

**ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN HATALI UYGULAMA
EĞİLİMLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Emel ODABAŞOĞLU

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Yüksek Lisans Tezi - 2013

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

**ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN HATALI UYGULAMA EĞİLİMLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Emel ODABAŞOĞLU

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU**

**ERZURUM
2013**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN HATALI UYGULAMA EĞİLİMLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Emel ODABAŞOĞLU

Tez Savunma Tarihi : 23.09.2013

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU (Atatürk Üniv.)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU (Atatürk Üniv.)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU (Atatürk Üniv.)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü ✓.

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM- 2013**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Tıbbi Hata (Malpraktis)	4
2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar	5
2.1.2. Tıbbi Hataların Nedenleri	7
2.1.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	9
2.2. Hasta Güvenliği	9
2.2.1. İlaç Hataları.....	11
2.2.2. Hastane Enfeksiyonları	15
2.2.3. Düşmeler.....	18
2.2.4. Hastanın İzlenmesi ve Malzeme Cihaz Güvenliğinden Kaynaklanan Hatalar	20
2.2.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar	21
2.3. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar	22
2.4. Çocuk Hemşireliğinde Tıbbi Hatalar	24
3. MATERYAL VE METOT.....	26
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26

3.4. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.5. Veri Toplama Araçları	28
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	28
3.5.2. Malpraktise Eğilim Ölçeği.....	28
3.6. Verilerin Toplanması	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	30
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
3.10.Araştırma Planı	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	55
EKLER	67
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	67
EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	68
EK-3. MALPRAKTİSE EĞİLİM ÖLÇEĞİ (MEÖ).....	70
EK- 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU	72
EK-5. ETİK KURUL İZNİ	73
EK-6. RESMİ İZİN YAZISI.....	74

TEŞEKKÜR

Öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum, bilgisi ve deneyimlerinden yararlandığım ve bu tezin oluşmasında büyük emeği olan değerli danışman hocam Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen Anabilim Dalı hocalarım Sayın Doç. Dr. Duygu ARIKAN'a ve Sayın Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ'ye,

Araştırma süreci ve tez dönemi boyunca yardımını, desteğini, güler yüzünü hiçbir zaman esirgemeyen ve her zaman yanımda olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU'na,

Araştırma süresi boyunca yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Ercan BOZKIR'a ve servis sorumlu hemşirem Yasemin UÇAŞ'a,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan değerli annem Zeliha ODABAŞOĞLU'na, babam Yılmaz ODABAŞOĞLU'na ve kardeşim Şirin ODABAŞOĞLU'na,

Sonsuz teşekkür ederim.

Emel ODABAŞOĞLU

ÖZET

Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler

Amaç: Araştırma çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin hatalı uygulama eğilimleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Trabzon il merkezinde faaliyet gösteren bir üniversite, üç devlet hastanesi ve üç özel hastanenin çocuk kliniklerinde Eylül 2011-Eylül 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini belirtilen hastanelerin çocuk kliniklerinde görev yapan 195 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmanın evreni aynı zamanda örneklemi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ve Malpraktise Eğilim Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde; yüzdelik dağılımlar, ortalamalar, t testi, tek yönlü varyans analizi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis varyans analizi, Pearson korelasyon ve Cronbach alfa katsayı hesaplaması kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin, Malpraktise Eğilim Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının 4.63 ± 0.31 olduğu ve hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Malpraktise Eğilim Ölçeği'nin alt boyutlarından en az hata eğilimine sahip oldukları alt boyutun "ilaç ve transfüzyon uygulamaları", en fazla hata eğilimine sahip oldukları alt boyutun ise "düşmeler" olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, meslekte çalışma süresi, bulunduğu birimde çalışma süresi, görev yapılan kurum, günlük bakım verilen hasta sayısı, halen çalışmakta olduğu birim ve memnuniyet derecesine göre hatalı uygulama eğilimi puanları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Ayrıca hemşirelerin yaşları ile ölçek puan ortalamaları arasında (düşmeler hariç) pozitif yönde önemli bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Yapılan çalışmada çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu ve hata yapma eğilimlerinin bazı kişisel ve mesleki özelliklerinden etkilendiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, hatalı uygulama, hemşire.

ABSTRACT

Malpractice Trends of the Nurses Working in a Paediatric Clinic and the Factors Affecting

Aim : The study has been carried out as a definitive study in order to determine the malpractice trends of the nurses working in a paediatric clinic and the factors affecting.

Material and the Methot: The study has been carried out in the paediatric clinics of a university hospital, three state and three private hospitals in Trabzon between September 2011 and September 2013. The scope of the study has been constituted by 195 nurses working in the paediatric clinics of the aforementioned hospitals. The study was conducted with the all of these nurses without using the sampling method. Personal Information Form and Malpractice Trend Scale have been used for the collection of data. Percentage distribution, averages, t test, ANOVA, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis variance analysis, Pearson correlation and Cronbach alpha coefficient calculation have been used for the data analysis.

Results : It has been determined that the total average point of the participant nurses is 4.63 ± 0.31 according to the Malpractice Trend Scale, and nurses' tendency to make a medical mistake is at a low level. It has also been determined that sub-dimension of the Malpractice Trend Scale where the nurses have the minimum tendency level of making a mistake includes 'medication and transfusion implementations', the other sub-dimension where the nurses have the maximum tendency level of making a mistake includes 'fallings'.

It has been diagnosed that the difference between the Malpractice Trend Scale total points of the nurses according to the nurses' marital status, childbearing, term of employment at occupation, term of employment at the unit, the institution that they serve, the number of the patients given for care per a day, the unit they currently work at, and the level of satisfaction is statistically significant ($p < 0.05$). Besides, there is a positive and significant relationship between the ages of the nurses and the point averages of the scale (apart from the fallings) ($p < 0.05$).

Conculsion: It has been seen that the malpractice trends of the nurses working in paediatric clinics is low and their malpractice trends have been affected by some personal or occupational features.

Key Words: Children, malpractice, nurse.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CDC	: Center of Diseases Control
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HE	: Hastane Enfeksiyonu
IOM	: Institute of Medicine
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	: Joint Commission International
MEÖ	: Malpraktise Eğilim Ölçeği
NPBD	: National Practitioner Data Bank

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırmanın adımları ve zamanlaması 32

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Tıbbi hataların ana nedenleri	8
Tablo 3.1. Araştırma yapılan hastanelerin çocuk kliniklerinde çalışan hemşire sayısı	27
Tablo 4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları.....	33
Tablo 4.2. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerine göre dağılımları.....	35
Tablo 4.3. Hemşirelerin meslekten memnuniyet durumları.....	36
Tablo 4.4. MEÖ'ye ilişkin sayısal değerler	36
Tablo 4.5. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre MEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.6. Hemşirelerin yaşları ile MEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki	40
Tablo 4.7. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerine göre MEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.7.a. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerine göre MEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.7.b. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerine göre MEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.8. Hemşirelerin meslekten memnuniyet düzeylerine göre MEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	47

1. GİRİŞ

Sağlık bakımı oldukça karmaşık bir konu olup, bakım sırasında kimi zaman uygulama hataları yaşanabilmekte ve bu hatalara bağlı olarak ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir.¹ Tıbbi hatalar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hasta güvenliğini tehdit eden ve çözülmesi gereken öncelikli sorunlar arasında gösterilmekte ve dünyada her yıl milyonlarca insan, tıbbi hataların olumsuz sonuçları ile karşı karşıya kalmaktadır.^{1,2} Tıbbi hataların mortalite ve morbidite hızında artışa ve mali açıdan da büyük kayıplara yol açtığı belirtilmektedir. ABD’de yayınlanan bir raporda her yıl 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybettiği belirtilmektedir.³ İngiltere’de her yıl 40.000, Kanada’da 5.000 ile 10.000 arasında kişi tıbbi hatalar sonucunda yaşamını yitirmektedir.⁴ Almanya’da ise her yıl 100.000 tıbbi hata meydana gelmekte ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişi ölmektedir.⁵ Bu rakam sağlık sektöründeki hataların ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.⁶

Ülkemizde de tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemekle beraber, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Tıbbi hatalarla ilgili şikâyetlerin ülkemizde değerlendirilme makamı Yüksek Sağlık Şurası olup, Şura’da 1931-2004 yılları arasında yaklaşık 10 bin dosya görüşülmüş ve bunların yaklaşık yarısında sağlık personeli az veya çok kusurlu bulunmuştur.⁷ Ülkemizde yapılan bir çalışmada 1992 ve 2002 yılları arasındaki tüm tıbbi hata vakaları değerlendirilmiş ve 159 ebe ve 227 hemşire hakkında suç duyurusunda bulunulduğu belirlenmiştir.⁸ Konuyla ilgili gazete haberlerinin incelendiği retrospektif bir çalışmada; hekimlerin %65.2, hemşirelerin ise %12.2 oranında hatalı tıbbi uygulama sergilediği için haber olduğu bildirilmektedir.⁹

Ülkemizde tıbbi hataların nedenleri spesifik olarak incelendiğinde; eğitim kurumlarının niteliksiz sağlık personeli yetiştirmesi, sağlık 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, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersiz olması ve bilgi teknolojilerinden yeterince faydalanılmaması gibi birçok faktörün tıbbi hatalara yol açtığı görülmektedir.¹⁰

Literatürde tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesine yönelik çok sayıda çalışma yapılmıştır. Aştı ve Kıvanç'ın¹¹ hemşirelerin hata yapma nedenlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %23.3'ünün çalışma saatlerinin fazla olmasını, %16'sının ise hemşire sayısının yetersizliğini ve yorgunluğu hata sebebi olarak gösterdiklerini belirlemiştir. Göktaş'ın¹² çalışmasında ise günlük çalışma süresi 12 saati aşan hemşirelerin daha fazla olumsuz olayla karşı karşıya kaldığını tespit etmiştir. Sezgin¹³ 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.

Tıbbi hatalar konusu tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Hemşireler hasta bakımında doğrudan görev almakta ve yaptıkları yanlış uygulamalar hastanın hayatını tehlikeye sokabilmektedir.¹⁰ Aiken ve ark.¹⁴ tarafından yapılan bir başka çalışmada hasta ölümleri ile hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Maddox ve ark.¹⁵ hasta güvenliğini tehlikeye sokan ilaç hatalarının (yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış yer) genellikle hemşirelerle alakalı olduğunu saptamıştır.

Çocuklar, fizyolojik ve gelişimsel özellikleri nedeniyle tıbbi hatalar açısından çok daha riskli bir gruptur. Diğer taraftan çocuklar, özellikle küçük ve sözel iletişim kuramayanlar, sağlık gereksinimlerinin karşılanması için yetişkinlere bağımlıdır. Bu

farklılıklar, ilaç hatalarının çocuklarda erişkinlere kıyasla üç kat daha fazla oranda olmasına neden olmaktadır. Pediatrik hasta güvenliğinin dinamik ve kompleks bir konu olmasında çocukların fizyolojik ve gelişimsel özellikleri de etkilidir.¹⁶ Pediatrik grupla çalışan hemşirelerin bu durumu da göz ardı etmemesi gerekir.

Hemşirelik uygulamalarında yapılan hatalar hasta ve aileye zarar vermesinin yanı sıra hemşire için de maddi ve manevi zararlarla sonuçlanabilir. Hemşirelerin, hastanın ve ailesinin zarar görmesini önlemek ve yasalar karşısında kendilerini korumaları için yaptıkları hataların farkına varmaları, hatalı uygulamaları artıran durumları bilmeleri ve gerekli önlemleri almaları önemlidir. Bu çalışma çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin hatalı uygulama eğilimleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Hata (Malpraktis)

Son yıllarda üzerinde en çok durulan ve araştırma yapılan tıbbi hata (malpraktis), latince; “male” ve “praxis” kelimelerinden türemiş olup, “kötü, hatalı uygulama” anlamına gelmektedir.¹⁷ Tıbbi uygulama hataları tüm dünyada etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel açılardan kapsamlı bir şekilde tartışıldığı ve farklı şekilde tanımlandığı görülmektedir.^{9,10,18}

The Joint Commision on Accreditation of Healt Care Organizations (JCAHO) tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır.¹⁹

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.^{20,21} 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.^{10,22}

Dünya Tabipler Birliğine göre tıbbi hata “hekimin veya sağlık personelinin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır”. Bakanlar Kurulu tarafından 2002 tarihinde kabul edilen, ancak yasalaşamayan Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı’nın 3. maddesinde ise “sağlık personelinin kasıt, kusur, ihmal neticesinde standart uygulamayı yapmaması; bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış ya da eksik

teşhiste bulunması; yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren eylemleri” tıbbi hata olarak nitelendirilmiştir.^{7,23}

2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar

Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular konunun önemi büyük bir açıklıkla ortaya koymaktadır.^{1,24} Harvard Practice Study tarafından 1991 yılında yapılan bir çalışmada, New York Eyaleti’nde hastane başvurularının %3.7’sinde hastaya zarar veren bir hata yapıldığını ve bunların yarısından fazlasının önlenabilir olduğunu göstermiştir.²⁵ 2000 yılında Institute of Medicine (IOM) yayınladığı bir rapor ise tıbbi hataların boyutunun ne kadar büyük olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu rapora göre Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir.²⁶ Tütüncü ve Küçükusta’nın⁵ belirttiğine göre İngiltere’de her yıl 40.000, Kanada’da 5.000 ile 10.000 arasında kişi tıbbi hatalar sonucunda yaşamını yitirmektedir. Almanya’da ise her yıl 100.000 tıbbi hata meydana gelmekte ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişi ölmektedir.²⁷

ABD’de IOM tarafından yayınlanan her yıl otomobil kazalarından ölenlerden daha fazla sayıda insan, tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir.^{28,29} Aynı raporda Amerikan hastanelerinde her gün 100 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü belirtilmektedir.³⁰ Blendon ve ark.³¹ tarafından yapılan bir çalışmada, hekimlerin %35’i, halkında %42’si kendilerine ya da yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını gözlemlediği bildirilmektedir.

