve hemşireler, hastayla en yakın iletişime giren meslek gruplarıdır (elik 2008). Uludağ (2001) hasta ve ailesine ulaşmada, en etkili araçlardan birisinin iletişim olduğunu ifade etmiştir. İletişim, klinik müdahalenin temel tekniğidir. Çünkü bilgi, iletişim teknikleri, sorun çözme yetkisi ve fiziksel inceleme, etkili ve doğru klinik müdahalenin dört ana parçasını oluşturmaktadır. Uygun iletişim teknikleri olmadan diğer bütün klinik çabalar boşa gidebilir (Adıgüzel 2005). Hastalık tanı ve tedavi sürecinin etkililiği üzerinde önemli etkisi bulunan hasta-sağlık personeli etkileşimi, hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini de etkileyen en büyük faktördür (Roter ve ark 1997).

Köşgeroğlu'nun (1994) belirttiğine göre Leventhal, sağlık sistemi içinde yaşanan sorunların temelinde iletişim eksikliği olduğunu belirterek, sorunların çözümü için kişiler arasında sağlıklı ilişkilerin geliştirilmesinin zorunlu olduğunu vurgulamıştır. Hizmetlerin üretilmesinde de iletişim vazgeçilmez bir yere sahiptir. Çünkü bir kurumda

üniteler arası bilgi akımı ne kadar hızlı, doğru ve tam ise, o kurumda üretilen hizmetler de o düzeyde mükemmelliğe ulaşır (Uyer 2000).

Sağlık ekibi içinde iletişim değişik yollarla sağlanır. Sıklıkla kullanılan yolların başında ise sözel ya da yazılı rapor verme gelmektedir. Rapor ve kayıtların etkin olabilmesi için bazı temel ilkelerin dikkate alınması gerekmektedir. Bunlar, raporun tam ve eksiksiz olması, olaylara dayanması, bilgilerde doğruluk ve bütünlük olması, az, öz ve kısa yazılmasıdır (Safran 2004, Temel 2005).

Hemşirenin bağımlı işlevleri hekim istemlerinin yerine getirilmesini içerir. Hemşireler öncelikle hemşirelik yasası olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerle hekim istemlerini yerine getirme zorunluluğunu taşırlar. Ülkemizde Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 132. maddesinde hemşirelerin görev ve yetkileri, “hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavileri meslekleri dahilinde ve tabiplerin tarifine göre yapmak” olarak belirtilmektedir. Hemşirelerin istemleri yerine getirirken, prosedürü uygun olup olmadığına bakması ve emin olduktan sonra yerine getirmesi gerekmektedir. Ayrıca yeterince açık olmayan ve sorun oluşturabilecek istemler, hekimin doğrulamasından sonra uygulanmalıdır. Sakıncası görülen, soru işareti olan istemler rapor edilmeli, sözlü veya telefonla alınan istemler ise en kısa zamanda (ilk 24saat) istem veren hekime imzalatılmalıdır (Acaroğlu ve Aştı 2000, Mete ve Ulusoy 2006).

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliğinde” iletişim güvenliğinin geliştirilmesi için yapılacak uygulamalardan bazıları şu şekilde sıralanmıştır(Resmi Gazete, 27214 sayılı Tebliğ, Tarih. 29.04.2009):

- Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, tabibin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir. Sözlü/telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilir.

- Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir. Hazırlanan talimat formu sözlü talimatı veren tabip tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- Telefon talimatları, sağlık kurum ve kuruluşunun santralinde kayıt altına alınır.

1.3.3.6. Yanlış Ya da Uygun Olmayan Malzeme Kullanıma Bağlı Hatalar

Sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda hastaya uygulanacak tanı ve tedavi prosedürlerinde kullanılan malzemenin uygun kullanılmaması ya da yanlış malzeme kullanılması hastanın güvenliğini tehdit ederek, enfeksiyonlara ve yaralanmalara sebep olabilmektedir (Acaroğlu ve Aştı 2000). Bu nedenle tanı ve tedavi işlemlerinde kullanılan alet, cihaz ve malzemelerin kontrolünün yapılması, sterilizasyon önlemlerinin alınması, malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrolü, ortamın ısı, nem seviyesinin sağlanması hasta güvenliği açısından büyük bir önem taşımaktadır (Karan 1999).

Sağlık bakımı verirken kullanılacak malzemenin güvenliği hakkında herhangi bir şüphe olduğunda, bu malzemeler kullanılmamalıdır. Ayrıca malzemelerin istenilen amaçlar doğrultusunda kullanıldığından emin olunmalı ve bu yönden belli zaman aralıkları ile kontrol edilmelidir (Temel 2005, Çetin 2006). Kuruma yeni bir malzeme alınmış veya bir değişiklik yapılmış ise, bu malzemeyi kullanacak sağlık ekibi üyesinin ya da hemşirenin yeni duruma uyum sağlaması için eğitim alması sağlanmalıdır.

Literatürde teşhis ve tedavide kullanılan malzeme ve cihazların hasta güvenliği ile ilişkisini inceleyen bazı çalışmalar yer almaktadır. Örneğin Saygın ve Ökten (1990) yaptıkları çalışmada anestezi ölümlerine neden olan alet/cihaz hatalarını; monitör hataları %24, solunum cihazı hataları %20, hava yolu komponentleri %18, laringoskop hataları %12, anestezi makinesi hataları %12 ve diğer nedenler %14 olarak sıralamıştır. Aynı çalışmada kazalara neden olan alet-cihaz ve insan faktörüne bağlı nedenler; solunum devresinin bağlantısının ayrılması, gaz alımında fark edilmeyen değişiklik,

enjektör karışıklığı, gaz naklinde problem, İV cihazında bağlantı bozukluğu, laringoskopun çalışmaması, solunum devresinde bağlantı hatası, hipovolemi, pozisyon değişikliğinde hava yolu sapması olarak belirlenmiştir.

Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalığın tanısının doğru konulabilmesi, hastaların takiplerinin ve tedavilerinin yapılabilmesi için, kan basıncının kalibrasyonu yapılmış hassas çalışan sfigmomanometre ile doğru bir şekilde ölçülmesi gerekmektedir. Sfigmomanometrelerden kaynaklanan hatalar kan basıncı ölçümünü etkilemekte, sonuçta yanlış uygulamalar ortaya çıkabilmektedir. Ek ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada kontrol edilen 64 sfigmomanometreden 30 tanesinin kusurlu olduğunu saptamıştır. Başak ve Karazeybek'in (1998) yaptıkları çalışmada ise 100 sfigmomanometreden 46'sının kusurlu olduğu saptanmıştır.

1.4. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği

Sağlık hizmetleri hasta menfaatine yönelik girişimlerdir. Fakat artan teknoloji ve sağlık alanındaki hızlı değişimler, karmaşık tedavi ve bakım prosedürleri, nitelikli sağlık çalışanı kaynağının azalması gibi nedenlerle, hastaların hizmet alması sırasında bazı istenmeyen olayların görülmesi kaçınılmaz risk haline gelmiştir (Göktaş 2007). İstenmeyen olay diye nitelendirdiğimiz tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır.

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven 2007).

ABD'deki hastanelerde hasta güvenliğiyle ilgili olaylar, 2003 ile 2005 arasında %3 oranında artış göstermiştir. Yaklaşık 5 bin hastanedeki 40 milyondan fazla kayıtn incelendiği hasta güvenliği çalışmasına göre, çalışmanın yapıldığı 3 yıllık sürede 1.16 milyon hasta güvenliği olayı meydana gelmiştir. Bu da %2,86'lık insidans anlamına gelmektedir. Bu hatalardan 247 bin 662'si ölümlle sonuçlanmıştır. Buna göre hasta güvenliği ile ilgili bir olaya maruz kalan hastalardan yaklaşık %25'nin ölme riski bulunmaktadır (www.nlm.nih.gov/medlineplus, Erişim tarihi 20.07.2009).

Yine Amerika'da yayınlanan diğer bir rapora göre, "Medicare" popülasyonunda bulunan hastalarda 2000 ile 2002 yılları arasında 37 milyon hastaneye yatışta 1.14 milyon (%3.08) hasta güvenliği ihlali saptanmıştır. Bu olayların % 60'nı kurtarma hataları, yatak yaraları ve operasyon sonrası oluşan sepsis oluşturmaktadır. Bu rapora göre bu üç temel hata, hastanede kalış süresini uzatarak yıllık 2.85 milyar dolar maliyete sebep olmaktadır(Health Grades 2004). Görüldüğü gibi hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken alanların başında gelmektedir (Akalin 2004).

IOM (1999)'da yayınladığı rapor hasta güvenliğine dikkatleri çekmiş ve bu rapor bir dönüm noktası olmuştur. Yayınlanan bu rapordan sonra yapılan bir çalışmada ankete katılanların %17'si bakım kalitesinin artırdığını söylerken %38'i ise aynı kaldığını belirtmiştir (Clancy ve ark 2005, Nath ve Marcus 2006). Institute of Medicine'nin (2003) yılında yayınladığı diğer raporunda, sağlık hizmetlerinde kalite açısından öncelikli seçilen yirmi alandan üçünün hasta güvenliği ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu alanlar medikasyon yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır.

Baker ve Norton'a (2001)göre hasta güvenliği kapsamında standart bir konu listesi bulunmamaktadır. Gerçektende hasta güvenliği sadece dar anlamada yan etkiler ve bunun önlenmesi bağlamında değerlendirilmektedir (İakovidis 2003). Bununla birlikte literatürde hasta güvenliği kapsamında değerlendirilen konular şu şekilde sıralanmaktadır; yanlış taraf cerrahisi, intihar, sıra beklemeye bağlı ölümler, çocuk kaçırma, transfüzyon hataları, ameliyat komplikasyonları, ameliyat sonrası komplikasyonları, ölümcül düşmeler, infüzyon pompaları, görünüşü okunuşu benzer

ilaçlar, hatalı gaz/gaz karışımı verilmesi, iğne/kesici alet yaralanmaları, tehlikeli kısaltmalar, ventilatörle ilişkili problemler, ilaç hataları, tedavide gecikme, karyolaya bağlı yaralanma ve ölümler, hastane enfeksiyonları, cerrahi yanıklar, kemoterapi hataları, ameliyatlarda yabancı cisim unutulması, kontamine ilaç veya kan alınması, hava embolisi, bebeğin yabancı aileye verilmesi, hastanın kaçması, tanı testlerinin yetersizliği, tanı hataları, son kullanma tarihi geçmiş tanı kitleri, hipoglisemiye bağlı ölümler, yatak yaraları ve elektrik şokuna bağlı ölüm.

Hasta güvenliğinin sağlanması için tıbbi hataların önlenmesi konusu hastane ve sağlık kurumları yöneticilerinin üzerinde en fazla durmaları gereken konuların başında gelmektedir. Oğuz'a (2004) göre gelişmekte olan ülkelerde, tıbbi hataların önlenmesine yönelik klasik yaklaşım, "suçlayıcı-cezalandırıcı model" olarak adlandırılan uygulamalardır. Oysa tıbbi hataların ortaya çıkarılmasında ve önlenmesinde, çalışanların yaptığı hataları bildirmeye teşvik edilmesi ve etkin bir raporlama/hata bildirim sistemi kurulması çok büyük faydalar sağlamaktadır.

Akgün ve Al-Assaf'a (2007) göre tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır. Ancak tüm bu hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan tespit edilmelidir. Bu da uygun bir raporlama sistemi ile olasıdır (Çakır 2007). Hasta güvenliğini tehlikeye sokan olayların bildirilmesi ve hata azaltma süreci devamlı kalite geliştirme programlarının ilk basamağıdır. Bununla birlikte hataların doğru bir şekilde bildiriimi için güvenli bir çalışma ortamı oluşturulması gerekmektedir (Clnacy ve ark 2005).

ICN 2007 yılında adlı yayınladığı raporda hasta güvenliğini arttırmak için nitelikli personelin işe alınması, eğitimi ve işte tutulması, performansın geliştirilmesi, çevresel güvenlik ve risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç kullanımı, güvenli araç-gereç temini, güvenli klinik uygulama, güvenli bakım ortamı ve hasta güvenliğine odaklanmış bilimsel bilginin kullanımı ve gelişimi için alt yapı sisteminin desteklenmesi gibi çok geniş oranda işlevleri bir araya toplamayı gerektirdiğini vurgulamaktadır (ICN

2007).

1.5. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar

Hemşirelik, her türlü sağlık kurumunda sağlığın değerli kılınması ve hastalıkların önlenmesi için, beden ve aklın hasta ya da sakat bireylerin bakımından sorumlu bir meslektir (Öztürk 2002) Hemşireler birey, aile ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik çabaların tümünde yer almaktadır. Ayrıca kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti vermenin odak noktasında hemşirelik yer almaktadır. Bu nedenle hemşirelik hizmetleri, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası, hatta temel taşlarından biri olarak kabul edilmektedir.

Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusu tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Çünkü hemşireler hasta bakımında doğrudan görev almakta ve yaptıkları yanlış uygulamalar hasta güvenliğini tehlikeye sokabilmektedir (Özata ve Aslan, 2009). Hemşireler insan sağlığının ve yaşamının korunması için sahip olunması gereken asgari bilgi ve beceriden yoksun olduğu takdirde, hizmet sundukları insanların hayatını tehlikeye sokabilmektedir (Oktay ve Aksayan 1998, Ersoy 1998). ICN hemşirelik uygulamalarını, hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun anahtarı olarak vurgulamaktadır (WHPA 2002).

Yapılan araştırmalar hemşirelik hizmetlerinin hasta güvenliği açısından ne kadar önemli olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Örneğin yapılan bir çalışmada hemşirelerin doktor ve eczacılardan kaynaklanan hataları, hastaya zarar vermeden önce % 86 oranında engelleyebildikleri tespit edilmiştir (WHPA 2002). Aiken ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir başka çalışmada hasta ölümleri ile hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Maddox ve arkadaşları (2001) hasta güvenliğini tehlikeye sokan ilaç hatalarının (yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış yer) genellikle hemşirelerle alakalı olduğunu belirtmektedir.

Hemşirelerin çalışma şartlarının ağır olması, kritik hastalarla karşılaşılması, yaşanan yoğun stres, olumsuz çalışma şartları ve uyulması gereken prosedürlerin çokluğu her zaman hata yapma olasılığını ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle hastalara yeterince zaman ayırlamamakta ve hasta bakımı için yeterli özen gösterilememektedir. Bu durum günlük rutin faaliyetlerinin tam olarak yapılamaması sonucunu getirmekte ve hemşirelerin yoğun iş baskısı yaşamalarına yol açmaktadır. Yaşanan baskı ise hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Berlanda ve ark 2008). Hasta güvenliği açısından hemşirelik hizmetlerinde en sık karşılaşılan hataların başında; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz izlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hataların geldiği belirtilmektedir (Oktay 1990, Aştı ve Acaroğlu 2000, Holdsworth ve ark 2003).

ABD'deki verilere bakıldığında, 1998 yılında hemşirelere açılan malpraktis dava sayısı 253 iken, 2001'de bu sayı 413'e kadar yükselmiştir (Croke 2003). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 1992 ve 2002 yılları arasındaki tüm malpraktis vakaları değerlendirilmiş ve 159 ebe ve 227 hemşire hakkında suç duyurusunda bulunulduğu belirlenmiştir. Yapılan resmi incelemeler sonucunda hemşirelerden 62'sinin (%27.3) suçlu olduğu anlaşılmıştır (Safran 2004).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Hemşirelik hizmeti sunan hemşire, ebe ve acil tıp teknisyenlerinde (A.T.T), tıbbi hata oranlarını, nedenlerini ve türlerini belirlemek ve Malpraktise Eğilim Ölçeği'ni geliştirerek geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, tanımlayıcı ve metodolojik araştırma türüne uygun olarak planlanıp gerçekleştirilmiştir.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, Konya şehir merkezinde faaliyet gösteren Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Konya Numune Hastanesi ve Başkent Üniversitesi Konya Hastanelerinde 01/11/2008- 20/08/ 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.3. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Konya Numune Hastanesi ve Başkent Üniversitesi Konya Hastanelerinde fiilen hemşirelik görevi yapan, toplam 1822 hemşire, ebe ve acil tıp teknisyeni oluşturmaktadır.

Araştırma yapılan hastanelerde çalışan personel sayısı

Unvan Durumları	Hemşire	Ebe	A.T.T
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi	454	34	156
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	449	81	19
Konya Numune Hastanesi	429	59	9
Başkent Hastanesi	65	12	56
Toplam	1822		

Araştırmada, evrende yer alan sağlık personeli sayısının çok fazla olması nedeniyle, örneklem seçimi yoluna gidilmiş ve örneklem büyüklüğü $(n = Nt^2pq/d^2(N-1) + t^2pq) \rightarrow (n = 1822 \times (1.96)^2 \times 0,166 \times 0,834 / (0.05)^2 (1822-1) + (1.96)^2 \times 0,166 \times 0,834)$ formülü kullanılarak (Sümbüloğlu 1997) 0.05 yanılma düzeyinde toplam 190 olarak belirlenmiştir. Hesaplama bu konuda yapılmış olan başka bir çalışma bulgusundan yararlanılmıştır. Bu çalışmada Avustralya Sağlık Bakım Kalite Derneği 1995 yılında hastanede yatan hastalarda tıbbi hata oranının %16,6 olduğunu saptamıştır (SCH 2000). Ancak faktör analizinde genel bir kural olarak, alınacak örneklem büyüklüğünün değişken sayısının (ölçek madde sayısı) yaklaşık 5 katı olması ($55 \times 5 = 275$) gerektiği tavsiye edildiğinden (Tavşancıl 2002) örneklem sayısı 275 elde edilmiştir. Çalışmaya katılanlardan anket doldurmayı kabul etmeyenler ve doğru cevaplandığından emin olunmayan anketler çıkartılarak toplam 240 kişiye ulaşılmıştır. Uygulama aşamasında her hastaneden 60'ar kişi alınarak, dahili ve cerrahi kliniklerden eşit sayıda sağlık personelinin örneklem grubuna dahil edilmesine özen gösterilmiştir. Birimlerden örneklem seçimi "gelişi güzel seçimi metodu" ile yapılmıştır.

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan ve sağlık personelinin tanıtıcı özelliklerini belirleyen Kişisel Bilgi Formu ile tıbbi hataya yani malpraktise eğilimini saptamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen "Malpraktise Eğilim Ölçeği" kullanılmıştır.

2.4.1. Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Bilgi formu dört bölümden meydana gelmiştir:

Birinci bölüm sağlık personelinin bireysel özelliklerini içermektedir. Bu kapsamda sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, çalışılan hastane, çalışılan birim, eğitim durumu, kadro durumu, unvan) ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri (meslekte

çalışma süresi, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, çalıştıkları vardiyalar, gündüz bakım verilen hasta sayısı) ve meslekten memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik toplam 13 soru yer almaktadır. Meslekten memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik soruyu araştırmaya katılanlar; “1-Hiç memnun değilim”, “2- Memnun değilim”, “3- Kararsızım”, “ 4- Memnunum” ve “5- Çok memnunum” yanıtlarından birini işaretlemek suretiyle cevaplamıştır.

İkinci bölüm, sağlık personelinin hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hata yapma ve ekip arkadaşlarının hatalarına şahit olma durumlarını belirlemeye yönelik iki sorudan meydana gelmektedir. Katılımcılardan soruların cevaplarını “1-Evet”, “2- Hayır” olarak işaretlemesi istenmiştir.

Üçüncü bölüm, 32 soru ile araştırmaya katılan sağlık personelin görev yaptığı hastanelerde en fazla görülen tıbbi hata türlerine ilişkin görüşleri değerlendirilmiştir. Katılımcılara soru; “*Aşağıdaki hataların hastanenizde görülme derecesi nedir?*” şeklinde yöneltilmiş ve katılımcılar envanterdeki her maddeyi “hiç”, “çok nadir”, “zaman zaman”, “genellikle” ve “çok sık” yanıtlarından birini işaretlemek suretiyle cevaplamıştır.

Hastanelerde en fazla görülen tıbbi hata türlerine ilişkin sorular da; hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonları, hastanın kaçması, ameliyat komplikasyonları, iğne /kesici alet yaralanmaları, araç gerecin bozulmasına bağlı hatalar, yan etkisi olan ilacın kullanımına bağlı sorunlar, tanı testlerinin yetersizliği, tanı hataları, ölümcül zarar verici düşmeler, tedavide gecikme veya yapmama, ventilatörle ilişkili problemler, infüzyon pompaları hataları, transfüzyon hataları, yanlış doz ilaç uygulaması, cerrahi yanıklar, yanlış ilaç uygulama, yanlış yerden ilaç uygulaması (IM veya IV yerin karıştırılması), kontamine ilaç veya kan alınması, karyolaya bağlı yaralanma ve ölümler, tehlikeli kısaltmalar, sıra beklemeye bağlı ölümler, hipoglisemiye bağlı ölümler, hava Embolisi, son kullanma tarihi geçmiş ilaç kullanımı, intihar, yanlış taraf cerrahisi, hatalı gaz/gaz karışımı verilmesi, kemoterapi hataları, elektrik şokuna bağlı ölüm, ameliyatlarda yabancı cisim unutulması başlıkları yer almaktadır.

Dördüncü bölümde, sağlık personelinin tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla, literatür bilgilerine dayanılarak geliştirilen 22 soru yer almaktadır. Bu kısımda katılımcılara “*Sizce tıbbi hataların sebepleri nedir?*” şeklinde bir soru yöneltilmiş ve envanterde yer alan her bir hata nedenine ilişkin maddeyi; “1- Hiç”, “2- Az”, “3- Orta”, “4- Yüksek” ve “5- Çok yüksek” seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırması istenmiştir.

