



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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN OLAY BİLDİRİM TUTUMLARI İLE TIBBİ HATAYA
EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YADİGAR ATALAY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Şanlıurfa
2025**



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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN OLAY BİLDİRİM TUTUMLARI İLE TIBBİ HATAYA
EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YADİGAR ATALAY

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Arzu TİMUÇİN**

**Şanlıurfa
2025**

TEŞEKKÜR

Hemşirelik eğitimine başladığım ilk günden bu yana bana rol model olan, lisans eğitimim boyunca her konuda desteğini esirgemeyen ve izinden devam etmeye karar verdiğim yüksek lisans sürecimde anlayışı ve daima desteği ile ilerlememi sağlayan sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Arzu TİMUÇİN' e saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans sürecimde sabırları, maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen canım aileme çok teşekkür ederim.

Lisans eğitimimin yanı sıra yüksek lisans sürecimde desteklerini esirgemeyen, kısıtlı vaktine rağmen beni asla geri çevirmeyen, bana yol gösteren sevgili hocam Prof. Dr. Selma KAHRAMAN' a saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans sürecimde gösterdikleri anlayış ve destekleriyle yanımda olan bütün çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Yadigar ATALAY

2025

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	iii
SİMGELER.....	iv
KISALTMALAR.....	v
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR	4
2.1. İlgili Kavramlar	4
2.1.1. Hasta Güvenliği (Patient Safety)	4
2.1.2. Hata.....	4
2.1.3. İstenmeyen Olay	4
2.1.4. İstenmeyen Olayların Sınıflandırılması	5
2.1.5. İstenmeyen Olayların Önlenmesi.....	7
2.2. Olay Bildirimi.....	12
2.2.1. Olay Bildiriminde Temel Kavramlar	12
2.2.1.1. Olay	13
2.2.1.2. Bildirim.....	13
2.2.1.3. Tutum	13
2.2.1.4. Olay Bildirimi.....	13
2.2.2. Olay Bildiriminin Amacı	14
2.2.3. Olay Bildirimi Süreci.....	16
2.2.4. Türkiye’de Olay Bildirim Sistemleri	17
2.3. Tıbbi Hata.....	19
2.3.1. Hata Kavramı.....	19
2.3.2. Tıbbi Hata Kavramı	20
2.3.3. Tıbbi Hatanın Nedenleri	22
2.3.4. Tıbbi Hata Türleri.....	23
2.3.4.1. İlaç Hataları	23
2.3.4.2. Hastane Enfeksiyonları	25
2.3.4.3. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar	25
2.3.4.4. Transfüzyon Hataları	26
2.3.4.5. Düşmeler.....	26
2.3.5. Geçmişten Günümüze Tıbbi Hata.....	27
2.3.6. Tıbbi Hataların Görülme Sıklığı ve En Sık Yapılan Tıbbi Hatalar.....	27
2.3.7. Tıbbi Hataların Önemi.....	28
2.3.8. Hasta Güvenliğinde Tıbbi Hatanın Önemi	29
2.3.9. Tıbbi Hataların Bildirimi Ve Raporlanması.....	30
2.3.10. Hemşirelik ve Tıbbi Hata.....	33
2.3.11. Hemşirelikte Tıbbi Hataların Önemi	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütleri	37
3.4.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri;.....	37
3.4.2. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;.....	37
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.5.1. Bağımsız değişkenler:.....	37
3.5.2. Bağımlı değişkenler:.....	38

3.6. Veri Toplama Araçları.....	38
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	38
3.6.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği.....	38
3.6.3. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği.....	39
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	40
3.7.1. Ön Kurum İzni.....	40
3.7.2. Etik Kurul İzni.....	40
3.7.3. Kurum İzni.....	40
3.7.4. Ölçek İzinleri	40
3.7.5. Çalışmaya Katılmayı Kabul Eden Hemşirelerden İzin Alınması	40
3.8. Veri Toplama Süreci.....	41
3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	41
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
4. BULGULAR	43
4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	43
4.2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri.....	43
4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İle Olay Bildirimi Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	44
4.4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları.....	45
4.5. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları	47
4.6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları	48
4.7. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları	51
4.8. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları ile Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyonları.....	53
5. TARTIŞMA.....	56
5.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim ve Olay Bildirim Tutum Ölçeğinin Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bulgularının Tartışılması.....	56
5.1.1. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tartışılması.....	56
5.1.2. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tartışılması.....	57
5.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumlarına Göre Bulguların Tartışılması	58
5.3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumlarına Göre Bulguların Tartışılması	59
5.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumlarına Göre Bulguların Tartışılması	60
5.5. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumlarına Göre Bulguların Tartışılması	62
5.6. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları ile Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlarına Göre Bulguların Tartışılması	64
6. SONUÇLAR.....	66
7. ÖNERİLER	68
KAYNAKLAR.....	70
ÖZGEÇMİŞ.....	81
EKLER.....	82

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERİN OLAY BİLDİRİM TUTUMLARI İLE TIBBİ HATAYA EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YADİGAR ATALAY

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Tez Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Arzu TİMUÇİN
Yıl: 2025, Sayfa : 96

Bu araştırma hemşirelerin olay bildirim tutumları ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihte Şanlıurfa ilinde yer alan bir devlet hastanesi, iki eğitim ve araştırma ve uygulama hastanesi ve bir üniversite hastanesinde çalışmakta olan toplam 2316 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan evrenin en az %80 'ine ulaşılacak şekilde planlanmıştır. Araştırma çalışmaya katılmayı kabul eden 735 hemşire ile tamamlanmıştır. Bu sayı evrenin yüzde %31,7 'sine denk geldiğinden örneklem sayısı için post- hoc güç analizi yapılmıştır. Araştırma sonrasında araştırma gücüne bakmak için yapılan Post-hoc güç analizde power (1- β) 0.999 çıkmış ve örneklem sayısı yeterli bulunmuştur. Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu, Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Olay Bildirimi Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, standart sapma, sıra ortalaması, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi ve Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Bütün analizlerde IBM SPSS.26 programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam puan ortalaması $221,59 \pm 23,8$ olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin toplam puanlarındaki artışlar uygulama yaptığımız hastanelerdeki hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğunu göstermektedir. Olay bildirim tutum ölçeğinin toplam puan ortalaması ise $58,44 \pm 8,84$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin olay bildirim tutum ölçeğinden aldıkları puanlar orta düzeydedir. Hemşirelerin olay bildirim tutumları olumlu ve ya olumsuz olarak değerlendirilemez. Hemşirelerin olay bildirim tutum ölçeği toplam ile tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam puanı arasında negatif çok zayıf bir ilişki saptanmıştır. ($-0,193$, $p < 0,05$). Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar dikkate alınarak hemşirelerin hem iş yükü ve olay bildirim önündeki yer, zaman, çalışma yoğunluğu vs. gibi durumlar göz önünde bulundurularak müdahale çalışmaları yapılması önerilebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Hemşirelik, Tıbbi Hataya Eğilim, Hemşirelikte Tıbbi Hatalar, Olay Bildirim Tutumu, Hemşirelikte Olay Bildirimi

ABSTRACT

MASTER THESIS

AN INVESTIGATION INTO THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSES' ATTITUDES TO INCIDENT REPORTING AND THEIR PROPENSITY TO MAKE MEDICAL ERRORS

YADİGAR ATALAY

**HARRAN UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
NURSING DEPARTMENT**

Thesis Supervisor: Assist. Prof. Dr. Arzu TİMUÇİN

Year: 2025, Page : 96

This study was conducted in a descriptive and correlational manner to determine the relationship between nurses' attitudes towards incident reporting and their propensity to make medical errors. The study population consisted of a total of 2316 nurses working at the time of the study in one public hospital, two training and research and application hospitals and one university hospital in Şanlıurfa province. The research sample was planned to reach at least 80% of the population without using any sampling method. The study was completed with 735 nurses who agreed to participate. As this number represents 31.7% of the universe, a post-hoc power analysis was performed on the sample size. The post hoc power analysis conducted after the study to examine the power of the study showed that the power ($1-\beta$) was 0.999 and the sample size was sufficient. The data for the study were collected using a personal information form, a medical error propensity scale and an incident reporting attitudes scale. Percentages, means, standard deviations, rank means, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test and Shapiro-Wilk test were used to analyse the data. IBM SPSS.26 was used for all analyses and $p<0.05$ was accepted as the level of significance. The mean total score of the medical error propensity scale of the nurses participating in the study was calculated as 221.59 ± 23.8 . The increases in nurses' overall scores indicate that nurses in the hospitals where we practise are less likely to make medical errors. The mean total score of the incident reporting attitude scale was 58.44 ± 8.84 . The nurses' scores on the attitudes to incident reporting scale are at a moderate level. Nurses' attitudes towards incident reporting cannot be assessed as either positive or negative. A very weak negative correlation was found between the total score of the event reporting attitude scale and the total score of the medical error propensity scale (-0.193 , $p<0.05$). In light of the results of our study, it may be recommended that intervention studies be conducted, taking into account nurses' workload and situations such as place, time, work intensity, etc. prior to incident reporting.

KEYWORDS: Nursing, Tendency to make medical errors, Medical errors in care, Attitude to event reporting, Nursing incident reporting

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	İsviçre Peynir Modeli (Peltomaa, 2012; Reason, 2000).....	11
Şekil 2.2.	Problem Çözmede Sistematiik Yaklaşım (Rodriguez, 2016)	12
Şekil 2.3.	Olay Bildirimi Akış Şeması (EU Commission, 2014).....	17
Şekil 2.4.	Bildirimi Yapılan Hata Türlerinin Dağılımı (Çakmak ve ark., 2018)	19
Şekil 2.5.	İlaç Hatalarının Sınıflandırılması (Gallagher ve Nadzam, 2015)	24
Şekil 3.1.	Post-hoc Güç Analizi.....	37
Şekil 3.2.	Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ) Alt Boyutları ve İfade Değerleri	40
Şekil 4.1.	Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri(n:735).....	43
Şekil 4.2.	Hemşirelerin Mesleki Özellikleri	44
Şekil 4.3.	Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İle Olay Raporlama Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	45
Şekil 4.4.	Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları	46
Şekil 4.5.	Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları	47
Şekil 4.6.	Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları	49
Şekil 4.7.	Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları	51
Şekil 4.8.	Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları ile Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonları	54

SİMGELER

%: Yüzde

<: Küçüktür

>: Büyüktür

p: Anlamlılık düzeyi

X: Ortalama

KISALTMALAR

AB : Avrupa Birliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GRS : Güvenli Raporlama Sistemi

HPI : Healthcare Performance Improvement

IHI : Institute for Healthcare Improvement

JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI : Joint Commission International