Tıbbi hataların mortalite ve morbidite hızında artışa yol açtığı belirtilmektedir. ABD’de tıbbi hatalar sonucu oluşan mortalite hızının, trafik kazalarına bağlı ortaya çıkan mortaliteden dört kat fazla olduğu belirlenmiştir.³² Bu sayının trafik kazaları, meme kanseri veya AIDS nedeniyle hayatını kaybeden insan sayısından daha fazla

olduğu ifade edilmektedir.^{33,34} Tıbbi hatalar mali açıdan da büyük kayıplara yol açmaktadır. Bu tür hataların İngiltere’de maliyetinin yıllık 6 milyar dolar, ABD’de ise 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir.³⁵ Zhan ve Miller³⁶ on sekiz hasta güvenliği göstergesinin ABD’de yıllık 9.3 milyar dolar fazla harcamaya yol açtığını belirtmektedir.

Avusturalya, Kanada, Yeni Zellanda, İngiltere, Amerika ve Almanya’da 2005 yılında yapılan “Common Wealth Fund International Health Policy Survey” e göre hastaların; sırasıyla %13, %15, %14, %12, %15 ve %13’ünün bakım ve tedavi sırasında tıbbi hataya maruz kaldığı; yine sırasıyla %10, %10, %9, %10, %13 ve %10’unun yanlış ilaç ya da yanlış dozu aldığı bildirilmektedir.³⁷

Hemşirelerin hatalı tıbbi uygulama nedeniyle dava edilme oranının son dört yılda %10 arttığı tahmin edilmektedir. Birçok uzman ise hatalı tıbbi uygulama oranının söylenenden daha fazla olduğunu savunmaktadır.³⁸

National Practitioner Data Bank (NPDB)’ın 2003 raporuna göre; ABD’de 1990-2003 yılları arasında 16339 hemşire hakkında hatalı tıbbi uygulama vakası rapor edilmiştir.³⁹

Ülkemizde de tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemekle beraber, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Tıbbi hatalarla ilgili şikâyetlerin ülkemizde değerlendirilme makamı Yüksek Sağlık Şurası olup, Şura’da 1931-2004 yılları arasında yaklaşık 10 bin dosya görüşülmüş ve bunların yaklaşık yarısında sağlık personeli az veya çok kusurlu bulunmuştur.⁷ Ülkemizde yapılan bir çalışmada 1992 ve 2002 yılları arasındaki tüm malpraktis vakaları değerlendirilmiş ve 159 ebe ve 227 hemşire hakkında suç duyurusunda bulunulduğu belirlenmiştir.⁸

Akdağ, son 5 yıl içerisinde hizmet kusuru iddiasıyla Bakanlığa ulaşan vaka sayısının 1755 olduğuna işaret ederek, bunlardan 531’inin tazminat talepli başvuru,

1224'ünün ise yargı davası olduğunu bildirdi. 354 vakanın ölümle sonuçlandığının tespit edildiğini belirten Akdağ, ancak kayda geçmemiş olayların var olabileceğinin düşünüldüğünü, bu nedenle sayısal tahminde bulunmanın doğru olmayacağını, tüm vakaların ortaya konulabilmesi için gerekli hazırlıkların sürdürüldüğünü ifade etti. Son 5 yılda Yüksek Sağlık Şurası'na ulaşan dosya ve kusurlu bulunan sağlık personeli sayısı ile ilgili bilgi veren Akdağ, 2005 yılında 251 davada 184, 2006 yılında 194 davada 167, 2007 yılında 204 davada 187, 2008 yılında 199 davada 169 personelin kusurunun tespit edildiğini bildirdi. Akdağ, 2009 yılında (1 Aralık 2009 itibariyle) 175 dava bulunduğunu, bununla ilgili dosyaların görüşülmeye devam ettiğini belirtti.⁴⁰

2.1.2. Tıbbi Hataların Nedenleri

Tıbbi hataların ana nedenleri çoğu zaman çok açık değildir. Dikkatli incelendiği zaman tıbbi hataların kişisel hatalardan çok sistemdeki eksiklikler veya yetersizlikler sonucunda ortaya çıktığı görülür. Bu nedenle tıbbi hataların kişisel hatalar olarak kabul edilerek kişilerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi daha doğru bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir.⁴¹

Adams ve Garber'a⁴² göre 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.⁴³

Akalın'a⁴⁴ göre tıbbi hatalar genel olarak üç ana nedenle gelişmektedir: İnsan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörler (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Tıbbi Hataların Ana Nedenleri

<i>İnsana bağlı faktörler</i>	Yorgunluk
	Yetersiz eğitim
	Yeterli özeni göstermeme
	Önlem almama
	Dikkatsizlik
	İletişim yetersizliği
	Güç/kontrol
	Zamansızlık
	Yanlış karar
	Mantık hatası
	Tartışmacı kişilik
<i>Kurumsal Faktörler</i>	İş yeri yapısı
	Politikalar
	Liderlik
	Geri dönüş
	Konularda yetersizlik
	Personelin yanlış dağıtımı
<i>Teknik faktörler</i>	Yetersiz otomasyon
	Yetersiz cihazlar
	Eksik cihazlar
	Karar verme destek eksikliği
	İntegrasyon eksikliği

Ülkemizde ise tıbbi hataların nedenleri incelendiğinde; eğitim kurumlarının niteliksiz sağlık personeli yetiştirmesi, sağlık personelinin sayıca yetersiz olması^{1,10,11,45}, uzun çalışma saatleri^{1,10,11,46} vardiyalı çalışma sistemi, hasta sayısının fazla olması⁴⁵,

yorgunluk^{1,10,11}, meslekten memnun olmama, stres^{1,10,45}, cihazların yetersiz olması ve kalibrasyonlarının yapılmaması, fiziki mekandan kaynaklanan problemler, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersiz olması⁴⁵ ve bilgi teknolojilerinden yeterince faydalanılmaması gibi birçok faktörün tıbbi hatalara yol açtığı anlaşılmaktadır.

2.1.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti verilirken hastaların zarar görmesine yol açan tıbbi hatalar, insan hatasından, teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilmektedir.^{47,48} Tıbbi hatalar ana neden veya hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir. Ana 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.⁴⁴

Ayrıca literatürde hemşirelik mesleği ile ilgili tıbbi hatalar;

1. Bakım standartlarını uygulama/izleme yetersizliği,
2. İzlem ve iletişim yetersizliği,
3. Kayıt tutma yetersizliği,
4. Değerlendirme ve izlem yetersizliği,
5. Hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili girişimlerin yetersizliği vb. şeklinde sıralanmaktadır.^{9,48}

2.2. Hasta Güvenliği

Günümüz sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kavramının önemi giderek artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, değişen ve gelişen sağlık ihtiyaçları ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından risk faktörlerini de beraberinde getirmekte ve böylece

günümüzde hasta güvenliği konusu tüm ülkelerin sağlık gündeminde önemli bir yer işgal etmektedir.⁴¹

Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir. Hasta güvenliği yoksul-zengin tüm ülkelerin önemli bir sorunudur ve karşı karşıya olunan risk sağlık hizmetlerinin pek çok yönü ile ilişkilidir.⁴⁹

Hasta güvenliği; süreçlerdeki basit hataların hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak, hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır. Hasta, sağlık çalışanları ve hasta yakınlarını fiziki ve psikolojik olarak etkileyecek olumlu bir ortam oluşturarak güvenliği sağlamaktır.⁴¹

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hasta güvenliğini sağlık bakımının temel kriteri olarak tanımlamıştır. DSÖ'ye göre bakım sürecinde hata yapma riski fazladır, istenmeyen olaylar uygulama sırasında, ürünlerde, prosedürlerde veya sistemde meydana gelen problemlerin sonucunda görülebilir. Hasta güvenliği gelişmeleri; performans geliştirme, çevre güvenliği ve risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç kullanımı, güvenli ekip, güvenli klinik uygulama ve güvenli bakım çevresi dahil tüm bu unsurlar içerisinde geniş sayıda bileşenlerin yer aldığı kompleks bir sistem gerektirir.^{41,50}

Hasta güvenliğinin oluşturulmasında klinik farklılıkların dikkate alınması gerekir. Pediatri klinikleri hasta güvenliği konularında daha fazla çaba harcanılması gerektiren birimlerdir. Hastane, bebek ve çocuk için alışlageldiği çevreden farklı bir ortam olup, sağlığa karşı bir tehlike ve onları belirli bir süre normal çevresinden, fonksiyonlarından alıkoyan bir tehdittir. Bu nedenle, güvenli ve olumlu yönde etkileyici

fiziksel bir çevrenin varlığı bebek ve çocuğu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkilediği, iyileşme ve hastanede kalış sürecini kısalttığı bilinmektedir.^{51,52}

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.^{1,2,10,53,54}

2.2.1. İlaç Hataları

İlaç hatası; hasta güvenliğini etkileyen en yaygın hata tipidir.^{10,55,56} İlaç hatası; Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCCMERP) tarafından, ilacın sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenebilir bir olay' olarak tanımlanmıştır.⁵⁷

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.⁵⁸

Kaushal ve ark.⁵⁹ 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 önlenebilir olduğu saptanmıştır.^{59,60}

IOM'ın 2000 yılında yayınladığı rapora göre; ABD'de her yıl hastanede yatan 7000 kişi önlenebilir ilaç hatasına bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Yine IOM tarafından yayınlanan "Preventing Medication Errors" adlı rapora göre; ABD'de her yıl 1.5 milyon önlenebilir ilaç yan etkisi meydana gelmektedir.⁶¹ ABD'de hastaneye yatan 770000-2000000 hastada ilaç uygulama hatası tespit edilmiştir.⁶² İngiltere'de 2001 yılında ilaç uygulama hatalarından yaklaşık 1200 kişinin öldüğü, bu durumun son on yıl

içinde %50 oranında artış gösterdiği kaydedilmiştir.⁶³ Genel olarak, İngiltere'de 400 yataklı bir hastanede, her gün bir hasta, bir ilaç uygulama hatasına maruz kalmaktadır.^{63,64}

İlaç uygulaması gerçekte birçok disiplini içine alan bir süreçtir. Süreç hasta birey için muayene sonrası hekim tarafından istem verilmesiyle başlar. İlacın hemşire, hekim, hasta bireyin kendisi ya da yakınları tarafından uygulanması, kayıt edilmesi ve gözlenmesi ile sonlanır. İlaç uygulaması sürecinde yapılacak hatalar, bireylerin yanlış tedavilerine ve hatta ölüme varan kötü sonuçlara neden olabilmektedir.⁶⁵

İlaç hataları, en yaygın karşılaşılan tıbbi hataların başında gelmektedir. İlaç hataların bazıları; yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış seçenek, yanlış teknik ve ekipman kaybıdır.¹³ “The Harvard Medical Practice Study”, hastanelerde karşılaşılan tıbbi hataların %19.4’ünü, yanlış ilaç uygulamalarının oluşturduğunu rapor etmiştir.⁶⁶ Kaushal ve ark.⁵⁹ 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.

İlaç uygulama hataları sıklıkla hekim, hemşire ve hasta bireyle ilgili ortaya çıkmaktadır.⁵⁶ Hekimlerin sıklıkla ilacın reçetelenmesi/istem evresinde⁶⁷⁻⁷⁰ hemşirelerin ise istemin alınması, ilaçların hazırlanması ve hastaya uygulanmasında^{9,59,71} hatalara neden oldukları birçok çalışmada gösterilmiştir.

İlaç hataları multidisipliner olmakla birlikte ilacın doğru uygulanma sorumluluğu hemşirenindir. Bu uygulama sürecinde hemşireden beklenen ilacı hazırlaması, kontrol etmesi ve uygulaması, ilaç hakkında bilgi sahibi olması, tedavinin etkisini izlemesi yan etkileri bildirmesi ve hastayı ilaçları konusunda bilgilendirmesidir.¹⁶

Hemşirelik bakımının bir boyutu olan ilaç hataları, hastaların yaşamını tehdit edici boyutlarda olabilmektedir. Özellikle çocuklardaki ilaç hataları, erişkinlerle benzer oranlarda olmasına karşın zarar verme potansiyeli 3 kat daha fazladır.⁷² Bu durum çocukların, fizyolojik ve gelişimsel özelliklerinden ve uygun ilaç dozlarının bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Çocukların ilaç hatalarının yan etkilerinden daha fazla etkilenme nedenleri kiloya dayalı doz hesaplamalarını gerektirmesi, fizyolojik tampon sistemleri yeterince gelişmemiş olması ve yan etkileri söyleyememeleridir.¹⁶

Pediyatrik hastalarda ilaç hatalarının oluşmasında birçok faktör rol oynamaktadır. Yapılan bir çalışmada, pediatri hemşirelerine göre ilaç hatası nedenleri olarak ilk sırada gelen nedenin “ilaç uygulaması sırasında hemşirenin ilgisinin dağılması ve uygulanan işin kesintiye uğramasının” (%50) olduğu belirlenmiştir. Hemşireler, ilaç hatasının diğer nedenleri arasında hasta hemşire oranını (%37), uygulanacak ilacın miktarını (%35) ve ilacı iki kere kontrol etmemeyi (%28) belirtmişlerdir.⁷³

Ayrıca ilaç kullanımında annelerin sıklıkla en çok görülen yanlışları arasında fazla ya da eksik ilaç dozu verilmesi, doz süresinin iyi ayarlanmaması, ilacın başka ilaç ve maddelerle bilinçsiz şekilde karıştırılması, uygun olmayan koşullarda saklanması, ilacın erken kesilmesi sayılabilir.⁶⁵

Pediyatrik ilaç hataları konusunda yapılan çalışmalarda hata sıklıkları 100 ilaç istemi için %4.5-5.7 arasında bulunmuştur.⁷⁴ Schneider ve ark.⁷⁵ pediyatrik yoğun bakım biriminde ilaç hazırlama ve uygulamaları konusunda yaptıkları çalışmada en sık rastlanan hataların zaman (%32.4), yanlış uygulama tekniği (%32.4) ve hazırlama hataları (%23.0) olduğu gösterilmiştir.