Hata nedeni olarak; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı (sekreterlik) işlerin yüklenmesi, stres, yorgunluk, çalışma sürelerinin uzun olması, aylık nöbet sayılarının fazla olması, tükenmişlik duygusu, görev, yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemiş olması, iletişim eksikliği, olumsuz fiziksel (ısı, ışık, gürültü) ortam, yöneticilerden memnun olunmaması, doktor istemlerinin anlaşılabilmesi (yazının veya dilin kötü olması, hemşirelerin çalıştıkları birimin sabit olmaması, tecrübesizlik, mesleki bilginin yetersiz olması, mesleğin sevilmemesi, hataları önleyici sistem olmaması, protokol ve prosedürlerin olmaması ya da anlaşılır olmaması, mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması, kayıtların düzenli tutulmaması, nöbet değişimlerine dikkat edilmemesi ile hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması seçenekleri yer almaktadır.

2.4.2. Malpraktise Eğilim Ölçeği(MEÖ)

“Malpraktise Eğilim Ölçeği”, hasta bakımında doğrudan görev alan sağlık personelinin(hemşire, ebe, A.T.T) tıbbi hata yapmaya eğilim düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda, daha önce yerli ve yabancı literatürde bu amaca yönelik olarak geliştirilen herhangi bir ölçüm aracının olmadığı anlaşıldığından, bu ölçeğin geliştirilmesine karar verilmiştir.

MEÖ'nin geliştirilmesi aşamasında ilk önce literatürden yararlanılarak, hemşirelerin görev yaptığı alanlarda en çok hangi tür tıbbi hataların yapıldığı belirlenmiştir(Oktay 1990, Aştı ve Acaroğlu 2000, Holdsworth ve ark 2003, Akalın 2005).Daha sonra ise bu hataların sebeplerinin neler olduğu tespit edilerek, 61 maddeden

oluşan bir taslak envanter hazırlanmıştır. Taslak envanterdeki maddelerin içerik ve kapsam açısından uygun olup olmadığını belirlemek için uzman görüşüne başvurulmuştur. Bu amaca yönelik olarak beş uzman belirlenmiş (Bkz. Ek-I) ve bu kişilerden, envantere yer alan maddelerin çalışmanın amacına uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri istenmiştir.

Uzmanlar her bir maddeye ilişkin görüşlerini; “*muhakkak gerekli*”, “*olabilir ancak gerekli değil*” ve “*gerekli değil*” şeklinde cevaplandırmıştır. Elde edilen cevapların değerlendirmesinde her madde için *Kapsam Geçerlik Oranı-KGO-* (Content Validity Ratio/Index) indeksi hesaplanmış ve KGO indeksi 0.99 altında kalan maddeler envantere çıkarılmıştır. Sonuçta 6 madde elenerek toplam 55 maddeden oluşan envantere ulaşılmıştır. Envanterde; ilaç ve transfüzyon uygulamaları, düşmeler, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi, iletişim ve malzeme güvenliğine yönelik maddeler yer almaktadır.

MEÖ'nin başında “*Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz*” ibaresi yer almaktadır. Bu ibarenin altında ise tıbbi hataların önlenmesi için dikkat edilmesi gereken hususlar sıralanmaktadır. Katılımcı maddeleri cevaplandırırken; “1- hiç, 2- çok nadir, 3- zaman zaman, 4-genellikle ve 5- her zaman” şıklarından birini işaretleyerek cevap vermektedir. Değerlendirme yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

2.5. Ön Uygulama

Veri toplama formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, araştırmaya başlamadan önce S.Ü Meram Tıp Fakültesinde görev yapan 30 hemşireye anket uygulanmıştır. Uygulama sonucunda veri toplama formunda değişiklik yapılmasına gerek olmadığı anlaşılmıştır. Ön uygulamada yer alan sağlık personeli çalışma grubuna alınmamıştır.

2.6.Verilerin Toplanması

Veri toplama işlemi 10/10/2008- 29/02/ 2009 tarihleri arasında araştırma yapılacak hastanelerin başhekimliklerinden izin alınmak suretiyle gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı veri toplama işlemine başlamadan önce, sağlık çalışanlarına kendini tanıtmış ve araştırmanın amacını açıklamıştır. Daha sonra araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına, veri toplama aracının nasıl doldurulacağı anlatılmıştır. Anket formlarının doldurulması işleminin, iş yoğunluğunun düşük olduğu zamanlarda yapılmasına özen gösterilmiştir. Anket doldurulması 15-20 dakikalık bir zaman almış ve doldurma işlemi tamamlandıktan sonra, tüm sorular gözden geçirilerek, eksik ve hatalı cevap verilmesi engellenmeye çalışılmıştır.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler ilk önce bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Daha sonra girilen tüm veriler gözden geçirilmiş ve hatalı girilen veriler anket formları esas alınarak düzeltilmiştir. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 16.0 paket programında yapılmıştır.

Veriler üzerinde; normal dağılıma uygunluk testi, tanımlayıcı testler (sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma) ki-kare analizi, bağımsız gruplar arası t testi, tek yönlü varyans analizi, Tukey HSD testi, Croncah Alpha Katsayısı, Pearson Korelasyon Analizi ve Faktör Analizi yöntemi kullanılarak istatistiki analizler yapılmıştır. Tüm analizlerde güven aralığı olarak %95 alınmıştır.

2.8. Malpraktise Eğilim Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

İyi bir ölçme aracının taşınması gereken iki temel nitelik ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğidir. Geçerlilik kullanılan ölçeğin, ölçülmek istenen şeyi ölçülebilme derecesidir. Güvenilirlik ise ölçme aracının içinde yer alan bütün soruların birbiriyle tutarlı olması ve her defasında aynı şekilde ölçüm yapabilmesidir.

MEÖ'nin içerik-kapsam geçerliliği yukarda belirtildiği gibi *Kapsam Geçerlik Oranı-KGO-* (Content Validity Ratio/Index) indeksi ile yapılmıştır. İndeksin nasıl kullanıldığına ilişkin bilgiler tartışma kısmında ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik analizi madde-toplam-madde korelasyonları ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ile; yapı geçerliği ise doğrulayıcı Faktör Analizi ile gerçekleştirilmiştir.

Ölçeğin iç tutarlılık denetiminde madde toplam madde korelasyonları ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Madde toplam madde korelasyonu ölçekteki maddelerin her birinin ölçek içinde eklenebilir özellik taşıyıp taşımadığını belirtir. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise ölçek içindeki maddelerin iç tutarlılığının ve homojenliğinin bir göstergesidir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı olduğu ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu kararına varılır. Likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır. Literatürde madde toplam madde korelasyon puanlarının 0.25'in üzerinde olması, Cronbach α güvenilirlik değerlerinin ise 0.50'den büyük olması ölçeklerin iç tutarlılığının onaylanması için beklenen sınırlar olarak belirlenmiştir (Çoban 2006).

Geliştirilen ölçeğin yapı geçerliliği ise Doğrulayıcı (confirmatory) Faktör Analizi ile yapılmıştır. Faktör Analizi yönteminin ana amacı fazla sayıdaki değişkenlerin gruplanarak, faktör değişkenler olarak ifade edilip edilemeyeceğinin belirlenmesi ve bu mümkün ise hangi değişkenlerin hangi faktör altında yer alacağını belirlenmesidir. Bu sayede araştırmacı faktörler içine dahil edilen değişkenleri inceleyerek, ilgili faktörün ne anlam ifade ettiğini yorumlayabilmektedir (Oven ve Pakdemir 2005).

Faktör analizi yapılırken ilk aşamada verilerin analiz için uygun olup olmadığı test edilmekte ve bu amaca yönelik olarak ilk önce korelasyon matrisi oluşturulmaktadır. Aralarında korelasyon ilişkisinin çok güçlü olduğu değişkenler genelde aynı faktör altında toplanmaktadır. İkinci aşamada Barlett Testi yapılarak verilerin Faktör Analizi

için uygun olup olmadığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu değerin 0.05'ten küçük olması durumunda verilerin test yapmak için uygun olduğu sonucuna varılmaktadır. Son olarak Kaiser–Meyer-Olkin (KMO) testi ile örneklem yeterliliği ölçülmekte ve bu değerin 1'e yakın olması arzu edilmektedir (Güven ve Çevik 2008).

Faktör analizinin ikinci aşamasında ise faktör sayısı belirlenmektedir. Bu aşamada amaç, değişkenler arasındaki ilişkileri en yüksek derecede temsil edecek az sayıda faktör elde etmektir. Kaç faktör elde edileceği ile ilgili çeşitli kriterler söz konusu olmakla birlikte, en çok öz değere (eigen value) göre faktör belirleme metodu kullanılmakta ve öz değeri 1 ve 1'den büyük olan faktörlerin değerlendirmeye alınması yaygın olarak kabul görmektedir (Karagöz ve Kösterelioğlu 2008). Öz değer, her bir faktörün, faktör yüklerinin kareleri toplamı olup, bu değer yükseldikçe faktörün açıkladığı varyans da yükselmektedir.

Üçüncü aşamada rotasyonlu faktör matrisi oluşturulmaktadır. Bu aşamada korelasyon katsayılarına yada faktör ağırlıklarına bakılarak her bir bağımsız değişkenin hangi faktör altında yer aldığına karar verilmektedir. Araştırmacı, faktör analizi tekniğini uygulayarak elde ettiği m kadar önemli faktörü, "bağımsızlık, yorumlamada açıklık ve anlamlılık" sağlamak amacıyla bir eksen döndürmesine (rotation) tabii tutabilir. Faktör döndürme, çözümün temel matematiksel özelliklerini değiştirmez. Eksenlerin döndürülmesi sonrasında maddelerin bir faktördeki yükü artarken diğer faktörlerdeki yükleri azalır. Böylece faktörler, kendileriyle yüksek ilişki veren maddeleri bulurlar ve faktörler daha kolay yorumlanabilirler. Döndürme yöntemleri içinde varimax, quartimax ve equamax en yaygın kullanılanlardır (Karagöz ve Kösterelioğlu 2008). Faktör analizinde son aşamada ise faktörlerin etiketlenmesi gerçekleştirilmekte ve faktörler isimlendirilmektedir.

2.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Sağlık çalışanlarının hastanelerde en fazla görülen tıbbi hata türlerine ilişkin görüşleri
- Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların potansiyel nedenlerine ilişkin görüşleri
- Malpraktis Eğilim Ölçeği Puanı

Bağımsız Değişkenler

- Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, çalışılan hastane, çalışılan birim, eğitim durumu, kadro durumu, unvan vb.)
- Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamına ilişkin özellikleri (meslekte çalışma süresi, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, çalıştıkları vardiyalar, gündüz bakım verilen hasta sayısı vb)

2.10. Terminoloji Tanımlaması

Tıbbi Hata (Malpraktis): Sağlık çalışanlarının, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum.

Yan Etki: Hastaya sunulan sağlık bakımının, altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olarak yol açtığı hasar veya zararlardır. Daha basit bir tanımla *yan etki* kavramını ilaçların istenmeyen etkileri şeklinde tanımlayabiliriz.

2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmadan elde edilen bilgiler sadece araştırma yapılan hastanelerde görev yapan sağlık personeline(hemşire,ebe,A.T.T) genellenebilir.
- Tıbbi hata türleri konusunda elde edilecek bilgiler bilgi formunda yer alan veriler ile sınırlıdır.

- Tıbbi hataların nedenlerine ilişkin bilgiler bilgi formunda yer alan veriler ile sınırlıdır.
- Sağlık çalışanlarının tıbbi hatalar konusundaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmeye yönelik bilgiler, Malpraktise Eğilim Ölçeği verileri ile sınırlıdır.

2.12. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın etik izni S.Ü.Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulundan alındı (Bkz. Ek-D). Araştırmaya başlamadan önce Konya Numune Hastanesi ile Konya Eğitim ve Araştırma Hastaneleri için Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Başhekimliklerden (Bkz Ek-E-F-G) ve Başkent Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden (Bkz. Ek-H) izin alındı.

2.13. Onam Formu

Araştırmaya katılan kişilere, aşağıdaki onam formu okunarak sözlü onamları alınmıştır:

“Bu araştırma, yüksek lisans tezi olarak planlanmıştır. Sizlere uygulanacak anketle, malpraktis oranları, nedenleri ve türleri belirlenmeye çalışılacaktır. Bu amaçla size ilk önce sosyo-demografik özelliklerinize ait bilgiler içeren bir anket uygulanacaktır. Daha sonra malpraktise eğilim düzeyinizi belirlemek için bir ölçek doldurmanız istenecektir. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz ve hiçbir neden göstermeden araştırmadan ayrılabilirsiniz. Katılımınız için teşekkürler.”

3. BULGULAR

Hemşirelik hizmeti sunan sağlık personelinde(HHSSP) tıbbi hata oranlarını, nedenlerini ve türlerini belirlemek ve Malpraktise Eğilim Ölçeği'ni geliştirerek geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacı ile gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda sunulmaktadır. Çalışmadan elde edilen temel bulgular sırasıyla şunlardır;

1. HHSSP'nin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular
2. HHSSP'nin meslekten memnuniyet düzeylerine ilişkin bulgular
3. HHSSP'nin çalışma hayatı süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hata yapma durumları
4. HHSSP'nin çalışma hayatı süresince ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak her hangi bir hatalarını görme durumları
5. Hastanelerde en fazla görülen tıbbi hataların türlerine ilişkin dağılım
 - 5.1. Tıbbi hata türlerinin dağılımı
 - 5.2. Tıbbi hata türlerinin hastaneler açısından karşılaştırılması
 - 5.3. Tıbbi hata türlerinin klinikler açısından karşılaştırılması
6. HHSSP'nin tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri
 - 6.1. Tıbbi hata nedenlerinin hastaneler açısından karşılaştırılması
 - 6.2. Tıbbi hata nedenlerinin klinikler açısından karşılaştırılması
7. Malpraktise Eğilim Ölçeğine ilişkin bulgular

3.1. Araştırmaya Katılan HHSSP'nin Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırma kapsamında değerlendirilen 240 sağlık personeline ilişkin sosyo-demografik bulgular Çizelge 3.1.1 ve Çizelge 3.1.2'de, sağlık çalışanlarının meslekten memnuniyet düzeyine ilişkin bulgular ise Çizelge 3.2.1'de sunulmuştur.

Çizelge 3.1.1. Araştırmaya katılan HHSSP'nin tanımlayıcı özellikleri

Özellikler	Sayı (n=240)	% (100)
Yaş		
25 yaş ve altı	72	30,0
26-30 yaş	93	38,8
31 yaş ve üstü	75	31,3
Cinsiyet		
Erkek	32	13,3
Bayan	208	86,7
Çalışılan Hastane		
S.B. Konya Eğit. Ve Arş. Hastanesi	60	25,0
Selçuk Üniv. Meram Tıp Fakültesi	60	25,0
Konya Numune Hastanesi	60	25,0
Konya Başkent Üniv.Hastanesi	60	25,0
Çalıştığı Birim		
Cerrahi Klinikler	107	44,6
Dahili Klinikler	133	55,4
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	94	39,2
Önlisans Eğitimi	73	30,4
Lisans ve Lisansüstü Eğitim	73	30,4
Kadro Durumu		
657'ye Tabi	110	45,8
4-B Kadrolu	37	15,4
Şirket Elemanı	93	38,8
Unvan		
Hemşire/Ebe	194	80,4
Sorumlu Hemşire	19	7,9
Acil Tıp Teknisyeni	27	11,7

Çizelge 3.1.1'de görüldüğü gibi araştırmaya S.B. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Selçuk Üniv. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya Numune Hastanesi ve Başkent Üniversitesi Konya Hastanelerinden toplam 240 sağlık personeli katılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık personelinin; 72'sinin (%30,0) 25 yaş altı grupta, 93'ünün (% 38,8) 26-30 yaş grubunda ve 75'inin (%31,3) ise 31 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 208'inin (%86,7) bayan ve 32'sinin (%13,3) erkek olduğu; 107 sinin (%44,6) cerrahi kliniklerde, 133'ünün (%55,4) dahili kliniklerde görev yaptığı belirlenmiştir. Eğitim durumları açısından; 94'ünün (%39,2) sağlık meslek lisesi mezunu, 73'ünün ön lisans (%30,4) ve 73'ünün ise (%30,4) lisans ve yüksek lisans

düzeyinde eğitime sahip olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının kadro durumları incelendiğinde 110'unun (%45,8) 657 Sayılı DMK'ya tabi olduğu, 37'sinin (%15.4) 4-B statüsünde ve 93'ünün (%38.8) ise şirket personeli olarak görev yaptığı; 194'ünün (%80.4) hemşire ve ebe, 19'unun (%7.9) sorumlu hemşire ve 27'sinin ise (%11.7) ise acil tıp teknisyeni olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.1.2. Araştırmaya katılan HHSSP'nin çalışma yaşamına ilişkin bulgular.

Özellikler	Sayı (n=240)	% (100)
Meslekteki Çalışma Süresi		
0-4 yıl	103	42,9
5-9 yıl	58	24,2
10 yıl ve üzeri	79	32,9
Kurumda Çalışma Süresi		
0-4 yıl	160	66,7
5-9 yıl	50	20,8
10 yıl ve üzeri	30	12,5
Bulunduğu Birimde Çalışma Süresi		
0-4 yıl	180	75,0
5-9 yıl	46	19,2
10 yıl ve üzeri	14	5,8
Haftalık Çalışma Saati		
45 saatten az çalışanlar	40	16,7
45 saat	106	44,2
45 saat üstü çalışanlar	94	39,2
Aylık Nöbet Sayısı		
1-5 nöbet	56	32,2
6-10 nöbet	94	54,0
11 nöbet ve üstü	24	13,8
Çalıştıkları Vardiyalar		
Gündüz vardiyası	94	39,2
Gece vardiyası	22	9,2
Gece-Gündüz Vardiyası	124	51,7
Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısı		
1-5 hasta	56	23,3
6-10 hasta	57	23,8
11-15 hasta	39	16,3
16-20 hasta	36	15,0
21 hasta ve üstü	52	21,7

Araştırma kapsamındaki sağlık personelinin çalışma yaşamına ilişkin bulgular incelendiğinde; meslekte çalışma süresi açısından 103'ünün (% 42.9) 0-4 yıldır, 58'inin

(%24.2) 5-9 yıldır, 79'unun (%32.9) ise 10 yıldan fazla süredir bu mesleği yaptığı belirlenmiştir. Ayrıca sağlık personelinin 160'sının (%66.7) 0-4 yıldır, 50'sinin (%20.8) 5-9 yıl ve 30'unun (%12.5) 10 yıldan fazla aynı kurumda çalıştığı; 180'inin (%75) 0-4 yıl, 46'sının (19.2) 5-9 yıl, 14'ünün (%5.8) 10 yıldan fazla aynı serviste görev yaptığı belirlenmiştir. Sağlık personelinin 40'inin (% 16.7) haftada 45 saatten az, 106'sının (%44.2) haftada 45 saat, 94'ünün ise (% 39.2) haftada 45 saatten fazla çalıştığı; 56'sının (%32.2) ayda 1-5 nöbet, 94'ünün (% 54) 6-10 nöbet ve 24'ünün (%13.8) 11'den fazla nöbet tuttuğu saptanmıştır. Ayrıca 94'ünün (%39.2) gündüz vardiyasında, 22'sinin (% 9.2) gece vardiyasında ve 124'ünün (%51.7) ise gece-gündüz vardiyalarında çalıştıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin 56'sı (%23.3) günlük 1-5 hastaya, 57'si (%23.8) 6-10 hastaya, 39'u (%16.3) 11-15 hastaya, 36'sı (%15.0) 16-20 hastaya ve 52'si (%21.7) 21 ve üstünde hastaya bakım vermektedir.

3.2. HHSSP'nin Meslekten Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.2.1 Araştırma kapsamındaki HHSSP'nin meslekten memnuniyet düzeyleri.

Memnuniyet Derecesi	Sayı	%
Hiç Memnun Değilim	17	7,1
Memnun Değilim	15	6,3
Kararsızım	103	42,9
Memnunum	73	30,4
Çok memnunum	32	13,3
Toplam	240	100,00

Çizelge 3.2.1'de sağlık personelinin meslekten memnuniyet düzeyleri incelenmiş olup, araştırma katılanların çoğunluğunu (% 42,9) kararsızlar grubu oluşturmaktadır. Meslekten memnun olanların oranı %30,4 ve çok memnun olanların oranı ise %13,3 tür. Meslekten memnun değilim diyenlerin oranı %6,3 iken, hiç memnun değilim diyenlerin oranı ise %7,1 olarak saptanmıştır.

3.3. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Oranlarına İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu kısmında araştırma yapılan sağlık kurumlarında tıbbi hata görülme oranlarına ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Çizelge 3.3.1. HHSSP'nin hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hata yapma ve ekip arkadaşlarının hatalarına şahit olma durumları.