OBS : Olay Bildirim Sistemi

OBTO : Olay Bildirim Tutum Ölçeği

OECD : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı

TDK : Türk Dil Kurumu

THEÖ : Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

WHO : World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İstenmeyen olay, bir sağlık kuruluşunda sağlık hizmeti almak amacıyla başvuran herhangi bir kişinin (hasta, hasta yakını, çalışan, ziyaretçi vb.) aldığı hizmet sonucu zarar görmesi ya da zarar görebileceği durumların tamamı olarak tanımlanmaktadır (SKS Hastane Seti Sürüm 6.01, 2020). İstenmeyen olaylar hasta güvenliğini tehlikeye atan ciddi fakat önlenabilir nitelikteki tehditler olarak ifade edilmektedir Dünya Sağlık Örgütü'nün 2020 yılında yayınladığı bir raporda, her 300 hastadan 1'inin sağlık almak amacıyla başvurduğu sağlık kuruluşunda meydana gelen önlenabilir nitelikteki tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (DSÖ, 2020). Her yıl yok sayılamayacak derecede hasta güvenli olmayan ve ya yetersiz kalitede sağlık hizmeti sebebiyle zarar görmekte ve yaşamını yitirmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde hastaların hastanede yattığı süre zarfında yaklaşık olarak her on hastadan birinin tedavi sırasında bir zarara maruz kaldığı ve bu maruz kalınan durumların en az yarısının önlenilecek durumlardır. Elde edilen veriler sonucunda düşük ve orta gelirli ülkelerde ise sağlık kuruluşlarında güvenli olmayan sağlık bakımı nedeniyle 134 milyon istenmeyen olayın meydana geldiğini ve bunların her yıl 2,6 milyon ölüme neden olduğunu göstermektedir (WHO, 2023). Bir başka çalışmaya göre sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmeti esnasında meydana gelen bu istenmeyen olayların sadece hastaların yaşamlarını tehlikeye atarak ölümlere ve ya kalıcı sekillere yol açmakla kalmadığı görülmüştür. ABD'de sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetinde her yıl 6,1 milyon yaralanma ve 187.000 ölüm (başka bir çalışmada sayı 251.000, Anderson ve Abrahamson, 2017) meydana gelmekte olup bu yaralanma ve ölümlerin 2006 yılı için Amerikan toplumuna toplam sosyal maliyetinin 348 ile 913 milyar dolar arasında maliyeti olduğu tespit edilmiştir (Anderson ve Abrahamson, 2017). Sağlık sisteminde verilen hizmetten kaynaklanan aksaklıkları yaşanmaması amacıyla sağlık çalışanlarına büyük sorumluluk düşmektedir. Sağlık ekibine düşen sorumluluklardan birisi sağlık hizmetinden kaynaklanan istenmeyen durumları ilgili mekanizmalara bildirmeleri gerekmektedir. Hemşireler sağlık bakımı veren hastayla doğrudan temas eden bir grup olması sebebiyle hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde kilit konumdadırlar ve bu nedenle meydana gelen istenmeyen olayların en aza indirilmesinde hemşirelerin bilinç ve farkındalık düzeylerinin artırılması önem arz etmektedir (Datpınar ve Torun, 2023). Hemşirelerin sağlık hizmetini aksatan olayları bildirmesi sistemin yeniden düzenlenmesi açısından son derece önemlidir. Bildirim; "bildirmek işi, bir durumun olgunun yazılı olarak açıklanması tebligat edilmesi ve ya bu açıklamanın yapıldığı kağıt; ihbarname, ihbariye olarak tanımlanmaktadır" (TDK, 2024). Olay

bildirimi, bir olayın meydana gelmesini beklemeksizin çalışanların istenmeyen olaylara ilişkin bildirimleri sonucu elde edilecek verilerle, öğrenmenin sağlanmasıdır (Sujan, 2015). Sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olayların bildirilmesi hemşirelerin tutumlarıyla ilişkilendirilebilir (Yılmaz ve ark., 2022). Tutum ise “ Bir kişinin belirli bir kimseye, duruma ya da objeye karşı duruşu ve ya zihinsel olarak hazır oluşu, yönelimidir” (Özkalp ve Kirel 2013). Bir tutum bireyin belirli bir nesneye yönelik duygu, düşünce ve davranışlarını ifade eder. Olay bildirim tutumuyla ilgili Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmaya göre toplamda 26 hastaneden 92.547 istenmeyen olay bildirimi yapılmıştır. Yapılan olay bildirimleri incelendiğinde %50’sinden fazlasının hemşireler tarafından yapıldığı ve yalnızca %2 gibi bir oranın hekimler tarafınca bildirildiği sonucu tespit edilmiştir (Milch ve ark., 2006). Olay bildirimin amaçlarından biri tıbbi hatanın oluşmasını engelleyerek hastanın hayatını/hayat kalitesini kurumun hizmet kalitesini, imajını arttırmaktadır.(Aslan, 2020). İstenmeyen olayların sonuçlarından biri olarak ortaya çıkan tıbbi hatalar her geçen gün daha da katlanan ciddi bir problem oluşturmaktadır. Tıbbi hata, sağlık kuruluşuna sağlık hizmeti alma amacıyla başvuran hasta/sağlıklı bireyin bu hizmetten yararlanması sırasında hizmet veren sağlık çalışanının yanlış davranış sergilemesinin yanı sıra gerekli bilgi ve beceriye de sahip olmaması sonucu meydana gelen olumsuz durumların sonucunda hizmeti alan bireyin doğrudan ya da dolaylı olarak zarara uğramasıdır (Yıldız, 2021). Aynı zamanda tıbbi hatalar sağlık hizmeti veren sağlık profesyonellerinin hasta bakımında mesleki ahlak değerleri dışında davranışlarda bulunması, önce zarar vermeme ya da yarar ilkesi dışında hareket etmelerini ve gerekli özeni göstermeyen davranışsal girişimlerde bulunmasıdır (Caymaz, 2015; Cebeci ve ark. 2012; Altuntaş, 2016). Ortaya çıkan istenmeyen durumlar sonucunda sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin zarara uğramaması için hasta güvenliği ve tıbbi hata kavramları özenle ve titizlikle üzerinde durulması gereken konular arasındadır (Baştürk, 2024). 2019 yılında Hollanda’ da yapılan bir çalışmada, toplam 21 hastanede hasta kayıtlarının incelenmesi sonucu ortaya çıkan tıbbi hataların % 61’inin insan faktörü kaynaklı olduğu ve bu sağlık kuruluşlarına yatan her 100 hastadan 10’unun tıbbi hatalar sonucu zarar gördüğü tespit edilmiştir. Yine bu araştırma ortaya çıkan diğer bir sonuç ise yapılan tıbbi hataların yarısından fazlasının istenmeyen ve önlenabilir nitelikte hatalar olduğu belirlenmiştir (Qual Saf Health Care, 2010). Hemşireler diğer sağlık hizmeti veren personellere nazaran sağlık hizmeti verilen hastalarla daha yakın ilişki içerisinde bulunmasının sonucu hastaların bakımını doğrudan üstlenmeleri, hastayla uzun zaman geçirmeleri sebebiyle hasta güvenliği sağlama ve korumada çok büyük roller üstlenmektedirler (Ramanujam ve ark., 2008; Özdemir ve Şahin, 2015). Duruma ülkemiz perspektifinden bakıldığında hemşirelerin ağır çalışma koşulları, karmaşık

ve kritik hastalarla çalışması sonucu ortaya çıkan yoğun stres, çalışma şartlarındaki olumsuzluklar ve hasta bakımında uyulması gereken prosedürlerin fazlalığı hata yapma oranlarını arttırmaktadır (Özdemir ve Şahin, 2015). Sağlık sektöründe meydana gelen bu hataları tespit edebilmek, bu hatalar sonucu sağlık hizmeti verilen bireylerin görebileceği zararları öncesinde fark ederek bunları önlemek ve toplam hata oranlarımızı indirmek adına gösterilecek en önemli davranış oluşan bu hataların bildirilmesi, raporlanması ve bunların sonucunda analiz edilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Uysal, 2021).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemşirelerin olay bildirim tutumları ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile sosyo-demografik özellikleri arasında fark var mıdır?
3. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile mesleki özellikleri arasında fark var mıdır?
4. Hemşirelerin olay bildirim tutum düzeyleri nedir?
5. Hemşirelerin olay bildirim tutum ölçeği toplam ile sosyo-demografik özellikleri arasında fark var mıdır?
6. Hemşirelerin olay bildirim tutum ölçeği toplam ile mesleki özellikleri arasında fark var mıdır?
7. Hemşirelerin olay bildirim tutumları ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişki var mıdır?

2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. İlgili Kavramlar

2.1.1. Hasta Güvenliği (Patient Safety)

Sağlık hizmeti almak için başvuran bireye sağlık bakımı verilirken boş yere zarar görme riskinin kabullenilebilir, yani en düşük düzeyde tutulmasıdır. Başka bir deyişle verilen sağlık hizmetinden kaynaklanan olumsuz çıktıların ya da yaralanmaların iyileştirilmesi ve önlenmesidir. Hasta güvenliği kavramı kaliteli sağlık hizmeti için vazgeçilmez bir kavram olmasının yanı sıra bireylere verilen sağlık hizmetlerinin kalite boyutunda bir alt kümesi olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2009).

2.1.2. Hata

Yapılması planlanan bir eylem veya durumun istenildiği gibi gerçekleştirilememesi ya da planın yanlış uygulanması da hata olarak tanımlanmaktadır. Hata kavramı planlama ve ya uygulama aşamasında doğru olanı yapmamak (ihmal etmek) veya yanlış bir şey yapma ile kendini göstermektedir (WHO, 2005; WHO, 2009).

2.1.3. İstenmeyen Olay

Sağlık hizmet sunumu ve hasta güvenliği çerçevesinden ortaya çıkan istenmeyen olayları literatür ışığında incelediğimizde ulusal ve uluslararası kaynaklarda yer alan farklı kavramlar birbirinden farklı tanımlamalar yapıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar sonucu kabul edilen genel tanımlama ‘istenmeyen olay’ T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yapılan tanımlamaya göre “Sağlık hizmetinden yararlanan hasta, hasta yakınları, sağlık hizmeti veren çalışan ve kuruluştaki bulunan diğer bireylerin güvenliğini olumsuz etkileyen ya da etkileyebilecek olayların tümüdür.” şeklinde açıklanmıştır (SB, 2016). Farmakovijilans Derneği (2020)’nin yaptığı tanımlamada ise istenmeyen olay, “Bir tıbbi girişimin uygulanmasından hemen sonra ortaya çıkan istenmeyen bir tecrübedir.

Bu istenmeyen durumun uygulanan tedavi ile arasında nedensel bir ilişki bulunma şartı yoktur.” Dernek istenmeyen etkiyi ise “Bir insani tıbbi ürünün hastalığın teşhisi, hastalıktan korunma, hastalığın tedavisi ve ya fizyolojik işlevinin iyileştirilmesi, düzenlenmesi ve ya değiştirilmesi amacıyla kabul gören normal dozlarda kullanımı sırasında meydana gelen amaçlanmamış ve zararlı bir etki” olarak

tanımlamaktadır (Farmakovijilans Derneği, 2020).

Her yıl yok sayılamayacak derecede hasta güvenli olmayan ve ya yetersiz kalitede sağlık hizmeti sebebiyle zarar görmekte ve yaşamını yitirmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde hastaların hastanede yattığı süre zarfında yaklaşık olarak her on hastadan birinin tedavi sırasında bir zarara maruz kaldığı ve bu maruz kalınan durumların en az yarısının önlenebilecek durumlardır. Elde edilen veriler sonucunda düşük ve orta gelirli ülkelerde ise sağlık kuruluşlarında güvenli olmayan sağlık bakımı nedeniyle 134 milyon istenmeyen olayın meydana geldiğini ve bunların her yıl 2,6 milyon ölüme neden olduğunu göstermektedir (WHO, 2023). Ayrıca genel bir bakış açısıyla dünyada her yıl 421 milyon hastanın hastaneye yattığı ve bu hastaların hastaneye yatışı esnasında 42,7 milyon civarında istenmeyen olayın meydana geldiği tahmin edilmekte olup bu istenmeyen olayların özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, oran olarak ise yatan hastaların yaklaşık üçte ikisi oluşturduğunun altı çizilmiştir (WHO, 2017).

Bu bağlamda, Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise 2008 yılı verileri incelenmesi sonucu sağlık kuruluşlarında toplam 18.950 kişinin var olan hastalık nedeniyle değil de sağlık kuruluşunda aldığı hizmet esnasında meydana gelen istenmeyen olaylardan kaynaklı, sistemsel sorunlar sebebiyle sağlık kuruluşlarında hayatını kaybetmiş olabilecekleri ifade edilmiştir (SB, 2024). Türkiye için aynı hesaplama yöntemi 2017 yılına ait verilerle yapıldığında sağlık kuruluşlarına yatan 13.709.303 sayıda hastadan toplam 27.418’inin sistemsel sorunlar kaynaklı hayatını kaybetmiş olabileceği belirtilmiştir (Çıraklı, 2019).