Alparslan ve Erdemir⁷⁶ araştırmasında, oral-parenteral toplam 641 antibiyotiğin çocuk hastalara uygulanışı izlenmiştir. 641 ilaç uygulamasında 533 ilaç uygulama hatası gözlemlenmiştir.

İlaç uygulamalarında hataları önlemek ve çocuklara güvenli şekilde ilaç vermek için “sekiz doğru” ilkesi büyük önem taşır.^{16,55,65,77}

1. Doğru ilaç: Hemşirenin, ilacı ilk üreten fabrikanın verdiği ad ve ticari adını (ilaçı yapan ve satan firmanın verdiği ad) bilmesi gerekir. İlaç kullanılmadan önce adı ve dozu üç kez kontrol edilmelidir.

2. Doğru doz: İlaç dozu çocuklarda, vücut ağırlığı (kg) ya da vücut yüzeyine (metrekare) göre verilecek ilaç miktarı temel alınarak hesaplanır. Tüm ilaçların doğru olarak ölçülmesi önemlidir. 1 ml’den daha az miktardaki ilaçları ölçmek için tüberkülin enjektörü kullanılmalıdır.

3. Doğru yol: İlacın hangi yolla verilmesinin önerildiği, bu veriliş yolunun ilaç için uygun olup olmadığı ve çocuğun ilacı önerilen yolla alabilme durumu kontrol edilir.

4. Doğru çocuk: Her hastanenin hastayı tanımlamada kullandığı bir yöntem vardır. Çocuğun kimliğini belirlemek için el ve ayak bileğine kimlik kartı takılabilir. Hataları önlemek için çocuğun adı iki kez kontrol edilmelidir.

5. Doğru zaman: Küçük çocuklara ilaç verme genellikle yetişkinlere ilaç vermekten daha uzun zaman alır. Bu nedenle, bir önceki ilaç dozunun zamanında verilip verilmediği kontrol edilmelidir. Eğer önceki ilaç dozu zamanında verilmemiş ise, ilaç programı uygun şekilde değişir.

6. Doğru yaklaşım: Çocuklara ilaç verirken, onların korkuları, güçsüzlüğü ve baş etme yöntemleri, çeşitli gelişim aşamalarına göre dikkate alınır.

7. Doğru bilgilendirme: Çocuğa ve ailesine, ilacın hangi amaçla verildiği, beklenen etkileri, ne kadar süreyle alınacağı ve yan etkilerinin neler olduğu anlatılmalıdır. Böylece önerilen ilaçların daha güvenli şekilde kullanılması sağlanabilir.

8. Doğru kayıt: İlaç verildikten sonra hemşire gözlem formuna ilacın adı, dozu, veriliş saati ve uygulama yolu kaydedilir. İlacı veren hemşire adını yazar ve imzasını atar.^{16,55,65,77}

2.2.2. Hastane Enfeksiyonları

Dünyada ve ülkemizde modern tıbbın en önemli sağlık problemleri arasında yer alan hastane enfeksiyonları (HE), daha geniş ve güncel anlamıyla “sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar” öngörülebilir, kontrol edilebilir bir sorundur.⁷⁸ Hastane enfeksiyonu; herhangi bir enfeksiyon hastalığı kuluçka döneminde olmayan ve enfeksiyonu bulunmayan hastada, hastaneye yatışından itibaren 48-72 saat sonra veya taburcu olduktan 10 gün sonrasına kadar geçen sürede enfeksiyon oluşmasıdır.⁷⁹

HE, hastanın hastanede yatış süresini uzatır, morbidite ve mortaliteyi artırır, hastanın yaşam kalitesini bozar, iş gücü ve üretkenlik kaybına yol açar ve maliyette artışa neden olur. Bu açıdan bakıldığında HE sağlık hizmet kalitesinin önemli bir göstergesidir.^{1,2,10} Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40'ının önlenabilir olduğunu⁴⁹ ve her hastane enfeksiyonun temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hata olarak kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedir.²⁶

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda, hastanede yatan hastaların %3.1–14.1'inde hastane enfeksiyonu geliştiği tespit edilmiştir.⁷⁸ DSÖ'nün dünyada her yıl ortalama 190 milyon kişinin hastanelere yattığını bunların %5'inde hastane enfeksiyonu ortaya çıktığını bildirmektedir. Amerika'da yılda 1.7 milyon HE gerçekleştiği ve 99.000 ölümün HE'ye bağlı olduğu tahmin edilmektedir. İngiltere'de her yıl ortalama 100.000 hastane enfeksiyonu vakası görülmekte ve tüm ölümlerin %1'inin doğrudan, %3'ünün ise dolaylı olarak hastane enfeksiyonu ile ilgili olduğu düşünülmektedir.¹⁰

ABD’de Center of Diseases Control (CDC- Hastalıklar Kontrol Merkezi) adli araştırma merkezinin hastane enfeksiyonlarıyla ilgili yaptığı araştırmalara göre Amerika’da her yıl 103 bin, Kanada’da ise 12 bin kişi hastane enfeksiyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir.⁷⁹

DSÖ’nün Avrupa, Doğu Akdeniz, Güney Doğu Asya ve Batı Pasifik olmak üzere dört bölgesinde 14 ülkede, 55 hastanede yapılmış olan bir prevalans çalışmasında yatan hastaların ortalama %9’unda hastane enfeksiyonu geliştiği saptanmıştır. En yüksek hastane enfeksiyonu sıklığı Doğu Akdeniz ile Güney Doğu Asya Bölgelerinde sırasıyla %10 ve %12 arasında tespit edilmiştir. Bu değer Avrupa’da %8, Batı Pasifik’de %9 olarak saptanmıştır.⁸⁰

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hastane enfeksiyonu önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıklı verilere ulaşılmasında birtakım sıkıntılar bulunmakla birlikte, Türkiye’de hastane enfeksiyonlarının oranının %5–15 arasında değiştiği kabul edilmektedir. Özellikle son yıllarda yaşanan bebek ölümleri Türkiye’de medyanın konuya olan ilgisini de arttırmıştır.⁸⁰

Türkiye’de ise 1994-1998 yılları arasında aktif süreyans çalışmalarına katılan 16 hastaneyi içine alan bir çalışmada hastane enfeksiyon hızının %1 ile %16.5 arasında olduğu tespit edilmiştir.¹⁰ Günay⁸¹ 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. Dağlı⁸² Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım ünitelerindeki enfeksiyon hızını %49.7 olarak saptamıştır. HE hızı erişkinlerde yaşla beraber artarken, çocuklarda yaşla ters orantılı olarak yükselir. Bir yaş altındaki çocuklarda HE %7-9 iken, ilk 10 yaşta %1.5-4 bulunmuştur.⁷⁸ Erişkinlerde en sık görülen HE, üriner sistem enfeksiyonu, çocuklarda en sık görülen HE, kan dolaşımı enfeksiyonlarıdır.⁸³

Hastane enfeksiyonlarının ortaya çıkmasına neden olan başlıca risk faktörlerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

1. Hastanede yapılan girişimsel tedavi uygulamaları: Hastanede kullanılan alet solüsyonları, üriner ve vasküler kateterler, buhar makineleri, respiratörler, ventilatörler, laringoskop, enjektör vb. birçok 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.¹⁰

2. Temizlik kurallarına dikkat edilmemesi: Hastane çalışanlarının, hastanın ve hasta yakınlarının kişisel el ve vücut temizliklerine dikkat etmemesi, hastane binasının ve tüm araç ve gerecin temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinin yetersiz olması, mutfak ve çamaşırhane gibi destek hizmetlerinde gerekli temizlik kurallarına uyulmamasıdır.¹⁰

Yapılan çalışmalarda sağlık personelinin el yıkama protokollerine uyumsuzluğu bilgi ve motivasyon eksikliğine bağlanmakta, iş yükü fazlalığı, alt yapıdaki el yıkama ve kurulama ajanlarındaki eksikliğin enfeksiyon riskini daha da arttırdığı belirtilmektedir.⁸³

3. Fiziki yetersizlikler: Hastane binası ve tesisat sisteminin, hijyenik bir tedavi-bakım hizmeti sunulmasına imkân vermemesidir.⁸⁰

4. Personel yetersizliği: Hasta yoğunluğuna nazaran, tedavi, bakım ve temizlik hizmetlerinde çalışan hastane personelinin sayı ve nitelik olarak yetersiz olmasıdır.⁸⁰

Özçetin ve ark.⁸³ yaptıkları çalışmada hemşire başına düşen hasta sayısının artması ile hastanede yatış süresinin uzadığını ve dolayısı ile hastane enfeksiyonları sıklığının arttığını saptamıştır.

İstanbul Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitesi'nde yürütülmüş bir çalışmada, iki hastaya bir hemşire düşecek şekilde bir çalışma düzeni sağlandığında ve birimdeki

temizlik elemanı sayısı artırıldığında başta kan dolaşımı enfeksiyonları olmak üzere tüm hastane enfeksiyonlarında önemli azalmalar sağlanabildiği ileri sürülmüştür.⁸⁰

Çocuklarda immün sistem erişkinlere göre daha immatürdür. Erişkinler aşılama veya geçirilmiş enfeksiyonlar sayesinde hastane ortamında bazı patojenlerden etkilenmezken, aynı patojenler çocuklarda enfeksiyon nedeni olabilirler. Bu nedenle çocuklarda HE etkeni olarak viral enfeksiyonlar erişkinlere göre daha fazla görülür.⁸⁴

İmmün sistemi baskılanmış çocuklar HE için daha risklidir. Yenidoğanlar bunun için tipik bir örnektir. Yenidoğanda immün sistemde yetersizlik olduğundan enfeksiyonlara yanıt verme yeteneği düşüktür.⁸³

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi bir ekip işidir. Önlemler, tüm çalışanların enfeksiyonlar konusunda tam ve doğru bilgi almaları, bu bilginin davranışlara yansması, uygulamalardaki dikkat ve yeterlilik sonucunda amacına ulaşabilir. Hastane enfeksiyon oranları doğrudan yatak başı bakım verenlerin davranışlarına bağlıdır. Sağlık personelinin enfeksiyon kontrolündeki kendi hataları ile enfeksiyon oranları arasındaki ilişkiyi görmesi önemlidir.¹⁰

2.3.3. Düşmeler

Hastaların düşme sonucu yaralanması, hastanede çalışan hemşirelerin sıklıkla karşılaştığı şikayet ve dava nedenlerinden biridir.⁵³ Sağlık Bakım Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAOH) 2006 yılındaki raporunda 271 düşme vakası bildirmiştir. Bu da tıbbi hataların %5.8'ini oluşturmaktadır. Düşmenin engellenmesi uluslar arası hasta güvenliği hedeflerinden birisidir.⁸⁵ Düşmeler istenmeyen olaylar arasında, istatistiki olarak 6. sırada ve %6.1'lik bir oranda yer almaktadır. Düşmeler, sonuçları düşünüldüğünde önlenmesi gereken en önemli istenmeyen olaylar arasındadır.⁸⁶

JCI, ABD’de istenmeyen olayları belirlemek amacıyla, Ocak 1995-Aralık 2002 tarihleri arasında, incelediği 4064 istenmeyen olaydan, 224’nün hasta düşmeleri olduğunu belirlemiştir.¹³

Krauss ve ark.⁸⁷ çalışmasında, her 1000 hastadan 2.2’si ile 9.1’nin düşme ile karşılaştığı belirtilmektedir.

Düşme riskini arttıran nedenler; hastane ortamının yabancı olması, vücut aktivitelerinde meydana gelen değişiklikler, yaşlılık, demans, görme ve işitme kaybı, kas gücünün azalması gibi fiziksel rahatsızlıklar, zihinsel problemler veya tedavi sürecidir.⁵³ 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.¹⁰

Sezgin’in¹³ araştırmasında, hemşirelere düşme nedenlerini belirlemeye yönelik anket uygulanmıştır. Anket sonucunda, hasta düşmelerinin nedenleri olarak hastanın bilinç durumu %76.5, fiziksel durumu %59.8, refakatçi olmaması %53.1, kenarlık ve parmaklık kullanılmaması %51.2, bozuk yataklar, alarm ve kenar parmaklıkları %49.6 olarak belirlenmiştir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada düşmelerin 3. sıradaki nedeni olarak refakatçinin bulunmaması gösterilmiştir. Bu durum, ülkemizde, sağlık personeli yetersizliğine bağlı olarak, refakatçilerin, sağlık personelinin işlevlerini yerine getirmeye çalıştıkları ancak bu durumun düşme vakalarını önleyemediği görülmektedir.¹³

Hastaların hastane ortamında düşmesinin tamamen önlenemeyeceği ancak uygulanacak etkin koruyucu önlemler ile en aza indirilebileceği belirtilmektedir.⁸⁸ Bu anlamda, en yaygın yaklaşımın, öncelikle hastalarda düşmeye eğilimi belirleyen risk düzeyinin tanınması olduğu görülmektedir

Hemşirenin sorumluluğu, yatan her hastayı düşme riski açısından değerlendirip, yüksek riskli olan hastayı belirlemektir ve yüksek düşme riski olan hastalar için düşme riski açısından kurumun belirlemiş olduğu prosedürleri uygulayarak hastaya bakım vermektir.⁸⁵

Savcı ve ark.⁸⁹ çalışmasında, düşme riski yüksek hastaların yataktan düşmelerini önlemek için alınan hemşirelik önlemlerinin arasında ilk sırada hastanın yanında refakatçi bırakmanın (%74.5) yer aldığı ve daha sonra, yatak kenarlığının yükseltilmesi (%60), direktifle sedatif ilaç uygulama (%17.3) ve fiziksel tespit edici kullanma (%7.3) olduğu görülmektedir.