		Sayı (n=240)	% (100)
Çalışma Hayatınız Süresince Hasta Güvenliğini Tehlikeye Sokacak En Az Bir Hatanız Odlumu?	Evet	15	6,2
	Hayır	225	93,8
Çalışma Hayatınız Süresince Ekip Arkadaşlarınızın Hasta Güvenliğini Tehlikeye Sokacak Herhangi Bir Hatasını Gördünüz mü?	Evet	25	10,4
	Hayır	215	89,6

“Çalışma hayatınız süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hata yaptınız mı?” sorusuna, araştırma kapsamındaki sağlık personelinin 15'i (%6,2) *evet*, 225'i (%93,8) ise *hayır* cevabını; “Çalışma hayatınız süresince ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak her hangi bir hatasını gördünüz mü?” sorusunu ise çalışanların 25'i (%10,4) *evet*, 215'i (%89,6) hayır cevabını vermiştir. Bulgular Çizelge 3.3.1'de sunulmuştur.

3.4. Hastanelerde Görülen Tıbbi Hata Türlerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.4.1. Hastanelerde en fazla görülen tıbbi hata türlerine ilişkin bulgular.

Tıbbi Hata Türleri	Hiç		Çok Nadir		Zaman zaman		Genellikle		Çok sık		Puan Ort.
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastane enfeksiyonları	63	26,3	89	37,1	59	24,6	21	8,8	8	3,3	1,26
Yatak yaraları	115	47,9	70	29,2	39	16,3	13	5,4	3	1,3	0,83
Ameliyat sonrası komplikasyonları	121	50,4	73	30,4	42	17,5	4	1,7	-	-	0,70
Hastanın kaçması	113	47,1	89	37,1	38	15,8	-	-	-	-	0,69
Ameliyat komplikasyonları	125	52,1	74	30,8	37	15,4	4	1,7	-	-	0,67
İğne /kesici alet yaralanmaları	135	56,3	66	27,5	30	12,5	7	2,9	2	08	0,65
Araç gerecin bozulmasına bağlı hatalar	140	58,3	76	31,7	19	7,9	3	1,3	2	08	0,55
Yan etkisi olan ilacın kullanımına bağlı sorunlar	138	57,5	82	34,2	20	8,3	-	-	-	-	0,51
Tanı testlerinin yetersizliği	144	60,0	74	30,8	21	8,8	-	-	1	04	0,50
Tanı hataları	144	60,0	78	32,5	15	6,3	2	08	1	04	0,49
Ölümcül zarar verici düşmeler	163	67,9	54	22,5	17	7,1	5	2,1	1	04	0,45
Tedavide gecikme veya yapmama	154	64,2	72	30,0	13	5,4	1	04	-	-	0,42
Ventilatörle ilişkili problemler	175	73,2	42	17,6	18	7,5	2	08	1	04	0,38
İnfüzyon pompaları hataları	177	73,8	46	19,2	11	4,6	3	1,3	3	1,3	0,37
Transfüzyon hataları	177	73,8	52	21,7	11	4,6	-	-	-	-	0,31
Yanlış doz ilaç uygulaması	179	74,6	51	21,3	9	3,8	1	04	-	-	0,30
Cerrahi yanıklar	191	79,6	37	15,4	10	4,2	2	08	-	-	0,26
Yanlış ilaç uygulama	185	77,1	49	20,4	5	2,1	1	04	-	-	0,26
Yanlış yerden ilaç uygulaması(IM veya IV yerin karıştırılması)	188	78,3	46	19,2	4	1,7	2	08	-	-	0,25
Kontamine ilaç veya kan alınması	195	81,3	40	16,7	4	1,7	1	04	-	-	0,21
Karyolaya bağlı yaralanma ve ölümler	198	82,5	37	15,4	3	1,3	1	04	1	04	0,21
Tehlikeli kısaltmalar	206	85,8	25	10,4	8	3,3	1	04	-	-	0,18
Sıra beklemeye bağlı ölümler	208	86,7	24	10,0	7	2,9	1	04	-	-	0,17
Hipoglisemiye bağlı ölümler	209	87,1	24	10,0	6	2,5	1	04	-	-	0,16
Hava Embolisi	208	86,7	28	11,7	3	1,3	1	04	-	-	0,15
Son kullanma tarihi geçmiş ilaç kullanımı	206	85,8	32	13,3	2	08	-	-	-	-	0,15
İntihar	214	89,2	18	7,5	7	2,9	1	04	-	-	0,15
Yanlış taraf cerrahisi	215	89,6	18	7,5	5	2,1	1	04	1	04	0,15
Hatalı gaz/gaz karışımı verilmesi	222	92,5	15	6,3	2	08	-	-	1	04	-
Kemoterapi hataları	225	93,8	11	4,6	4	1,7	-	-	-	-	-
Elektrik şokuna bağlı ölüm	224	93,3	15	6,3	-	-	1	04	-	-	-
Ameliyatlarda yabancı cisim unutulması	228	95,0	11	4,6	1	04	-	-	-	-	-

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma kapsamında sağlık personeline görev yaptıkları hastanede en çok karşılaşılan tıbbi hataların hangileri olduğuna ilişkin sorular yöneltilmiş ve bu sorulara;

hiç, çok nadir, zaman zaman, genellikle ve çok sık şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. Cevaplar 0-4 aralığında derecelendirilmiş ve en sık karşılaşılan hataların sırasıyla; hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastanın kaçması, ameliyat komplikasyonları, iğne-kesici alet yaralanmaları, araç-gerecin bozulmasına bağlı hatalar, yan etkisi olan ilacın kullanımına ilişkin hatalar, tanı testlerinin yetersizliği, tanı hataları, düşmeler, tedavide gecikme veya yapmama ve ventilatöre ilişkin hatalar şeklinde sıralandığı görülmüştür. En az karşılaşılan hataların ise yanlış taraf cerrahisi, hatalı gaz karışımı verilmesi, kemoterapi hataları, elektrik şokuna bağlı ölümler ve ameliyatlarda hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması olduğu saptanmıştır. Bulgular Çizelge 3.4.1’de sunulmuştur.

Tıbbi hataların hastaneler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ki kare analizi bulguları Çizelge 3.4.2’de sunulmuştur.

Çizelge 3.4.2. Tıbbi hataların görülme sıklıklarının hastanelere göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi Bulguları).

TIBBİ HATA TÜRLERİ	ÇALIŞILAN HASTANE				Toplam Sayı	Ki-Kare Testi Bulguları
	S.B Konya Eğitim Has. Sayı**	S.Ü Tıp Fakültesi Sayı	Konya Numune Sayı	Başkent Üniv Has. Sayı		
Yanlış Taraf Cerrahisi						
Hiç	56	51	48	60	215	X²=23,510 S.D=12 P=0,024
Çok Nadir	4	7	7	-	18	
Zaman zaman*	-	2	5	-	7	
Transfüzyon Hataları						
Hiç	41	34	50	52	177	X²=19,662 S.D=6 P=0,003
Çok Nadir	16	21	7	7	51	
Zaman zaman	3	5	3	1	12	
Ameliyat Komplikasyonları						
Hiç	34	31	26	34	125	X²=25,125 S.D=9 P=0,003
Çok Nadir	18	10	21	25	74	
Zaman zaman	8	19	13	1	41	
Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar						
Hiç	35	30	28	28	121	X²=17,800 S.D=9 P=0,038
Çok Nadir	15	13	17	28	73	
Zaman zaman	10	17	15	4	46	
Ölümcül-Zarar Verici Düşmeler						
Hiç	38	29	42	54	163	X²=32,989 S.D=12 P=0,001
Çok Nadir	13	20	16	5	54	
Zaman zaman	9	12	2	1	24	
İnfüzyon pompası Hataları						
Hiç	50	36	47	44	177	X²=26,520 S.D=12 P=0,009
Çok Nadir	9	18	8	11	46	
Zaman zaman	1	6	5	5	17	
Tehlikeli Kısaltmalar						
Hiç	49	45	55	57	206	X²=17,647 S.D=9 P=0,039
Çok Nadir	8	10	4	2	24	
Zaman zaman	3	5	1	1	8	
Ventilatörle İlişkili Problemler						
Hiç	49	32	48	46	175	X²=27,366 S.D=12 P=0,007
Çok Nadir	8	15	7	13	43	
Zaman zaman	3	13	5	1	22	
Tedavide Gecikme veya Yapmama						
Hiç	37	25	46	46	154	X²=24,526 S.D=9 P=0,004
Çok Nadir	20	28	11	13	72	
Zaman zaman	3	7	3	1	14	
Hastane Enfeksiyonları						
Hiç	16	7	15	25	63	X²=41,727 S.D=12 P=0,000
Çok Nadir	26	16	26	21	89	
Zaman zaman	18	27	19	14	88	
Kontamine İlaç veya Kan Alınması						
Hiç	50	36	53	56	195	X²=28,415 S.D=9 P=0,001
Çok Nadir	9	20	7	4	40	
Zaman zaman	1	4	0	0	5	
Tanı Testlerinin Yetersizliği						
Hiç	32	28	33	51	144	X²=31,152 S.D=9 P=0,000
Çok Nadir	22	28	17	7	74	
Zaman zaman	6	4	10	2	22	

*Zaman zaman, genellikle ve çok sık seçenekleri birleştirilmiştir.

Çizelge 3.4.2. Tıbbi hataların görülme sıklıklarının hastanelere göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi Bulguları)(Devam).

TIBBİ HATA TÜRLERİ	ÇALIŞILAN HASTANE				Toplam	Ki-Kare Testi Bulguları
	S.B Konya Eğitim Has.	S.Ü Tıp Fakültesi	Konya Numune	Başkent Üniv Has.		
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı		
Yatak Yaraları						
Hiç	30	19	27	39	115	X²=37,776 S.D=12 P=0,000*
Çok Nadir	18	16	20	16	70	
Zaman zaman	5	19	10	5	39	
Yanlış Doz İlaç Uygulaması						
Hiç	41	34	50	54	179	X²=28,529 S.D=9 P=0,001*
Çok Nadir	17	20	8	6	51	
Zaman zaman	2	6	2	0	10	
Yanlış İlaç Uygulama						
Hiç	41	37	52	55	185	X²=30,747 S.D=9 P=0,000*
Çok Nadir	18	21	5	5	49	
Zaman zaman	1	2	3	0	6	
Yan etkisi olan ilacın kullanımına bağlı sorunlar						
Hiç	27	30	35	46	138	X²=18,975 S.D=6 P=0,004*
Çok Nadir	26	21	23	12	82	
Zaman zaman	7	9	2	2	20	

* Zaman zaman, genellikle ve çok sık seçenekleri birleştirilmiştir.

** Her hastaneden eşit şekilde 60 kişi alındığı için % değerler yer almamaktadır

Çizelge 3.4.2’de görüldüğü gibi Numune Hastanesinde görev yapanların 7’si çok nadir, 5’i zaman zaman, Meram Tıp Fakültesinde çalışanların 7’si çok nadir, 2’si zaman zaman ve S.B. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışanların 4’ü çok nadir hastanelerinde *yanlış taraf cerrahisinin* görüldüğünü, Başkent Hastanesinde çalışanların ise tamamı görülmediğini belirtmiştir. Hastaneler arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer taraftan Meram Tıp Fakültesinde çalışanların 21’i çok nadir, 5’i zaman zaman, S.B.Konya Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışanların 16’sı çok nadir, 3’ü zaman zaman, Numune Hastanesinde çalışanların 7’si çok nadir, 3’ü zaman zaman ve Başkent Hastanesinde çalışanların 7’si çok nadir 1’i zaman zaman hastanelerinde *transfüzyon hatalarının* görüldüğünü belirtmiş ve hastaneler arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Aynı şekilde ameliyathane komplikasyonları, ameliyat sonrası komplikasyonlar, ölümcül zarar verici düşmeler, infüzyon pompaları hataları, tehlikeli kısaltmalar, ventilatöre ilişkin hatalar, tedavide gecikmek veya yapama, hastane enfeksiyonları, kontamine ilaç veya kan alınması, hava embolisi, tanı testlerinin yetersizliği, yatak yaraları, yanlış doz ilaç uygulamaları ve yanlış ilaç uygulamalarının görülme sayısı açısından hastaneler arasındaki farkın anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($p < 0,05$).

Tıbbi hataların görülme sıklıklarının klinikler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ki-kare testine ait bulgular ise Çizelge 3.4.3’de sunulmaktadır.

Çizelge 3.4.3. Tıbbi hataların görülme sıklıklarının kliniklere göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi Bulguları).

TIBBİ HATA TÜRLERİ	ÇALIŞILAN KLİNİK			Ki-Kare Testi Bulguları
	Cerrahi klinikler	Dahili klinikler	Toplam	
	Sayı**	Sayı	Sayı	
	Ameliyat sonrası komplikasyonları			
Hiç	44	77	121	X²=8,935 S.D=3 P=0,030
Çok Nadir	35	38	73	
Zaman zaman*	25	17	42	
	İğne/kesici alet yaralanmaları			
Hiç	50	85	135	X²=10,748 S.D=4 P=0,030
Çok Nadir	36	30	66	
Zaman zaman	21	18	39	
	Tedavide gecikme veya yapmama			
Hiç	77	77	154	X²=9,880 S.D=3 P=0,020
Çok Nadir	22	50	72	
Zaman zaman	8	6	4	
	Cerrahi yanıklar			
Hiç	75	116	191	X²=12,701 S.D=3 P=0,005
Çok Nadir	25	12	37	
Zaman zaman	7	5	12	
	Yanlış yerden ilaç uygulanması (IM veya IV yerin karıştırılması)			
Hiç	93	95	188	X²=9,842 S.D=3 P=0,020
Çok Nadir	12	34	46	
Zaman zaman	2	4	6	

* Zaman zaman, genellikle ve çok sık seçenekleri birleştirilmiştir.

** Her hastaneden eşit şekilde 60 kişi alındığı için % değerler yer almamaktadır.

Araştırma kapsamında incelenen tıbbi hata türlerinin, dahili ve cerrahi klinikler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ki-kare

analizi sonucunda; ameliyat sonrası komplikasyonlar, iğne-kesici alet yaralanmaları, tedavide gecikme ve yapmama, cerrahi yanıklar ve yanlış yerden ilaç uygulaması açısından dahili ve cerrahi klinikler arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p < 0.05$), diğer hata türleri açısından ise istatistiksel açıdan farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Bulgular çizelge 3.4.3'de sunulmaktadır.

3.5. Tıbbi Hata Nedenlerine İlişkin Bulgular

Tıbbi Hata nedenleri ve tıbbi hata nedenlerinin hastaneler ve birimler ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular bu bölümde verilmiştir.

Çizelge 3.5.1. Tıbbi hata nedenlerine ilişkin bulgular.

Tıbbi Hata Nedenleri	Hiç		Az		Orta		Yüksek		Çok yüksek		Puan Ort.
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İş yükünün fazla olması	22	9,2	40	16,7	49	20,4	76	31,7	53	22,1	2,41
Çalışan sağlık personeli sayısının az olması	30	12,5	38	15,8	64	26,7	42	17,5	66	27,5	2,32
Sağlık personeline görev dışı(sekreterlik) işlerin yüklenmesi	48	20,0	40	16,7	31	12,9	46	19,2	75	31,3	2,25
Stres	27	11,3	54	22,5	51	21,3	66	27,5	42	17,5	2,17
Yorgunluk	26	10,8	51	21,3	65	27,1	66	27,5	32	13,3	2,11
Çalışma sürelerinin uzun olması	32	13,3	46	19,2	76	31,7	59	24,6	27	11,3	2,01
Aylık nöbet sayılarının fazla olması	48	20,0	51	21,3	50	20,8	50	20,8	41	17,1	1,93
Tükenmişlik duygusu	44	18,3	62	25,8	58	24,2	51	21,3	25	10,4	1,79
Görev, yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemiş olması	77	32,1	45	18,8	42	17,5	42	17,5	34	14,2	1,62
İletişim eksikliği	57	23,8	68	28,3	66	27,5	31	12,9	18	7,5	1,52
Olumsuz fiziksel(ısı,ışık,gürültü)ortam	62	25,8	71	29,6	51	21,3	34	14,2	22	9,2	1,51
Yöneticilerden memnun olunmaması	75	31,3	58	24,2	49	20,4	27	11,3	31	12,9	1,50
Doktor istemlerinin anlaşılabilmesi (yazının veya dilin kötü olması)	61	25,4	83	34,6	46	19,2	31	12,9	19	7,9	1,43
Sağlık personelinin çalıştıkları birimin sabit olmaması	103	42,9	44	18,3	36	15,0	18	7,5	39	16,3	1,35
Tecrübesizlik	67	27,9	85	35,4	53	22,1	24	10,0	11	4,6	1,27
Mesleki bilginin yetersiz olması	59	24,6	99	41,3	44	18,3	33	13,8	5	2,1	1,27
Mesleğin sevilmemesi	91	37,9	60	25,0	56	23,3	17	7,1	16	6,7	1,19
Hataları önleyici sistem olmaması	87	36,3	70	29,2	43	17,9	29	12,1	11	4,6	1,19
Protokol ve prosedürlerin olmaması yada anlaşılır olmaması	88	36,7	76	31,7	39	16,3	22	9,2	15	6,3	1,16
Mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması	93	38,8	62	25,8	50	20,8	25	10,4	10	4,2	1,15
Kayıtların düzenli tutulmaması	113	47,1	69	28,8	35	14,6	13	5,4	10	4,2	0,90
Nöbet değişimlerine dikkat edilmemesi	125	52,1	67	27,9	23	9,6	14	5,8	11	4,6	0,82
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulması	108	45,0	87	36,3	28	11,7	15	6,3	2	0,8	0,81

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 3.5.1’de sağlık personelinin tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Puan ortalamasına göre hataya yol açan ilk 5 neden sırasıyla; iş yükünün

fazla olması ($X=2,41$), çalışan hemşire sayısının az olması ($X=2,32$), hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi ($X=2,25$), stres ($X=2,17$) ve yorgunluk ($X=2,11$) olarak belirtilmiştir. Sıralamada en alt seviyede kalan son beş neden ise; protokol ve prosedürlerin olmaması yada anlaşılır olması ($X=1,16$), mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması ($X=1,15$), kayıtların düzenli tutulmaması ($X=0,90$), nöbet değişimlerine dikkat edilmemesi ($X=0,82$) ve hasta tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ($X=0,81$) olarak sıralanmıştır.

Hataya yol açan faktörler yüzdesel büyüklükler açısından incelendiğinde; iş yükünün fazla olmasının %31,7 oranında yüksek ve % 22,1 oranında çok yüksek düzeyde; çalışan sağlık personeli sayısının az olmasının % 17,5 oranında yüksek ve %27,5 oranında çok yüksek; sağlık personeline görev dışı işlerin yüklenmesinin % 19,2 oranında yüksek ve %31,3 oranında çok yüksek; stresin % 27,5 oranında yüksek ve %17,5 oranında çok yüksek; yorgunluğun % 27,5 oranında yüksek ve %13,3 oranında çok yüksek düzeyde hataya yol açtığı belirtilmiştir. Diğer faktörlere ilişkin bilgiler Çizelge 3.5.1’de yer almaktadır.

Tıbbi hata nedenlerinin hastaneler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ki-kare testi bulguları Çizelge 3.5.2’de; tıbbi hataların klinikler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ki-kare testi bulguları ise Çizelge 3.5.3’de sunulmaktadır.

Çizelge 3.5.2. Tıbbi hata nedenlerinin hastanelere göre karşılaştırılması.

TIBBİ HATA NEDENLERİ	ÇALIŞILAN HASTANE				Toplam	Ki-Kare Testi Bulguları
	Eğitim ve Araştırma	Tıp Fakültesi	Konya Numune	Başkent Hast.		
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı		
	Stres					
Hiç	11	7	3	6	27	X²=23,706 S.D=12 P=0,022
Az	10	12	14	18	54	
Orta	7	9	17	18	51	
Yüksek*	32	32	26	18	108	
	Olumsuz fiziksel (ısı,ışık,gürültü) ortam					
Hiç	13	14	11	24	62	X²=21,091 S.D=12 P=0,049
Az	11	21	20	19	71	
Orta	16	11	12	12	51	
Yüksek	20	14	17	5	56	
	Hataları Önleyici Sistem Olmaması					
Hiç	21	14	18	34	87	X²=31,684 S.D=12 P=0,002
Az	11	18	23	18	70	
Orta	16	13	9	5	43	
Yüksek	12	15	10	3	40	
	Protokol ve prosedürlerin olmaması yada anlaşılır olmaması					
Hiç	19	14	19	36	88	X²=39,765 S.D=12 P=0,000
Az	12	22	25	17	76	
Orta	14	14	8	3	39	
Yüksek	15	10	8	4	37	
	İletişim eksikliği					
Hiç	14	10	7	26	57	X²=32,959 S.D=12 P=0,001
Az	10	17	26	15	68	
Orta	17	22	15	12	66	
Yüksek	19	11	12	7	49	
	Doktor istemlerinin anlaşılammaması					
Hiç	12	11	14	24	61	X²=26,308 S.D=12 P=0,010
Az	19	21	29	14	83	
Orta	14	15	5	12	46	
Yüksek	15	13	12	10	50	
	Görev, yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemiş olması					
Hiç	13	18	13	33	77	X²=34,019 S.D=12 P=0,001
Az	10	16	8	11	45	
Orta	10	10	14	8	42	
Yüksek	27	16	25	8	76	
	Sağlık personeline görev dışı(sekreterlik) işlerin yüklenmesi					
Hiç	11	7	4	26	48	X²=57,348 S.D=12 P=0,000
Az	5	9	9	17	40	
Orta	4	12	9	6	31	
Yüksek	30	32	38	11	121	
	Aylık nöbet sayılarının fazla olması					
Hiç	17	11	5	15	48	X²=25,143 S.D=12 P=0,014
Az	12	10	10	19	51	
Orta	9	17	15	9	50	
Yüksek	22	22	30	17	91	

Çizelge 3.5.2. Tıbbi hata nedenlerinin hastanelere göre karşılaştırılması (Devam).