Türkiye’ de 2016 yılında yapılan bir diğer çalışma incelendiğinde meydana gelen 2.877 istenmeyen olaydan 114’ünün sağlık hizmeti alan kişilerin yanlış tanımlanması sonucu ortaya çıktığı görülmektedir. Ayrıca bu yanlış tanımlamanın sebebi olan hasta bilekliklerinin doğrudan ilişkili olduğu hastadan alınan örneklerin yanlış olarak etiketlendiği bunun sonucunda ise hayati risklerle karşı karşıya kaldıkları ifade edilmektedir (Cengiz ve ark., 2016).

2.1.4. İstenmeyen Olayların Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti verildiği sırada ortaya çıkan bu istenmeyen olayların sınıflandırılması, istenmeyen olaylar sonucu ortaya çıkan tıbbi hatalardan öğrenmenin en etkili yolu olay raporlama sisteminin kullanılmasıdır (Gong, 2011). İngiltere’de raporlama sistemine bildirilen olaylar incelendiğinde olay, hata bildirim

sistemlerinin sağlık kuruluşu üzerinde olumlu etkileri olduğu (Hutchinson ve ark., 2009) ve olayların evrensel bir bakış açısıyla incelenmesi gerektiği ve raporlama oranlarının artırılması daha olumlu güvenlik kültürü oluşturduğu ifade edilmiştir (Feijter ve ark., 2012). Küresel düzeyde geçmişten günümüze Joint Commission (JC), Institute for Healthcare Improvement (IHI), Healthcare Performance Improvement (HPI) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) gibi raporlama sistemleri mevcutken ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafınca ulusal düzeyde olay raporlama sistemleri geliştirmiştir. (Hwang, 2013).

Sağlık hizmeti verildiği sırada ortaya çıkan bu istenmeyen olayların sınıflandırılması, sağlık alanında söz hakkı olan kişilerin daha etkili ve yetkin kararlar almalarını, eldeki kaynakların verimli ve etkin yönetimini, sağlık hizmeti verildiği esnada ortaya çıkan bu istenmeyen olayların daha meydana gelmeden gerekli önlemlerin alınması ve sağlık hizmetinden yararlanan hastaların zarar görmeden ve ya en az zararla sağlık bakım hizmeti almalarına olumlu katkı sağlayacak durumların başında yer almaktadır (Cengiz ve ark., 2016; Kohn ve ark., 1999). Yapılan bir diğer çalışmada Leape (1994); sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olayların önlenmesi için alınan tedbirler şu şekildedir;

- **Hafızaya daha az güvenme:** Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti veren kişilerin beşeri olduğu gerçeği göz ardı edilmemeli, hata yapma olasılığı yüksek olan insan faktörü asgari düzeye indirilmeli ve sağlık sisteminin yeniden tasarlanması gerekmektedir. Sistemi oluşturan bileşenler öncelikle tanınmalı ve ortak bir noktada buluşulmalıdır. Burada sistemin yeniden tasarlanması için bazı araçlardan faydalanılmaktadır. Bunlar; protokoller, kontrol listeleri ve bilgisayar ile desteklenen karar sistemleri sıklıkla kullanılan araçlar olarak karşımıza çıkmaktadır.
- **Bilgiye erişimin geliştirilmesi:** Sağlık kuruluşları verdikleri hizmetin kalitesini ve etkinliğini arttırmak adına bilgiye ulaşımı kolaylaştırmalı bunun için yenilikçi ve yaratıcı yollar, sistemler tasarlamalı ve bu sistem sayesinde ihtiyaç duyulan bilgiye istenilen yer ve zamanda kolayca ulaşma imkanı verecek şekilde oluşturulmalıdır.
- **Hata önleme bariyerleri:** Oluşabilecek riskleri en aza indirmek adına bilgisayar destekli karar sistemleri kullanılmalı ki olası bir istenmeyen olayın

daha ortaya çıkmadan oluşumu engellenebilmelidir.

- ♦ **Standardizasyon:** Sağlık hizmet sunumunda meydana gelen istenmeyen olayları minimum düzeye düşürmenin en etkili yöntemlerinden biri sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının ortak bir paydada buluşması ve mümkün olduğu kadar her yerde kendi içlerinde süreçleri standardize edebilmelidirler.
- ♦ **Eğitim:** Sağlık sistemine oldukça zarar veren istenmeyen olayların pro-aktif (önlenebilir, önleyici) bir yaklaşımla, sağlık hizmeti veren sağlık profesyonellerine olası istenmeyen olay riskine karşı yaklaşım ve tutumlarının nasıl olması gerektiği, olayın oluşumunu önlemek, önüne geçmek için neler yapılması gerektiği ve ye bütün çabalara rağmen önlenemeyen bu durumun sağlık hizmeti alan hastaya minimum düzeyde yansıyacak şekilde sağlık bakımının nasıl verilmesinin doğru olduğu hususunda eğitim verilmesinin önemine dikkat çekilmelidir.

2.1.5. İstenmeyen Olayların Önlenmesi

Sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olaylara sebep olan kaynaklar tespit edildikten ve tanımlandıktan sonraki aşamada bu istenmeyen olayların daha ortaya çıkmadan önlenmesi, ortaya çıkma olasılıklarını ve olası olumsuz etkilerini minimum düzeye indirmek için birbirinden farklı metodların kullanımını zorunlu hale getirecektir (McFadden ve ark., 2018).

2018 yılında yapılan bir literatür derleme çalışmasında, meydana gelen istenmeyen olayların etkin yönetimi ve kontrolü için yedi strateji belirlenmiştir (McFadden ve ark., 2018).

- ♦ **Paydaşlara Ortaklık:** Sağlık kuruluşlarını oldukça derinden etkileyen istenmeyen olayların asgari indirilmesinde ilk strateji aynı alanda hizmet veren diğer paydaşlara ortak bir paydada buluşmak, birliktelik sağlamak gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarındaki sağlık hizmeti veren ve aynı zamanda verilen bu hizmetten de doğrudan etkilenen bu paydaşlar hemşireler,

hekimler, diğer sağlık çalışanları, müteveli heyetleri, yöneticiler ve hastalardan oluşmaktadır. Saydığımız bütün bu paydaşlarla bir arada uyumlu ve entegre çalışmak ortaya çıkabilecek istenmeyen sorunlara karşı etkin çözümler ortaya konulmasını sağlayacaktır. Yine aynı şekilde sağlık hizmetinden yararlanmak amacıyla sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar ve yakınları ile olumlu, etkin ilişkiler kurmak sağlık hizmet kalitesinin artmasına ve sürecin geliştirilmesine pozitif katkıda bulunacaktır.

- ♦ **Suçlanmadan Olay Bildirimi:** Meydana gelme olasılığı olan ve ya gelen istenmeyen olayların minimuma düşürülmesinde kullanılabilecek bir diğer strateji meydana gelen istenmeyen olayların bildirilme süreçlerinde herhangi bir suçlama ve ya ayıplama olmaksızın bildirilmesini sağlayacak şekilde sistemsal iyileştirmeler yapmaktır. Sağlık kuruluşlarının yaptığı en büyük hatalardan biri bildirilen istenmeyen olayların cezalandırma yöntemi olarak kullandığı bilinmektedir. Bu nedenle istenmeyen olayların bildirimi önünde engeller oluşmakta ve olay bildirimi kısıtlanmaktadır. Bunun aksine sağlık kuruluşları olay bildirimlerini teşvik edici ve bildirim süreçlerini iyileştirici, süreç önündeki engelleri ortadan kaldırmayı hedefleyen OBS'ler geliştirmesi gerekmektedir.
- ♦ **Açık Uçlu Odak Grup Görüşmeleri:** Sağlık kuruluşlarında, sağlık hizmeti verildiği esnada meydana gelen istenmeyen olaylar incelenerek analiz edilmeli ve açık uçlu odak grup çalışmalarıyla meydana gelen bu istenmeyen olaylardan gerekli derslerin alınmasını sağlayacak bir örgüt kültürü oluşturulması gerekmektedir. Oluşturulan bu odak gruplarının yüz yüze bir araya gelerek, dergi, mektup, internet aracılığıyla ve ya ilan panoları vasıtasıyla iletişimi güçlendirmek amacıyla iletişim kanallarını çeşitlendirerek sistem güçlendirilmelidir. Açık uçlu odak gruplarının iletişimi geliştiren bu şartların oluşturulması kişilerin meydana gelen istenmeyen olayları tartışırken bilginin özgürce paylaşıldığı bu ortamda kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlayacaktır. Bu nedenle sağlık kuruluşu yöneticilerinin öncelikli amacı haline gelmelidir. Yapılan çeşitli araştırmalar olay bildirimi önündeki engelleri ortadan kaldırmak amacıyla olay bildiriminde bulunan bireylerin desteklenerek, teşvik edilmesi gerektiği ve suçlama kültürünün ortadan kaldırılması gerektiğine vurgu yapmaktadır.
- ♦ **Kültürel Değişim:** Sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olayların kontrol altına alınması ve sürecin yönetilmesi adına, kurumda olumlu ve ılıman bir örgüt kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Bu örgüt kültürünün öncelikli hedefi hasta güvenliği olarak kabul edilmeli, suçlanma, ayıplanma ve cezalandırılma korkusu ortadan kaldırılmalıdır. Yeni

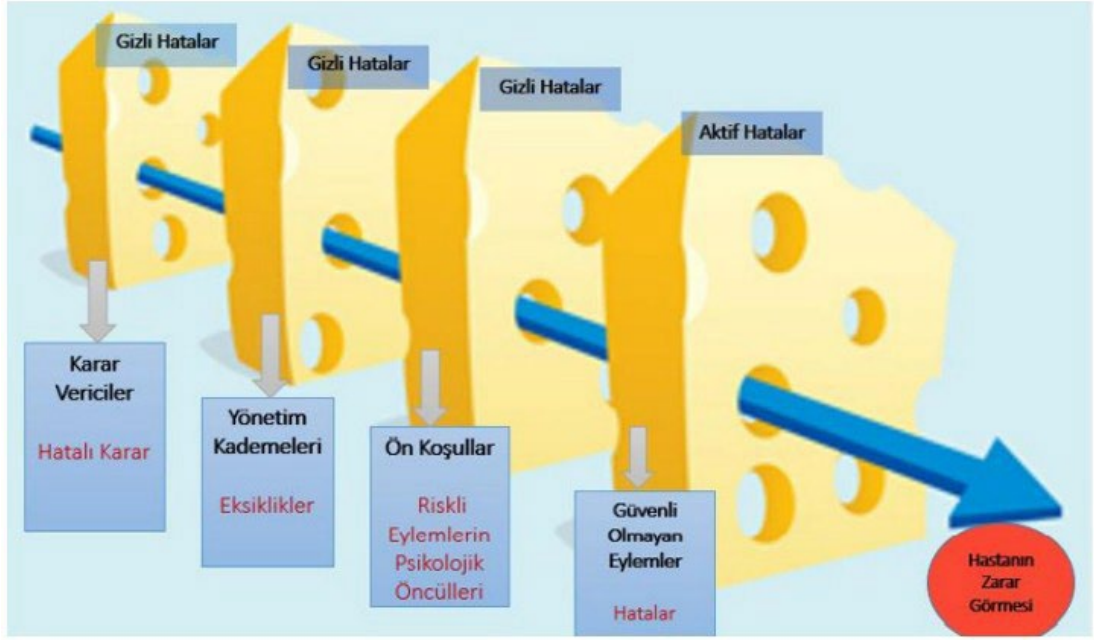
oluşturulacak bu örgüt kültüründe sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmeti esnasında meydana gelen istenmeyen olayların bildirildiği, sağlık hizmeti sunan çalışanların gerek yönetimce gerekse de ekip arkadaşlarıncı desteklendiği bir ortamın sağlandığı örgüt kültürüyle istenmeyen olayların minimum düzeye indirilmesinde önemli bir yere sahip olacak ve bu konuda ilerleme kat etmeyi sağlayacaktır.