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.¹⁰

2.2.4. Hastanın İzlenmesi ve Malzeme Cihaz Güvenliğinden Kaynaklanan Hatalar

Gelişmiş çoğu ülkede yetersiz hasta izlemleri, hatalı uygulamalara ilişkin davaların, en sık rastlanılan nedenlerindendir. Yetersiz izleme bağlı hataları en aza indirmek için istemler açık ve okunabilir bir şekilde yazılmalı ve izlem sıklığı net olarak belirtilmelidir.⁸

Hastaların durumlarının yeterince izlenmemesi ve değerlendirilmemesi hemşireleri yasal durumla karşı karşıya getiren en önemli hatalardan biridir.⁴⁶

Yanlış ya da uygun olmayan malzemelerin kullanılması hasta sonuçlarını doğrudan etkileyerek tedavi ve bakımın yanlış yönlendirilmesine ve hastanın zarar görmesine neden olabilir. Güvenli malzeme kullanımı hasta güvenliği kapsamındadır.⁴⁶ Uygun olmayan malzeme kullanımı hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getirebilir. Tüm tıbbi cihazların düzenli bakım ve kalibrasyonlarının yaptırılması, kullanılan tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi, sterilizasyon sürelerinin kontrol edilmesi, yeterli araç, gereç ve sarf malzemesinin temin edilmesi, tüm sarf malzemelerin kullanıcı tarafından uygunluğunun verilmesi, uygun ebatta malzemeler seçilmesi yanlış veya uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hataların önlenmesinde önemlidir.^{46,53}

2.2.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Hemşire, bakım verirken, tedavileri uygularken, sağlık ekibinin diğer üyelerinden farklı olarak her an hasta ile iletişim içerisinde. Hemşire, iletişimi hasta bireyi tanımak, bakım ihtiyaçlarını, öncelikleri belirlemek ve bu veriler doğrultusunda uygulamalarını yaparak sonucu değerlendirmede bir araç olarak kullanır. Etkili ve doğru iletişim, hemşirenin hastası ile ilişkilerinde kabullenme ve güven duygusunun geliştirilmesi hastanın psikososyal bütünlüğünün ve başarılı bir hemşirelik bakımının sağlanması için gereklidir.⁹⁰

ABD’de 2009 yılında ortaya çıkan 40.000’den fazla tıbbi hatanın ana nedeninin %60-80 oranında etkisiz iletişim ve ekip çalışması yetersizliği olduğu görülmüştür.⁹¹

Sağlık ekibi üyeleri arasında hasta bakımına ilişkin iletişim kopukluğu hatalı uygulamalara neden olmaktadır.^{46,92} Yapılan çalışmada hemşirelerin hastanede meydana gelen hataların %83.1’inin iletişim kaynaklı olduğuna inandıkları bulunmuştur.⁹³

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.^{7,8}

Sağlık hizmetleri alanında iletişimde kullanılan sözel olmayan yöntemler içerisinde en önemli ve en etkili olan dokunma, sözel olmayan iletişim yollarından biri olarak kabul edilmektedir. Hemşireler dokunma yoluyla hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, içtenlik, empati, saygı, destek, anlayış ve yardıma isteklilik gibi mesajları iletirler.⁹⁰

Bakım verenler arasındaki iletişimin artırılması için kurumsal bir yaklaşım geliştirilmelidir. İletişim hatalarının engellenmesinde; sözel/telefon direktifleri ile ilgili politika ve yöntemlerin belirlenerek kurum çalışanlarına bildirilmesi ve hasta ile ilgili bilgilerin yazılı olması önemle üzerinde durulan konular arasındadır.⁴⁶

2.3. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar

Hemşireler, sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile ilgili işlevlerinde topluma sağlık eğitimi vermek, hekimin öngördüğü uygulamaları yapmak ve hastanın yerine getiremediği günlük bakımı hasta iyileşinceye kadar sağlamakla sorumludurlar. Bunları yaparken hemşireler, hastaya zarar verecek uygulamalardan kaçınmak ve başkalarının verebileceği zararları önleyici girişimlerde bulunmakla yükümlüdürler.⁸

Sağlık bakım sisteminde, hemşirenin sorumlulukları sürekli olarak artmakta ve değişmektedir. Hemşire sorumluluklarını, kişisel felsefesini hemşirelik felsefesine uyarlayarak, mesleki eğitimle edindiği bilimsel bilgileri, becerileri, etik kuralları, insan sevgisini ve insan haklarına inancını ortaya koyarak yerine getirir. 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.¹⁰

Hemşirelikte etik ilkelere yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri birbirleri ile güçlü bir ilişki içindedir. Sağlık çalışmalarında bireye yarar sağlama ilkesi ön planda tutulurken, zarar vermeme ilkesi hiçbir zaman göz ardı edilmemelidir.⁹⁴

Yararlılık ilkesi doğrultusunda, hemşire hasta ilişkisinde hemşirenin yalnızca hastaya zarar vermekten kaçınmakla kalmayıp, ayrıca zararı önleme, ortadan kaldırma ve hastanın iyiliğini sürdürmesi öngörülmüştür.⁹⁵

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.¹⁰

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 ayıramamakta 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.^{1,10}

ABD'deki verilere bakıldığında, 1998 yılında hemşirelere açılan malpraktis dava sayısı 253 iken, 2001'de bu sayı 413'e kadar yükselmiştir. 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.⁸

2.4. Çocuk Hemşireliğinde Tıbbi Hatalar

Pediyatrik hasta güvenliğinin dinamik ve kompleks bir konu olmasında çocukların fizyolojik ve gelişimsel özellikleri etkilidir. Büyüme ve gelişme hayatın ilk birkaç yılı boyunca çok hızlıdır ve olgunlaşma geç çocukluk çağı boyunca yavaş bir hızla devam etmektedir. Bu durum çocukların bilişsel ve fiziksel gelişimleri nedeniyle hata riskini artırmaktadır. Diğer taraftan çocuklar, özellikle küçük ve sözel iletişim kuramayanlar, sağlık gereksinimlerinin karşılanması için yetişkinlere bağımlıdır. Bu farklılıklar, uygulama hatalarının çocuklarda erişkinlere kıyasla daha fazla oranda olmasında etkilidir.^{16,72}

Hasta güvenliğinin oluşturulmasında klinik farklılıkların dikkate alınması gerekir. Çocuk klinikleri hasta güvenliği konularında daha fazla çaba harcanması gereken birimlerdir. Hastane, bebek ve çocuk için alışlageldiğı çevreden farklı bir ortam olup, sağlığa karşı bir tehlike ve onları belirli bir süre normal çevresinden, fonksiyonlarından alıkoyan bir tehdittir. Bu nedenle, güvenli ve olumlu yönde etkileyici fiziksel bir çevrenin varlığı bebek ve çocuğı fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkilediğı, iyileşme ve hastanede kalış sürecini kısalttığı bilinmektedir.^{51,52}

Hemşirelikte malpraktis; hemşirelik bakımı sırasında standart uygulamanın yapılmaması sonucu hastanın zarar görmesidir. Hasta çocuk ve ailesinin zarar görmesini önlemek ve yasalar karşısında kendisini korumak için çocuk hemşirelerinin malpraktis riskini arttıran durumları bilmesi ve gerekli önlemleri alması büyük önem taşımaktadır.

Çocuk hemşiresi malpraktis riskini azaltmak için, iyi bilmediğı bir ilacı uygulamaktan kaçınmalı, ilaç hakkında güvenli bir kaynağı başvurarak bilgi almalı, hatalı olduğunu düşündüğü ilacı order eden hekimle görüşmelidir.⁹⁶

Sağlık çalışanları insanlara yardım etmeye çalışırken daima çok düşük de olsa zarar verme riski yaratmaktadırlar. Örneğin bağışıklama programlarında aşı uygulaması kısa süreli ağrıya neden olur, ancak uzun dönemde sağlık için yarar sağlar.⁹⁵

Hemşirenin hasta savunuculuğu rolü de yararlılık ilkesi lehine davranışı zorunlu kılar. Bu rol hasta çocuklar ile çalışan hemşireler açısından daha da önemlidir. Çünkü çocuklar bilişsel ve entelektüel düzeylerinin yeterli olmaması nedeniyle haklarını koruyamazlar. Ayrıca tedavi için çocuğun hastanede kalma süreci, eğer dikkatle ele alınmazsa, çocukta fiziksel ve ruhsal travmaya da neden olabilir.⁹⁵

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Trabzon il merkezinde faaliyet gösteren Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Tıp Fakültesi Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Özel Karadeniz Hastanesi, Özel İmperial Hastanesi ve Özel Yıldızlı Güven Hastanesi'nin çocuk kliniklerinde Eylül 2011- Eylül 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Trabzon il merkezindeki hastanelerin çocuk kliniklerinde görev yapan 197 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmanın evreni aynı zamanda örneklemini oluşturmuştur. İlgili kliniklerde çalışan tüm hemşireler araştırmaya katılmayı kabul etmiş ancak araştırmanın yürütüldüğü tarihte başka bir kuruma nakil oldukları için 2 hemşireye ulaşılamamıştır. Araştırma, toplam 195 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırma Yapılan Hastanelerin Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşire Sayısı

	Hemşire
Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Tıp Fakültesi Hastanesi	73
Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	17
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	55
Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi	8
Özel Karadeniz Hastanesi	15
Özel İmperial Hastanesi	14
Özel Yıldızlı Güven Hastanesi	13
Toplam	195

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler

- Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu)
- Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri (meslekte çalışma süresi, bulunduğu klinikte çalışma süresi, halen çalışmakta olduğu klinik, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, çalıştıkları vardiyalar, günlük bakım verilen hasta sayısı, görev yaptığı kurum ve meslekten memnuniyet düzeyleri) bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

Bağımlı Değişkenler

Malpraktise Eğilim Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan “*Kişisel Bilgi Formu*” ve “*Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği-Malpraktise Eğilim Ölçeği (MEÖ)*” kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Verilerin toplanmasında kullanılan “*Kişisel Bilgi Formu*” çocuk kiniklerinde çalışan hemşirelerin hatalı uygulama eğilimleri ve etkiyen faktörleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür^{1,2,10,52} incelenmesi sonucu hazırlandı (EK- 2). Bu formda hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 6 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu algısı), çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile ilgili 8 soru (meslekte çalışma süresi, bulunduğu klinikte çalışma süresi, halen çalışmakta olduğu klinik, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, çalıştıkları vardiyalar, günlük bakım verilen hasta sayısı, görev yaptığı kurum) ve meslekten memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik toplam 15 soru yer almaktadır. Bu sorulardan “yaşınız” ve “halen çalışmakta olduğu klinik” açık uçlu olup, diğerleri kapalı uçlu sorudur. Meslekten memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik soruyu araştırmaya katılanlar; 1-Hiç memnun değilim, 2-Memnun değilim, 3-Kararsızım, 4-Memnunum ve 5-Çok memnunum şeklindeki seçeneklerden birini işaretleyerek yanıtlamışlardır.

3.5.2. Malpraktise Eğilim Ölçeği

Hasta bakımında doğrudan görev alan sağlık personelinin (hemşire, ebe, ATT) tıbbi hata yapmaya eğilim düzeylerini ölçmek amacıyla Özata ve Altunkan¹ tarafından geliştirilerek, geçerlilik ve güvenirliliği test edilmiştir (EK-3).

Ölçek 5 alt boyuttan oluşmuştur. Bunlar İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları (18 madde), Enfeksiyonların Önlenmesi (12 madde), Düşmelerin Önlenmesi (5 madde) ,

Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği (9 madde) ve İletişim (5 madde) alt boyutlarıdır. Sorulara verilen cevaplar 5’li likert tarzda derecelendirilmiş ve 49 maddeden oluşmuştur. Katılımcılar maddeleri; “1-hiç, 2-çok nadir, 3-zaman zaman, 4-genellikle ve 5-her zaman” şıklarından birini işaretleyerek cevaplandırmaktadır. Ölçeğe sırasıyla 1 ile 5 arasında puan verilmiş ve puan ranjı 49-245 olarak belirlenmiştir. İstenirse bu oranın madde sayısına da bölünebileceği bildirilmiştir. Bu araştırmada oranların madde sayısına bölünerek hesaplandığı bu yöntem kullanılmıştır. Değerlendirme yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapma eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.¹

Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0.95, ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu için 0.96, hastane enfeksiyonları alt boyutu için 0.93, düşmelerin önlenmesi alt boyutu için 0.88, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu için 0.89, iletişim alt boyutu için 0.85 olarak bulunmuştur.¹ Bu çalışmada ise ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt ölçeği Cronbach alpha katsayısı 0.89, hastane enfeksiyonları alt ölçeği Cronbach alpha katsayısı 0.78, hasta izlemi ve malzeme güvenliği Cronbach alpha katsayısı 0.83, düşmeler alt ölçeği Cronbach alpha katsayısı 0.87, iletişim alt ölçeği Cronbach alpha katsayısı 0.81 ve toplam ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı veri toplama işlemine başlamadan önce, hemşirelere kendini tanıtmış ve araştırmanın amacını açıklamış, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere veri toplama aracının nasıl doldurulacağı anlatılmıştır. Veri toplama aracı, hemşirelerin çalıştıkları ortamda uygun oldukları zamanda yüz yüze görüşülerek

doldurulmuştur. Her bir hemşire için veri toplama süresi yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır.