TIBBİ HATA NEDENLERİ	ÇALIŞILAN HASTANE				Toplam	Ki-Kare Testi Bulguları
	Eğitim ve Araştırma	Tıp Fakültesi	Konya Numune	Başkent Hast.		
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı		
	Çalışan sağlık personeli sayısının az olması					
Hiç	14	3	6	7	30	X²=27,508 S.D=12 P=0,007
Az	13	4	11	10	38	
Orta	16	13	17	18	64	
Yüksek	17	30	26	25	108	
	Sağlık personelinin çalıştıkları birimin sabit olmaması					
Hiç	23	27	19	34	103	X²=33,824 S.D=12 P=0,001
Az	6	12	15	11	44	
Orta	5	11	10	10	36	
Yüksek	26	10	16	5	57	
	Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulması					
Hiç	23	25	26	34	108	X²=24,813 S.D=12 P=0,016
Az	23	22	24	18	87	
Orta	6	12	7	3	28	
Yüksek	8	1	3	5	17	
	Kayıtların düzenli tutulmaması					
Hiç	27	22	26	38	113	X²=32,285 S.D=12 P=0,001
Az	15	25	20	9	69	
Orta	8	6	12	9	35	
Yüksek*	10	7	2	4	23	
	Mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması					
Hiç	18	17	16	42	93	X²=43,947 S.D=12 P=0,000
Az	15	17	20	10	62	
Orta	11	15	17	7	50	
Yüksek	16	11	7	1	35	

Tıbbi hataya yol açtığı belirtilen faktörlerin hastaneler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ki-kare testi sonuçlarına göre, tıbbi hata nedeni olarak gösterilen; stres, olumsuz fiziksel koşullar, hataları önleyici sistem olmaması, protokol ve prosedürlerin olmaması yada anlaşılır olmaması, iletişim eksikliği, doktor istemlerinin anlaşılabilmesi (yazının veya dilin kötü olması, görev, yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemiş olması, sağlık personeline görev dışı (örn: sekreterlik) işlerin yüklenmesi, aylık nöbet sayılarının fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, sağlık personelinin çalıştıkları birimin sabit olmaması, hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulması, kayıtların düzenli tutulmaması ve mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması gibi faktörlerin hastaneler açısından farklılıklar gösterdiği ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı

olduğu tespit edilmiştir (p< 0.05). Tıbbi hata nedeni olarak gösterilen diğer faktörlerin ise inceleme yapılan hastaneler açısından farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05). Bulgular Çizelge 3.5.2’de gösterilmektedir.

Çizelge 3.5.3. Tıbbi hata nedenlerinin kliniklere göre karşılaştırılması.

TIBBİ HATA NEDENLERİ	ÇALIŞILAN KLİNİK		Toplam	Ki-Kare Testi Bulguları
	Cerrahi Klinikler	Dahili Klinikler		
	Sayı	Sayı	Sayı	
	Tecrübesizlik			
Hiç	45	22	67	X²=23,706 S.D=12 P=0,022
Az	31	54	85	
Orta	16	37	53	
Yüksek*	15	20	35	
	Mesleki bilginin yetersiz olması			
Hiç	35	24	59	X²=21,091 S.D=12 P=0,049
Az	43	56	99	
Orta	11	33	44	
Yüksek	18	20	38	
	Çalışma sürelerinin uzun olması			
Hiç	23	9	32	X²=31,684 S.D=12 P=0,002
Az	19	27	46	
Orta	29	47	76	
Yüksek	36	50	86	
	Yorgunluk			
Hiç	20	6	26	X²=39,765 S.D=12 P=0,000
Az	24	27	51	
Orta	23	42	65	
Yüksek	40	58	98	
	Tükenmişlik duygusu			
Hiç	26	18	44	X²=32,959 S.D=12 P=0,001
Az	31	31	62	
Orta	15	43	58	
Yüksek	35	41	76	
	Stres			
Hiç	20	7	27	X²=26,308 S.D=12 P=0,010
Az	27	27	54	
Orta	13	38	51	
Yüksek	47	61	108	
	Hizmet içi eğitimlerin olmaması			
Hiç	47	46	93	X²=34,019 S.D=12 P=0,001
Az	22	40	62	
Orta	18	32	50	
Yüksek	20	15	35	

*Yüksek ve çok yüksek seçenekleri birleştirilmiştir.

Çizelge 3.5.3’de görüldüğü gibi tıbbi hataya yol açtığı belirtilen faktörlerin klinikler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ki-kare testi sonuçlarına göre; tıbbi hata nedeni olarak gösterilen tecrübesizlik, mesleki bilginin yetersiz olması, çalışma süresinin uzun olması, yorgunluk, tükenmişlik duygusu ve mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması gibi nedenlerin tıbbi hataya yol açtığı düşüncesi klinikler açısından farklılık göstermekte ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu anlaşılmaktadır ($p < 0.05$).

3.6. Malpraktis Eğilim Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

Faktör analizi, veriler arasındaki ilişkilere dayanarak, verilerin daha manidar ve özet bir biçimde sunulmasını sağlayan çok değişkenli bir istatistiksel analiz türüdür. Amaç esas olarak değişkenler arasındaki karşılıklı bağımlılığın kökenini araştırmaktır (Yıldız 2008). Ölçeğin yapı geçerliliği çalışması için ilk olarak toplanan verilerin Kaiser Meyer Olkin ve Bartlett test analizleri elde edilir.

Çizelge 3.6.1. Malpraktis eğilim ölçeği KMO ve Bartlett testi bulguları.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,899
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	8,954
	Df	1485
	Sig.	,000

Araştırmada kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0,954 olması nedeniyle ileri düzeyde güvenilir olduğu anlaşılmıştır. Toplanan verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını anlaşılmaması için ise KMO ve Bartlett testi uygulanmıştır. Test sonuçlarına göre KMO katsayısı 0,899 ve (ki-kare 8,954, df 1485) $p < 0.01$ olduğundan, verilerin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Çizelge 3.6.2. Ortak varyans tablosu (Communalities).

Maddeler	Faktör Yüğü	Maddeler	Faktör Yüğü	Maddeler	Faktör Yüğü
ilacı doğru hastaya yaptığmdan emin olurum	,597	hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim	,523	hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değışiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim	,502
hastaya doğru ilacı yaptığmdan emin olurum	,649	hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim	,589	serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım	,506
ilacın miadının dolup dolmadığına bakarım	,500	IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim	,564	serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim	,603
okunuş ve görünüş benzerliğı olan ilaçlara dikkat ederim	,590	kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim	,466	cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım	,556
ilaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim	,721	infüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim	,521	Malzeme güvenliğı-tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim	,416
ilaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim	,544	infüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim	,522	hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm	,530
ilacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm	,533	serum şişeleri ve setlerini 24 saat'de bir değıştiririm	,459	hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım	,545
ilacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim	,607	üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim	,533	hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim	,650
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim	,585	çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim	,459	yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim	,511
ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım	,535	hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım	,443	hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım	,472
ilaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim	,613	yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim	,467	İletişim- hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim	,460
ilaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim	,496	enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım	,478	İletişim- hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim	,565
hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim	,626	malzemenin güvenliğınden şüphe duyduğmda kullanmamaya dikkat ederim	,453	İletişim- sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim	,445
takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim	,575	hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım	,437	İletişim- serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim	,625
mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim	,634	hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım	,268	İletişim- açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime değrülürüm	,605
mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim	,694	hasta yoğunluğı olduğı zamanlarda da hasta izlemine gerektiğı gibi yapmaya çalışırım	,372		
mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim	,526	yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim	,469		

Ortak Varyans (Communality); ölçekteki her bir değişkenin diğer değişkenlerle paylaştığı varyans miktarıdır. Çizelge 3.6.2’de görüldüğü gibi bu çalışmada, faktör yük değeri 0,25 ve üzerinde olanların analize alınması uygun görülmüş ve ölçekteki 49 madde bu özelliği taşıdığından, sonuçta 5 boyutlu ve 49 maddeli bir ölçeğe ulaşılmıştır.

Çizelge 3.6.3. Faktörlerin öz değerleri ve varyans açıklama yüzdeleri.

Temel Bileşenler	Başlangıç Özdeğerleri			Türetilen Kareli Ağırlıklar Toplamı			Rotasyon Sonucu Kareli Ağırlıklar Toplamı		
	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %
1	18,898	34,361	34,361	18,898	34,361	34,361	8,843	16,078	16,078
2	3,377	6,139	40,500	3,377	6,139	40,500	6,021	10,947	27,025
3	2,672	4,859	45,359	2,672	4,859	45,359	5,007	9,104	36,129
4	1,965	3,573	48,932	1,965	3,573	48,932	4,728	8,595	44,725
5	1,769	3,217	52,149	1,769	3,217	52,149	4,083	7,425	52,149

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Çizelge 3.6.3’de görüldüğü bu çalışmada faktörler temel bileşenler yöntemine göre çıkartılmış, önemli temel bileşen sayısı 5 olarak belirlenmiştir. Beş faktörün açıkladığı birikimli varyans miktarı, toplam varyansın % 52,149’unu oluşturmaktadır.

Çizelge 3.6.4. Döndürülmüş faktör matrisi^a

	Bileşenler				
	1	2	3	4	5
İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGLAMALARI					
ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum	,533				
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum	,603				
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım	,651				
Okunmuş ve görüntüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim	,711				
ilaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim	,788				
ilaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim	,624				
ilacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm	,655				
ilacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim	,644				
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim	,639				
ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım	,530				
ilaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim	,521				
ilaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim	,538				
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim	,642				
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim	,645				
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim	,675				
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim	,788				
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim	,563				
Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim	,597				
HASTANE ENFEKSİYONLARI					
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim		,626			
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim		,624			
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim		,352			
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim		,459			
infüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim		,640			
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm		,562			
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim		,585			
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim		,594			
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım		,554			
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim		,413			
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım		,472			
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim		,415			

Çizelge 3.6.4. Döndürülmüş faktör matrisi (Devam)

	Bileşenler				
	1	2	3	4	5
HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ					
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım			,440		
Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım			,372		
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım			,420		
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim			,456		
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim			,423		
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım			,622		
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim			,693		
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım			,596		
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim			,453		
DÜŞMELER					
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm				,688	
Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım				,666	
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim				,740	
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim				,553	
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım				,539	
İLETİŞİM					
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim					,631
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim					,608
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim					,624
Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim					,378
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım					,399

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 10 iterations.

Çizelge 3.6.4'de görüldüğü gibi döndürme işlemi Varimax Metodu ile gerçekleştirilmiştir. Alt kesim noktası olarak (0,35) alınmış ve Döndürülmüş Faktör Matrisi bulgularından hareketle faktörlerin etiketlenmesi yapılmıştır. Etiketleme sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

Birinci Faktör ***İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları*** olarak etiketlenmiştir. İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları başlığı altında; ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum, hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum, ilacın miadının dolup dolmadığına bakarım, okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim, ilaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim, ilaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim, ilacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm, ilacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim, IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim, ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım, ilaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim, ilaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim, hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim, takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim, mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim, mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim, mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim, hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim maddeleri yer almıştır. Araştırmanın başında transfüzyon uygulamaları ayrı boyut olarak alınmışsa da ilaç uygulamaları ile alakalı olması nedeni ile bu faktör altında yer almasının uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

İkinci Faktör ***Hastane Enfeksiyonları*** olarak etiketlenmiştir. Hastane Enfeksiyonları başlığı altında; hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim, IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim, kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim, infüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim, infüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim, serum şişeleri ve setlerini 24 saat'de bir değiştiririm, üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim, çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim, hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve

dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım, yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim, enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım, malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim maddeleri yer almıştır. “malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim” maddesi hastane enfeksiyonlarına dikkat çektiğinden bu başlık altında yer almasında herhangi bir sakınca görülmemiştir.

Üçüncü Faktör ***Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği*** olarak etiketlenmiştir. Hasta izlemi boyutunda; hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım, hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım, hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım, yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim, hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim maddeleri yer almaktadır. “Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım” ve “hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim” maddeleri ise hasta izlemine dikkat çektiğinden aynı faktör altında yer almalarında herhangi bir sakınca görülmemiştir. Malzeme Güvenliği boyutunda ise; serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım, serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim, cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım, tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim maddeleri yer almaktadır.

Dördüncü Faktör ***Düşmeler*** olarak etiketlenmiştir. Düşmeler başlığı altında; hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm, hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım, hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim, yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim, hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım maddeleri yer almaktadır. Gerçekten de bu maddelerin tamamı düşmeler ile alakalı konu olup, hastanelerde düşmelerin önlenmesinde önemli katkılar sağlamaktadır.

Beşinci faktör ***İletişim*** olarak etiketlenmiş ve hastanın bakımına ilişkin bilgileri hastayla beraber yatak başında teslim ederim, hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim, sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim, serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim, açık olmayan sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım maddelerini kapsamıştır. Bu maddelerin tamamı iletişimin bileşenleri olarak görülmektedir. Bu nedenle aynı başlık altında toplanmaları önemli bir bulgudur.

3.7. Malpraktise Eğilim Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

MEÖ'ne ilişkin bulgular bu bölümde verilmiştir.

Çizelge 3.7.1. MEÖ'nin ilaç uygulamaları ve transfüzyon alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

İlaç Uygulamaları ve Tansfüzyon Uyg.	Min.	Maks.	Ort.	SS
1.IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim	4	5	4,84	0,370
2.Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum	3	5	4,80	0,411
3.Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim	3	5	4,79	0,437
4.Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim	3	5	4,79	0,427
5.İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum	2	5	4,78	0,445
6.İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim	4	5	4,77	0,424
7.Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim	1	5	4,71	0,561
8.Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim	3	5	4,71	0,491
9.İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim	3	5	4,70	0,527
10.Takılacak mayinin sterilizesini kontrol ederim	2	5	4,69	0,522
11.İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında sterilizeye önem veririm	3	5	4,69	0,482
12.Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim	3	5	4,68	0,527
13.Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim	3	5	4,62	0,536
14.İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim	2	5	4,52	0,678
15.İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim	2	5	4,51	0,620
16.İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım	2	5	4,50	0,720
17.İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım	2	5	4,40	0,659
18.İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim	2	5	4,35	0,750
Toplam	18	90	83,34	6,75

MEÖ'nin "İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon" Alt Boyutu 18 sorudan oluşmaktadır. 18 soruya verilen cevaplar incelendiğinde en yüksek puanın "IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim" cevabına verildiği ve cevabın puan ortalamasının 4,84 olduğu anlaşılmaktadır. Bu cevabı sırasıyla; "hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum", "mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim", "hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim",

“ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum cevapları” takip etmektedir. Ölçeğin en düşük puan alan maddeleri ise; “ilaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim”, “ilacın miadının dolup dolmadığına bakarım”, “ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım” ve “ilaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim” cevapları olmuştur. Alt boyuta ait puanların ortalaması 83,34, standart sapması ise 6,75 olarak hesaplanmıştır.

Çizelge 3.7.2. MEÖ'nin düşmeler alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Düşmeler Alt Boyutuna Ait Maddeler	Min.	Maks.	Ort.	SS
1.Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım	1	5	4,35	0,762
2.Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim	1	5	4,31	0,841
3.Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim	1	5	4,14	0,960
4.Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım	1	5	4,10	0,952
5.Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm	1	5	3,81	1,125
Toplam	5	25	20,72	3,64

MEÖ'nin Düşmeler alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde en yüksek puanı “hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım (ort=4,35)” cevabının aldığı görülmektedir. Bu cevabı sırasıyla; “yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim (ort=4,31)”, “hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim(ort=4,14)”, “hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım (ort=4,10)” ve “hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm (ort=3,81)” cevapları takip etmiştir. Düşmeler alt boyutuna ilişkin puan ortalaması 20,72 standart sapması ise 3,64 olarak hesaplanmıştır.

Çizelge 3.7.3. MEÖ'nin hastane enfeksiyonları alt boyutu puan ortalamaları.

Enfeksiyonlar Alt Boyutuna Ait Maddeler	Min.	Maks.	Ort.	SS
1.İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim	3	5	4,66	0,509
2.Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepti kurallarına dikkat ederim	3	5	4,59	0,549
3.Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim	1	5	4,58	0,615
4.IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim	3	5	4,58	0,581
5.Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım	1	5	4,51	0,685
6.İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim	2	5	4,50	0,634
7.Kullanacağım malzemeden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim	1	5	4,50	0,640
8.Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim	1	5	4,44	0,718
9.Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım	1	5	4,42	0,793
10.Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim	1	5	4,40	0,683
11.Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim	1	5	4,38	0,815
12.Serum şişeleri ve setlerini 24 saat'te bir değiştiririm	1	5	4,28	0,921
Toplam	12	60	53,84	5,53

MEÖ'nin Hastane Enfeksiyonları Alt Boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde en yüksek puanı “infüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim (ort=4,66)” cevabının aldığı görülmektedir. Bu cevabı sırasıyla; “hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepti kurallarına dikkat ederim (ort=4,59)”, “çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim (ort=4,58)”, “IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim (ort=4,58)”, “hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım (ort=4,51)”, “infüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim (ort=4,50)”,

“kullanacağım malzemeden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim (ort=4,50)” cevapları gelmektedir. “kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim (ort=4,44)”. Ölçeğin en düşük puan alan maddeleri ise; “enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım(ort=4,42)”, “yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim(ort=4,40)”, “üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim(ort=4,38)” ve “serum şişeleri ve setlerini 24 saat’te bir değiştiririm(ort=4,28)” cevapları takip etmiştir. Hastane Enfeksiyonları alt boyutuna ilişkin puan ortalaması 53,84, standart sapması ise 5,53 olarak hesaplanmıştır.

Çizelge 3.7.4. MEÖ’nin hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu puan ortalamaları.

Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutuna Ait Maddeler	Min.	Maks.	Ort.	SS
1.Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim	2	5	4,60	0,584
2.Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile ilgili izlemlerimi ve bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya aralarında paylaşmaya dikkat ederim	2	5	4,57	0,580
3.Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım	2	5	4,56	0,611
4.Hastanın aldığı çıkardığı sıvı miktarının takibini yaparım	1	5	4,45	0,812
5.Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım	2	5	4,44	0,604
6.Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım	2	5	4,47	0,606
7.Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim	1	5	4,31	0,842
8.Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım	1	5	4,06	1,015
9.Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim	1	5	4,06	0,988
Toplam	9	45	39,54	4,51

MEÖ’nin Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde en yüksek puanı “yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim (ort=4,60)” cevabının aldığı görülmektedir. Bu cevabı sırasıyla; “hastanın

bakım ve bakım sonuçları ile ilgili izlemlerimi ve bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya aralarında (ort=4,57)”, hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım (ort=4,56)”, “hastanın aldığı çıkardığı sıvı miktarının takibini yaparım (ort=4,45)” ve “hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemimi gerektiği gibi yapmaya çalışırım (ort=4,44)” cevapları takip etmiştir. Malzeme Güvenliğine yönelik sorular incelendiğinde ise; en yüksek puanı “cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım (ort=4,47)” cevabının aldığı görülmektedir. Bu cevabı sırasıyla; “tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim (ort=4,31)”, “serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım (ort=4,06)” ve “serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim (ort=4,06)” cevapları takip etmiştir.

Çizelge 3.7.5. MEÖ'nin iletişim alt boyutu puan ortalamaları

İletişim Alt Boyutuna Ait Maddeler	Min.	Maks.	Ort.	SS
1.Açık olmayan sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulatırım	2	5	4,65	0,527
2.Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim	1	5	4,54	0,690
3.Serviste çift order (doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim	1	5	4,53	0,665
4.Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim	1	5	4,38	0,915
5.Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim	1	5	4,27	1,026
Toplam	5	25	22,36	2,74

MEÖ'nin “İletişim” alt boyutu 5 sorudan oluşmaktadır. 5 soruya verilen cevaplar incelendiğinde en yüksek puanı “Açık olmayan sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulatırım (ort=4,65)” cevabının aldığı görülmektedir. Bu cevabı sırasıyla; “Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim (ort=4,54)”, Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim (ort=4,53)”, “Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim (ort=4,38)” ve “Hastanın bakımına ilişkin

bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim (ort=4,27)” cevapları takip etmiştir. İletişim alt boyutuna ilişkin puan ortalaması 22,36, standart sapması ise 2,74 olarak hesaplanmıştır.

3.8. HHSSP'nin Sosyo-Demografik Özellikleri İle MEÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

MEÖ Alt Boyutları toplam puan ortalamalarının sağlık personelinin sosyo-demografik özellikleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla bağımsız gruplar arası t testi ve tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analizler sonucunda MEÖ alt boyutlarının; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, personelin kadro ve unvan durumu, meslekte çalışma süresi, şu an görev yaptıkları kurumda çalışma süreleri, haftalık ortalama çalışma süresi, aylık nöbet adedi, çalışılan vardiya tipi ve günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı yönünden farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$). Ölçeğin tüm alt boyutlarının, çalışılan hastane açısından ise farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0.05$). Hastanelere ilişkin bulgular Çizelge 3.8.1’de, farklılık tespit edilen diğer boyutlar ise Çizelge 3.8.2’de sunulmaktadır.

Çizelge 3.8.1. HHSSP'nin çalıştıkları hastane ile MEÖ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (Tek Yönlü Varyans Analizi).