- ♦ **Eğitim ve Öğretim Programları:** Sağlık kuruluşlarında ortaya çıkma riski bulunan istenmeyen olayların önceden tespit edilerek asgari düzeye indirilmesi amacıyla istenmeyen olayları azaltıcı teknikler konusunda sağlık hizmeti veren çalışanlara eğitim verilmesi sağlık kuruluşunda hasta güvenliğini sağlamak adına önemli bir strateji olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmeti veren çalışanlara, hasta güvenliği eğitimlerini kapsayan ve yanlış tıbbi uygulama sonucu ortaya çıkan davaların azaltılmasına da katkıda bulunan bu risk yönetimi eğitimlerinin devamlılığını sağlanmalıdır. Burada amaç sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmeti kaynaklı istenmeyen olayların sadece bildiriminin yapılmasının sağlanması, desteklenmesi, teşvik edilmesi ve gerekli verilerin toplanarak incelenip analiz edilmesi olarak görülmemelidir. Bu maalesef yeterli değildir. Yapılan çalışmalarda bunu kanıtlar niteliktedir. Sistemin sürdürülebilir ve değişen şartlara karşın sürekli kendini yenileyen bir organizasyon olarak yeniden tasarlanması gerekmektedir.
- ♦ **Olayların İstatistiksel Analizi:** Bir başka hasta güvenliği stratejisi olarak karşımıza çıkan olayların istatistiksel analizi bildirimi yapılan istenmeyen olayların sistematik olarak incelenmesi ve istenmeyen olayların nelerden kaynaklandığının sorgulanmasıdır. Bu strateji ile istenmeyen olaylarla ilgili daha kapsamlı veriler toplandıkça hatalarla ilgili karmaşık ilişkilerin analizi için yine doğru orantıda duruma göre daha karmaşık istatistiksel analizler kullanılabilir. Bunun sebebi meydana gelen istenmeyen olayların çoğunlukla tek bir nedene bağlı oluşmadığını, birden fazla değişkenin etkileşiminden kaynaklanmasından dolayı ortaya çıkmasındandır.
- ♦ **Sistemin Yeniden Tasarlanması:** İstenmeyen olayların önlenmesi amacıyla düzenlenen stratejilerden sonuncusu olan sistemin yeniden tasarlanması, toplanan veriler sonucunda sağlık sisteminde iyileşmeler yapılarak sürecin yeniden tasarlanması olarak açıklanabilir. Sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmeti esnasında oluşan aksaklıklar ve istenmeyen olayların önlenmesi ve ya etkisinin en aza indirilmesi ancak sıraladığımız bütün stratejilerin uygulanmasıyla sağlık sisteminin bütünsel olarak iyileştirilmesi, meydana gelen istenmeyen olayların asgari düzeye

indirilmesi ve ya tamamen ortadan kaldırılabilmesi için hasta bakım kalitesinin artırılması ve hasta güvenliğine verilen önemim artırılması ile sağlanabileceği söylenebilir (Leape, 1994; McFadden vd., 2006).

İsviçre Peyniri Modeli

Sağlık kuruluşlarında meydana gelen bu istenmeyen olayların önlenmesinde bir diğer strateji İsviçre Peynir Modeli olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu modele göre sağlık kuruluşlarında oluşturulacak savunma mekanizmaları ve engeller, meydana gelen istenmeyen olayların önlenmesinde kilit bir role sahiptir. Gelişmiş yüksek teknolojiyi kullanan bu sistemlerde fiziksel engeller, sensör sistemleri ve alarmlar vs. tasarlanan engeller yer almaktadır. Bütün bunların yanında bu sistemde sağlık hizmeti veren hemşireler, hekimler, cerrahlar, cihaz operatörleri vb. gibi idari kontrolü sağlayan sistemler ve prosedürlerle güven veren sistemler de yer almaktadır. Sağlık hizmeti sağlayan bu kuruluşların temel amacı sağlık hizmeti veren kurum çalışanları, sağlık hizmetinden faydalanan hastaların ve kuruluşa ait diğer varlıkların olası tehlikelerden korunmasıdır. Fakat bunu yaparken kullanılan bu tarz sistemlerin daima eksik ve zayıf noktaları bulunabilmektedir. Olması gerektiği gibi düşünülen ideal bir dünyada oluşturulan bu sistemlerin savunma kademelerinin uygun biçimde tasarlandığı varsayılsa da gerçek dünyada bu sistemler (Şekil 2.1.) İsviçre peynirine benzetilen da çok delikli peynir dilimlerine benzetilmektedir (Peltomaa, 2012; Reason, 2000).



Şekil 2.1. İsviçre Peynir Modeli (Peltomaa, 2012; Reason, 2000)

Ancak bu sistemde peynir diliminin içerisindeki deliklere benzetilen arızalar, sürekli açılmakta, bazen yer değiştirmektedir ve bazen de kapanabilmektedir bütün bunlar İsviçre peynirinden farklı yönü olarak karşımıza çıkmaktadır. Normal şartlar altında sistemde var olan bu delikler olumsuz sonuçlara yol açmamaktadır. Fakat savunma mekanizmalarında meydana gelen herhangi bir tehlikenin sonuçlarından etkilenen mağdurlara ulaşmayı engelleyecek biçimde geçici olarak sıralandığında bu defa sistemin kendisi istenmeyen durumlara neden olmaktadır. (Keleş, 2021).

Bu istenmeyen olaylara sebebiyet veren savunma mekanizmasındaki katmanlarda yer alan açıklıklar (peynir dilimindeki delikler) aktif hata ve arızalanmalardan dolayı ya da öngörülemeyen gizli koşullar sebebiyle istenmeyen olayların meydana gelmesindeki etkenlerdendir (Peltomaa, 2012; Reason, 2000). Bütün bu stratejilerin yanında birde sistematik süreç yaklaşımı yer almaktadır. Bu yaklaşım sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti verildiği esnada ortaya çıkan bu istenmeyen olayların önceden tespit edilmesi ve önlemler alınmasında kullanılır (Peltomaa,2012). Aşağıda süreç yaklaşımının mekanizması (Şekil 2.2.) gösterilmiştir.



Şekil 2.2. Problem Çözmede Sistematik Yaklaşım (Rodriguez, 2016)

Literatür tarandığında problem çözme süreçlerinde karşımıza kök neden analizleri, pareto analizi, beyin fırtınası ve balık kılçığı diyagramı gibi çeşitli yöntemler çıkmaktadır. Bu yöntemlerden herhangi biri kullanılarak istenmeyen olayların oluşumunu takiben planla/uygula/kontrol et/önlem al (PUKO döngüsü) ve Hata Türleri ve Etkileri Analizi (HTEA) çalışmaları kullanılarak iyileştirme sürecine başlanabileceği görülmektedir.

Genel çerçevede bakıldığında sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olayların kişilerin yapmış olduğu hatalardan daha çok sistemsel hatalardan dolayı meydana geldiği görülmektedir. İstenmeyen olaylara sebep olan hataların kaynakları araştırılırken ve bu hataları azaltmak adına düzenlemeler yapılırken sürece odaklanılmalı ve hata nedenleri kontrol altına alınmalıdır burada sağlık hizmeti veren çalışanlar cezalandırılmamalıdır. Beklenmedik olaylar ve hatalar reaktif yaklaşımla yani krizler ortaya çıktıktan sonra tepki verilerek yönetilmeye çalışılarak incelenirken, hatayı önleme stratejilerinde proaktif yani olumsuz bir şeyin ortaya çıkmasını beklemeden erken dönemde yapılan değişiklikler ile incelenmelidir. Bunlar sisteme sentezlenerek yeni yöntemler geliştirilmelidir. Ayrıca sağlık kurumlarında kaliteli hizmet ve bakım vermek adına geliştirme araçlarının aktif kullanılması ile de çalışan ve hasta güvenliğinin pozitif yönde etki göreceği belirtilmiştir (Aksay vd., 2012; Kaya, 2017; Rodriguez, 2016).

2.2. Olay Bildirimi

2.2.1. Olay Bildiriminde Temel Kavramlar

2.2.1.1. Olay

“Ortaya çıkan, oluşan durum, ilgi çeken veya çekebilecek nitelikte olan her türlü iş; hadise, vaka ya da bir diğer deyişle dikkati üstüne çeken, önemli olan iş” gibi tanımlarla tanımlanmaktadır (TDK, 2024).

2.2.1.2. Bildirim

“Bildirmek işi, bir durumun olgunun yazılı olarak açıklanması tebligat edilmesi ve ya bu açıklamanın yapıldığı kağıt; ihbarname, ihbariye” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2024).

2.2.1.3. Tutum

Tutum kavramı, bir olay sonucunda ve ya bu olaya bağlı olarak gelişen olgu ile ortaya çıkan düşünce, duygu ve davranışın belirli bir yönde eğilmesi durumuna denir. Bu durum yaşanan, tecrübe edinilen olaylar sonucu ortaya çıkmasıyla olumlu ve ya olumsuz davranışların oluşumu beklenilmektedir. Tutum davranışını belirli bir şekilde ölçmek istersek bu alanda yapılan çalışmalar sonucu geliştirilen özel ölçüm yöntemleri ile yapmamız mümkündür. İstatistiksel olarak tutum ölçme araçları geliştirilmek istenirse öncelikli hedef buna yönelik tutumların belirlenmiş olması olacaktır. Tutumun öğrenilmesi yeterli gelmeyecektir. Tutumun ortaya çıkmasında sadece öğrenilmiş olması değil bunun yanında üç ana unsura da ihtiyaç vardır. Bunlar; duyuşsal, bilişsel ve davranışsal boyutlardır. Bu boyutlarında ortaya çıkması ile tutum oluşur (Özdemir, 2018; Yaşar, 2014; Özçiftçi, 2020).

2.2.1.4. Olay Bildirimi

Bildirim kelimesinin anlamını incelediğimizde karşımıza herhangi var olan bir sistemin iyileştirilmesi, düzenlenmesi hedefiyle bilginin uygun sorumlu kişiler ya da kuruluşlarla paylaşılması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir diğer deyişle bildirim karşımıza farklı şekillerde çıkabilmektedir. Bazen gün yüzüne çıkarma, bilgilendirme (information), açıklama (expose) ve duyurma (announce) ile ayırt edilememektedir. İfşa etmek, söylemek, açığa vurmak, izhar etmek (disclosing) sağlık ekibi üyelerinin (ya da bazı durumlarda sağlık hizmeti veren kuruluşların) sağlık hizmetinden faydalanan hastalara ve ya yakınlarına hastanın durumunu etkileyen (ve ya hastanın durumundan sorumlu kişiye) aldığı herhangi bir sağlık hizmetiyle ilgili bilgilendirmedir. (Flemons ve McRae, 2012). Bu istenmeyen olayların bildirimi sağlık hizmeti sunan bir kuruluşa iç veya dış kaynaklardan yapılabilir. Bir diğer karıştırılan kelime olan bilgilendirme, duyurma (announce) bir olayın bildirimini

resmi olarak yapmak demektir (Flemons ve McRae, 2012).

Sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarından verilen bu hizmet esnasında ortaya çıkan istenmeyen olayları ya da eksiklikleri bildirmesinin talep edilmesinin hedeflerinden biri, sağlık mekanizmasının bakım verme aşamalarındaki zayıflıkları açığa çıkarma fırsatı sağlamasıdır. Yaşanan bu aksaklıklardan ramak kala ve istenmeyen olayların bildiriminin yapılması sonucu olayların analiz edilmesiyle istenmeyen olayların yaşanma nedenleri tespit edilecek ve bu istenmeyen olayların yeniden ortaya çıkma olasılığını düşürmek amacıyla sistemsel eksikliklere yönelik müdahale edilmesini kolaylaştıracaktır (Keleş, 2021).

2.2.2. Olay Bildirimin Amacı

Son yıllarda hasta güvenliğine ve sağlık hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar hız kazanmış olsa da sağlık hizmeti sunan kuruluşların verdiği hizmet esnasında ortaya çıkan istenmeyen olayların bildirimi adına etkin kendini sürekli geliştiren ve yenileyen sistemlerin oluşturulmasında halen zorluk çekmektedir. Bu durumun sebeplerini incelediğimizde ise karşımıza hasta güvenliği kültürünün yerleşmemiş olmasına bağlı olarak hasta güvenliği kültürünün zayıf olması ve yapılan bildirim sonucu cezalandırılma korkusu gibi durumlar meydana gelen istenmeyen olayların bildirimine engel olmaktadır. Sağlık kuruluşlarında meydana gelen bu istenmeyen olayların bildirilmesi ve raporlanmasına ek olarak, klinik verilerin elde edilmesi, muhafaza edilmesi, ayrıştırılması, incelenerek analiz edilmesi ve en son yorumlanması adına uzmanlarca zamanın şartlarına uygun küresel standartların geliştirilmesi ve istenmeyen olayların bildirilmesinin önündeki engeller kaldırılmalıdır (WHO, 2014b).