- Verilerin değerlendirilmesinde hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ve meslekten memnuniyet düzeylerini incelemek amacıyla yüzdelik dağılım ve ortalama,

- Ölçek puanlarının belirlenmesi amacıyla ortalama,

- Ölçek puanlarının bazı değişkenlerden etkilenme durumunu incelemek amacıyla parametrik koşulların sağlandığı durumlarda bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi, parametrik koşulların sağlanmadığı durumlarda Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi,

- Hemşirelerin yaşları ile Malpraktise Eğilim Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

- Ölçek maddelerinin iç tutarlılığını belirlemek amacı ile Cronbach alfa katsayı hesaplaması uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

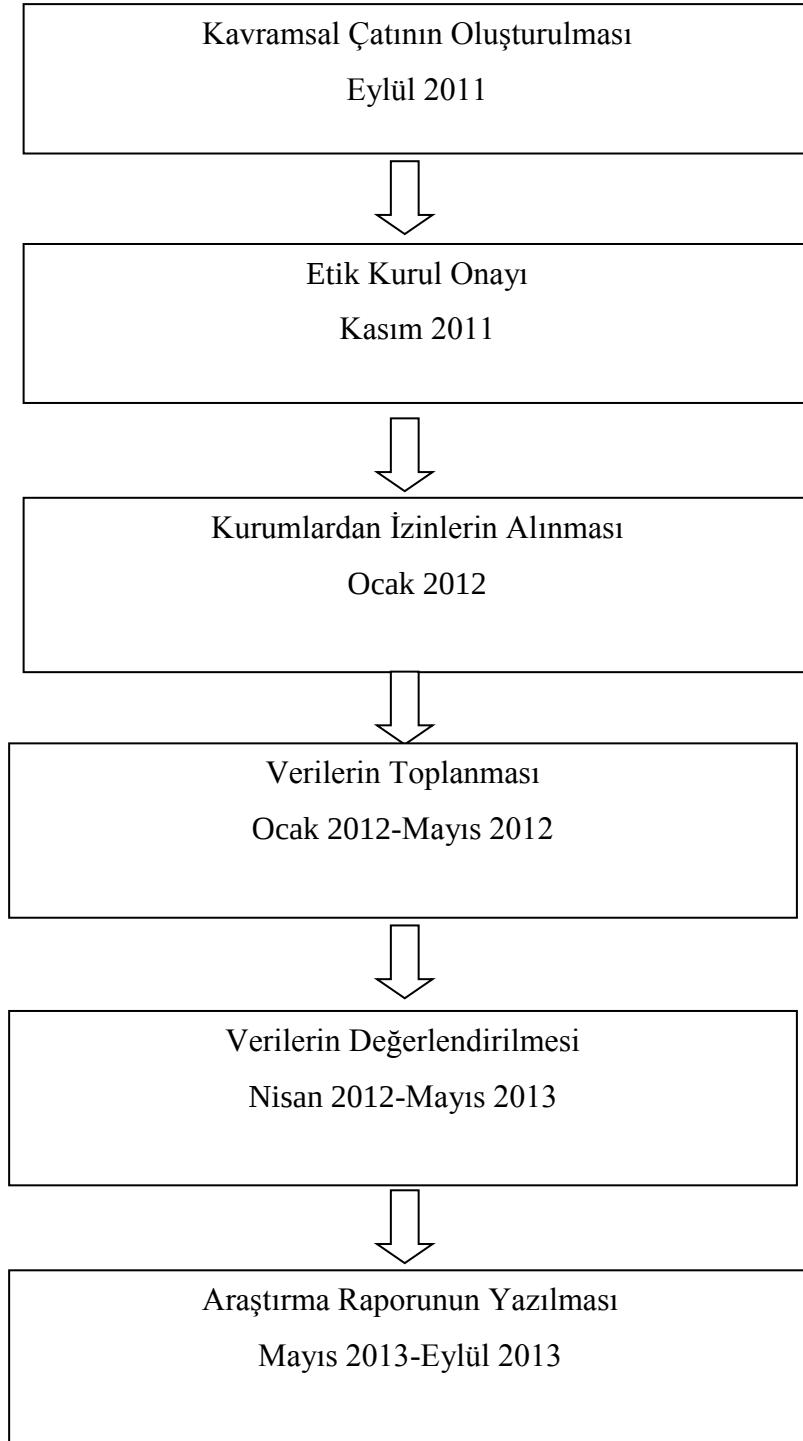
Araştırmadan elde edilen bilgiler Trabzon il merkezindeki tüm hastanelerin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere genellenebilir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan yasal izinler alındı. 16.11.2011 tarih ve 2011.5.1/8 numaralı etik kurul kararı ile çalışmaya başlandı (EK-5). Araştırmanın verilerini toplamak için Sağlık İl Müdürlüğü'nden ve belirlenen hastanelerdeki idarecilerden yazılı ve sözel izinler alındı (EK-6).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hemşirelere, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesi yerine getirildi. Bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra gizli tutulacağı söylenerek ”Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de “*Özerkliğe Saygı*” ilkesi ve genel olarak “Zarar Vermeme/Yararlılık” etik ilkeleri yerine getirilmiştir.⁴⁸ Ayrıca anket uygulamasının bitiminden sonra hemşirelerin soruları cevaplandırılarak konu ile ilgili bilgiler verilmiştir.⁹⁷

3.10. Araştırma Planı



Şekil 3.1. Araştırmanın adımları ve zamanlaması

4. BULGULAR

Bu bölümde çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin hatalı uygulama eğilimleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
21-46	195	$\bar{X}:29.78\pm6.71$
Cinsiyet		
Kadın	190	97.4
Erkek	5	2.6
Medeni Durum		
Evli	108	55.4
Bekar	87	44.6
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	90	46.2
Hayır	105	53.8
Gelir Durumu		
Algısı		
İyi	45	23.0
Orta	145	74.4
Kötü	5	2.6
Eğitim Düzeyi		
Lise	49	25.1
Lisans	141	72.3
Yükseklisans-Doktora	5	2.6
Toplam	195	100.00

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur. Elde edilen verilere göre hemşirelerin ortalama 29.78 ± 6.71 yaşında (n:195, yaş aralığı 21-46) olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %97.4’ünün kadın, %55.4’ünün evli olduğu ve evli olanların %46.2’sinin çocuk sahibi

olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %74.4'nün kendi gelir durumlarını “orta” olarak ifade ettiği belirlenmiş ve %72.3'ünün lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin bulgular incelendiğinde; meslekte çalışma süresi açısından %49.2'sinin (n=96) 0-5 yıldır bu mesleği yaptığı ve %64.1'nin (n=125) aynı klinikte 0-5 yıldır çalıştığı bulunmuştur (Tablo 4.2).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurum incelendiğinde %40'nin (n=78) devlet hastanesinde çalıştığı saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin %86.7'sinin (n=169) vardiya şeklinde ve %54.4'ünün (n=106) 40 saat çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Hemşirelerin %55.9'unun (n=109) aylık 6-10 nöbet şeklinde çalıştığı, %46.7'sinin (n=91) günlük 16-20 hastaya bakım verdiği, %45.1'nin (n=88) halen yenidoğan yoğun bakım+ yenidoğan servisi+ süt çocuğu servisinde çalışmakta olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3'de çalışmaya katılan hemşirelerin meslekten memnuniyet düzeyleri görülmektedir. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu (%49.7) mesleğimden memnunum yanıtını verenler oluşturmaktadır. Meslekten memnuniyet ile ilgili herhangi bir kararı olmayanların oranı %23.6 iken, memnun değilim diyenlerin oranı %14.4 tür. Meslekten hiç memnun olmayanlar tüm katılımcıların %8.7'sini ve çok memnun olanlar %3.6'sını oluşturmaktadır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	Sayı	%
Meslekteki Çalışma Süresi		
0-5 yıl	96	49.2
6-10 yıl	37	19.0
11-15 yıl	43	22.1
16 yıl ve üstü	19	9.7
Bulunduğu Birimde Çalışma Süresi		
0-5 yıl	125	64.1
6-10 yıl	34	17.4
11-15 yıl	20	10.3
16 yıl ve üstü	16	8.2
Çalıştığı Kurum		
Devlet Hastanesi	78	40.0
Üniversite Hastanesi	73	37.4
Özel Hastane	44	22.6
Çalışma Şekli		
Gündüz	26	13.3
Vardiya	169	86.7
Haftalık Çalışma Saati		
40 saatten fazla	89	45.6
40 saat	106	54.4
Aylık Nöbet Sayısı		
1-5 nöbet	59	30.3
6-10 nöbet	109	55.9
Nöbet yok	27	13.8
Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısı		
6-10 hasta	21	10.8
11-15 hasta	54	27.6
16-20 hasta	91	46.7
21 ve üstü hasta	29	14.9
Halen Çalışmakta Olduğu Birim		
Çocuk Cerrahi	18	9.2
Adölesan+Çocuk Servisi	65	33.3
Çocuk Acil	9	4.7
Yenidoğan Yoğun bakım+Yenidoğan Servisi+Süt Çocuğu	88	45.1
Çocuk Onkoloji+Çocuk Enfeksiyon	15	7.7
Toplam	195	100.00

Tablo 4.3. Hemşirelerin Meslekten Memnuniyet Düzeyleri

Memnuniyet Derecesi	Sayı	%
Hiç Memnun Değilim	17	8.7
Memnun Değilim	28	14.4
Kararsızım	46	23.6
Memnunum	97	49.7
Çok Memnunum	7	3.6
Toplam	195	100.00

Tablo 4.4’de ölçeğin orijinalinde yer alan ve bu çalışma kapsamında bulunan hemşirelerin hatalı uygulama eğilim ölçeği puan ortalamaları ve ölçeğin genel / alt boyutlarına ilişkin Cronbach alpha değerleri gösterilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç ve transfüzyon uygulamaları puan ortalamaları 4.80 ± 0.25 , hastane enfeksiyonları puan ortalamaları 4.68 ± 0.34 , hasta izlemi ve malzeme güvenliği puan ortalamaları 4.47 ± 0.34 , düşmeler puan ortalamaları 4.18 ± 1.01 , iletişim puan ortalamaları 4.66 ± 0.57 bulunmuş olup, MEÖ toplam puan ortalaması 4.63 ± 0.31 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. MEÖ’ye İlişkin Sayısal Değerler

	Madde Sayısı	MEÖ’nin Alt ve Üst Değerleri	Çalışmanın Alt ve Üst Değerleri	$\bar{X} \pm SS$	Cronbach Alfa
MEÖ	49	1-5	3.41-5.00	4.63 ± 0.31	.913
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18	1-5	3.78-5.00	4.80 ± 0.25	.895
Hastane Enfeksiyonları	12	1-5	3.08-5.00	4.68 ± 0.34	.781
Hasta İzleme ve Malzeme Güvenliği	9	1-5	2.78-5.00	4.47 ± 0.52	.831
Düşmeler	5	1-5	1.00-5.00	4.18 ± 1.01	.878
İletişim	5	1-5	1.00-5.00	4.66 ± 0.57	.816

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre hatalı uygulama eğilim ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar açısından cinsiyete göre gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin medeni durumlarına göre ölçeğin alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar incelenmiş ve evli olan hemşirelerin en yüksek puanı (4.83 ± 0.23) ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutundan, en düşük puanı ise (4.25 ± 0.99) düşmeler alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin medeni durumlarına göre hastane enfeksiyonları, iletişim ve toplam puan açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre MEÖ puan ortalamaları incelendiğinde; çocuk sahibi olan hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamaları puan ortalamaları 4.85 ± 0.20 , hastane enfeksiyonları puan ortalamaları 4.74 ± 0.29 , hasta izlemi ve malzeme güvenliği puan ortalamaları 4.55 ± 0.48 olarak bulunmuş ve MEÖ toplam puan ortalaması 4.70 ± 0.28 olarak tespit edilmiştir. Çocuk sahibi olma durumuna göre düşmeler ve iletişim alt boyutları dışında diğer tüm puan ortalamaları açısından gruplar arasında önemli fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin maddi gelir algısı açısından yapılan sınıflandırma sonucu gelirini “kötü düzey” olarak ifade eden hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamaları puan ortalaması 4.84 ± 0.17 , hastane enfeksiyonları puan ortalaması 4.58 ± 0.27 , hasta izlemi ve malzeme güvenliği puan ortalaması 4.28 ± 0.77 , düşmeler puan ortalaması 4.12 ± 0.78 , iletişim puan ortalaması 4.60 ± 0.54 ve toplam MEÖ puan ortalamaları 4.57 ± 0.30 olarak bulunmuştur. Tüm ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre yüksek lisans - doktora mezunu olan hemşirelerin MEÖ toplam puan ortalamaları (4.68 ± 0.40) lise mezunu (4.66 ± 0.30) ve lisans mezunu (4.62 ± 0.31) olan hemşirelerden daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.5).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaşları ile ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve düşmeler alt boyut puan ortalaması dışında yaş ile tüm alt boyutlar ve toplam puan arasında pozitif yönde önemli bir ilişki saptanmıştır. ($p < 0.05$) (Tablo 4.6)