Çalışılan Hastane	Eğitim ve Araştırma Hast. (n=60)	S.Ü Meram Tıp Fakültesi (n=60)	Konya Numune Hastanesi (n=60)	Başkent Hastanesi (n=60)	Toplam (n=240)	F	p
İlaç ve Transfüzyon uygulamaları	82,70	80,03	85,98	84,65	83,84	4,492	,004*
Düşmeler	20,03	19,43	21,83	21,57	20,72	6,601	,000*
Hastane Enfeksiyonları	52,98	52,05	55,18	55,15	53,84	5,133	,002*
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	38,90	38,67	39,57	41,02	39,54	3,404	,018*
İletişim	21,57	21,92	22,08	23,88	22,36	9,495	,000*

MEÖ Alt Boyutlarının, araştırmanın yapıldığı hastaneler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla yapılan Tukey Testi sonucunda ise; Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği ve İletişim alt boyutundaki farklılığın Başkent Hastanesinden; Düşmeler ve Hastane Enfeksiyonları Alt Boyutlarındaki farklılığın Konya Numune Hastanesi ve Başkent Hastanelerinden; İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon uygulamalarındaki farklılığın ise Konya Numune Hastanesinden kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Çizelge 3.8.2. HHSSP'nin görev yaptıkları birimde çalışma süreleri ile MEÖ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Cinsiyet	Erkek (n=32)	Kadın (n=208)		t	P
İlaç ve Transfüzyon Uyg.	81,53	84,20		-2,094	,037*
Çalışılan Birim	Cerrahi Klinikler (n=107)	Dahili Klinikler (n=133)		t	P
Düşmeler	21,43	20,14		2,761	,006*
Kadro Durumları	657'ye Tabi (n=110)	4-B Kadrolu (n=37)	Şirket Elemanı (n=93)	F	P
İletişim	21,85	22,03	23,10	5,721	,004*
Unvan Durumları	Hemşire/Ebe (n=194)	Sorumlu Hemşire (n=19)	A.T.T (n=27)	F	P
Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	39,13	41,37	41,19	4,287	,015*
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	45'ten az (n=60)	45 saat (n=60)	45 saat ve üstü (n=60)	F	P
İletişim	21,85	21,66	23,37	11,483	,000*

*($p<0.05$)

Çizelge 3.8.2’de görüldüğü gibi yapılan Bağımsız Gruplar arası t Testi sonucunda göre “İlaç ve Transfüzyon Uygulama” puanlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Düşme puanlarının çalışılan birimler arasında farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan *Bağımsız Gruplar arası t Testi* sonucunda ise cerrahi kliniklerdeki puan ortalamasının dahili kliniklere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)

Aynı şekilde yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda, *İletişim* alt boyutu puanlarının “Haftalık Ortalama Çalışma Süresi” ve Personelin Kadro Durumları” açısından farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tukey Testi sonucunda “Haftalık Ortalama Çalışma Süresi” açısından farklılığın “45 saat ve üzeri çalışanlardan”; “Kadro Durumları” açısından farklılığın ise “Şirket Elemanları” grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Malpraktise Eğilim Ölçeği alt boyut puanları unvan durumu açısından karşılaştırıldığında; sorumlu hemşire olarak çalışanlarda hasta izlemi ve malzeme güvenliği puan ortalamalarının Hemşire/Ebe ve A.T.T olarak çalışanlara göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

4. TARTIŞMA

Hemşirelik hizmeti sunan hemşire, ebe ve acil tıp teknisyenlerinde(A.T.T), tıbbi hata oranlarını, nedenlerini ve türlerini belirlemek ve Malpraktise Eğilim Ölçeği'ni geliştirerek geçerlilik ve güvenilirliğini incelemektir. Araştırma kapsamına toplam 240 sağlık personeli dahil edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara ilişkin değerlendirmeler aşağıda sunulmaktadır.

4.1. HHSSP'ne Ait Sosyo-Demografik Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan sağlık personeli yaş özellikleri bakımından incelendiğinde; 72'sinin (%30,8) 25 yaş altı grupta, 93'ünün (% 38,8) 26-30 yaş grubunda ve 75'inin (%31,3) ise 31 yaş ve üzerinde olduğu anlaşılmıştır. Bulgular sağlık personeli yaş ortalamasının ($x=28,47$) olduğunu ve genellikle genç personelden oluştuğunu göstermektedir. Bu durum sağlık personelinde personel devir hızının yüksek olması ve sağlık personelinin doğum, mesleki tatminsizlik, iş yoğunluğu, uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi gibi çeşitli nedenlerle erken yaşlarda meslekten ayrılmaları ile açıklanabilir.

Sağlık personelinin 194'ünün (%80,4) hemşire ve ebe, 19'unun (%7,9) sorumlu hemşire ve 27'sinin ise (%11,7) ise acil tıp teknisyeni olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu açısından bakıldığında ise; 94'ünün (%39,2) sağlık meslek lisesi mezunu, 73'ünün ön lisans (%30,4) ve 73'ünün ise (%30,4) lisans ve yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu anlaşılmıştır. Hemşirelik ve ebelik mesleğinin her türlü eğitim derecesine sahip (ortaöğrenim, ön lisans ve lisans) elamanlar tarafından yapılması yadsınacak bir durum olmakla birlikte, 2007 yılında çıkarılan 5634 Sayılı Hemşirelik Kanunu, hemşire unvanı alabilmek için lisans eğitimi alınması şartı getirdiğinden, ileriki yıllarda bu oranın lisans mezunlarının lehine yönelik olarak değişeceği muhakkaktır.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin çalışma yaşamına ilişkin bulgular incelendiğinde; meslekte çalışma süresi açısından 103'ünün (% 42,9) 0-4 yıldır, 58'inin (%24,2) 5-9 yıldır, 79'unun (%32,9) ise 10 yıldan fazla süredir bu mesleği yaptığı anlaşılmaktadır. Çalışanların büyük çoğunluğunun (% 67,1) meslekte çalışma sürelerinin

10 yıldan az olması, mesleğin getirdiği çeşitli zorluklara bağlı olarak erken yaşlarda emekli olmaları veya işten ayrılmaları ile açıklanabilir.

Çalışma saatleri, vardiya usulü ve nöbet süreleri incelendiğinde; sağlık personelinin 40'ının (% 16,7) haftada 45 saatten az, 106'sının (%44,2) haftada 45 saat, 94'ünün ise (% 39,2) haftada 45 saatten fazla çalıştığı; 56'sının (%32,2) ayda 1-5 nöbet, 94'ünün 6-10 (% 54) ve 24'ünün (%13,8) 11'den fazla nöbet tuttuğu belirlenmiştir. Ayrıca 94'ünün (%39,2) gündüz vardiyasında, 22'sinin (% 9,2) gece vardiyasında ve 124'ünün (%51,7) ise gece-gündüz vardiyalarında çalıştıkları belirlenmiştir.

Hastaneler, hastalara sunulan hizmetlerin kesintisiz devam edebilmesi için haftanın yedi günü ve yirmi dört saat çalışmak zorunda olan kurumlardır. Böyle bir çalışma sistemi ise vardiyalı ve nöbet usulü çalışmayı beraberinde getirmektedir. Ancak yapılan araştırmalar vardiyalı veya nöbet sistemiyle çalışmanın, bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığını ve bu durumun hem çalışanların hem de hastaların güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Bilazer ve ark 2008). Örneğin Çakır (2007) vardiya değişikliklerinde, yetersiz bilgi paylaşımı ve iletişim eksikliği nedeniyle, kimi zaman önemli miktarda hasta bakım bilgisinin kaybolduğunu belirlemiştir.

ILO (Uluslar arası Çalışma Örgütü) Tavsiye Kararları ve İş Kanuna göre hemşireler haftada 40 saat çalışmalı ve günlük çalışma süresi fazla mesai dahil 12 saati aşmamalıdır (ILO 1977). Ülkemizdeki sağlık personelinin haftalık çalışma süresi, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanun'una göre 40 saat, 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'a göre ise 45 saattir. Ancak personel gereksinimi ve vardiyalı çalışma sistemi nedeniyle bu sürelerle genellikle riayet edilmediği görülmektedir. Fazla çalışma ve vardiyalı çalışmanın; uyku bozukluğu, uykusuzluk, halsizlik, yorgunluk, dikkat dağınıklığı, algılama bozukluğu, ritm bozukluğu, stres, tükenmişlik, dikkat dağınıklığı, sosyal ilişkilerde kopma, aile sorunları, iş doyumunda azalma, performans düşüklüğü, motivasyon kaybı, hasta bakımında aksama gibi onlarca soruna yol açtığı belirtilmektedir (Wilson 2002, Persson ve Martensson 2006, Ruggiero ve Pezzino 2006, Bilazer ve ark 2008). Demir (1990)

tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %78,0'inin mesleklerinden ayrılmayı düşündüğü ve bunların %32,0'sinin ayrılma nedeni olarak çalışma saatlerinin düzensizliğini gösterdiği belirlenmiştir. Yukarıda açıklanan sakıncaları nedeniyle hastane yöneticilerinin, vardiya ve nöbetleri belirlerken çok dikkatli davranmaları gerekmektedir.

4.2. HHSSP'nin Mesleklerinden Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

İş doyumu kavramı, yaygın olarak iş memnuniyeti, çalışan doyumu, çalışan memnuniyeti gibi kavramlarla denk kullanılmaktadır (Söylemez ve ark 2005). Literatürde çok sayıda çalışmada hemşirelerin iş doyumunun düşük olduğu saptanmıştır (Söylemez ve ark 2005, Dindar ve ark 2005, Canbaz ve ark 2005). Sağlık personelinin çalışma sistemi içindeki rolleri, haftalık çalışma saatlerinin ve iş yükünün fazla olması, iş merkezli çalışmaları, nöbet ve vardiya sistemi ile çalışmaları, iş doyumunu ve dolayısıyla meslektenden memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

Gözüm'ün (1996) yaptığı çalışmada hemşirelerin %34,4'ünün ve ebelerin ise %35,2'sinin mesleklerinden memnun olmadığı tespit edilmiştir. Karadağ ve Taşçı (2005) ise hemşirelerin % 56,9'unun meslektenden memnun olduğu, % 43,1'inin kısmen memnun olduğu, %4,9'unun memnun olmadığını belirlemiştir. Demirkan (2007) yaptığı çalışmada mesleğinden memnun olan hemşirelerin oranını %55,6, kararsız olanların oranını %36,4 ve mesleklerinden memnun olmayanların oranını ise % 8 olarak saptamıştır.

Çalışmamızda sağlık personelinin meslektenden memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla "Meslektenden memnuniyet dereceniz nedir?" şeklinde bir soru yöneltilmiş ve "Hiç memnun değilim (1)- Çok memnunum (5)" aralığında cevap vermeleri istenmiştir. Verilen cevaplarda çoğunluğu (% 42,9) kararsızlar grubu oluştururken, %30,4'ünün meslektenden memnun olduğu, %13,3'ünün çok memnun olduğu, %6,3'ünün memnun olmadığı ve %7,1'inin ise hiç memnun olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırmada edilen

bulguların, daha önce yapılan çalışmaların bulgularıyla kısmen paralellik gösterdiği anlaşılmıştır.

4.3. HHSSP'nin Tıbbi Hata Yapma Oranlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Sağlık hizmeti sunan kurumlar; teknolojinin yoğun olarak kullanılması, üretim sürecinin fazla sayıda değişkeni içermesi, farklı nitelik ve nicelikte uzman iş gören istihdam etmesi nedeni ile karmaşık bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Bu karmaşık örgüt yapısı, gerekli düzenlemeler yapılmadığında, telafisi mümkün olmayan hayati hataları, eksiklikleri ve bunlardan doğan güvensizliği beraberinde getirmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara bakıldığında sağlık kuruluşlarında çeşitli oranlarda tıbbi hataların olduğu belirtilmiştir (IOM 1999, Hunter ve ark 1999, Wanzel ve ark 2000, Jeffrey ve ark 2002, Lamb ve ark 2003, Taylor ve ark 2004, Sharek ve Classen 2006).

Bu çalışmada sağlık personelinin tıbbi hata yapıp yapmadıklarını belirlemek amacıyla sorulan “Çalışma hayatınız süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hata yaptınız mı?” sorusuna, araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının 15’i (%6,2) *evet*, 225’i (%93,8) ise *hayır* cevabını; “Çalışma hayatınız süresince ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak her hangi bir hatasını gördünüz mü?” sorusunu ise, çalışanların 25’i (%10,4) *evet*, 255’i (%89,6) hayır cevabını vermiştir.

Özata ve Aslan (2009) tarafından hemşirelik ve ebelik öğrencilerine yönelik olarak yapılan benzer bir çalışmada “*hastanın hayatını tehlikeye sokacak en az bir olaya sebep oldunuz mu?*” sorusuna katılımcıların % 58’i evet, %42’si hayır cevabını; “*hastane çalışanlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir hatasını gördünüz mü?*” sorusuna ise %65’i evet, %35’i ise hayır cevabını vermiştir. ABD’de Atlanta ve Danver’da bulunan 36 sağlık merkezinde yapılan çalışmada tıbbi hata oranı %19 olarak saptanmıştır (Barker ve ark 2002). ABD’de yapılan bir başka çalışmada ise hastanelerin %65’inde ölüm ya da ciddi zarar ile sonuçlanan olayların yaşandığı tespit

edilmiştir (Lamb ve ark 2003). Avustralya Sağlık Bakım Kalite Derneği 1995 yılında hastanede yatan hastalarda tıbbi hata oranının %16,6 olduğunu belirlemiştir.

Bu araştırmada elde edilen bulgular, diğer araştırmalardan elde edilen bulgularla kıyaslandığında, sağlık personelinin daha az oranda hata yaptığını belirttikleri görülmektedir. Bu sonuç, ülkemizde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü olmaması ve hata yapılması durumunda ceza sisteminin işletilmesi nedeniyle, çalışanların yaptıkları hataları bildirme konusunda (ceza alma, dışlanma, kariyerinin olumsuz etkilenmesi vb. gibi nedenlerle) istekli davranmamaları ile açıklanabilir. Meurier ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin % 18'inin hatalarını sonuçlarından korktuklarından dolayı sakladığını tespit etmesi, bu hipotezimizi doğrulamaktadır.

4.4. Hastanede En Sık Karşılaşılan Hata Türlerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Literatürde yapılmış çalışmalar ve yayınlanan raporlar incelendiğinde, karşılaşma oranları farklılık göstermekle birlikte, hasta güvenliği açısından en sık karşılaşılan hata türlerinin; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz izlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hatalar olduğu anlaşılmaktadır.

Örneğin Sharek ve Classen (2006) yaptıkları çalışmada en sık görülen hata türünün %27,8 oran ile nosocomial enfeksiyon (hastane enfeksiyonları) olduğunu belirlemiştir. Grasso ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada ise hataların en fazla (%66) ilaçların uygulanması sırasında ve doktor isteminin hemşire gözlem formuna geçirilmesi aşamasında (%23) olduğu gözlenmiştir. Aynı şekilde Harvard Medical Practice Study, tıbbi hatalar içinde en fazla ilaç yan etkilerine bağlı hataların olduğunu belirtmiştir (Kaushal ve ark 2001). Young ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada ilaç hata oranı ise %28,2 olarak saptanmış ve ilaç hata tipleri sırasıyla, %70,8 yanlış zaman, % 12,9 yanlış doz, % 11,1 doz atlaması, % 3,5 fazla doz ilaç verilmesi, % 1,5 order edilmemiş ilaç verilmesi ve % 0,2 yanlış ilaç verilmesi şeklinde sıralanmıştır.

Göktaş (2007) ise yaptığı çalışmada bir hastanede yapılan 95 hata bildirimini içerisinde, en yüksek oranın (%14,74) düşmeler ile ilgili olduğunu belirtmiştir.

Bu araştırmada ise hastanelerde en çok karşılaşılan tıbbi hataların sırasıyla; hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastanın kaçması, ameliyat komplikasyonları, iğne-kesici alet yaralanmaları, araç-gerecin bozulmasına bağlı hatalar, yan etkisi olan ilacın kullanımına ilişkin hatalar, tanı testlerinin yetersizliği, tanı hataları, düşmeler, tedavide gecikme veya yapmama ve ventilatöre ilişkin hatalar şeklinde sıralandığı görülmüştür. En az karşılaşılan hataların ise yanlış taraf cerrahisi, hatalı gaz karışımı verilmesi, kemoterapi hataları, elektrik şokuna bağlı ölümler ve ameliyatlarda hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması olduğu saptanmıştır. Sonuçlar kıyaslandığında çalışmada elde edilen bulguların literatürdeki bulgularla büyük oranda paralellik taşıdığı anlaşılmaktadır.

4.5. Tıbbi Hata Türlerinin Hastaneler Açısından Karşılaştırılması

Bu araştırmada tıbbi hata türlerinin araştırma yapılan hastaneler açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır (Bkz. Çizelge 3.4.2). Yanlış taraf cerrahisi, ameliyat komplikasyonları ve ameliyat sonrası komplikasyonlarının en fazla Konya Numune Hastanesi'nde; transfüzyon hataları, ölümcül-zarar verici düşmeler, infüzyon pompası hataları, tehlikeli kısaltmalar, ventilatörle ilişkili problemler, tedavide gecikme veya yapmama, hastane enfeksiyonları, kontamine ilaç veya kan alınması, tanı testlerinin yetersizliği, yatak yaraları, yanlış doz ilaç uygulaması ve yanlış ilaç uygulaması hatalarının en fazla S.Ü Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde; yan etkisi olan ilacın kullanımına bağlı sorunların ise en fazla S.B Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görüldüğü ve farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Tang ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada ilaç hatalarının en fazla (%51,4) eğitim hastanelerinde olduğu gözlenmiştir. Onu sırasıyla bölge hastanesi (%36,1) ve yerel hastane (%12,5) izlediği belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da bir eğitim hastanesi olan S.Ü Meram Tıp Fakültesi'nde ilaç hatalarının diğer hastanelere göre fazla olduğu

anlaşılmaktadır. Bulgular Tang ve arkadaşlarının (2007) çalışması ile paralellik göstermektedir. Ancak hemen hemen tüm hata türleri açısından Tıp Fakültesi hastanesinin üst sırada olması, hastanede hasta güvenliği açısından ciddi sorunların yaşandığını akla getirmektedir.

4.6. Tıbbi Hata Türlerinin Klinikler Açısından Karşılaştırılması

Araştırma kapsamında incelenen tıbbi hata türlerinin dahili ve cerrahi klinikler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda; ameliyat sonrası komplikasyonlar, iğne-kesici alet yaralanmaları, tedavide gecikme ve yapmama, cerrahi yanıklar ve yanlış yerden ilaç uygulaması açısından dahili ve cerrahi klinikler arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p < 0.05$) ve cerrahi kliniklerde bu tür hataların daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Diğer hata türleri açısından ise klinikler arasında istatistiksel açıdan bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır ($p > 0.05$).

Göktaş'ın (2007) yaptığı bir çalışmada tıbbi hataların risk derecelerinin servisler bazında sınıflandırmış ve *kabul edilebilir risk sınırı içinde olan* (%47,4) olayların dahiliye servisinde, *yeterince kontrol edilmiş risk* (%46,4) ve *yeterince kontrol edilmemiş risk* oranının (%42,9) ise daha çok cerrahi servislerinde olduğunu belirlenmiştir. Dağlı (2006) ise dahili yoğun bakımlardaki enfeksiyon hızını %46,2, cerrahi yoğun bakımlardaki hastane enfeksiyon %53,3 olarak tespit etmiştir. Bulgular cerrahi kliniklerde tıbbi hata oranının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmada elde edilen bulgular literatürde yer alan bulgularla paralellik göstermektedir.

4.7. HHSSP'nin Hata Nedenlerine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Literatürde tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesine yönelik çok sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Örneğin Aştı ve Kıvanç (2003) hemşirelerin hata yapma nedenlerini belirlemeye yönelik yapıları çalışmada, hemşirelerin %23,3'ünün çalışma saatlerinin fazla olmasını, % 16'sının ise hemşire sayısının yetersizliğini ve yorgunluğu

hata sebebi olarak gösterdiklerini belirlemiştir. Göktaş (2007) ise günlük çalışma süresi 12 saati aşan hemşirelerin daha fazla olumsuz olayla karşı karşıya kaldığını tespit etmiştir. Sezgin (2007) hemşirelerin, hasta güvenliğine yönelik ilaç uygulama hatalarının potansiyel nedenleri olarak ilk beş sırada; hemşire başına düşen hasta sayısının çokluğunu, dikkatin dağılması ve konsantre olamamayı, uzun çalışma saatlerini, ilaç hakkında ve hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olmamayı göstermiştir. Blegen ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları çalışmada birimlerde hasta sayısının fazla olmasının ilaç hataları ve hasta düşmelerini arttırdığını, Chang ve Mark (2009) ise servislerde çalışan hemşire sayısının artması ile ilaç hatalarının azaldığını belirlemiştir. Meurier ve arkadaşları (1996) yaptıkları çalışmada tıbbi hataların oluşmasına katkıda bulunan faktörleri sırasıyla; çalışanların bilgi eksikliği, stresli çalışma ortamı, iş yükünün fazla olması, tecrübesizlik, üst düzey personel ile ilgili sorunlar ve yetersiz denetim olarak belirtmiştir.