Genel çerçeveden bakıldığında OBS'nin üç temel amacı vardır. Bunlar;

- ♦ **Olayı Tanımlama (Ne oldu?):** Meydana gelen herhangi bir istenmeyen olayın ne zaman, nerede, kimler tarafından ya da kimlerin karıştığı ve etkilendiği, etkilenen bireylerin durumu, meydana gelen olayın özelliklerinin belirlenmesi,
- ♦ **Olayı Açıklama (Neden oldu?):** Meydana gelen istenmeyen olaya neyin sebep olduğu, olayın meydana gelmesini destekleyen ve ya olayın etkisini azaltıcı kaynakların neler olduğunun belirlenmesi,

- **Düzeltilici Tedbirler Alma (Reaksiyon ne oldu?):** Sağlık bakım hizmeti sistemindeki zayıf yanların belirlenmesi, klinik prosedür ve süreçlerin gözden geçirilerek düzenlenmesi, yaşanma olasılığı olan benzer olayların meydana gelmesini engellemek, sağlık hizmetinden yaralanan bireylere verilen zararın asgari düzeye indirilmesi, hastaya doğrudan ve ya dolaylı yoldan verilen zararların maliyetinin minimum düzeye indirilmesi için gerekli idari önlemlerin alınması ve kendini yenileyen sürekli iyileştiren dinamik sistem için eğitimlerin planlanarak verilmesini kapsar (WHO, 2014b).

2018 yılında yapılan bir çalışmaya göre sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olayların bildirilmesinin amaçları şu şekilde sıralanmıştır(Wachter ve Gupta, 2018);

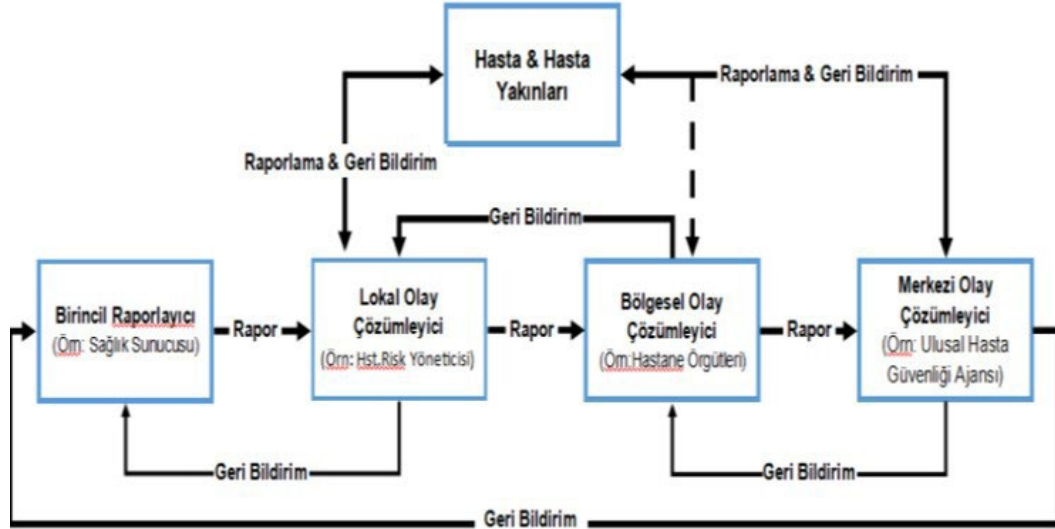
- ♦ Sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olayların takip edilmesi ve olaylara hızla müdahale edilmesinin,
- ♦ Yaşanan olaylar sonucu kazanılan tecrübenin sağlık hizmeti veren personelin hasta güvenliği hususunda eğitilmesinin,
- ♦ Meydana gelen istenmeyen olayların bildirimi sonucunda incelemeler yapılması, değerlendirilmesi ve hasta güvenliğinin daha aktif ve etkin sağlanması hedefiyle programların geliştirilmesi,
- ♦ Meydana gelen istenmeyen olaylar sonucu ortaya çıkan hataları önlemek amacıyla kök neden analizleri yapılarak sonraki süreçlerde meydana gelme olasılığı olan durumları önlemek adına eylem planlarının oluşturulması ile sağlanabilir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık hizmeti veren personeller ve sağlık hizmetinden faydalanan hastaların güvenliğini tehlikeye atabilecek istenmeyen olaylar ve ramak kala olayların etkin ve sistematik olarak bildirimini sağlamak, istenmeyen olayların takibi, bildirimi yapılan istenmeyen olayların sonucunda ortaya çıkan bu olaylara yönelik tedbirlerin alınmasını sağlamak amaçlarıyla 2016 yılında OBS’ yi oluşturmuştur. OBS’ nin temel amacı sağlık hizmeti sunan çalışanları ve bu hizmetten yararlanan bireylerin güvenliğinin arttırılmasıdır.

- ♦ Sağlık Bakanlığı tarafınca hayata geçirilen OBS' nin oluşturulma amacı ve hedefleri şöyledir (SB, 2016; SB, 2017):
- ♦ Sağlık hizmeti verildiği esnada meydana gelen istenmeyen olayların bildirimlerinin ulusal olarak bir araya getirilmek,
- ♦ Yapılan bildirimler sonucu oluşturulan veri tabanlarını kullanarak sağlıkta kalite standartlarının düzenlenmesi ve sistemler iyileştirmeler yapılmasını sağlamak,
- ♦ Toplanan verilerin analizi yapılarak, değerlendirilmesi ile meydana gelen istenmeyen olayların önlenmesi amacıyla kurumsal düzlemde iyileştirmeler yapılması ve ulusal stratejiler oluşturmak,
- ♦ Meydana gelen istenmeyen olayların bildirimi hususunda sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin duyarlılık ve farkındalıklarının arttırmak,
- ♦ Bildirimi yapılan istenmeyen olaylar aracılığıyla sağlık kuruluşlarında iyileştirme süreçlerinde kaynak olmak,
- ♦ Yapılan istenmeyen olay bildirimlerinin toplandığı bilgi merkezleri aracılığıyla sağlık kuruluşlarının kurum içi bildirim sistemlerini nasıl oluşturabilecekleri hususunda rehberlik sağlamak,

2.2.3. Olay Bildirimi Süreci

Meydana gelen istenmeyen olayların anlık takip edilerek bildiriminin yapıldığı gelişmiş sağlık sistemlerinin varlığı bilinmektedir. Bu sistemler sayesinde sağlık hizmeti sunum kalite artırılması hedeflenmekte, istenmeyen olayların daha oluşmadan önlenmeye çalışılmaktadır. Sağlık sisteminin etkin ve verimli çalışmasında OBS ve istenmeyen olayların bildirimi çok büyük bir öneme sahiptir (Çakmak ve ark., 2018).



Şekil 2.3. Olay Bildirimi Akış Şeması (EU Commission, 2014)

2.2.4. Türkiye’de Olay Bildirim Sistemleri

Sağlık Bakanlığı istenmeyen olayların bildirilmesi için ulusal OBS adı altında bir sistem geliştirmiştir. Oluşturulan bu sistem sağlık kuruluşlarının ve sağlık hizmeti suna sağlık profesyonellerinin hizmet verdikleri esnada karşılaştıkları aksaklık ve hataları bildirebilecekleri, ülkemizde sıklıkla karşılaşılan istenmeyen olaylar ve bu istenmeyen olayların iyileştirilmesine yönelik tedbirlerin neler olduğu hakkında bilgi sahibi olabilecekleri bir platformdur. OBS, Sağlık Bakanlığı’nın internet sayfasında “Güvenli Raporlama Sistemi” adı altında yer almaktadır. Bununla beraber yine Sağlık Bakanlığı’nın oluşturduğu ve yayınladığı Sağlıkta Kalite Standartları (Hastane Versiyonu) 6’ncı sürümünde, daha önce “Güvenli Raporlama Sistemi” olarak adlandırdığı sistemin adını “Olay Bildirim Sistemi” olarak güncellemiştir (SB, 2019; SB, 2020).

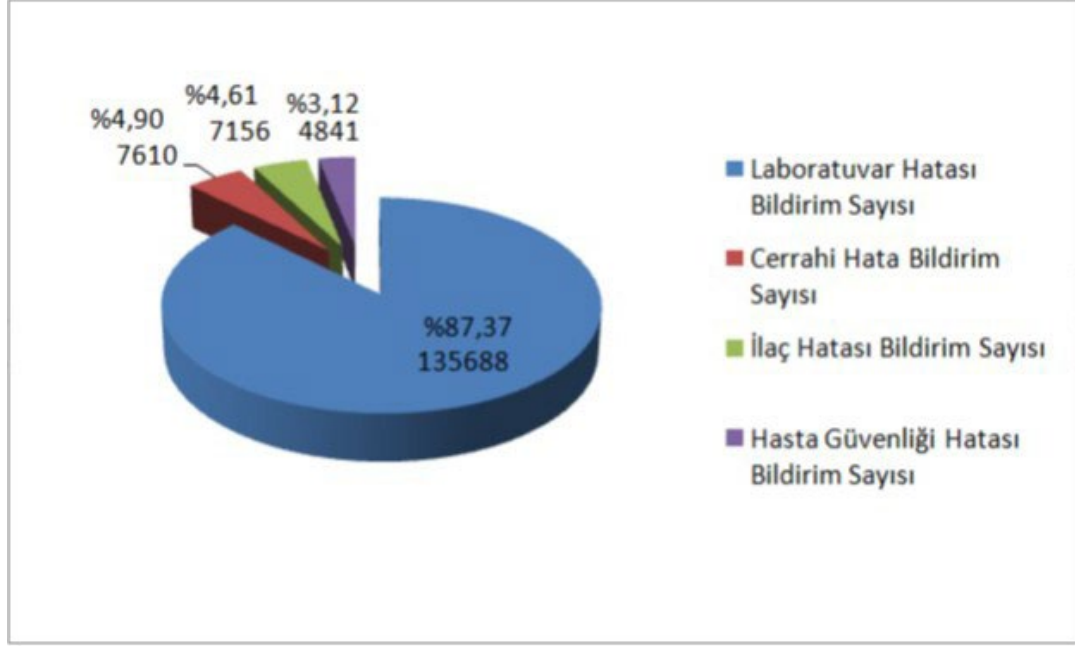
Türkiye’de OBS, istenmeyen olay bildirimi yapılırken kişisel veri gizliliğini korumak adına manuel veri girişine izin vermemekte, hata bildirimleri için “Hata Sınıflandırma Sistemleri” sistemi kullanılmaktadır. Ayrıca istenmeyen olay bildirimi yapılırken kişi adı, yer/konum bilgisi, IP adresi vs. veri tabanına hiçbir kişisel bilgi kaydedilmemektedir. OBS’ ye yapılan istenmeyen olay bildirimleri sistemin yetkinliği ile anında ulaşılabilmektedir. Sağlık kuruluşlarında oluşabilecek istenmeyen olay riskine karşı tedbir alma hedefiyle oluşturduğu faaliyetlerde kaynaklık etmesi, sağlık hizmeti veren sağlık profesyonellerinin sıklıkla yapılan hatalar konusunda bilinç düzeyinin artırılması adına önem arz eden bildirimler sağlık kuruluşlarıyla düzenli bir biçimde paylaşılmaktadır. Ayrıca istenmeyen olaylara ait tüm bildirimler, Sağlıkta Kalite Standartları’nın sürekli iyileştirilmesi ve

geliştirilmesinde kullanılmakta, böylelikle istenmeyen olayların önlenmesi ile sağlık hizmeti sunum kalitesinin arttırılması hedeflenmektedir (SB, 2019-2020). Sağlık Bakanlığı tarafınca oluşturulan OBS ile tüm kullanıcıların sistemin bildirimlerinde ulaşabileceği veriler aşağıdaki gibidir (SB, 2018);