Tablo 4.5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	İlaç Ve Transfüzyon Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi Ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	Toplam
Cinsiyet						
Kadın	4.80±0.25	4.68±0.34	4.46±0.52	4.18±1.01	4.67±0.57	4.63±0.31
Erkek	4.80±0.25	4.75±0.43	4.57±0.54	4.40±0.74	4.60±0.48	4.68±0.40
Test ve p	MWU:463.0000 p:0.922	MWU:367.000 p:0.377	MWU:407.000 p:0.582	MWU:441.500 p:0.783	MWU:397.000 p:0.491	MWU:384.500 p:0.467
Medeni Durum						
Evli	4.83±0.23	4.72±0.31	4.53±0.51	4.25±0.99	4.75±0.40	4.68±0.28
Bekâr	4.76±0.28	4.62±0.38	4.39±0.53	4.10±1.02	4.56±0.71	4.57±0.32
Test ve p	t = 1.924 p:0.056	t = 1.009 p:0.048	t = 1.779 p:0.077	t = 1.069 p:0.286	t = 2.411 p:0.017	t = 2.503 p:0.013
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Evet	4.85±0.20	4.74±0.29	4.55±0.48	4.27±0.99	4.75±0.42	4.70±0.28
Hayır	4.76±0.29	4.63±0.38	4.39±0.55	4.11±1.02	4.59±0.66	4.58±0.32
Test ve p	t = 2.494 p:0.013	t = 2.254 p:0.025	t = 2.160 p:0.032	t = 1.068 p:0.287	t = 1.900 p:0.059	t = 2.776 p:0.006
Gelir Durumu Algısı						
İyi	4.78±0.28	4.65±0.35	4.44±0.50	4.41±0.72	4.67±0.40	4.64±0.26
Orta	4.80±0.25	4.69±0.35	4.48±0.52	4.12±1.09	4.67±0.61	4.63±0.32
Kötü	4.84±0.17	4.58±0.27	4.28±0.77	4.12±0.78	4.60±0.54	4.57±0.30
Test ve p	KW:0.009 df: 2 p:0.996	KW:1.443 df: 2 p:0.486	KW:0.705 df: 2 p:0.703	KW:1.394 df: 2 p:0.498	KW:1.256 df: 2 p:0.534	KW:0.549 df: 2 p:0.760
Eğitim Düzeyi						
Lise	4.84±0.17	4.70±0.33	4.48±0.56	4.29±1.07	4.59±0.84	4.66±0.30
Lisans	4.78±0.28	4.67±0.35	4.46±0.51	4.14±1.00	4.70±0.44	4.62±0.31
Yüksek lisans-Doktora	4.84±0.26	4.71±0.43	4.60±0.56	4.44±0.62	4.48±0.43	4.68±0.40
Test ve p	KW:0.844 df: 2 p:0.656	KW:0.924 df: 2 p:0.630	KW:0.736 df: 2 p:0.692	KW:1.876 df: 2 p:0.391	KW:2.376 df: 2 p:0.305	KW:1.384 df: 2 p:0.501

Tablo 4.6. Hemşirelerin Yaşları İle MEÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Yaş	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları		Hastane Enfeksiyonları		Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği		Düşmeler		İletişim		MEÖ	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
	0.206	p<0.05	0.141	p<0.05	0.170	p<0.05	0.033	p>0.05	0.147	p<0.05	0.193	p<0.05

Tablo 4.7. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerine Göre MEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	Toplam
Meslekteki Çalışma Süresi						
0-5 yıl	4.76±0.29	4.65±0.38	4.39±0.56	4.11±1.03	4.59±0.71	4.58±0.38
6-10 yıl	4.79±0.23	4.71±0.28	4.56±0.48	4.23±1.09	4.70±0.42	4.66±0.27
11-15 yıl	4.83±0.22	4.68±0.31	4.50±0.45	4.37±0.81	4.77±0.33	4.68±0.28
16 yıl ve üzeri	4.92±0.14	4.77±0.31	4.61±0.53	4.05±1.14	4.72±0.42	4.71±0.25
Test ve p	KW:10.045 df: 3 p:0.018	KW:2.533 df: 3 p:0.469	KW:5.660 df: 3 p:0.129	KW:3.140 df: 3 p:0.371	KW:0.532 df: 3 p:0.912	KW:4.481 df: 3 p:0.214
Bulunduğu Birimde Çalışma Süresi						
0-5 yıl	4.78±0.27	4.67±0.36	4.42±0.53	4.14±1.06	4.64±0.64	4.60±0.32
6-10 yıl	4.80±0.21	4.69±0.26	4.53±0.49	4.20±0.93	4.72±0.41	4.66±0.26
11-15 yıl	4.80±0.28	4.65±0.37	4.47±0.49	4.44±0.73	4.68±0.42	4.65±0.33
16 yıl ve üzeri	4.95±0.11	4.77±0.32	4.70±0.52	4.17±1.08	4.76±0.41	4.76±0.25
Test ve p	KW:12.931 df: 3 p:0.005	KW:2.475 df: 3 p:0.480	KW:7.461 df: 3 p:0.059	KW:1.329 df: 3 p:0.722	KW:0.888 df: 3 p:0.828	KW:4.467 df: 3 p:0.215
Görev Yapılan Kurum						
Devlet Hastanesi	4.85±0.21	4.70±0.35	4.55±0.48	4.24±0.96	4.79±0.33	4.69±0.28
Üniversite Hastanesi	4.71±0.30	4.61±0.35	4.36±0.53	4.22±0.81	4.57±0.51	4.56±0.32
Özel Hastane	4.85±0.20	4.75±0.31	4.49±0.57	4.03±1.34	4.60±0.88	4.65±0.31
Test ve p	F:7.990 df: 2 p:0.000	F:2.543 df: 2 p:0.081	F:2.457 df: 2 p:0.088	F:0.703 df: 2 p:0.496	F:3.336 df: 2 p:0.038	F:3.878 df: 2 p:0.022

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerine göre tüm ölçekten aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin meslekteki çalışma süresine göre ölçeğin alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar incelenmiş ve 16 yıl ve daha fazla çalışan hemşirelerin en yüksek puanı ilaç ve transfüzyon uygulamaları (4.92 ± 0.14) alt boyutundan, en düşük puanı ise düşmeler (4.05 ± 1.14) alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerine göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve çalışma süresi artıkça ilaç ve transfüzyon uygulamalarında hata yapma eğiliminin azaldığı tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.7).

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin bulundukları klinikte çalışma sürelerine göre ölçek puanları incelendiğinde; 16 yıl ve daha fazla aynı klinikte çalışan hemşirelerin en yüksek puan ortalamasının ilaç ve transfüzyon uygulamaları 4.95 ± 0.11 alt boyutundan aldıkları bulunmuştur. Hemşirelerin ölçeğin alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırılmış; hastane enfeksiyonları, hasta ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve toplam MEÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz ($p > 0.05$), ilaç ve transfüzyon uygulamaları puanları açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.7).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre ölçeğin alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar incelenmiş; devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin en yüksek puanı ilaç ve transfüzyon uygulamaları (4.85 ± 0.21) alt boyutundan ve toplam puandan aldıkları (4.69 ± 0.28) bulunmuştur. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, iletişim ve toplam puanlar açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7.a. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerine Göre MEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellik	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	Toplam
Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısı						
6-10	4.91±0.10	4.88±0.21	4.58±0.55	4.53±0.95	4.90±0.23	4.80±0.23
11-15	4.75±0.30	4.63±0.37	4.44±0.61	4.15±1.16	4.59±0.80	4.59±0.36
16-20	4.79±0.25	4.67±0.33	4.43±0.50	4.12±0.95	4.63±0.50	4.59±0.36
21 ve üstü	4.84±0.23	4.64±0.39	4.55±0.41	4.18±0.91	4.75±0.35	4.66±0.30
Test ve p	F:2.172 df: 3 p:0.093	F:3.056 df: 3 p:0.030	F:0.704 df: 3 p:0.551	F:0.930 df: 3 p:0.428	F:1.821 df: 3 p:0.145	F:2.753 df: 3 p:0.044
Halen Çalışmakta Olduğu Birim						
Çocuk Cerrahi	4.86±0.14	4.75±0.22	4.53±0.48	4.78±0.37	4.82±0.26	4.76±0.22
Adölesan+Çocuk Servisi	4.83±0.22	4.65±0.36	4.43±0.56	4.42±0.65	4.75±0.38	4.66±0.30
Çocuk Acil	4.75±0.33	4.54±0.40	4.56±0.44	4.44±0.56	4.64±0.45	4.62±0.37
Yenidoğan Yoğun bakım+Süt Çocuğu Servisi+Yenidoğan Servisi	4.79±0.27	4.72±0.35	4.49±0.51	3.85±1.28	4.57±0.73	4.60±0.32
Çocuk Onkoloji+Çocuk Enfeksiyon	4.65±0.34	4.57±0.26	4.34±0.55	4.28±0.42	4.69±0.42	4.54±0.32
Test ve p	KW:3.776 df: 4 p:0.437	KW:6.856 df: 4 p:0.144	KW:1.693 df: 4 p:0.792	KW:15.729 df: 4 p:0.003	KW:3.509 df: 4 p:0.477	KW:6.982 df: 4 p:0.137

Bir günde 6-10 hastaya bakım veren hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamaları (4.91 ± 0.10), hastane enfeksiyonları (4.88 ± 0.21), hasta izlemi ve malzeme güvenliği (4.58 ± 0.55), düşmeler (4.53 ± 0.95), iletişim (4.90 ± 0.23) ile MEÖ toplam (4.80 ± 0.23) puan ortalamaları en yüksek olarak saptanmıştır. Buna göre ölçeğin alt boyutlarından ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamasına karşın; hastane enfeksiyonları ve toplam MEÖ toplam puanları açısından önemli fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.7.a).

Hemşirelerin çalışmakta oldukları kliniğe göre yapılan incelemelerde çocuk cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının diğer kliniklerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın düşmeler dışında istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.7.a)

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma şekli açısından yapılan sınıflandırmaya göre gündüz çalışan hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamaları (4.81 ± 0.25), hastane enfeksiyonları (4.70 ± 0.38), hasta izlemi ve malzeme güvenliği (4.55 ± 0.49), düşmeler (4.23 ± 1.03), iletişim (4.79 ± 0.36) ve toplam MEÖ puan ortalamaları (4.67 ± 0.32) gece çalışan hemşirelerin puan ortalamalarına oranla daha yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7.b).

Çalışmaya katılan hemşirelerin haftalık çalışma saatine göre ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7.b).

Hemşirelerin aylık nöbet sayısı durumlarına göre ölçeğin alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.7.b).

Hemşirelerin meslekten memnuniyet düzeylerine göre hatalı uygulama eğilim ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında; meslekten memnun olan hemşirelerin en yüksek puanı (4.86 ± 0.20) ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutundan en düşük puanı ise (4.20 ± 1.09) düşmeler alt boyutundan aldıkları ve ölçeğin alt boyutlarından ilaç ve transfüzyon uygulamaları ve toplam MEÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.7.b. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerine Göre MEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellik	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	Toplam
Çalışma Şekli						
Gündüz	4.81±0.25	4.70±0.38	4.55±0.49	4.23±1.03	4.79±0.36	4.67±0.32
Vardiya	4.80±0.26	4.68±0.34	4.45±0.53	4.18±1.01	4.65±0.59	4.63±0.31
Test ve p	t = 0.198 p:0.843	t = 0.341 p:0.733	t = 0.823 p:0.411	t = 0.263 p:0.793	t = 1.173 p:0.242	t = 0.716 p:0.475
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	4.79±0.27	4.64±0.35	4.45±0.53	4.21±0.90	4.64±0.47	4.62±0.32
40 Saatten Fazla	4.81±0.24	4.72±0.33	4.48±0.52	4.16±1.13	4.70±0.67	4.65±0.30
Test ve p	t = 0.687 p:0.493	t = 1.558 p:0.121	t = 0.425 p:0.671	t = -0.353 p:0.725	t = 0.700 p:0.485	t = 0.780 p:0.437
Aylık Nöbet Sayısı						
1-5 Nöbet	4.78±0.24	4.65±0.37	4.49±0.48	4.20±0.84	4.72±0.37	4.63±0.29
6-10 Nöbet	4.80±0.26	4.69±0.32	4.43±0.56	4.18±1.08	4.60±0.68	4.62±0.32
Nöbet Yok	4.82±0.25	4.71±0.38	4.55±0.49	4.16±1.06	4.80±0.36	4.67±0.31
Test ve p	F:0.226 df: 2 p:0.798	F:0.288 df: 2 p:0.750	F:0.685 df: 2 p:0.505	F:0.018 df: 2 p:0.982	F:1.835 df: 2 p:0.162	F:0.316 df: 2 p:0.729

Tablo 4.8. Hemşirelerin Meslekten Memnuniyet Düzeylerine Göre MEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellik	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	Toplam
Hemşirelerin Memnuniyet Derecesi						
Hiç Memnun Değilim	4.81±0.26	4.69±0.37	4.42±0.66	4.11±0.95	4.70±0.45	4.63±0.32
Memnun Değilim	4.79±0.28	4.66±0.35	4.33±0.57	4.35±0.64	4.63±0.52	4.61±0.31
Kararsızım	4.66±0.31	4.56±0.38	4.36±0.55	3.97±1.05	4.61±0.43	4.50±0.35
Memnunum	4.86±0.14	4.74±0.32	4.55±0.47	4.20±1.09	4.68±0.67	4.69±0.28
Çok Memnunum	4.86±0.20	4.73±0.21	4.66±0.38	4.94±0.09	4.85±0.19	4.80±0.11
Test ve p	KW:20.625 df: 4 p:0.000	KW:10.696 df: 4 p:0.300	KW:7.192 df: 4 p:0.126	KW:10.540 df: 4 p:0.320	KW:5.235 df: 4 p:0.264	KW:13.429 df: 4 p:0.009

5. TARTIŞMA

Hemşirelik uygulamalarında yapılan hatalar hasta ve aileye zarar vermesinin yanı sıra hemşire için de maddi ve manevi zararlarla sonuçlanabilir. Hemşirelerin, hastanın ve ailesinin zarar görmesini önlemek ve yasalar karşısında kendilerini korumaları için yaptıkları hataların farkına varmaları, hatalı uygulamaları artıran durumları bilmeleri ve gerekli önlemleri almaları önemlidir. Hemşirelerin hata yapma durumları çeşitli faktörlerden etkilenebilir.