Chang ve Mark (2009) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeyi ile ilaç hataları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki olduğunu ve hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça ilaç hatalarının azaldığını saptamıştır. Bir başka çalışmada meslekte çalışma süreleri 10 yıl ve daha fazla olan sağlık çalışanlarının daha az hata yaptıkları saptanmıştır (Parshuram ve ark 2008). Hicks ve arkadaşları (2008) ise tıbbi hataların en fazla dikkatsizlik (%37,8) ve iş yükünün fazla olmasından (%19,7) kaynaklandığını, hataların ortaya çıkmasına yol açan diğer faktörlerin ise sırasıyla; deneyimsiz personel, vardiya değişiklikleri, geçici personel çalıştırılması ve personel sayısının azlığı olduğunu dile getirmiştir.

Hemşirelik mesleği, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelenmektedir (Bilazer ve ark 2008). Örneğin Görgülü (1988) tarafından yapılan bir çalışmada personel eksikliği (%76,1), görev tanımının yapılmamış olması (%72,0), sık nöbete girme (%62,7), çalışma listesinin önceden bilinmemesi (%57,6) ve sık vardiya değiştirmenin hemşireler için güçlü stres faktörleri olduğu ve bu faktörlerin hemşirelik bakımının kalitesini düşürebileceği dile getirilmiştir

Nath ve Marcus (2006) yaptıkları çalışmada tıbbi cihazlar, kayıtların düzenli tutulmaması, iş yükünün fazla olması, personelin bilgi eksikliği, çalışanların tükenmişlik durumu ve iletişim eksikliğinin, hasta güvenliği için önemli risk faktörleri olduğunu belirlemiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise yorgunluk ve çalışanların deneyimsiz olması, tıbbi hata nedeni olarak gösterilmiştir (Parshuram ve ark 2008).

Hasta güvenliğini tehlikeye sokan bir diğer sonuç ise *düşmeler* olup, Perell ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada hastaların ruhsal durumu, hareket durumları, daha önce düşme hikayesinin olması, ciddi bir hastalığı olması, kullandığı ilaçlar ve duyu kayıplarını (örneğin, görme, işitme, hissetme) düşmelerin oluşmasında temel risk faktörleri olduğunu belirlemişlerdir. Koh ve arkadaşları (2008) düşmeleri önleme sisteminin uygulanmasının önündeki engelleri; çalışanın bilgi ve eğitim eksikliği, personelin motivasyon eksikliği, yeterli çalışan olmaması ve hasta için gerekli olan araç/gereçlerin eksikliği olarak tanımlamıştır. Krauss ve arkadaşları (2004) ise yürüme bozukluğu olması, konfüzyon hikayesi olması, sakinleştirici ya da insülin kullanması gibi durumların hastalarda düşme riskini arttırdığını saptamıştır. Bakım ünitelerinde hemşire sayısının artırılması ve düşme riski olan hastalara yeterli destek sağlanması ile düşme oranlarının azaltılacağı belirtilmiştir.

Bu araştırmada ise sağlık personeli tıbbi hata nedeni olarak sırasıyla; çalışan sağlık personeli sayısının az olması, sağlık personeline görev dışı işlerin yüklenmesi, stres, yorgunluk, çalışma sürelerinin uzun olması, aylık nöbet sayılarının fazla olması, tükenmişlik duygusu, görev yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemiş olması, iletişim eksikliği, olumsuz fiziksel ortam, yöneticilerden memnun olunmaması, doktor istemlerinin anlaşılabilmesi (yazının veya dilin kötü olması), sağlık personelinin çalıştıkları birimin sabit olmaması, tecrübesizlik, mesleki bilginin yetersiz olması, mesleğin sevilmemesi, hataları önleyici sistem olmaması, protokol ve prosedürlerin olmaması ya da anlaşılır olmaması, mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması, kayıtların düzenli tutulmaması, nöbet değişimlerine dikkat edilmemesi, hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulmasını gösterdiğinden,

araştırmadan elde edilen bulguların, literatür bulguları ile büyük oranda benzerlik gösterdiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda tıbbi hata nedenlerinin hastaneler açısından farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir (Çizelge 3.5.2). Konya Numune Hastanesinde görev yapan sağlık personeli en fazla; stres, olumsuz fiziksel (ısı, ışık, gürültü) ortam, protokol ve prosedürlerin olmaması yada anlaşılır olmaması, iletişim eksikliği, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, aylık nöbet sayılarının fazla olması, çalışan sağlık personeli sayısının az olması, görev-yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemiş olması, sağlık personelinin çalıştıkları birimin sabit olmaması ve mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmamasını tıbbi hata nedeni olarak görmektedirler. S.Ü Meram Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanları ise; hataları önleyici sistem olmaması, doktor istemlerinin anlaşılabilmesi (yazının veya dilin kötü olması) ve kayıtların düzenli tutulmamasını en önemli hata nedeni olarak görmektedirler.

Hata nedenlerinin klinikler açısından farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; tıbbi hata nedeni olarak gösterilen tecrübesizlik, mesleki bilginin yetersiz olması, çalışma süresinin uzun olması, yorgunluk, tükenmişlik duygusu ve mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması faktörlerinin, dahili kliniklerde cerrahi kliniklere oranla daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır.

4.8. Malpraktise Eğilim Ölçeği Geçerlik ve Güvenilirlik Analizi

Malpraktise Eğilim Ölçeğinin içerik-kapsam geçerliği KGO indeksi ile, yapı geçerliği doğrulayıcı Faktör Analizi ile, güvenilirlik analizi ise Cronbach Alpha katsayısı ile yapılmıştır.

İçerik-Kapsam Geçerliği

Sağlık personelinin malpraktise eğilim düzeylerini değerlendirmek için ilk etapta literatür bilgileri doğrultusunda, araştırmacı tarafından 61 maddeden oluşan bir taslak

envanter hazırlanmıştır. Daha sonra envanterdeki maddelerin içerik ve kapsam açısından uygun olup olmadığını belirlemek için uzman görüşüne başvurulmuştur. Bu amaca yönelik olarak beş uzman belirlenmiş ve bu kişilerden, envanterde yer alan maddelerin çalışmanın amacına uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanlar her bir maddeye ilişkin görüşlerini; “*muhtakak gerekli*”, “*olabilir ancak gerekli değil*” ve “*gerekli değil*” şeklinde belirtmiştir. Uzman cevaplarının değerlendirilmesinde *Kapsam Geçelik Oranı-KGO-* (Content Validity Ratio/Index) indeksi kullanılmıştır (Grant ve Davis 1997, Yurdağül 2008).

$$KGO = (N_e / N - 2) / (N/2)$$

formülü ile hesaplanmıştır. Formüle; N_e *gerekli* seçeneğini işaretleyen uzman sayısını, N ise çalışmaya katılan toplam uzman sayısını ifade etmektedir. Elde edilen KGO değerleri için, istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0.05$) kabul edilebilecek minimum değerler aşağıda verilen tablo gösterilmiştir (Veneziano ve Hooper 1997, Yurdağül 2008).

Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99
6	0.99
7	0.99
8	0.78
9	0.75
10	0.62

Uzman görüşleri doğrultusunda her bir madde için KGO indeksi hesaplanmış ve yukarıdaki tabloda verilen sınırların altında kalan maddeler ($KGO < 0.99$) envanterden çıkarılmıştır. Sonuçta 6 madde elenerek toplam 55 maddeden oluşan envantere ulaşılmıştır.

Yapı Geçerliği

Envanterin yapı geçerliliğinin belirlenmesi için yapılacak faktör analizi öncesinde, örneklem yeterliliğini saptamak için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi ve

örneklem sına ma büyüklüğünü saptamak için Barlett's Test of Sphericity testi yapılmıştır. Faktör analizi yapılırken ilk aşamada verilerin analiz için uygun olup olmadığı test edilmektedir. Bu amaçla ilk olarak korelasyon matrisi oluşturulur. Aralarında korelasyon ilişkisinin çok güçlü olduğu değişkenler genelde aynı faktör altında toplanacaklarından bu ilişkinin yüksek olması beklenir (Nakip 2003). İkinci aşamada Barlett Testi yapılarak verilerin Faktör Analizi için uygun olup olmadığı belirlenmeye çalışılır. Bu değerin 0.05'ten küçük olması durumunda verilerin test yapmak için uygun olduğu sonucuna varılır. Son olarak Kaiser–Meyer-Olkin (KMO) testi ile örneklem yeterliliği ölçülür. KMO basit ve kısmi korelasyon katsayılarından hareketle hesaplanır ve 0 ile 1 arasında değerler alır (Güven ve Çevik 2008). Bu değerin 0,50'nin altında olması durumunda analizine devam etmek doğru olmaz. KMO 0,50 ise zayıf, 0,60 orta, 0,70 iyi, 0,80 çok iyi, 0,90 ve üzeri olması durumunda mükemmeldir (Karagöz ve Kösterlioğlu 2008). Bu çalışmada KMO analizi sonucu 0,899 ve Barlett's Test of Sphericity analizi sonucu 8,954 olarak saptanmış ve her iki test sonucu da $p < 0,01$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bulunan sonuç örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli ve uygun olduğunu göstermiştir.

Ölçeğin faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) ve Varimax Rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Faktör analizi sonucunda faktör yükü değerlerinin 0,268 ile 0,721 arasında olduğu saptanmıştır (Çizelge 12). Ortak Varyans (Communality); ölçekteki her bir değişkenin diğer değişkenlerle paylaştığı varyans miktarını göstermektedir. Bu çalışmada, faktör yük değeri 0,25 ve üzerinde olanların analize alınması uygun görülmüş ve ölçekteki 49 madde bu özelliği taşıdığından, sonuçta 5 boyutlu ve 49 maddeli bir ölçeğe ulaşılmıştır. 49 maddenin, 5 boyutta açıkladığı varyans toplam varyansın %52,149'unu oluşturmaktadır.

Güvenirlilik analizi

Bu çalışmada geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık denetiminde madde-toplam- madde korelasyonları ve Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı kullanılmıştır. Madde- toplam- madde korelasyonu ölçekteki maddelerin her birinin ölçek içinde eklenebilir özellik

taşıyıp taşımadığını belirtir (Çoban 2006). Literatürde madde- toplam-madde korelasyon puanlarının 0,25'in üzerinde olmasının, ölçeklerin iç tutarlılığının onaylanması için beklenen sınırlar olduğu belirtilmiştir (Akgül 2003). Bu çalışmada ölçekteki maddelerin korelasyon puanlarının 0,25'ten büyük olduğu tespit edilmiştir .

Cronbach α güvenilirlik katsayısı ölçek içindeki maddelerin iç tutarlılığının ve homojenliğinin bir göstergesi olup, araştırmada geliştirilen ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,954 olarak hesaplanmıştır. Bir güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik katsayısının olası sınırları 0-1 arasında değişir ve pratikte bu katsayının en az 0,80 olması beklenir (Hazır 2000). Ancak ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı olduğunu ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğunu gösterir. Geliştirilen ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0,954 olması nedeniyle mükemmel düzeyde güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

4.9. Malpraktis Eğilim Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

HHSSP'nin Malpraktis Eğilim Ölçeği *İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon* alt boyutuna ilişkin puan ortalaması $83,34 \pm 6,75$ olup, bu bölümdeki ifadelere verilen yanıtların puan değerleri $4,35 \pm 0,75$ ile $4,84 \pm 0,37$ arasında değişmektedir (Çizelge 3.7.1). Alt boyut puan ortalamasının yüksek düzeyde olması sağlık çalışanlarının ilaç ve transfüzyon uygulamalarında dikkatli davrandıklarını göstermektedir.

Ölçeğin *Düşmeler* alt boyutuna ilişkin puan ortalaması $20,72 \pm 3,64$ olup, bu bölümdeki ifadelere verilen yanıtların $3,81 \pm 1,12$ ile $4,35 \pm 0,76$ aralığında değiştiği görülmüştür (Çizelge 3.7.2). Puan ortalamasının 20,72 olması sağlık çalışanlarının düşmeleri önlemede konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olduklarını ortaya koymaktadır.

Malpraktis Eğilim Ölçeği'nin *Hastane Enfeksiyonları* alt boyutuna ilişkin puan ortalaması $53,84 \pm 5,53$ olup, sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en yüksek puanı

“infüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim (ort=4,66)” cevabının aldığı görülmektedir. Ölçeğin en düşük puan alan maddeleri ise; “enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım (ort=4,42)”, “yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim (ort=4,40)”, “üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim (ort=4,38)” ve “serum şişeleri ve setlerini 24 saat’te bir değiştiririm (ort=4,28)” cevapları takip etmiştir (Çizelge 3.7.3). Cevaplardan elde edilen puanlar, sağlık çalışanlarının hastane enfeksiyonlarını önleme konusunda yeterince dikkatli davrandıklarını ve bu konudaki bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

HHSSP’nin Malpraktis Eğilim Ölçeği’nin **Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği** alt boyutuna ilişkin puan ortalaması $39,54 \pm 4,51$ olup, bu bölümdeki ifadeler verilen yanıtların puanları ise $4,06 \pm 0,99$ ile $4,60 \pm 0,58$ arasında değişmektedir (Çizelge 3.7.4). “Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim”, “hastanın bakım ve bakım sonuçları ile ilgili izlemlerimi ve bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya aralarında paylaşmaya dikkat ederim”, “hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım”, “hastanın aldığı çıkardığı sıvı miktarının takibini yaparım” ve “hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım” ifadeleri hasta izlemine tanımlamaktadır. Sonuçlar araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının belirtilen ifadelerle yüksek oranda dikkat ettiklerini ve bu nedenle yetersiz izlemden dolayı meydana gelen hataların çok fazla yaşanmadığını düşündürmektedir. Malzeme Güvenliği boyutu ile ilgili sorular incelendiğinde ise; “Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım” ifadesine yüksek oranda olumlu görüş verdikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar hemşirelerin uygulamalar sırasında araç-gereç ve malzemelerin durumunu kontrol ettiği bu nedenle tıbbi hataların oluşmasını engellediğini düşündürmektedir.

Malpraktis Eğilim Ölçeği’nin **İletişim** alt boyutuna ilişkin puan ortalaması $22,36 \pm 2,74$ olarak hesaplanmış olup, sağlık çalışanlarının bölümdeki ifadeler verdikleri yanıtların puanları $4,27 \pm 1,02$ ile $4,65 \pm 0,52$ arasında değiştiği görülmüştür (Çizelge 3.7.5). Araştırmaya katılan personelin iletişime ilişkin ifadelerin tümüne olumlu görüş

bildirdiği ve en yüksek oranda katılımın ise *istem alma* ile ilgili maddelere olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular, sağlık çalışanların istem alma ve uygulama konusunda bilinçli olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak sağlık personelinin ölçeğin tüm alt başlıklarına yüksek oranda olumlu puan verdikleri görülmüştür. Bu durum olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmekle birlikte, sağlık çalışanlarının cezalandırılma veya işten çıkarılma vb. nedenlerle ölçekte yer alan sorulara yüksek puanlar vermiş olmaları da imkan dahilindedir.

4.10. Malpraktis Eğilim Ölçeği Alt Boyutları Ortalama Puanları ile HHSSP'nin Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Malpraktise Eğilim Ölçeği Alt Boyutları puan ortalamalarının sağlık personelinin sosyo-demografik özellikleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla *Bağımsız Gruplar Arası t Testi* ve *Tek Yönlü Varyans Analizi* yapılmıştır. Analizler sonucunda Malpraktis Eğilim Ölçeği alt boyutlarının; yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslekte çalışma süresi, kurumda kaç yıldır görev yapıdığı, bulunduğu birimde çalışma süresi, çalışılan vardiya tipi ve günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı yönünden farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$).

MEÖ Alt Boyutlarının, araştırmanın yapıldığı hastaneler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçlarına göre; tüm alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla yapılan Tukey Testi sonucunda ise; Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği ve İletişim alt boyutundaki farklılığın Başkent Hastanesinden; Düşmeler ve Hastane Enfeksiyonları Alt Boyutlarındaki farklılığın Konya Numune Hastanesi ve Başkent Hastanelerinden; İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon uygulamalarındaki farklılığın ise Konya Numune Hastanesinden kaynaklandığı anlaşılmıştır. Elde edilen bulgular tüm hastanelerde ölçek alt boyut puanlarının yüksek olduğunu ve bu

hastanelerde görev yapan ebe ve hemşirelerin tıbbi hataya eğilim oranlarının düşük olduğunu göstermektedir.

Bağımsız Gruplar arası t Testi sonucunda “cinsiyet” açısından, İlaç ve Transfüzyon Uygulama puanlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Düşme puanlarının çalışılan birimler arasında farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan *Bağımsız Gruplar arası t Testi* sonucunda ise cerrahi kliniklerdeki puan ortalamasının dahili kliniklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda, *İletişim* alt boyutu puanlarının “Haftalık Ortalama Çalışma Süresi” ve Personelin Kadro Durumları” açısından farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tukey Testi sonucunda ise “Haftalık Ortalama Çalışma Süresi” açısından farklılığın “45 saat ve üzeri çalışanlardan”; “Kadro Durumları” açısından farklılığın ise “Şirket Elemanları” grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Düşme puanlarının çalışılan birimler arasında farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan *Bağımsız Gruplar arası t Testi* sonucunda ise cerrahi kliniklerdeki puan ortalamasının dahili kliniklere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Konyadaki çeşitli hastanelerde hemşirelik hizmeti sunan hemşire, ebe ve acil tıp teknisyenlerinde(A.T.T), tıbbi hata oranlarını, nedenlerini ve türlerini belirlemek ve Malpraktise Eğilim Ölçeği'ni geliştirerek geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan şu sonuçlar elde edilmiştir:

- S.B. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Selçuk Üniv. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya Numune Hastanesi ve Başkent Üniversitesi Konya Hastanelerinden toplam 240 sağlık personeli katılmıştır. Çalışanların 194'ünün (%80,4) hemşire ve ebe, 19'unun (%7,9) sorumlu hemşire ve 27'sinin ise (%11,7) ise acil tıp teknisyeni olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 28.47'dir. Çalışanların 208'i (%86,7) bayan, %45,8'i 657 Sayılı DMK'ya tabi kadrolu çalışmakta, 94'ü (%39,2) sağlık meslek lisesi mezunu ve çoğunluğu (%80,4) hemşire/ebe ünvanında çalışmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri incelendiğinde; 103'ü (% 42,9) 0-4 yıldır aynı hastanede çalışmakta, 106'sı (%44,2) haftada 45 saat çalışmakta, 94'ü (% 54) ayda 6-10 nöbet tutmakta ve çoğunluğu (%51,7) hem gece hem de gündüz vardiyasında çalışmaktadır.
- Sağlık çalışanları, çalışma hayatının ve mesleğinin getirdiği birçok sorunla karşı karşıyadır. Bunların bir kısmı mesleğin sevilmesini, mesleğe bağlılığı etkilemekte bir kısmı da stres etkisiyle mutsuzluk yaratmaktadır. Çalışmamızda hemşirelerin %30,4'ü mesleğinden memnun, %13,3 çok memnun, % 42,9'u kararsız, %6,3'ü memnun değil ve %7,1'i hiç memnun olmadan çalışmaktadır. İş tatmini açısından sonuç düşündürücüdür.

- Sağlık çalışanlarının çalışma hayatları süresince hata yapma oranı % 6,2 olarak belirlenmiştir. Ayrıca “çalışma hayatınız süresince ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak her hangi bir hatasını gördünüz mü?” sorusuna verilen yanıt neticesinde hata oranı ise % 10,4 olarak bulunmuştur.
- Sağlık personeli(hemşire,ebe, A.T.T) , tıbbi hata türleri olarak en yüksek oranda ilk beş sırada hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastanın kaçması ve ameliyat komplikasyonları olduğunu ifade etmektedirler.
- Sağlık personeli en az karşılaşılan hataların ise yanlış taraf cerrahisi, hatalı gaz karışımı verilmesi, kemoterapi hataları, elektrik şokuna bağlı ölümler ve ameliyatlarda hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması olduğunu belirtmektedirler.
- Değerlendirme sonucu tıbbi hata türlerinin hastaneler ve kliniklerde görülme durumu açısından farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.
- Çalışma ortamında sağlık personelinin(hemşire,ebe, A.T.T) hata yapmasına ve bunlara bağlı yaralanma ve kazalara neden olan pek çok etken bulunmaktadır. Araştırmamızda sağlık personeli, tıbbi hataların potansiyel nedenleri olarak en yüksek oranda ilk beş sırada iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluğu ifade etmektedirler.
- Tıbbi hata nedenleri sıralamasında en alt seviyede kalan son beş neden ise; protokol ve prosedürlerin olmaması yada anlaşılır olması, mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması, kayıtların düzenli tutulmaması, nöbet değişimlerine dikkat edilmemesi ve hasta tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması olarak belirtilmektedir.