- ♦ İstenmeyen Olay Bildirimi Sıklıkla Yapılan İlk 10 Hatanın Kodu
- ♦ İstenmeyen Olay Bildirimlerinin Sayı Dağılımlarının Zaman Aralığına Göre Dağılımı
- ♦ İstenmeyen Olay Bildirimlerinin Meslek Gruplarına Göre Sayısal Dağılımı
- ♦ İstenmeyen Olayların Gerçekleştiği Konuma Göre Sayısal Dağılımı
- ♦ İstenmeyen Olayların Sürece Göre Sayısal Dağılımı
- ♦ İstenmeyen Olayların Dönemsel ve Yıllık Sayısal Dağılımı ve Analizleri

Türkiye’ de Mart 2016’da tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından OBS kurulmuş ve daha sonraki yıllar olan 2016 ve 2017 yıllarına ait OB veri sayıları ile istatistikleri bakanlık tarafından paylaşılmıştır. 23 Mart 2016 ile 31 Aralık 2017 tarih aralığında Sağlık Bakanlı tarafından belirlenen istenmeyen olaylara göre bildirim yapılan istenmeyen olay istatistikleri yayınlanmıştır. Bu istatistiklere göre (Çakmak ve ark., 2018; SB, 2019):

- ♦ Laboratuvarda yaşanan istenmeyen olayların bildirim sayısı: 135.688 (%87,37)
- ♦ Cerrahi alanda meydana gelen istenmeyen olayların bildirim sayısı: 7.610 (%4,90)
- ♦ İlaç ya da tedavi kaynaklı meydana gelen istenmeyen olayların bildirim sayısı: 7.156 (%4,61)
- ♦ Hasta güvenliğinde yaşanan aksaklıklar ve istenmeyen olayların bildirim sayısı: 4.841 (%3,12)



Şekil 2.4. Bildirimi Yapılan Hata Türlerinin Dağılımı (Çakmak ve ark., 2018)

(Şekil 2.4)' te görüldüğü gibi ilgili tarihler arasında iletilen toplam olay sayısının 155.295 adettir. İstenmeyen olay bildirimi sayıları analiz edildiğinde laboratuvar da yaşanan istenmeyen olayların bildiriminin ilk sırayı aldığı sonrasında ise sırasıyla cerrahi alanda meydana gelen istenmeyen olayların bildirim, ilaç ya da tedavi kaynaklı meydana gelen istenmeyen olayların bildirimi ve en son olarak en az sayıya sahip olan istenmeyen olay türünün hastanın yanlış kimliklendirilmesi, hasta düşmeleri, hasta tesliminin yapılmaması vb. hasta güvenliğinde yaşanan aksaklıklar ve istenmeyen olayların bildirimi olduğu ifade edilmiştir (Çakmak ve ark., 2018; SB, 2019).

2.3. Tıbbi Hata

2.3.1. Hata Kavramı

Hata kavramı; “yanlış, yanlışlık, bilmeyerek ve istemeyerek yapılan yanlış” diye tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2024). Bu tanım günlük hayata uyarlandığında ise “hoşgörü ile karşılanabilen, mazur görülebilen” gibi çağrışımları yapmasına rağmen, hata kavramı “sağlık” alanında ise karşımıza hukuki sonuçlar doğuran ve ciddi zararların oluşabileceği gibi anlam çağrışımlarıyla çıkmaktadır (Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 2012).

2009 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından hasta güvenliği adına bir ulusal sınıflandırmaya ait kavramların da yayımlandığı raporda hata kavramını “ *Planlanan bir durumun hedeflendiği gibi gerçekleştirilememesi ya da yanlış planın uygulanması*” diye tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü, 2009 yılında hasta güvenliği için uluslararası sınıflandırmaya ilişkin kavramsal bir çerçeve oluşturulması amacıyla yayınladığı raporda hatayı “Planlanan bir eylemin amaçlandığı gibi gerçekleştirilememesi veya yanlış bir planın uygulanması” olarak tanımlamıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2019).

2.3.2. Tıbbi Hata Kavramı

Tıbbi hata kavramı ile ilgili çeşitli tanımlar bulunmasına karşın Ulusal Tıp Akademisi’nin yaptığı tanımlamaya göre “ bir eylemin planlandığı gibi tamamlanmaması ya da belirlenen bir hedefe varmak adına yanlış plan seçilmesi” olarak ifade etmiştir (Higgins ve Herpy, 2021; Karande ve ark., 2021). Tıbbi hata, sağlık kuruluşlarında farklı disiplinlerden olup sağlık hizmet sunumunda bir arada olan sağlık profesyonellerinin, etik olmaya ve yanlış davranışlar sergilemesi, uygulanan işlemlerde eksik ya da dikkatsiz davranışlar sonucu sağlık hizmetinden faydalanmak için sağlık kurumuna başvuran bireylerin bu hatalı uygulamalar sonucu zarar görmesidir (Güven ve ark., 2022; Güney ve ark., 2021). Sağlık sisteminde meydana gelen bu tıbbi hatalar hasta güvenliğini tehlikeye atmasının yanında ciddi bir toplum sağlığı sorunu olarak baş göstermektedir (Sivrikaya ve Kara, 2019).

Tıbbi hatalar sağlık hizmeti sunumunun olduğu her alanda mevcut olup sağlık hizmeti alan bireylere bir zararı dokunmadığı sürece çoğunlukla fark edilememektedir. Fakat her zaman ciddi sorunlar doğurmayacak düzeyde zarar görmemek mümkün değildir. Şanslı olunmayan tıbbi hatalarda olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Ortaya çıkan bu olumsuz sonuçlar “yapılan tıbbi müdahale sonucu sakatlık, uzun süreli yatışlar ya da ölümle sonuçlanan komplikasyon ya da istenmeyen yaralanmalar” olarak ifade edilmektedir (Higgins ve Herpy, 2021). Yapılan bir diğer çalışmada her yıl yüzlerce kişinin sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti aldıkları esnada istenmeyen olaylara yani tıbbi hatalara maruz kaldıkları ve bu maruziyet sonucu sakatlık, yaralanma ve hatta hayatını kaybetmeye kadar sonuçlar doğurduğu ifade edilmiştir (Sivrikaya ve Kara, 2019). ABD’ de yapılan bir çalışmada en çok ölüme sebep olan nedenler arasında tıbbi hatalar üçüncü sırada yer almaktadır (Rodziewicz ve Hipskind, 2020; Güven ve ark., 2022; Kavuran ve Çetinkaya, 2022). Aynı çalışma Türkiye’ de yapıldığında sonuçların birbirine

yakınlığı dikkat çekmektedir. Ülkemizdeki tıbbi hata yapma oranları ABD ile paralellik göstermektedir (Tuncay ve Kılıç, 2023). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nca 2016 yılında yayınlanan rapora göre 2016 yılı boyunca Güvenli Raporlama Sistemi’ ne bildirim yapılan toplam istenmeyen olay, tıbbi hata sayısı 74.380’ dir. Bu bildirim yapılan tıbbi hataların sınıflandırılmasına bakıldığında %93,8’ inin laboratuvar kaynaklı hatalar, %3,1’inin yanlış ve ya fazla dozda ilaç uygulama gibi ilaç hataları, %1,6’sı yanlış bölgeye işlem uygulama gibi yapılan cerrahi hatalar ve %1,5’i ise yanlış kimliklendirme, hasta teslimi yapılmaması, düşmeler gibi hasta güvenliği kaynaklı hatalar olduğu belirlenmiştir (Çakmak ve ark., 2018).

Tıbbi hata kavramının diğer tanımlamalarını incelediğimizde sağlık hizmeti almak amacıyla sağlık kuruluşuna başvuran hastaların aldıkları bakımın açık ve zararlı olmaksızın önlenebilir olumsuz etkisi olarak adlandırılabilir (Carver, vd., 2023). Tıbbi hata ve ya diğer adıyla tıbbi uygulama hatası uzmanlık bulunan mesleki alanda gerçekleştirilen hatalı uygulamalardır. Black Law Dictionary göre tıbbi hata “ *bir hekimin eşit uzmanlık derecesindeki bir diğer hekim ya da cerrahın ortak özelliklerin sağlandığı durumda vereceği bakım ve beceriyi istenilen oranda verememesi*” tanımını yapmaktadır (İncel, 2022).

Tıbbi hata kavramı, tıbbi uygulamanın kötü yapılması, tıbbi kötü prosedürlerin ve tıp alanında yapılan yanlış uygulamalar gibi tanımları da mevcuttur. Tıbbi hataların nedenleri incelendiğinde temelde psikolojik bilgisizlik, tecrübe ve beceri eksikliği, ihmal ya da dikkatsizlik karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi hataların ortaya çıkış şekillerinde ise yanlış tanı koymada, yanlış tedavi yönteminin planlanması ve ya planlanan yöntemin yanlış uygulanması durumlarında ortaya çıkabilmektedir (Gökcan, 2017). Küresel düzeyde yapılan incelemelerde yaklaşık olarak her 10 hastadan 4’ ü sağlık hizmeti aldığı sırada öncelikle yoğun bakım ortamlarında zarara uğramaktadır (OECD, 2018).

AB’ ye üye devletlerden alınan istatistiksel Avrupa verilerine göre; sağlık hizmeti almak amacıyla hastaneye başvuran hastaların hastaneye yattıklarında %8 ile %12’ sinin sağlık bakım hizmeti ve tıbbi hatalar sebebiyle istenmeyen olaylara maruz kaldıkları görülmektedir (DSÖ, 2022). İngiltere’ de yapılan bir çalışmada yılda bildirim yapılan 237 milyon tedavi basamağının herhangi bir aşamasında meydana gelen ilaç hatlarının %38,4’ ünün birinci basamak sağlık hizmetlerinde ortaya çıktığı ve bu istenmeyen olayların % 72 ‘ sinin zarar verme potansiyelinin düşük olduğu (çok az/hiç) ve bu bildirimlerden 66 milyonunun verilen hizmet esnasında hastanın zarar görme olasılığı olduğu ifade edilmiştir (Elliott ve ark.,

2021). ABD’de yapılan bir diğer çalışmada her yıl yaklaşık 400.000 kişinin meydana gelen istenmeyen olaylar sonucu ortaya çıkan tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü ve meydana gelen tüm ölümler arasında 3. Sırada yer aldığı hesaplanmıştır (Makary ve Daniel, 2016).

2012 yılında yapılan bir çalışmaya göre ise Türkiye’ de istenmeyen olaylar sonucu ortaya çıkan tıbbi hatalarla ilgili sayısal verilerin net olmamasının yanında, küresel düzeyde diğer dünya ülkeleri ile benzer oranlarda olmakla beraber sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti verilirken ortaya çıkan zararlar sağlık yükünü küresel düzeyde ciddi oranlarda etkilemekte ve arttırmaktadır (Slawomirski ve ark., 2017).

Tıbbi hatalar, sağlık hizmeti verildiği esnada sağlık hizmeti veren sağlık profesyonelleri tarafınca öngörülebilir ya da hastaya yanlış tıbbi teknikler ile müdahale edilmesi nedeniyle sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık durumunun normal seyri dışına çıkmasına, sakatlıklara, yaşam kalitesinde bozulmalara ve ölümlere sebep olabilmektedir (Özer ve ark., 2015). Tıbbi hata kavramı Ulusal Tıp Akademisinin tanımına göre “ *belirlenen bir durumun hedeflendiği gibi sonuçlandırılmaması ya da belirlene hedefe ulaşmak için yanlış yöntemlerin kullanılması*” şeklinde tanımlanmıştır (Higgins ve Herpy, 2021; Karande ve ark., 2021).