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin hatalı uygulama eğilimleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür bulgularıyla tartışılmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçekle ilgili elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; MEÖ'den alınan ortalama puan 4.63 olarak hesaplanmıştır. Bu durum çalışma kapsamına alınan hemşirelerin hata eğilimlerinin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Alt boyutlar açısından incelendiğinde ise en az hata eğiliminin ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutunda, en yüksek hata eğiliminin ise düşmeler alt boyutunda gerçekleştirildiği görülmüştür (Tablo 4.4). Çalışma bulguları Özata'nın² hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine ilişkin yapmış olduğu çalışması ile benzerlik göstermektedir. Cebeci ve ark.⁴⁶ yaptığı çalışmada ise hemşireler en yüksek puan ortalamasını iletişim, en düşük puan ortalamasını düşmeler alt boyutundan almıştır. Bulgular arasındaki farklılığın bu çalışmada yalnızca çocuk hemşireleri ile çalışılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre MEÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyetin hatalı uygulama eğilimlerini etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Benzer şekilde, Cebeci ve ark.⁴⁶ ile Işık ve ark.⁴⁵ yaptıkları çalışmalarda da cinsiyetin tıbbi hata üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir.

Altunkan'ın¹⁰ çalışmasında ise kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre ilaç hatası yapma eğilimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Pekuslu ve ark.⁹⁸ çalışmasında erkeklerin kadınlara göre daha fazla iletişim hatası yaptığı saptanmıştır. Bu çalışmada cinsiyete göre MEÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında fark olmamasının nedeni çalışmada yer alan erkek hemşire sayısının az olması olabilir.

Hemşirelerin medeni durumunun MEÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına etkisi incelendiğinde, evli olan hemşirelerin bekar olan hemşirelere göre MEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumunun düşmeler ve iletişim alt boyutları üzerinde etkili olmadığı, çocuk sahibi olanların ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve genel olarak hata yapmaya eğilimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Bu durum evli ve çocuğu olan hemşirelerin hasta çocuklara, anneliğin vermiş olduğu şefkatle yaklaşmalarından kaynaklanmış olabileceği söylenebilir.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre MEÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde yüksek lisans ve doktora yapan hemşirelerin diğer eğitim gruplarına göre hataya daha az eğilim gösterdikleri ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Cebeci ve ark.⁴⁶, Pekuslu ve ark.⁹⁸ ile Altunkan'ın¹⁰ çalışmalarında da benzer şekilde eğitim düzeylerinin MEÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir. Işık ve ark.⁴⁵ ise yaptıkları çalışmada eğitim durumları ile iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar arasında istatistiksel açıdan önemli fark olduğu ve önlisans düzeyinde eğitim alan hemşirelerin lise mezunu hemşirelere göre iletişim eksiklikleri nedeniyle daha fazla tıbbi hataya neden olduklarını bulmuşlardır. Chang ve Mark⁵⁸

tarafından yapılan çalışmada da hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça ilaç uygulama hatalarının azaldığı ve gruplar arasında istatistiksel fark olduğu bildirilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalamaları yükseldikçe tıbbi hata eğilimlerinin düştüğü bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Suzuki ve ark.¹⁰² Japon hemşirelerle yaptıkları çalışmada yaş ilerledikçe ilaç hata oranının azaldığı saptanmıştır. Buna paralel olarak Pekuslu ve ark.⁹⁸ çalışmalarında da yaş ortalaması attıkça tıbbi hata oranlarının azaldığı bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda ise hemşirelerin yaş ortalamalarının tıbbi hatayı etkilemediği bulunmuştur.^{10,45,46}

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinden meslekteki çalışma süresinin ilaç ve transfüzyon uygulama ile ilgili hata eğilimini etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Bu durum meslekte çalışma süresi uzun olanların hata yapma eğiliminin daha az olduğunu göstermektedir. Benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda mesleğe yeni başlayan hemşirelerin ilaç hatalarını daha fazla yaptıkları^{99,100} ve meslekte çalışma süreleri 10 yıl ve daha fazla olan sağlık çalışanlarının hata yapma oranlarının azaldığı¹⁰¹ saptanmıştır. Pekuslu ve ark.⁹⁸ çalışmasında da hemşirelerin meslekteki çalışma süresinin MEÖ tüm alt boyut puan ortalamalarını etkilediği buna bağlı olarak meslekteki çalışma yılı yükseldikçe tıbbi hataya eğiliminin düştüğü belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları literatür ile uyumludur.

Hemşirelerin bulunduğu klinikteki çalışma süresinin de ilaç ve transfüzyon uygulama ile ilgili hata eğilimleri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Özkan'ın¹⁶ çalışmasında pediatrik alan deneyiminin yetersiz olmasının ilaç hatalarına neden olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin aynı klinikte sürekli çalışması ilaç hatası yapma eğilimini azaltabilir. Kliniğin çalışma düzeni, kullanılan ekipman ve

ilaçlar hakkında bilgi sahibi olma hemşireye tecrübe ve güven kazandıracağından ilaç vb. uygulamalarda daha az hata yapması beklenir.

İlaç ve tranfüzyon uygulamaları ile iletişim alt boyutu ve MEÖ toplam puan ortalamaları açısından en yüksek puanı devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin, en düşük puanı ise üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin aldığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Bu sonuç doğrultusunda, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Tang ve ark.¹⁰⁰ ile Altunkan¹⁰ yaptıkları çalışmalarda ilaç hatalarının en fazla üniversite hastanelerinde olduğunu bulmuşlardır. Bulgular bu çalışmalarla paralellik göstermektedir. Üniversite hastanelerinin 3. basamak tedavi merkezleri olması, daha komplike hasta ve tedavilerin bulunması, hemşirelerin iş yükünün fazla olması ve hastaların beklentilerinin artması gibi nedenler hata yapma eğilimini arttırabilir.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin günlük bakım verdikleri hasta sayısı azaldığında tıbbi hata eğilimlerinin de azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7.a). Chang ve Mark'ın⁵⁸ çalışmasında da bulgularımıza benzer şekilde servislerde çalışan hemşire sayısının artması ile ilaç hatalarının azaldığı belirlenmiştir. Bu konuda farklı gruplarla yapılan çalışmalarda^{1,11,13,41,45,52} tıbbi hata nedenleri arasında hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olmasının ifade edildiği belirlenmiştir.

MEÖ enfeksiyon alt boyutunun da günlük bakım verilen hasta sayısından etkilendiği, hasta sayısı arttıkça enfeksiyon ile ilgili hata yapma oranının da arttığı gözlenmiştir. Benzer şekilde Özçetin ve ark.⁸⁹ hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça hastane enfeksiyon oranının arttığını bulmuşlardır.

Hemşirelerin halen çalışmakta oldukları kliniklere göre yapılan incelemede, yenidoğan yoğun bakım, süt çocuğu, yenidoğan servisinde çalışan hemşirelerin düşmeler alt boyutu puan ortalamasının diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre düşük

olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7.a). Bu durum çalışılan kliniklerin bazılarında yeni yürümeye başlayan çocukların bulunmasından ve/veya çevre düzenlemesinin çocukların gelişim dönemlerine uygun bir şekilde yapılmamış olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma şekli, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısının MEÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7.b). Işık ve ark.⁴⁵ çalışması bu araştırma ile benzerlik göstermektedir. Cebeci ve ark.⁴⁶ çalışmasında hemşirelerin günlük çalışma saatinin 8 saatten daha uzun olmasının iletişim hatası yapma eğilimini arttırdığı bulunmuştur. Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından 2008 yılında hazırlanan Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları başlıklı raporda da uzun çalışma saatlerinin hasta güvenliği açısından risk oluşturduğu belirtilmektedir.¹⁰

Çalışmada hemşirelerin meslekten memnuniyet düzeylerinin tıbbi hata eğilimleri üzerine etkileri de incelenmiştir. İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu ve MEÖ toplam puan ortalamalarına göre en az hata eğilimi olanların mesleğinden çok memnun olan hemşireler grubunda yer aldığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Bu sonuç doğrultusunda, mesleğinden çok memnun olduğunu ifade eden hemşirelerin görevlerini yerine getirirken mesleğin gerektirdiği hassasiyeti gösterdikleri ve bu nedenle tıbbi hataya eğilimlerinin daha az olduğu söylenebilir. Özata’nın² çalışmasında da hemşirelerin meslekten memnuniyet düzeylerinin MEÖ’nin ilaç ve transfüzyon uygulamaları ile iletişim alt boyutunu etkilediği saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Trabzon il merkezinde bulunan hastanelerde, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin hatalı uygulama eğilimleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre genel anlamda çalışma kapsamına alınan hemşirelerin hatalı uygulama eğilim düzeyleri düşük bulundu.

Evli olan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin daha az olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Çocuk sahibi olan hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamalarında, hastane enfeksiyonlarında ve hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde hata yapma eğilimlerinin az olduğu bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin yaşları arttıkça düşmeler alt boyutu hariç tüm alt boyutlarında hata yapma eğiliminin azaldığı belirlendi ($p<0.05$).

Meslekte ve bulunduğu birimde çalışma süresi uzun olan hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamalarında hata yapma eğilimlerinin daha az olduğu bulundu ($p<0.05$).

Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin hata yapma eğilimlerinin az olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin günlük bakım verdikleri hasta sayısının fazla olmasına bağlı olarak hastane enfeksiyonları konusunda hata yapma eğiliminin de fazla olduğu bulundu ($p<0.05$).

Mesleğinden çok memnun olan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Öneriler;

Çalışma sonuçlarının araştırmanın yapıldığı kurum yöneticilerine ve hemşirelerine duyurulması,

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin, uygulamaları sırasında çocukların fiziksel ve gelişimsel özelliklerine göre yaklaşımda bulunması,

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelere hizmet içi eğitim programlarının verilmesi,

Hemşirelerin, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması çalışmalarına katılımlarının teşvik edilmesi,

Çocuk hemşirelerinin ekiple, hasta çocuk ve ailesiyle etkin bir iletişim ortamı oluşturulmasına katkıda bulunması,

Konuyla ilgili daha geniş örneklerle kapsamlı araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010, 8: 100-111.
2. Özata M. Hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin ve hasta bakımında gösterdikleri özenin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 2009, 12: 417-430.
3. Institute of Medicine Report, To Err Is Human: Building a Safer Health System, 1999. <http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of-Medicine-Report.html>. 20 Mayıs 2013.
4. Güleç D. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.
5. Tütüncü Ö, Küçükusta D. Hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama. *Hastane Yönetimi Dergisi*, 2006, 10: 61-68.
6. www.patientent-verband.de/system.htm 02 Eylül 2013.
7. Temel M. Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forum Dergisi*, 2005, 3: 84-90.
8. Safran N. Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis. Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2005.
9. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2009, 84: 1-10.
10. Altunkan H. Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009.

11. Aştı T, Kıvanç M. Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 6: 14-19.
12. Göktaş S. Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2007.
13. Sezgin B. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2007.
14. 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: 43-53.
15. Maddox P, Wakefield M, Bull J. Patient safety and the need for professional and educational change. *Nursing Outlook*, 2001, 49: 8-13.
16. Özkan S. Pediatrik İlaç Hazırlama ve Uygulamada Yapılan Hataların Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Stratejinin Geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.
17. Hancı H. *Malpraktis- Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu (Malpraktis)*, 3. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2006: 30-43.
18. Polat O, Pakiş I. Tıbbi hata uygulamalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 2: 119-125.
19. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2006). Sentinel Event Statistics.

- www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm. 20 Haziran 2013.
20. Sütlaç M. Tıbbi Yanlış Uygulama ve Mesleki Mesuliyet Sigortası Üzerine Bazı Saptamalar 2005. <http://www.hastahaklari.org/kotuyg-sig.htm>. 09 Mayıs 2013.
21. Özdilek AO. Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu 2009. http://www.turkhukuksitesi.com/makale_300.htm. 09 Mayıs 2012.
22. Wong J, Beglarya B. Strategies For Hospitals To Improve Patient Safety: A Review of the Research 2004. www.ahrq.gov. 22 Ağustos 2013.
23. Hancı İH. *Malpraktis-Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza Ve Tazminat Sorumluluğu*, 2. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2002: 41-53.
24. 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: 80-84.
25. Rothschild JM, Federico FA, Gandhi TK, Kaushal R, Williams DH, Bates DW. Analysis of medication-related malpractice claims. *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162: 2414-2420.
26. The Institute of Medicine (IOM). *Crossing The Quality Chasm: A New Health System For the 21st Century*. National Academies Press, Washington, 2001.
27. Allgemeiner Ö. Patienten Verband 2009. www.patienten-verband.de/system.htm 01 Mayıs 2013.
28. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, Washington, DC : The National Academy Press 2000. <http://www.nap.edu>, <http://www.csen.com/err.pdf> 19 Ağustos 2013.

29. Leape LL. Institute of Medicine medical errors figures are not exaggerated. *Journal of American Medical Association*, 2000, 284: 95-91.
30. Berwick DM. Errors today and errors tomorrow. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 348: 2570-2572.
31. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, Altman DE, Zapert K, Herrman MJ, Steffenson AE. Patients safety: Views of practicing physicians and the public on medical errors. *The New England Journal of Medicine*, 2002, 347: 1933-1940.
32. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Laffel G, Sweitzer BJ, Shea BF, Hallisey R. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implications for prevention. *The Journal of the American Medical Association*, 1995, 274: 29-34.
33. Clancy CM, Farquhar MB, Collins Sharp BA. Patient safety in nursing practice. *Journal of Nursing Care Quarterly*, 2005, 20: 193-197.
34. Nath SB, Marcus SC. Medical errors in psychiatry. *Harvard Review Psychiatry*, 2006, 14: 204-211.
35. 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.
36. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *Journal of American Medical Association*, 2003, 290: 1868-1874.
37. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, Davis K. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs (Project Hope)*, 2005, 24: 509-525.