- Sağlık personelinin çalıştıkları hastane ve klinikler açısından tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşlerinde farklılık olduğu anlaşılmıştır.
- Bu çalışmada “Malpraktise Eğilim Ölçeği” geliştirilerek geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiştir..
- Ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi için yapılacak faktör analizi öncesinde, örneklem yeterliliğini saptamak için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi ve örneklem sınıama büyüklüğünü saptamak için Barlett’s Test of Sphericity testi yapılmıştır. KMO analizi sonucu 0,899 ve Barlett’s Test of Sphericity analizi sonucu 8,954 olarak saptanmış ve her iki test sonucu da $p < 0,01$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bulunan sonuç örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli ve uygun olduğunu göstermiştir.
- Ölçeğin faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) ve Varimax Rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Faktör analizi sonucunda faktör yükü değerlerinin 0,268 ile 0,721 arasında olduğu saptanmıştır. Yapılan analiz sonucunda 5 boyutlu ve 49 maddeli bir ölçeğe ulaşılmıştır. 49 maddenin, 5 boyutta açıkladığı varyans toplam varyansın %52,149’unu oluşturmaktadır.
- Bu çalışmada geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık denetiminde madde-toplam- madde korelasyonları ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,954 olarak hesaplanmıştır. Maddelerin korelasyon toplam puanlarının ise 0,25’ten büyük olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle ölçeğin ileri düzeyde güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır.
- Geliştirilen ölçeğe göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları, düşmeler, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi/malzeme güvenliği ve iletişim konularında

hemşirelerin malpraktise yatkınlıklarının düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

- Sağlık personelinin(hemşire,ebe, A.T.T) yaş, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, bulunduğu birimde çalışma süresi, çalıştıkları vardiyalar ve günlük bakım verilen hasta sayısı gibi özellikler açısından, malpraktise eğilim ölçeği alt boyut puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır.

5.2. Öneriler

- Tıbbi hataların önlenmesi için hastanelerde hasta güvenliği kültürü oluşturulmalı ve etkin bir hata bildirim sistemi kurulmalıdır.
- Sağlık personeli(hemşire,ebe, A.T.T), çalıştıkları servislerin özelliğine göre hatalar konusunda eğitilmeli, gerekli uyarılar yapılmalıdır.
- Hemşirelik hizmetlerinin istenilen ölçüde ve kalitede yerine getirilmesi için gerekli miktarda personelle birlikte hemşirelerin iş yükü azaltılmalıdır.
- Hasta/sağlık personeli(hemşire,ebe, A.T.T) oranlarının uygun istihdam politikaları doğrultusunda belirlenerek, insan gücü planlamalarında bu oranlara bağlı kalınması sağlanmalıdır.
- Sağlık personeli(hemşire,ebe, A.T.T) tıbbi hataların potansiyel nedenlerinden biri olarak görev dışı işlerin yüklenmesini dile getirmişlerdir. Bundan kaynaklanan hataları azaltmak için sağlık personeli(hemşire,ebe, A.T.T) yalnızca mesleki işlevlerini yerine getirmekten sorumlu tutulmalıdır.
- Stresi en fazla tıbbi hata nedenleri arasında olduğunu belirten hemşirelerin potansiyel stres kaynakları belirlenmeli ve stres kaynaklarını en aza indirecek önlemler alınmalıdır.
- Son yıllarda üzerinde en çok durulan ve araştırma yapılan konuların başında malpraktis (tıbbi hata) konusu gelmesine rağmen ilgili araştırmalar incelendiğinde Türkiye’de tıbbi hata oranları, tıbbi hata türleri ile tıbbi hataların nedenlerine yönelik çalışmaların yetersiz olduğu gözlenmektedir. Bu sebeple, ilgili konudaki araştırmalar artırılmalıdır.

6.ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelikte Malpraktis:Konya Örneği

Handan Altunkan

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2009

Konya’da faaliyet gösteren hastanelerde, tıbbi hata (malpraktis) oranlarını, nedenlerini ve türlerini belirlemek ve Malpraktise Eğilim Ölçeği’ni hemşirelik literatürüne kazandırmak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, tanımlayıcı ve metodolojik araştırma türüne uygun olarak düzenlenmiştir. Araştırmaya farklı hastanelerde fiilen hemşire olarak görev yapan 240 sağlık personeli dahil edilmiştir. Veri toplama işlemi 10/10/2008- 29/02/2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu ve Malpraktise Yatkınlık Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler üzerinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t-testi, tek yönlü varyans analizi, Tukey HSD testi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Malpraktise Eğilim Ölçeğinin içerik-kapsam geçerliliği Kapsam Geçerlik Oranı İndeksi ile yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik analizi; Madde-Toplam-Madde Korelasyonları ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ile; yapı geçerliği ise Doğrulayıcı Faktör Analizi ile gerçekleştirilmiştir. Faktör Analizi öncesinde, örneklem yeterliliğini saptamak için KMO analizi ve örneklem sınama büyüklüğünü saptamak için Barlett Testi yapılmıştır. KMO analizi sonucu 0.899 ve Barlett Testi sonucu 8,954 olarak hesaplandığından ($p<0,01$) örneklem büyüklüğünün Faktör Analizi için yeterli ve uygun olduğu anlaşılmıştır. Araştırmada Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,954 olarak hesaplanmıştır. Maddelerin korelasyon toplam puanlarının ise 0.25’ten büyük olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle ölçeğin ileri düzeyde güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçeğin faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) ve Varimax Rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Faktör Analizi sonucunda 5 boyutlu ve 49 maddeli bir ölçeğe ulaşılmıştır.

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerde en çok görülen tıbbi hata türlerinin; hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastanın kaçması ve ameliyat komplikasyonları olduğu belirlenmiştir. Tıbbi hata nedenlerinin başında ise; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk gelmektedir. Malpraktise Eğilim Ölçeği’nden elde edilen bulgulara göre; ilaç ve transfüzyon uygulamaları, düşmeler, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi/malzeme güvenliği ve iletişim boyutlarında, hemşirelerin malpraktise yatkınlık düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Tıbbi Hatalar (Malpraktis), Hasta Güvenliği.

7.SUMMARY

Nursing Malpractice:Konya Example

The study was carried out to investigate the rates, causes and types of malpractices in the hospitals in Konya.It was designed as a descriptive and methodoligal research so that Malpractice Susceptibility Scale should become beneficial in the literature of nursing. Working actively in various hospitals, 240 health care workers were enrolled into the study. The data were pooled between October 10, 2008 and February 29, 2009. In order to accumulate the data, the form of Personal Information and the Malpractice Susceptibility Scale developed by the researcher were used. Accumulated data were analyzed in terms of descriptive statistical analysis, student's chi square test, t test in independent groups, one way variant analysis, Tuckey's HSD test and confirmatory factor analysis.

Content validity of Malpractice Susceptibility Scale was performed via Content Validity Index. The analysis of internal consistency-reliability of the scale was performed using the Correlations of Item-Total-Item and the coefficiency of Cronbach Alpha Reliability; however, structural validity was performed via Confirmatory Factor Analysis. Prior to Factor Analysis, Barlett's Test was used to determine the size of sample examination, and KMO analysis to determine the sample sufficiency. Because the scores of KMO analysis and Barlett's test were found as 0,899 and 8,954, respectively ($p < 0,01$), the sample size was understood to be appropriate and sufficent for Factor Analysis. In the study, the coefficiency of Cronbach Alpha Alpha internal consistency was calculated to be 0,954. Correlation total scores of the items, however, were determined to be higher than 0,25. Therefore, it was concluded that the scale is reliable, to a large extent. In the investigation of the structures of the factors in the scale, Principal Component Analysis and Varimax Rotation Method were used. As a result of Factor Analysis, a scale consisting of 5 dimensions and 49 items was made up.

The most commonly encountered malpractices in hospitals where the study was carried out were determined as follows: hospital infections, bed injuries, post operative complications, departures from the hospital by patients and complications of operations.

Main causes of medical malpractices were the following: much workload, less number of working nurses, employing nurses out of their responsibilities, stress and exhaustion. Under the light of the data obtained from Malpractice Susceptibility Scale, it was determined that the level of the nurses' susceptibility to malpractices is low in terms of the features, such as practices of drgus and transfusion, downfalls, hospital infections, monitoring of patients/ safety of materials and communication.

Key Words: Nursing, Medical malpractices, Patient safety

8. KAYNAKLAR

- Alparslan Ö, Erdemir F. Pediatri servislerinde kullanılan antibiyotiklerin sulandırılması, saklanması ve hastaya verilmesi konusunda hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1997,1(1):41-52
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Buse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty AM, Shamian J. Nurses' reports on hospital care in five countries, Cross-National Comparisons, Health Affairs 2002;20(3):43-53
- Allgemeiner Patienten-Verband e.V. www.patienten-verband.de/system.htm, Erişim tarihi: 11.07.2009
- Akgül A. İstatistiksel Analiz Teknikleri, Emek Ofset Ltd.Şti. Ankara. 2003.
- Algier L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem Ş, Göçer S. Hastaların ve Hemşirelerin, Hemşirelik Girişimlerinin Önemini Algılamaları, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005;9(1):33-40
- Altuntaş S. Hemşirelerin İşlerine Karşı Tutumlarının Belirlenmesi, İstanbul, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2004
- Aştı T, Kıvanç M. Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları, Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi, 2003;6(3)
- Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002; 288:1987-1993
- Arda H, Ertem, Baran, Durgun Y. Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri, İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 2007; 15(59):68-74
- American Nurses Association, Nursing's Social Policy Statement, Second Edition, 2003, p. 6 & Nursing: Scope and Standards of Practice, 2004, p. 7, <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/CertificationandAccreditation/AboutNursing.aspx>
- Adams JL, Garber S. Reducing medical malpractice by targeting physicians making medical malpractice payments, Journal of Empirical Legal Studies, 2007; 4:185-222
- Akgün S, Al-Assaf AF. Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz?, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2007; (3):42-47
- Aytekin G. Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastane Enfeksiyonlarının İstatistiksel Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1998
- Adıgüzel Z. Sağlık Personeli-Vatandaş(Hasta) İletişiminin Niteliği ve İletişimi Etkileyen Faktörler Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, 2005
- Akalın EH. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, Yoğun Bakım Dergisi, 2005;5(3):141-146
- Acaroğlu R, Aştı T, Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000;4(2):22-27
- Akalın E. Hasta Güvenliği: Nasıl Geliştirebiliriz, ANKEM Dergisi, 2004;18 (Ek 2):12-13
- Berland A, Natvig GK, Gundersen D. Patient safety and job-related stress: A focus group study, Intensive and Critical Care Nursing, 2008;24.:90-97

- Battal G.Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Çalıştıkları Fiziki Ortama İlişkin Görüşlerinin ve Etkilenme Biçimlerinin Saptanması,Ankara,Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,1989
- Baker GR, Norton P. Making Patients Safer! Reducing Error in Canadian Healthcare. HealthcarePapers. 2001;2(1):10-31
- Ballard K. Patient Safety: A Shared Responsibility. Online Journal of Issues in Nursing, 2003; 8(3)
- Boyce JM, Pitter D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings, MMWR,2002;51(16):
- Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Laffel G, Sweitzer BJ, Shea BH, Hallisey R. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. JAMA, 1995;274:29-34
- Biröl L. Hemşirelik Süreci. Genişletilmiş 6. Baskı; İzmir, 2004
- Bayındır Y. Türkiye’de Hastane İnfeksiyonlarına Bakış Açısı ve Hastane Yönetimine Düşen Yasal Görevler, 4.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi,2005
- Barker KN, Flynn EA., Pepper GA., Bates DW; Mikeal R L, Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities, Arch Intern Med. 2002;162:1897-1903*
- Banja J.: Persisting Problems in Disclosing Medical Error. Harvard Health Policy Review, 2004;5(1):14-19
- Bedük Y. Nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonları, Klimik Dergisi, 2000;13(özel sayı):19-20
- Balas MC, Scott LD, Rogers AE, The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses, Applied Nursing Research, 2004;17:224- 230
- Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nursing staffing and patient outcomes, Nursing Research,1998;47(1):43-50
- Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. Türkiye’de Hemşirenin Çalışma Koşulları, Ankara, 2008
- Brennan, TA, Hebert LE, et al. “Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care.” Journal of the American Medical Association, 1991;265(24): 3265-9
- Başak O, Karazeybek Ş. Accuracy of Sphygmomanometers, Tr. J. of Medical Sciences, 1999;29;487-491
- Cooper LC, Nolt DJ.Development of an evidence-based pediatric fall prevtion program, Journal Of Nursing Care Quality,2007;22(2):107-112
- Croke ME. Nurses, negligence and malpractice, American Journal of Nursing, 2003;103: 55-63
- Chang KY, Mark B. Antecedents of severe and nonsevere medication errors,Journal Of Nursing Scholarship, 2009;41(1):70-78
- Cunha B. Central Intravenous Line Infections İn The Critical Care, Ed.Burke A. Cunha, Unit Central Intravenous Line Infections İn The Critical Care Medicine, 2. Edition. 2006;2: 283-291
- Cohen B. Florence Nightingale Scientific American, 1984;250(3):128-137
www.smccd.edu/accounts/case/biol675/docs/nightingale.pdf, Erişim tarihi 14.05.2009
- Clancy CM, Farquhar MB, Collins Sharp BA.. Patient Safety in Nursing Practice Journal of Nursing Care Quatiuly,2005;

Cowley E, Williams R, Cousins D. Medication errors in children: a descriptive summary of medication error reports submitted to the United States pharmacopeia, *Current Therapeutic Research*, 2001;62(9):627640

CDC (2007), Falls Prevention Activities, www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/FallsPreventionActivity.html, Erişim tarihi 03.06.2009

Çoban Gİ. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006

Çelik F. Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008

Çetin ET. Hastane Enfeksiyonlarının Önemi, *Klinik Dergisi*, 1993;6(3):23

Çetin G.Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi,2006; 48:31-42

Çakır A.Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, Toplam Kalite Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2007

Dhankhar P, Khan MM, Bagga S. Effect of medical malpractice on resource use and mortality of AMI Patients, *Journal of Empirical Legal Studies*, 2007; 4: 163–183

Diker S.Uşak İl Merkezi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasaten Enfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon,2003

Demirkan E. Hemşirelerde Mesleki Motivasyon Eksikliğinin Nedenleri ve Sonuçları Üzerine Sosyolojik Bir Çözümleme, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2007

Dindar İ, İşsever H, Özen M. Edirne merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerde travmalar ve iş doyumunu, *Hemşirelik Forumu*, 2005;8(4):18-23

Dağlı Ö. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Nozokomiyal Enfeksiyonların İrdelenmesi ve Enfeksiyon Risk Faktörlerinin Belirlenmesi.Gziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Bakteriyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep, 2006

Davis P, Lay-Yee R, Briant R et al. Adverse events in New Zealand public hospitalsI: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*, 2002, 115 (1167):271

Durmaz A, Mete S.Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçlara İlişkin Hemşire Notlarındaki İlaç Kayıt Hatalarının İncelenmesi, *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;11 (1):1-7

Dreschnack-Gavin D,Nelson A, Fitzgerald S,Harrow J, Sanchez-Anguiano A, Ahmed S, Powwel-Cope G, Wheelchair-related falls,current evidence and directions for improved quality care, *Journal Of Nursing Care Quality*,2005;20(2):119-127

Demir M.Vardiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Vardiya Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar Hakkındaki Görüşleri, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Bilim Uzmanlığı Tezi, 1990

Ek RO, Dışcıgil G, Başak O, Kaplan H, Çeçen S, Bozkaya Oklay A. Kan basıncı ölçüm aletlerimiz ne kadar

doğru ölçüyor: Kurumsal sürekli bakım programı, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2006;7(3): 19-23

Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik felsefesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998;2(1):59-63

Esin MN, İşçi F.Bir işyerindeki iş sağlığı hemşireliği girişimlerinin omaha hemşirelik girişim şeması ile değerlendirilmesi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009; 2(2): 39-55

Ersoy N. Hemşirelik ve Etik, Hemşirelik Forumu, 1998;1(2):84-86

Faktör-Analizi-Temel-Kavramlar-Ve-Ölçek-Geliştirmede-Kullanım

<http://www.erpakademi.com/makaleler/finans-yonetimi/304-faktoer-analizi-temel-kavramlar-ve-olcek-gelitirmede-kullanm.html> erişim :04.04.2009

Giray AÜ. Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi,1999

Göktaş S. Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi, İstanbul, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007

Güven M, Çevik Eİ. İç Paydaş Olarak Akademik Personel Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Analizi: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Örneği, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 2008;4(8)1-18

Günaydın M, Gürler B. Hastane enfeksiyonlarının kontrolünde dezenfeksiyon, antisepsi ve sterilizasyon “Das” uygulamaları,ANKEM dergisi, 2008;22(4):221-231

Grant JS. Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development, *Research in Nursing and Health*, 1997;20: 269-274

Görgülü RS.Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemşireleri İş Ortamında Etkileyen Stresörlerin Tanımlanması,Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara,1988

Grasso BC, Genest R, Jordan CW, Bates DW. Use of Chart and Record Reviews to Detect Medication Errors in a State Psychiatric Hospital, *Psychiatric Services*, 2003;54(5):677-681
www.psychservices.psychiatryonline.org, Erişim tarihi: 11.03.2009

Gözüm S. Korumacı Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerde İş Doymu, Tükenmişlik ve İş Devamsızlığı Etkileyen Faktörlerin Araştırılması,Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü,Erzurum, 1996

Günaydın M. (2002) El Hijyeni ve Dezenfektanların Kullanımı, www.muratomu.tripod.com/elhijyeni.pdf, Erişim tarihi: 14.07.2009

Güven R.. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007;411

Günaydın M. El Hijyeni ve Dezenfektanların Kullanımı, www.muratomu.tripod.com/elhijyeni.pdf

Günay F. A.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Görülen Hastane Enfeksiyonlarının Etyoloji, Epidemiyoloji, Klinik Özellikleri ve Etkenlerin Duyarlılığı Bakımından İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi,Ankara,2008

Hayran M, Akalın H. Hastane İnfeksiyonları, Ankara, E.Güneş Yayınevi,1993; 79-80

- Hendrich A. Inpatient Falls: Lessons From The Field, Patient Safety and Quality Healthcare, 2006;3:26-30
- 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
- Holdsworth MT, Fichtl RE, Behta M, Raisch DW, Mendez-Rico E, Adams A, Greifer M., Bostwick S, Greenwald BM. Incidence and Impact of Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients, 2003;157:60-65
- Gordon Marjory, *Nursing Diagnosis: Process and Application*, 2. Baskı, 1982;83:315-319
- Hunter D, Bains N. "Rates of adverse events among hospital admissions and day surgeries in Ontario from 1992 to 1997." *Canadian Medical Association Journal*. 1999;160(11): 1585-1596
- IOM (2003). Priority areas for national action: Transforming Health Care Quality, www.iom.edu, Erişim tarihi: 12.03.2009
- Institute of Medicine Report (1999), To Err Is Human: Building a Safer Health System, <http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of-Medicine-Report.html>, Erişim tarihi: 12.05.2009
- Işık S, Duman K, Korkmaz A. Türkiye Ekonomisinde Finansal Krizler: Bir Faktör Analizi Uygulaması D.E.Ü. İ.İ.B.F.Dergisi 2004;19(1):45-69
- ICN (2007) Positive Practice Environments: Quality Workplaces=Quality Patient Care, www.icn.ch/indkit2007.pdf, Erişim tarihi 08.06.2009
- ILO, Convention 149 and Recommendation 157 concerning the employment and conditions of work and life of nursing personnel, 1977
- İnce H, İnce N, Özyıldırım BA, Safran N. Hatalı Tıbbi Uygulama ve Korunma Yolları, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2005;68(4):123-127
- Iakovidis I. Deputy Head of Unit ICT for Health, European Commission, 2003
- Jeffrey M, Rothschild MD, Frank A, Federico, R, Tejal K, Gandhi MD, Rainu K, Williams DH, Bates DW. Analysis of medication-related malpractice claims, *ARCH INTERN MED*, 2002;162:2414-2420
- JCAHO(2006). Sentinel Event Statistics, www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm, Erişim tarihi:20.06.2009
- Koh SSL, Manias E, Hutchinson AM, Donath S, Johnston L. Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals, *BMC Health Services Research* 2008;8:105-113
- Karan İ. Hastanelerde Fiziksel Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999
- Kumar S, Chaudhary S. Medical errors and consequent adverse events in critically ill surgical patients in a tertiary care teaching hospital in Delhi, *Journal of Emergencies Trauma, and Shock*, 2009;2(2):80-84
- Kayabeyoğlu İ. Tıbbi Uygulama Hataları ve Adli Tıp Açısından İncelenmesi, İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı, Doktora tezi, 2000
- Karadağ S, Taşçı S. Kayseri DEVLET Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler, *Sağlık Bilimler Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 2005;14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı): 13-21

- Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, Mckenna KJ, Clapp M, Federico F, Goldmann D. Medication errors and adverse drug events in pediatrics inpatients, JAMA, 2001; 285(16): 2114-2120
- Köşgeroğlu N. Hemşirelikte Hürmanistik Yaklaşımın Önemi, Türk Hemşireler Dergisi, 1994; 44(5-6): 3-6
- Krauss MJ, Evanoff B, Hilcho E, Ngugi KE, Dunagan WC, Ficher I, Birge S, Johnson S, Costantinou E, Fraser VJ. Acase-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls, J GEN INTERN MED, 2004; 20: 116-122
- Karagöz Y, Kösterelioğlu İ. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinin Faktör Analizi Metodu İle Geliştirilmesi, Dumlupınar Üni. Sosyal Bilimler Dergisi, 2008 ;(21): 81-98
- Karagözoğlu Ş. Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9 (1): 6-14
- Lamb RM, Studdert DM, Bohmer MJ, Berwick DM, Brennan TA. Hospital disclosure practices: Results of a national survey, Helath Afaars, 2003; 22(2): 73-83
- Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: What We Need to Know for Patient Safety, Journal of Nursing Care Quality, 2004; 19: 209-217
- Maddox P, Wakefield M, Bull J. Patient safety and the need for professional and educational change. Nurs Outlook, 2001; 49(1): 8-13
- Morse JM. Preventing Patient Falls: Establishing a Fall İntervention Program, 2. Baskı, 2008; 3-15
- Mendelson WB. The use of sedative/hypnotic medication and its correlation with falling down in the hospital. Sleep, 1996; 19: 698-701
- Mete S, Ulusoy E, Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları, Hemşirelik Forum Dergisi, 2006; 36-41
- Meurier CE, Vincent CA, Parmar DG. Learning from errors in nursing practice, Journal of Advanced Nursing, 1997; 26: 11-119
- Nath SB, Marcus SC. Medical errors in psychiatry, Harv Rev Psychiatry, 2006; 14(4): 204-211
- Nakip, M. Pazarlama Araştırmaları Teknikler Ve (Spss Destekli) Uygulamalar, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2003
- NCCMERP (2009) About Medication Errors, www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html, Erişim tarihi: 13.07.2009
- Oğuz NY. Yüksek Riskli bir Mekan : Sağlık Kuruluşu, Tıp Dünyası, 2004; (116) <http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/14.php> (24.7.2009)
- O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard OS, Maki GM, Masur H, McCormick RD, Mermel LA, Pearson ML, Raad İI, Randolph A, Weinstein RA. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, CID, 2002; 35: 1270-1281
- Oktay S, Aksayan S. 2000'e iki kala Türkiye'de hemşirelik için yasal düzenlemelere bir bakış, Hemşirelik Forumu, 1998; 1(2): 79-80
- Ostrowsky B. Epidemiology of healthcare-associated infections, "Jarvis WR (eds): Bennett and Brachman's Hospital Infections, 5. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2007; 1. bölüm
- Oktay S. Sağlık kuruluşlarında risklerin kontrol altına alınması güvenlik önlemleri. İ.Ü.FNYO Hemşirelik

Dergisi, 1990;4(15):57- 69

Özata M, Mete M, Aslan Ş. Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine olan Etkisi, I. Uluslar arası Hasta Güvenliği Kongresi, Sözel Bildiri, Antalya ,2007

Öven V, Pekdemir D. Faktör Analizi İle Ofis Kira Değerini Etkileyen Parametrelerin Belirlenmesi İTÜ Dergisi/A Mimarlık, Planlama, Tasarım, 2005;4(2):3-13

Özdilek AO. Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_300.htm,

Özata M, Aslan Ş. Hemşirelik ve ebeklik Bölümü Öğrencilerinin Hasta Güvenliğine etkilerinin Belirlenmesi, I. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, 2009, Antalya, www.performans.saglik.gov.tr.