Tıbbi hata 2019 yılında yapılan bir çalışmada şöyle tanımlanmıştır; sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti vermek amacıyla farklı disiplinlerden oluşan sağlık ekibinde bulunan sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti sunarken etik olmayan ve yanlış girişimlerde bulunması, uygulanan işlemlerde eksik ve dikkatsiz uygulamalar sonucu sağlık hizmeti almak amacıyla sağlık kuruluşuna başvuran bireylerin zarar görmesidir (Güven ve ark., 2022; Güney ve ark., 2021).

2.3.3. Tıbbi Hatanın Nedenleri

Sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetinin öncelikli amacı bireylere en iyi hizmeti sunmak ve bunun sonucunda fayda sağlamaktır fakat sağlık hizmeti verirken istenmeyen bazı sorunlar ile de karşılaşmaktadır. Sağlık kuruluşları sağlık hizmeti verirken teknolojik araçlardan faydalanmaktadır ve bunlar ciddi yararlar sağlamaktadır ancak bunun yanında teknoloji ve insan etkileşimleri sonucu aynı zamanda olumsuz durumlar da ortaya çıkabilmektedir (Athié-Gutiérrez ve Dubón- Peniche, 2020).

Sağlık bakım sunum hizmeti esnasında tıbbi hataların oluşma nedenleri üç ana başlıkta toplanmıştır. Bunlar; insan kaynaklı nedenler, kuruluş kaynaklı nedenler ve teknik (dış) kaynaklı nedenler olarak sıralanabilir (Ekici, 2013; Canatan ve ark., 2015; Mc Elroy ve ark., 2016; Mittal, 2018).

- ♦ **İnsan Kaynaklı Faktörler:** Sağlık hizmeti veren sağlık profesyonellerinin yaş, ekonomik durum, sosyo-kültürel durum, kişisel özellikler, eğitim, mesleki donanım, iletişimsel sorunlar, yorgunluk, kronik hastalıklar, zaman ve kriz yönetiminde ortaya çıkan yetersizliklerden kaynaklı bireysel problemlerdir (Ekici, 2013; Canatan ve ark., 2015).
- ♦ **Kurum Kaynaklı Faktörler:** Sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının işlevsel ve idari yapısı, denetim eksiklikleri, yönetsel sorunlar, çalışma ortamı eksikliği, yetersiz ve yanlış personel istihdamı, yetersiz geri bildirimler, problem çözme becerilerindeki eksiklik, kişisel suçlamalar istenmeyen olayların ortaya çıkmasında kurum kaynaklı sebeplerdir (Ekici, 2013; Canatan ve ark., 2015).
- ♦ **Teknik (Dış) Kaynaklı Faktörler:** Sağlık hizmeti veren kuruluştaki tıbbi cihazlar ve malzemelerdeki hatalar, aksaklıklar, uygun altyapının oluşturulmaması gibi istenmeyen olayların teknik sebepleridir. Teknik sebeplerden ötürü ortaya çıkan istenmeyen olayların %85-98'i sistemsel kaynaklı sebeplerden ötürü meydana gelmektedir (Top ve ark., 2008; Aydemir, 2018).

2.3.4. Tıbbi Hata Türleri

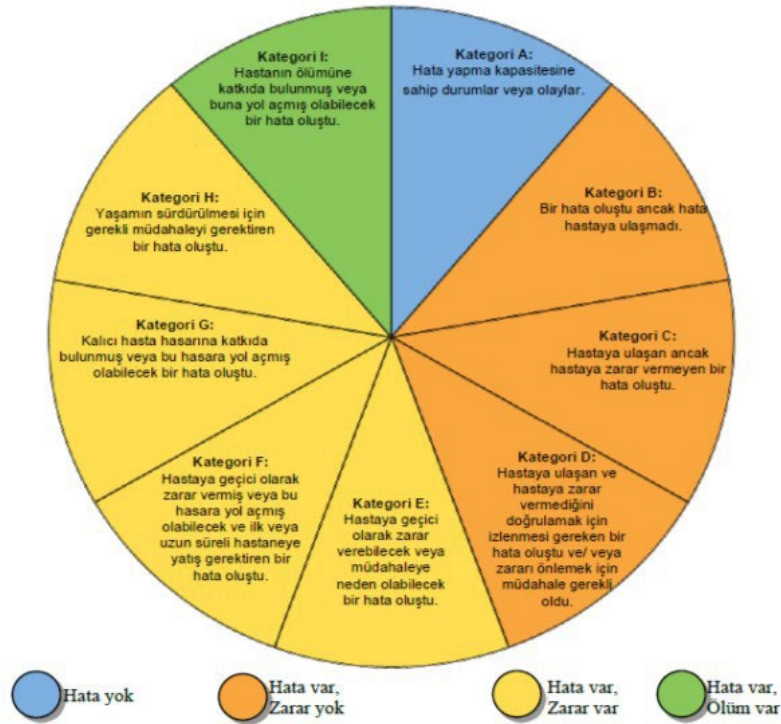
Sağlık kuruluşlarında sağlık bakım hizmeti sunumu esnasında meydana gelen istenmeyen olaylar sonucu ortaya çıkan tıbbi hatalar; insan kaynaklı, teknoloji kaynaklı ve tüm öğelerin oluşturduğu sistemsel kaynaklı hatalardan oluşmaktadır. Burada sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu esnasında en çok karşılaşılan istenmeyen olaylar sonucu ortaya çıkan tıbbi hatalara ve örneklerine yer verilmektedir (Macit, 2021). Bu hatalar şunlardır;

2.3.4.1. İlaç Hataları

Bu hata türü sağlık hizmeti sunumu esnasında en çok karşılaşılan hata türüdür

ve sağlık hizmeti almak isteyen bireylerin güvenliği açısından ciddi sorunlar doğurmaktadır (Alzoubi ve ark., 2023). Sağlık hizmet sunumu esnasında ortaya çıkan bu hatalar sonucunda kalıcı sekellere ve hatta ölümlere yol açmaktadır. İlacın üretim aşamasından başlayarak tedarik, hekim istemi ve kişilere verilmesine kadarki herhangi bir süreçte meydana gelebilir. Bunun yanı sıra ilacın hastaya istem yapılmadan uygulanması, adının okunuşu ve şeklinin, görüntüsünün benzer olduğu benzer ilacın verilmesi, ilacın doz hesaplamasının yanlış yapılması gibi sebeplerden ötürü ilaç uygulama hataları meydana gelmektedir (Wondmienh ve ark., 2020).

Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti sunan diğer sağlık profesyonellerine göre hemşirelerin ilaç uygulamasında daha çok görev üstlenmesi sebebiyle ilaç uygulama hatalarında hemşirelerin adı sıklıkla duyulmaktadır (Uzuntarla ve Tural Büyük 2021). Ayrıntılı literatür taraması sonucu ulaşılan çalışmalarda ilaç hatalarının azaltılması ve önlenmesi için ilacın uygulanmadan önce sekiz doğru ilkesine (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru kayıt ve doğru yanıt) uyularak uygulanması büyük önem arz etmektedir (Kırşan ve ark., 2019; Tok Yıldız ve Yıldız, 2020; Uzuntarla ve Tural Büyük, 2021).



Şekil 2.5. İlaç Hatalarının Sınıflandırılması (Gallagher ve Nadzam, 2015)

Yukarıda verilen ilaç hataları sınıflandırması incelendiğinde (Şekil 2.5.); ilaç uygulanması sonucu ortaya çıkan ilk dört kategoride ilaç hatası sonucu hastanın

herhangi bir zarara uğramadığı görülürken, tabloda yer alan son beş kategoride ise hasta ciddi sonuçlar doğurabilecek zararlar görebileceği tabloda belirtilmektedir. Daha önceki kategorilerde ilaç hataları sonuçları azalan şekilde sıralanırken sonrasındaki her bir dizin kategorisine eşit derecede alan tanınmıştır. Şekilde yer alan dizinlerde yer alan dokuz kategoride bir önceki serisine göre değişikliğe uğramamış olsa da tanımlamalar geliştirilmiş ilaçların uygulayanların dizinleri ilaç hatalarına uyarlamaları sağlanmıştır.

Yapılan ayrıntılı literatür taramaları sonucunda daha önceki sınıflandırmalar incelendiğinde, meydana gelen istenmeyen olayların sınıflandırmasının DSÖ' ye göre 1. Ramak kala olaylar, 2. Kişilere herhangi bir zararı olmayıp meydana gelen istenmeyen olaylar, 3. Kişilerin zarar gördüğü olaylar (bunlar da kendi içerisinde önlenemez ve önlenebilir istenmeyen olaylar olarak ikiye ayrılmıştır.) gibi tanımlamaların kullanılmasının doğru olacağı ifade edilmiştir (WHO, 2020).

2.3.4.2. Hastane Enfeksiyonları

Dünya genelinde yaygın bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (O'Toole ve ark., 2024). Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumunda kişilere uygulanan girişimler esnasında bulaşabilen mikroorganizmalar nedeniyle oluşurlar ve ortaya çıkan bu enfeksiyonlar ciddi rahatsızlıklara ve hatta ölümlere yol açmaktadır. Yapılan bir çalışmada her yıl hastane enfeksiyonu sebebiyle bir milyondan fazla kişinin bu enfeksiyonu kapması sonucu binlercesinin hayatını kaybettiği saptanmıştır (Orhan ve ark., 2021). Sağlık politikaları kapsamında yer alan enfeksiyon kontrolü, sağlık kuruluşlarındaki enfeksiyonların azaltılmasıyla hasta güvenliğinin yükseltilmesi ve çalışan sağlığının korunmayı hedeflemektedir. Ortaya çıkan bu hastane enfeksiyonlarını önlemek amacıyla uygun kontrol yöntemlerinin oluşturulmasıyla bu enfeksiyonlar kontrol altına alınabilir ve önlenebilir tıbbi hatalardandır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu bağlamda alınacak ilk önlem sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin hastayla sürekli teması bulunduğu eğitim müfredatlarına ve kurum içi eğitimlerle enfeksiyon kontrolü konusu eklenmeli, sağlık profesyonellerinin alınabilecek önlemler ve koruyucu ekipmanlar ile ilgili bilgileri artırılmalıdır (Orhan ve ark., 2021; Sönmez ve ark., 2021).

2.3.4.3. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Sağlık alanında en önemli kavramlardan biri şüphesiz ki iletişim kavramıdır. Sağlık profesyonelinin hasta ile uygun iletişim kurması hastanın tanı ve tedavisinde kilit bir konuma sahiptir. Bu nedenle hasta güvenliği açısından iletişim eksikliği

ciddi sorunlar doğurabilmektedir (Oksay ve ark., 2019). Maalesef ülkemizde sağlık hizmeti sunan profesyonellerin hekim ve hemşire gibi zorlu çalışma şartları ve yoğun çalışma saatleri nedeniyle hasta ile arasında iletişim eksikliği meydana gelmektedir. Sağlık profesyonellerinin çalışma koşullarında yapılacak olan iyileştirmeler iletişim eksikliğinin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldıracaktır ve böylelikle hasta güvenliği artacak, ilaç uygulaması hataları düşecek, morbidite ve mortalite oranları düşecektir (Konateke, 2020).

2.3.4.4. Transfüzyon Hataları

Transfüzyonlar bir tür organ nakli olarak tanımlanmaktadır. En az bir organ nakli kadar önemli olan transfüzyonlar güvenli bir biçimde gerçekleştirilmek ve hasta güvenliğini tehdit edecek unsurlar barındırmamalıdır. Bundan dolayı uygun kanın seçimi ile başlayıp kişilere kanın ya da kan ürünlerinin verilip tamamlanmasına kadarki bütün süreçlerde gerekli güvenlik önlemleri alınmalı ve dikkatlice uygulanmalıdır (Topal ve ark., 2019). Süreci güvenli yönetmek adına transfüzyonu yapılacak kan ve kan ürünlerinin bilgileri kontrol edilmeli, hasta kimlik tanımlaması yapılmalı ve transfüzyonlarda ikili doğrulama yapılması, ürünün son kullanma tarihine bakılması, ürün torbasında herhangi bir kusur ve ya hasar kontrolünün yapılması vb. birçok duruma dikkat ederek ve her basamağı ayrıca değerlendirerek hastada oluşabilecek herhangi bir komplikasyon riskine karşı hastanın yakın takibi yapılması oldukça büyük bir önem arz etmektedir. Transfüzyon işlemini gerçekleştirecek olan sağlık profesyonellerinin yeterli eğitim düzeyine ve bilgi, beceri, donanımına sahip olması transfüzyon esnasında ortaya çıkabilecek olumsuz durumların çözülmesi ve önlenmesinde önemli bir noktaya sahiptir (Brown ve Brown, 2023).