38. Sinclair BP. Nurses and malpractice. *AWHONN lifelines / Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 2000, 4: 7-13.
39. National Practitioner Data Bank 2003, Annual report: nursing malpractice statistics
Ulaşılan adres:
http://www.wrongdiagnosis.com/medicalmalpractice/nursing_malpractice_statistics.htm. 10 Eylül 2013.
40. <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/saglik-bak/tr-bakan-akdag-5-yilin-tip-hatalarini-acikladi-2-13-24227.html>, 27 Ocak 2010, 01 Eylül 2013.
41. Tansüyer T. Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.
42. Adams JL, Garber S. Reducing medical malpractice by targeting physician smaking medical malpractice payments. *Journal of Empirical Legal Studies*, 2007, 4: 185-222.
43. 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.
44. Akalın E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2005, 5: 141-146.
45. Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012, 11: 421-430.
46. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15: 188-196.

47. Bernstein M, Hebert PC, Etchells E. Patient safety in neurosurgery: detection of errors, prevention of errors, and disclosure of errors. *Neurosurgery Quarterly*, 2003, 13: 127.
48. İntepeler ŞS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15: 129-135.
49. World Health Organization (WHO). *World alliance for patient safety. Forward programme 2006- 2007*. Geneva, Switzerland, WHO Press, 2006.
50. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 348: 1051-1056.
51. Johnstone MJ, Kanitsaki O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: acritique. *Nurse Education Today*, 2007, 27: 185-191.
52. Başbakkal Z, Taş F, Yılmaz HB. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Ege Pediatri Bülteni*, 2009, 16: 87-93.
53. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 4: 22-27.
54. Holdsworth MT, Fichtl RE, Behta M, Raisch DW, Mendez-Rico E, Adams A, Greifer M, BostwickS, Greenwald BM. Incidence and impact of adverse drug events in pediatric inpatients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2003, 157: 60-65.
55. Aydın D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 2011, 45: 110-114.
56. Yılmaz F, Arıkan D, Baklacı Ö, Bilmez A, Bülbül D. 0-2 Yaş dönem çocuğu olan annelerin oral ilaç kullanım davranışlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16: 82-88.

57. www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html. 13 Temmuz 2013.
58. Chang KY, Mark B. Antecedents of severe and nonsevere medication errors. *Journal of Nursing Scholarship*, 2009, 41: 70-78.
59. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, Mckenna KJ, Clapp M, Federico F, Goldmann D. Medication errors and adverse drug events in pediatrics inpatients. *Journal of American Medical Association*, 2001, 285: 2114-2120.
60. Sharek PJ, Classen D. The incidence of adverse events and medical error in pediatrics. *Pediatric Clinics of North America*, 2006, 53: 1067-1077.
61. Institute of Medicine Report (2000), To Err Is Human: Building a Safer Health System, <http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of-Medicine-Report.html>. 12 Mayıs 2013.
62. Beyea S. Wake-up-call-standardization is crucial to eliminating medication errors. *AORN Journal*, 2002, 75: 1010-1013.
63. Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005, 47: 175-178.
64. Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. Hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına yol açabilecek etkenlerin saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 23: 81-91.
65. Uzun Ş, Arslan F. İlaç uygulama hataları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Science*, 2008, 28: 217-222.
66. Leape LL, Bates DW. Systems fanalysis of adverse drug events, ADE prevention study group. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 277: 301-306.
67. Hickner J, Zafar A, Kuo GM, Fagnan LJ, Forjuoh SN, Knox LM, Lynch JT, Stevens BK, Pace WD, Hamlin BN, Scherer H, Hudson BL, Oppenheimer CC,

- Tierney WM. Field test results of a new ambulatory care medication error and adverse drug event reporting system. *Annals of Family Medicine*, 2010, 8: 517-525.
68. Fitzgerald RJ. Medication errors: the importance of an accurate drug history. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2009, 67: 671-675.
69. Bohamol E, Ramos LH, D’Innocenzo M. Medication errors in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 2009, 65: 1259-1267.
70. Simons J. Identifying medication errors in surgical prescription charts. *Paediatric Nursing*, 2010, 22: 20-24.
71. Simpson JH, Lynch R, Grant J, Alroomi L. Reducing medication errors in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease Child Fetal Neonatal Edition*, 2004, 89: 480-482.
72. Fortescue EB, Kaushal R, Landrigan CP, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, Goldman DA, Bates DW. Prioritizing strategies for preventing medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *Pediatrics*, 2003, 111: 722-729.
73. Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 2004, 19: 385-392.
74. Hughes RG, Edgerton EA. Reducing pediatric medication errors: children are especially at risk for medication errors. *American Journal of Nursing*, 2005, 105: 79-84.
75. Schneider MP, Cotting J, Pannatier A. Evaluation of nurses’ errors associated in the preparation and administration of medication in a pediatri intensive care unit. *Pharmacy World and Science*, 1998, 20: 178-182.
76. Alparslan Ö, Erdemir F. Pediatri servislerinde kullanılan antibiyotiklerin sulandırılması, saklanması ve hastaya verilmesi konusunda hemşirelerin bilgi ve

- uygulamalarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1997, 1: 41-52
77. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, 9. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 2011: 261-266.
78. Öztürk R. Hastane Enfeksiyonları: Sorunlar, Yeni Hedefler ve Hukuki Sorumluluk. İçinde: Öztürk R, Saltoğlu N, Aygün G (Editörler). *Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol*, 1. Baskı. İstanbul, Ohan Matbaacılık, 2008: 23-29.
79. Naharcı H. Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Etkili Olan Önlemlere İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2006.
80. Ersoy S. Hastane Temizlik Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonları ve Korunma İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2012.
81. Günay F. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Görülen Hastane Enfeksiyonlarının Etiyoloji, Epidemiyoloji, Klinik Özellikleri ve Etkenlerin Duyarlılığı Bakımından İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2008.
82. Dağlı Ö. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Nozokomiyal Enfeksiyonların İrdelenmesi ve Enfeksiyon Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Bakteriyoloji Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2006.

83. Özçetin M, Saz EU, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 2009, 3: 49-53.
84. Maraş H. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Servislerinde 2010 Yılı İlk Yarısı Hastane Enfeksiyonu Sürveyansı. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
85. Atılar A. Cerrahi Hastaların Düşme Riskine Karşı Hemşirelerin Aldıkları Önlemler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
86. The Joint Commission International (2010). Patient Safety www.jcpatientsafety.org. 20.12.2013.
87. Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, Ngugi KE, Dunagan WC, Fischer I, Birge S, Johnson S. A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *Journal of General Internal Medicine*, 2005, 20: 116-122.
88. Heinze C, Halfens RJG, Roll S and Dassen T. Psychometric evaluation of the Hendrich Fall Risk Model. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 53: 327-332.
89. Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N, Bilir A, Kahraman H, Gökerler N. Nöroloji ve nöroşürüji kliniklerinde hastaların düşme riski düzeyi ve alınan önlemlerin belirlenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2007, 2: 19-25.
90. Kahraman BB, Bostanoğlu H. İç hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişimde yaşadıkları güçlüklerin saptanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15: 236-243.

91. Meginniss A, Damian F, Falvo F. "Time out" for patient safety. *Journal of Emergency Nursing*, 2012, 38: 51-53.
92. Zencirci AD. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2010, 1: 67-74.
93. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13: 53-59.
94. Orgun F. "Byrd'ın Hemşirelere Yönelik Etik Duyarlılık Testi"nin Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2008.
95. Avcı K. Pediatri Alanında Hemşirelerin Etik Sorunların Çözümüne Yönelik Yaklaşımlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.
96. Bal Yılmaz H. 2. Ulusal 1. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongre Kitabı, Ankara, 2009: 25.
97. Karataş N. Hemşirelik araştırmalarında etik. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 2000, 1: 5-8.
98. Pekuslu S, Demirci H, Taşcıoğlu S, Tuna E. Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı, 1. Baskı, Ankara, Azim Matbaacılık, 2011: 319-330.
99. Karabıyık L. Yoğun bakımda sık yapılan tıbbi hatalar. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2012, 10: 40-49.
100. Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Huey C. Nurses relate the contributing factors involved in medicatio errors. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16: 447-457.

101. Parshuram CS, To T, Seto W, Trope A, Koren G, Laupacis A. Systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication. *Canadian Medical Association Journal*, 2008, 178: 42-48.
102. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Uchiyama M. Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 52: 445-453.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Emel ODABAŞOĞLU Doğum tarihi: 31.08.1985 Doğum yeri: Samsun Medeni hali: Bekar Uyruğu: T.C. Adres: Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Tel: 03622300091 Faks: E-mail: emel0545@hotmail.com
Eğitim
Lise: Fatsa Anadolu Lisesi (2003) Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2009) Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (2013) Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler
Sosyal pediatri hemşireliği Kültür gezileri, yüzmek, kitap okumak

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

“Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler” in belirlenmesi amaçlanmıştır.

Formdaki bilgiler sadece bu araştırma için kullanılacak olup başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır

Soruları cevaplandırduğınız için teşekkür ederim.

Emel ODABAŞOĞLU

1. Cinsiyetiniz: Bayan () Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Medeni durumunuz: Evli () Bekar ()
4. Evliyseniz çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()
5. Gelir durumunuz: İyi () Orta () Kötü ()
6. Eğitim Düzeyiniz: Lise () Lisans () YL-Doktora ()
7. Meslekteki görev süreniz:
1- 5 yıl () 6-10 yıl () 11- 20 yıl () 21 yıl ve üstü ()
8. Bulunduğunuz klinikte çalışma süreniz:
1-5 yıl () 6-10 yıl () 11-20 yıl () 21 yıl ve üstü ()
9. Görev Yaptığınız Kurum:
Devlet Hastanesi () Üniversite Hastanesi () Özel Hastane ()
10. Halen Çalışmakta Olduğunuz Klinik:
11. Çalışma şekliniz: Gündüz () Vardiya ()

12. Haftalık çalışma saatiniz:

40 saatten az () 40 saatten fazla () 40 saat ()

13. Aylık nöbet sayınız:

1-5 nöbet () 6-10 nöbet () 11 nöbet ve üstü ()

14. Günlük bakım verilen hasta sayısı:

6-10 hasta () 11-15 hasta () 15-20 hasta () 21 ve üstü hasta ()

15. Meslekteki memnuniyet düzeyiniz:

Hiç memnun değilim ()

Memnunu değilim ()

Kararsızım ()

Memnunum ()

Çok memnunum ()

EK-3. MALPRAKTİSE EĞİLİM ÖLÇEĞİ (MEÖ)**TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ**

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>					
İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI	HİÇ (1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum İlacın 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 İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim	1	2	3	4	5
HASTANE ENFEKSİYONLARI	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim infüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					

HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemi gerektiği gibi yapmaya çalışırım Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim					
DÜŞMELER	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
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					
İLETİŞİM	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım					

EK- 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Değerli Hemşireler,

Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tez Çalışması olarak yürütülmekte olup, **“Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler”**i belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmamızda cevaplandırmanız için iki adet form sunulmuştur. Her ifadeyi okuduktan sonra size en uygun maddeleri seçmeniz veya doldurmanız gerekmektedir. Bu çalışma tamamen bilimsel amaçlı olup, elde edilen veriler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır. Uygulamanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Araştırmadan önce verilen metni okudum. Metin hakkında yapılan yazılı ve sözlü açıklamaları okudum ve dinledim. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

Tarih

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının

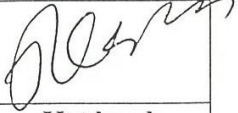
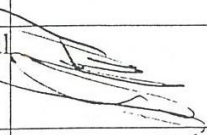
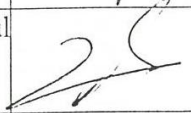
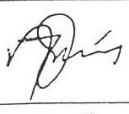
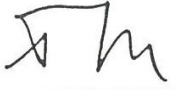
Adı-Soyadı:

İmzası:

EK-5. ETİK KURUL İZNİ

“2011. 5.1 / 8 “SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 16.11.2011

5/8- Enstitümüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Emel ODABAŞOĞLU’un “ Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler” tez konusu görüşüldü; İlginin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof.Dr.Türkan PASİNLİOĞLU	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	<u>Katılmadı</u>
Prof. Dr. İsmail CEYLAN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. Mustafa ATASEVER	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	<u>Katılmadı</u>
Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç. Dr. Hakan USLU	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr. Abdulkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Raportör	

EK-6. RESMİ İZİN YAZISI

T.C
TRABZON VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI: B1041SM4610009/ 90
KONU : Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 27.12.2011 tarih ve 23815 sayılı yazısında üniversiteleri Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Emel ODABAŞOĞLU'nun "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğitimleri ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasına esas teşkil edecek örneği ekte sunulan anket uygulamasını Müdürlüğümüze bağlı Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapmak istediği bildirilmektedir.

Söz konusu anket çalışmasının belirtilen Hastanelerde uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde:
Olurlarınıza arz ederim.

Uzm. Dr. Kemal SÜLEYMAN
Sağlık Müdürü

OLUR
24.01/2012
Adem KARAHASANOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı



T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
ERZURUM



29.02.2012

SAYI: B.30.2.ATA.A10.00.00/0/-
KONU: Anket Çalışması

748

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız öğrencilerinden Emel ODABAŞOĞLU'nun tez çalışmalarını Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde yapması uygun görülmüştür. İlgili yazı fotokopisi ektedir. Gereğini ve bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Müdür

EK1: İlgili Yazı Fotokopisi