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

Özçetin M, Saz EP, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; Sıklığı ve risk faktörleri, Çocuk Enf Derg, 2009; 3: 49-53

Phipps, W, Long BC, Cassmeyer V. Medical Surgical Nursing, Concepts and Clinical Practice, 4th Ed. Mosby Year Book. 1991

Persson M, Martensson J. Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. Journal of Nursing Management, 2006;14: 414-423

Parshuram CS, To T, Seto W, Trope A, Koren G, Laupacis A. Systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication, CMAJ 2008;178(1):42-48

Perell KL, Nelson A, Goldman RL, Luther SL, Lewis NP, Rubenstein LZ. Fall Risk Assessment Measures, Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 2001;56(12):761-766

Postnote (2005) Infection control in healthcare settings, <http://www.parliament.uk/documents/upload/POSTpn247.pdf> Erişim tarihi:18.07.2009

Rello J, Ochagavia A, Sabanes E, Roque M, Mariscal D, Reynaga E, Valles J. Evaluation of outcome of intravenous catheter-related infections in critically ill Patients, American Journal of Respiratory and critical care medicine, 2000;

Rogers EA, Hwang W, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The Working Hours of Hospital Staff Nurses And Patient Safety” HEALTH AFFAIRS, 2004;23(4): 202-210

Resmi Gazete. 17927 sayılı “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”. 13.01.1983

Ruggiero J, Pezzino J. Nurses Perceptions of the Advantages and Disadvantages of their shift and work schedules, JONA, 2006;36 (10): 450-453

Resmi Gazete. 27214 sayılı “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”. 29.04.2009

Roter, DL, Stewart M, Putnam SM., Lipkin M, Stiles, W. () Communication patterns of primary care physicians., JAMA, 1997;277: 350-356

Quigley P, Neily J, Watson M, Wright M, Strobel K. Measuring fall program outcomes, The Online Journal of Issues In Nursing, 2007;12:

- Slonim AD, LaFleur BJ, Wendy A, Joseph JG. Hospital-Reported Medical Errors in Children, Official Journal of The American Academy Of Pediatrics, 2003;111;617-621
- Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T. Hemşirelik Esasları, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, No: 25
- Stevens JA. Falls among older adults-risk factors and prevention strategies. NCOA Falls free: Promoting a national falls prevention action plan, 2005,
www.healthagingprograms.org/resources/FallsFree_ReviewPaper_Final.pdf#page=9, Erişim tarihi:11.06.2009
- Safran N. Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis, Doktora Tezi, İstanbul, İ.Ü.Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi,2004
- Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. September 2000
- Sharek PJ, Classen D. The Incidence of adverse events and medical error in pediatrics, Pediatric Clinics Of North America,2006;53:1067-1077
- Sezgin B. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2007
- Söylemez D, Sur H, Cebeci D. Hemşirelerin iş doyumunu ile ilgili bir metaanalizi çalışması, Hastane Yönetimi dergisi, 2005;7(2):34-41
- Saygın B, Ökten F. Anestezi Kazaları, Türkiye Klinikler , 1990; 10
- Şardan Çetinkaya Y. Yoğun bakım ünitesi infeksiyonlarının izlemi, kontrolü ve korunma, Yoğun Bakım Dergisi, 2002;2:16-25
- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik, 7. Baskı, Ankara, Şahin Matbaası, 1997;245-270
- Taylor JA, Brownstein D, Christakis DA, Strandjord TP, Klein EJ, Shafii J. Use of incident reports by physicians and nurses to document medical errors in pediatric patients, Official Journal Of The American Academy Of Pediatrics, 2004;114:729-735
- Taxis K, Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors, *BMJ* 2003;326:684
- Tümerdem, Y, Özşahin A, Koksü N, Özçelik H. Hastane Enfeksiyonları Risk Faktörleri Açısından Hastanelerimiz, *Ankem Dergisi*, 1992;6(2):21-28
- Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Huey C. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors, *Journal Of Clinical Nursing*, 2007;16:447-457
- Temel M, Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis, *Hemşirelik Forum Dergisi*, 2005; 84-90
- Tütüncü Ö, Küçükusta D, Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama, *Hastane Yönetimi Dergisi*, 2006;61-68
- Türkiyenin Hasta Güvenliği Platformu (2008), Rakamlarla Hasta Güvenliği 3, www.hastaguenligimiz.com/RAKAM3.html, Erişim tarihi 05.04.2009

- Thomas EJ, Studdert DM, et al. "Costs of medical injuries in Utah and Colorado." *Inquiry*, 1999;36(3): 255-64
- Tutuarima JA, Meulen V, Haan RJ, Straten A, Limburg M. Risk Factors for Falls of Hospitalized Stroke Patients, *American Heart Association, Stroke*. 1997;28:297-301
- Trooskin K: Low-Technology, Cost-Efficient Strategies For Reducing Medication Errors, *AJIC*, 2002;30(6):351-354
- Utkutan S. Pediatri Hemşirelerinde Stres Yaratan Faktörler ve Başetme Yolları, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, ,1999
- Ulutaşdemir N, İpekçi N, Dokur M, Dağlı Ö. Hemşirelik öğrencilerinin hastane enfeksiyonlarından korunmaya yönelik bilgilerinin ve sağlık inanç kuramına göre davranışlarının değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008; 3: 87-101
- Uludağ A. Sağlık Hizmetlerinde Halkla ilişkiler, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, 2001, Konya
- Uyer G. 2000, Hemşire - Hasta İletisimi ve İletisimin Hasta Yönünden Önemi, *T Klin Tıp Etiği* 2000;8:90-94
- Ülger F. Ameliyathane ve Yoğun Bakımda: Dezenfeksiyon, Sterilizasyon ve İnfeksiyonlardan Korunma Yöntemleri, 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi -2005
- Veneziano L, Hooper J. A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *Am J Health Behav* 1997;21(1):67-70
- WHO, Consultation on Hospital Infection Prevalence Survey, Geneva, 1986
- Valizadeh F, Ghasemi SF, Najafi SS, Delfan B, Mohsenzadeh A. Errors in medication orders and the nursing staff's reports in medical notes of children, *Iran J Pediatr*, 2008;18:39-45
- Wilke A, Gündeş SG. Türkiye'de İnfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları, *Aktüel Tıp Dergisi*, 2001;6:1-6
- Wilson, J. The Impacts of shift patterns on healthcare professionals. *Journal of Nursing Management*, 2002;10: 211-219
- Wong J, Beglaryan B. Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research. 2004, www.changefoundation.com erişim
- Wanzel KR, Jamieson CG, et al. "Complications on a general surgery service: incidence and reporting.[comment]." *Canadian Journal of Surgery*, 20004;3(2): 113-117
- World Health Organization (WHO). Word alliance for patient safety. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care(Advanced Draft):A Summary, Clean Hands are Safer Hands, Geneva, Switzerland, 2005
- Wilson, J. The Impacts of shift patterns on healthcare professionals. *Journal of Nursing Management*, 2002;10: 211-219
- WHPA Fact Sheet (2002), Health Professionals Call for Priority on Patient Safety, www.whpa.org/factpsafety.htm, Erişim tarihi: 05.06.2009
- Yüksel, İ. Çalışma yaşama kalitesinin tipik ve atipik istihdam açısından incelenmesi, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 2004;5(1): 47-58
- Yurdugül H. Davranış Bilimlerinde Ölçek Geliştirme Çalışmaları İçin Bazı

Ayrıntılar,yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/.../FA_OrneklemGenislikleri.pdf

Young HM, Gray SL, McCormick WC , Sikma SK, Reinhard S, Trippett LJ, Christlieb C, Allen T,Types, Prevalence, and Potential Clinical Significance of Medication Administration Errors in Assisted Living, *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56(7): 1199–1205

Yıldız NN. Eğitim Yöneticilerinin Öğretim Programları Yönetimi Yeterliliklerine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması, Yeditepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008

Yıldırım A. Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması, İstanbul, İstanbul üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 1988

Zhan C, Miller MR. Excess Length of Stay, Charges, and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization. *JAMA.* 2003;290(14):1868-1874

9. EKLER

EK-A İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi

AccUZİDe	accOLATe	keRaSaL	keTaLaR
AcTİlyse	acNElyse	kolestOR	kolestRON
AcTONel	acUTel	ketORaL	ketALaR
amMİNENS	amİNOMİX	kloMAks – klARoİd	kloREks- kloVİREks - kloROKiN
AndAZOL	andOLAR	KombEVİT	CombİCİD
AproZOL	aprol	lAmİSil	lOMATil
AzoSİLLin	azoTHİOPYRin	laMİSil	laSONil
BactrİM	bactrOBAN	lAsİX	lOsEC
BeMAPEn	beNZİDOn	lumEN	lumİNAL
BenİCal	benORal	magneVİST	magneSİ CALCİNE
BetASERc	betOPTİc	meTSil	meXİTil
BİTeral	DİDeral	mucONEX	mucAİN
bLOK-L	bELOC	muCONex	muSCOFlex
BoneMAX	boneFOS	neuroNTİN	neuroVİT- neuVİTAn
bORNEral	bENOral	neURONTİN	neTURONE
cARDURA	cOUMADİN	nEvOFAM	nOvALGİN
CarDURa	KarVEa	nevPARİN	nevOFAM
CefaKS	cefaZOL	nidAZOL	nidİLAT
CiPRALex	ciBADRex	niDAZOL	niZORAl
CiprO	ciprAM	nimES	nimBEX
ClariCİDe	clariNAsE	nÖROFREN	nOVALGİN
CombevİR	KombevİT	nöroFREN	nöroTROP
CombiCİD	combiVENT	oNADRon	oPRİDon
CRestor	KOLEstor	orFARİN	orAFEROn
DEPrex	SEMPERex	osmOLAK	osmALİTE
DeSAL	deNOL	paTONAl	paNTENOİ
DiDeRal	diCeTal	pediFEN	pediTUS
DiazEM	diazOMİD	pedRin	pedİLIn
drisENTİN	drisTAn	pentİN	pentAL
DoKSin	doLin	preCEDEx	preTERAx
DolPHin	dolin	PRitor	LİPitor
DopAMin	dopERGIN	proLEUKin	proLİXin
DoSTİNex	doRSİFLex	profen	profenİOL
EfEXOR	efORAL	primePERON	primeNE
EpiDOSin	epiRUBİCin	RegretoN	TegreTOL
ERdostin	eNdosEtin	remİDon	remERon
FlixoNAsE	flixoTİDe	sANDOSTANin	sOMOSTATin
FLOmax	fOSAmax	spasmEX	spasmOMEN
FloRAKS	floMAX	SeKRoL	CeCLOr
FluDİN	fluBRON	sinAKORT	sinECOD
HumULin	humAN ALBUMin	sİnecod	senecod
İesEF	iesPOR	synACTEN	synBİCORT
İliAdin	iliOMEdin	traUMAMİNE	traNSAMİN
iliOMEDİN	iliAPROST	triLEptal	triVAsTal
İmPETex	imUNex	vasoXEN	vasoSERC
İnSidON	inCidAL	trAvaZOL	trOvaGEN
jetMONAL	jetOKAİN		

EK-B Bilgi Formu

Bu araştırma, yüksek lisans tezi olarak planlanmıştır. Sizlere uygulanacak anketle, **malpraktis oranları, nedenleri ve türleri** belirlenmeye çalışılacaktır. Elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Yaş:..... 2. Cinsiyet:

3. Çalıştığınız Hastane:.....

4. Birim:.....

5. Eğitim durumunuz

Sağlık Meslek Lisesi Önlisans Lisans Lisansüstü

6. Medeni Durumunuz: Bekar Evli Boşanmış-Dul

7. Çocuğunuz Var m? Yok Var Varsa

sayısı:.....

8. Kadro durumunuz: (a) 657'ye tabi kadrolu (b) 4-B (c) Şirket elemanı- geçici olarak

9. Unvanı Hemşire/Ebe Sorumlu Hemşire Diğer:.....

10. Meslekte toplam çalışma süreniz:.....

11. Bu kurumda çalışma süreniz:.....

12. Bu bölümde kaç yıldır çalışıyorsunuz:.....

13 Haftada ortalama çalışma süreniz:.....saat

14. Aylık nöbet sayınız:.....

15. Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz?

Gündüz Gece Gece-gündüz karma

16.Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:.....

17. Mesleğinizden memnuniyet düzeyiniz 1 2 3 4 5

18. Aşağıda tabloda tıbbi hataların bir listesi sunulmuştur. Bu hataların kliniğinizde veya çalıştığınız birimde görülme durumunu işaretleyiniz.

	Hiç	Çok nadir	Zaman zaman	Genellikle	Çok sık
1-Yanlış Taraf Cerrahisi					
2- İntihar					
3- Sıra Beklemeye Bağlı Ölümler					
4- Transfüzyon Hataları					
5- Ameliyat Komplikasyonları					
6-Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar					
7- Ölümcül veya zarar verici düşmeler					
8- İnfüzyon Pompaları hataları					
9- Hatalı Gaz/Gaz Karışımı Verilmesi					
10- İğne/Kesici Alet Yaralanmaları					
11- Tehlikeli Kısaltmalar					
12- Ventilatörle İlişkili Problemler					
13- Tedavide gecikme veya yapmama					
14- Karyolaya Bağlı Yaralanma ve Ölümler					
15- Hastane Enfeksiyonları					
16- Cerrahi Yanıklar					
17- Kemoterapi Hataları					
18- Ameliyatlarda Yabancı Cisim Unutulması					
19- Kontamine İlaç veya Kan Alınması					
20- Hava Embolisi					
21- Hastanın Kaçması					
22- Tanı Testlerinin Yetersizliği					
23- Tanı Hataları					
24- Son Kullanma Tarihi Geçmiş İlaç Kullanımı					
25- Hipoglisemiye Bağlı Ölümler					
26- Yatak Yaraları					
27- Elektrik Şokuna Bağlı Ölüm					
28- Yanlış doz ilaç uygulaması					
29- Yanlış ilaç uygulama					
30- Yanlış yerden ilaç uygulanması (IM veya IV yerin karıştırılması)					
31- Yan etkisi olan ilacın kullanımına bağlı sorunlar					
32- Araç gerecin bozulmasına bağlı hatalar					

EK- C: Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktise Eğilim Ölçeği Veri Toplama Formu

	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/ilaç 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	Çok sık
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-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim					
5	Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.					

	Hastane Enfeksiyonları	Hiç	Çok nadir	Zaman zaman	Genellikle	Her Zaman
1	İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
2	Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepti 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 dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
6	İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
7	Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					
8	Kateter takılı hastaları her gün 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 saat'de bir değiştiririm					

	Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	Hiç	Çok nadir	Zaman zaman	Genellikle	Her Zaman
1	Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim.					
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 cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim					

	İletişim	Hiç	Çok nadir	Zaman zaman	Genellikle	Çok sık
1	Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım					
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-D Etik Kuruldan Alınan İzin Belgesi

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
ETİK KURUL KARARLARI

Toplantı Sayısı: 11	Toplantı Tarihi: 28-12-2007
----------------------------	------------------------------------

Karar Sayısı:2007/247: Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Musa ÖZATA'nın "**Hemşirelikte Melpraktis:Konya Örneği**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 20.11.2007 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü; yüksek lisans tez çalışmasının Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Musa ÖZATA'nın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.


ASLI GİBİDİR
28-12-2007

Şafer BİLGİN
Fakülte Sekreteri

EK E:Konya İl Sağlık Müdürlüğünden Alınan İzin Belgesi

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayın :B.10.04.ISM.4.42.009/3640-
Konu :Araştırma

039216 30.11.2007

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşirelik Bölümünde yüksek lisans öğrencisi Handan ALTUNKAN'ın Numune Hastanesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr.Faruk SÜKAN Doğum ve Çocuk Hastanesinde "Hemşirelikte Mal Praktis: Konya Örneği" konulu yüksek lisans araştırma tezini yapmasını, Olurlarınıza arz ederim.

Ömer ÜNSAL
Müdür Yardımcısı

OLUR
30/11/2007
Dr.Haşan KÜÇÜKKENDİRCİ
Sağlık Müdürü

EK-F Konya Numune Hastanesinden Alınan İzin Belgesi

KONYA NUMUNE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. "Hemşirelikte Malpraktis: Konya Örneği" başlıklı yüksek lisans tezi yapmayı planlıyorum. Araştırmaya hastanenizde görev yapmakta olan hemşirelere anket uygulanacaktır.

Planlanan araştırmanın hastanenizde yapılabilmesi için izinlerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Handan ALTUNKAN



Personel
KONYA NUMUNE HASTANESİ
Başhekimliği
Diy. No: 82404
Sicil No: 28470

Handwritten signature
Ormanhırsi Uludağ
Konya Numune Hastanesi
Diy. No: 79002
30.11.2007

KONYA NUMUNE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ	
TARİH	30.11.2007
NO	9357
VE	10
	Başhekimlik

EK-G Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. "Hemşirelikte Malpraktis: Konya Örneği" başlıklı yüksek lisans tezi yapmayı planlıyorum. Araştırmaya hastanenizde görev yapmakta olan hemşirelere anket uygulanacaktır.

Planlanan araştırmanın hastanenizde yapılabilmesi için izinlerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Personel
uygunda
görev
30.11.2007

Handan ALTUNKAN

Handan

Selçuk Üniversitesi
Konya Sağlık Fakültesi

EK-H Başkent Üniversitesi Konya Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
KONYA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ



TSE-EN-ISO-9001
KALİTE SİSTEM BELGESİ

Tarih: 30.11.2007
Sayı :B.Ş.H.K K.D 2007/466
Konu:Tez hk.

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü'ne

Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisi olan HANDAN ALTUNKAN'ın "Hemşirelikte Malpraktis: Konya Örneği" başlıklı yüksek lisans tezi için hastanemizde görevli hemşireler ile anket çalışması yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize saygılarımla sunarım.


Doç. Dr. Feriye ÇATÜRK
Başhekim
KONYA
2003
4

EK-I Alınan Uzman Görüşleri

Uzmanlar	Uzmanların Bağlı Olduğu Kurumlar	Uzmanların Bölümleri
Öğrt. Görv. Selami Seven	Konya Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik
Züleyha Güntürk	Karaman Devlet Hastanesi	Pediyatri Hemşiresi
Hatice Akın	Karaman İl Sağlık Müdürlüğü	Eğitim Hemşiresi
Yasemin Yılmaz	Karaman Devlet Hastanesi	Eğitim Hemşiresi
Şerife Özyürek	Karaman Devlet Hastanesi	Sorumlu Hemşire

10. ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Karaman'da doğdu. İlkokul ve orta öğrenimini Karaman'da tamamladı. Sağlık meslek lisesi öğrenimini Konya'da tamamladı. 1998 yılında Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünü kazandı ve 2003 yılında Selçuk Üniversitesi Karaman Sağlık Yüksek Okulundan mezun oldu. 1998 yılında Karaman'da, 1999-2001 yılları arasında Konya Numune Hastanesinde, 2001-2008 yılları arasında Karaman Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalıştı. 2009 yılında Karaman İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışmaya başladı ve halen burada çalışmaktadır.