2.3.4.5. Düşmeler

Küresel düzeyde sıklıkla karşımıza çıkan sağlığı ve hasta güvenliğini ciddi oranda etkileyen bir tıbbi hatadır (Öden ve Yavuz Van Giersbergen, 2021). Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti esnasında meydana gelen bir düşme sonucu kişilerin hastaneye yatış süresi artmakta, tedavi maliyeti ve anksiyete durumları artış göstermektedir (Noh ve ark., 2021). Sağlık kurumlarında yüksek risk grupları incelendiğinde; onkoloji ve yoğun bakım gibi ünitelerde yatan hastalar ve yaşlı hastalar karşımıza çıkmaktadır. Burada hasta ile birebir temasının en fazla olduğu sağlık meslek grubu olan hemşirelere düşmelerin ve düşme sonrası oluşabilecek zararların önlenmesinde çok büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler hasta güvenliği kalitesini arttırmak için önceden oluşabilecek düşme risklerinin farkına varmalı, tanımalı, riskleri tespit etmeli ve bu risklere uygun küresel düzeyde

belirlenen güvenlik önlemleri kapsamında kendi güvenlik önleme sistemini oluşturmaktadır (Bulut ve ark., 2013).

2.3.5. Geçmişten Günümüze Tıbbi Hata

Sağlık bakım hizmet sunumu esnasında meydana gelen istenmeyen olay ve ya tıbbi hatalar Antik Çağ' dayanan bir geçmişe sahiptir. Milattan önce (MÖ) 1792-1750 yıllarında Mezopotamya' da Hammurabi Kanunları'nda da yer aldığı görülmektedir. Burada sağlık hizmeti veren hekimlerin meslek icrası esnasında yaptıkları tıbbi hatalara yer verilmiştir (Miziara ve Miziara, 2022). Tarihte ilk tıbbi hata kayıtları incelendiğinde 1164 yılında İngiltere'de ilk istenmeyen olay ya da tıbbi hata vakası görülmüştür. Bir hizmetçi ve efendisinin 'sağlıksız ilaç ' uyguladığını beyan etmeleri sonucu açılan Everad-Hopkins davasında bir hekimin tazminat ödediği ilk dava olarak kayıtlara geçmiştir. Bunu takiben 1374 yılında ise Stratton'lu Agness ve kocası, Dr. John Swanlond'a kocasının ezilen elini iyileştiremediği iddiasıyla hekime sözleşme ihlali yapma sebebiyle dava etmiştir. Açılan bu dava teknik olarak reddedilse de sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık bakım kalitesine ait yasal standartların belirlenmesine önemli katkılarda bulunarak bu konudaki eksikliklerin fark edilmesine olanak sağlamıştır. Açılan bu davanın sonuçları incelendiğinde ise bir hekimin meslek icrası esnasında bir bireye zarar vermesi sonucunda gerekli yasal sorumlulukları olduğu fakat bütün bakım standartlarının uygulanması sonucu yine de tedavinin başarısız sonuçlanmasından yasal olarak sorumlu tutulamayacağı belirtilmiştir (Dobson ve Wainwright, 2021).

2.3.6. Tıbbi Hataların Görülme Sıklığı ve En Sık Yapılan Tıbbi Hatalar

Yapılan araştırmalar hastaneye yatan her on kişiden birinin tıbbi hatalar sebebiyle zarar gördüğünü ifade etmektedir (Slawomirski ve ark., 2017; Hwang, Lee ve ark., 2013). Kanada' da yapılmış diğer bir çalışmaya göre ise hastaneye yatışı yapılan her 18 kişiden birinin istenmeyen olaylar sonucu meydana gelen tıbbi hatalar nedeniyle zarar gördüğünü tespit etmiştir. Sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olay ya da tıbbi hata sıklığı oranlarını incelediğimizde ise tıbbi hata sıklığı şu şekildedir: ABD' de %13,5; Avusturalya' da %8,3 iken İspanya' da ise bu oranın %8,4 olduğu saptanmıştır (CIHI, 2016).

Ayrıntılı literatür taraması sonucu yapılan çalışmalar incelendiğinde karşımıza çıkan bir diğer ilginç çalışmada ise hata bildirimlerinin düzenli yapıldığı bu geniş kapsamlı çalışmada her 1000 randevu da 397 olay raporlanma tespit edilmiş olup bu olay bildirimlerinin %32' sinin ilaç reçetelenmesi, %23' ünün iletişimde meydana

gelen eksiklik ve aksaklıklardan, % 12' sinin ekipman kaynaklı ve sadece %2' sinin klinik hatalardan kaynaklı olduğu belirlenmiştir (Kagan ve Barnoy, 2013).

Sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmeti esnasında meydana gelen en sık hatalar; ilaç ve ilaç uygulanma hataları, hastanın kimliklendirilmesi ile ilgili hatalar, iletişim yetersizliği ve eksikliği sonucu hasta devir teslimindeki hatalar (WHO 2012; Ovalı 2010), yanlış cerrahi girişimler, hastaya uygun tedavinin seçilmemesi, konsantre haldeki elektrolitlerin uygunsuz kullanımı ve ekipmanların yanlış kullanımı şeklinde raporlanmıştır (WHO, 2012).

Ülkemizde sağlık kuruluşlarından verilen sağlık bakım hizmeti sırasında meydana gelen istenmeyen olaylar ya da tıbbi hatalar incelendiğinde 2016 yılında oluşturulan Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi' ne en sık bildirimi yapılan hatalar sırasıyla; %87,4 ile laboratuvar kaynaklı hatalar, %4,9 ile cerrahi uygulama hataları, %4,6 ile ilaç ve ilaç uygulanması hataları ve son olarak %3,1 ile hastanın yanlış kimliklendirilmesi, düşmesi vb. gibi hasta güvenliği kaynaklı hatalar olduğu tespit edilmiştir (Çakmak ve ark. 2018).

2.3.7. Tıbbi Hataların Önemi

Tıbbi hataların asgari düzeye indirilmesi amacıyla (JCI) Uluslararası Ortak Komisyon Akreditasyonu tarafınca belirlene hasta güvenliği hedefleri mevcuttur. Bunlar; hasta doğrulanması, etkin iletişimin artırılması, ilaç uygulamalarının doğru yapılması, sağlık kuruluşlarında enfeksiyon kontrolünün sağlanması, güvenli cerrahi uygulamalarının artırılması ve uygulanması (doğru hasta- doğru taraf- doğru prosedür), hasta düşme riskinin hesaplanması ve gerekli önlemlerin alınması olarak belirtilmiştir (JCAHO, 2022).

Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti esnasında meydana gelen istenmeyen olay ve ya tıbbi hatalar toplum sağlığını ciddi düzeyde etkiler ve sağlık hizmeti alma amacıyla başvuran bireylerin güvenliğini tehdit etmektedir (Sivrikaya ve Kara, 2019). Sağlık sisteminin her alanında meydana gelen bu tıbbi hatalar çoğunlukla kişilere bir zarar vermediği sürece ortaya çıkmamaktadır. Ancak daima şanslı olunamıyor ve bazen de bu tıbbi hatalar olumsuz olaylar ve ciddi sorunlar doğurmaktadır. Bu olumsuzluklar “ hastalara uygulanan tıbbi müdahale sunucunda; belirlenebilen sakatlıklar, hastanede yatış süresinde uzamalar ve hastanın hayatını kaybetmesiyle ortaya çıkan istenmeyen durum, yaralanma ya da komplikasyon” olarak ifade edilmektedir (Higgins ve Herpy, 2021).

Bu konuda yapılan bazı çalışmalar bize her yıl sağlık kuruluşlarına sağlık hizmeti almak amacıyla başvuran yüzlerce kişinin sağlık bakım hizmeti aldıkları sırada istenmeyen olay ya da tıbbi hatalara maruz kalmaları sonucu yaralanmalar, sakatlıklar ve hatta hayatını kaybetmeye kadar ciddi sorunlarla baş başa kaldıklarını göstermektedir (Sivrikaya ve Kara, 2019).

Daha öncede değindiğimiz gibi ABD’ de önde gelen ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada istenmeyen olaylar ya da tıbbi hatalar yer almaktadır (Güven ve ark., 2019; Kavuran ve Çetinkaya, 22). Ülkemizdeki tıbbi hata yapma oranları ABD ile paralellik göstermektedir (Tuncay ve Kılıç, 2023). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nca 2016 yılında yayınlanan rapora göre 2016 yılı boyunca Güvenli Raporlama Sistemi’ ne bildirim yapılan toplam istenmeyen olay, tıbbi hata sayısı 74.380’ dir. Bu bildirim yapılan tıbbi hataların sınıflandırılmasına bakıldığında %93,8’ inin laboratuvar kaynaklı hatalar, %3,1’inin yanlış ve ya fazla dozda ilaç uygulama gibi ilaç hataları, %1,6’sı yanlış bölgeye işlem uygulama gibi yapılan cerrahi hatalar ve %1,5’i ise yanlış kimliklendirme, hasta teslimi yapılmaması, düşmeler gibi hasta güvenliği kaynaklı hatalar olduğu belirlenmiştir (Çakmak ve ark., 2018).

Tıbbi hata kavramı çerçevesinde yapılan bir diğer tanımlamaya göre tıbbi hata, sağlık bakım hizmeti veren sağlık profesyonelinin verdiği bakım esnasında ortaya çıkan istenmeyen olay ya da tıbbi hatalar sebebiyle bireylerin fiziksel ve psikolojik zarara uğramasına, yaşam kalitesinin düşmesine, morbidite oranlarında artışa hatta kişilerin hayatını kaybetmesine sebep olmasıdır (Yılmaz ve ark., 2022; Uysal ve Karakurt, 2020; Özer ve ark., 2015).

Joint Commission International (JCI) yani Uluslararası Ortak Komisyon Akreditasyonu tarafından yapılan istenmeyen olay ve ya tıbbi hata tanımına göre ise “ sağlık kuruluşuna sağlık bakım hizmeti almak amacıyla başvuran kişilerin hizmet sağlayıcıları yani sağlık profesyonelleri tarafından uygun ve etik olmayan davranışlar, ihmalkârlık ve mesleki bilgi becerilerinde eksiklik sonucunda kişilerin zarara uğraması “ olarak tanımlanmıştır (JCI, 2019).

2.3.8. Hasta Güvenliğinde Tıbbi Hatanın Önemi

Sağlık kuruluşları insanlara doğrudan sağlık bakım hizmeti veren kuruluşlar olması sebebiyle verdikleri sağlık bakım hizmeti esnasındaki herhangi bir hata doğrudan hizmet verilen kesimin yani hastaların sakatlık ve ya ciddi kayıplar

yaşamına sebep olabilmektedir. Hatta daha da ilerleyen bir boyutta sağlık hizmeti verilen hastaların yaşamlarını yitirmesine yol açabilmektedir. Bu sebeplerden ötürü tıbbi hatalar sağlık sisteminde kilit bir konuma sahip olmakla beraber ciddi bir hasta güvenliği sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Korkutan ve Kurt, 2021). Sağlık kuruluşları gerekli çalışmalar sonucu tedbirler alarak hasta güvenliğini sağlaması demek oluşma ve ya ortaya çıkma ihtimalinin asgari düzeye düşürülmesi sonucunda istenmeyen olaylar ya da tıbbi hataların azaltılmasıdır (Korkmaz Yenice ve ark., 2021).

DSÖ' nün 2022 yılında yayınladığı rapora göre küresel düzeyde hasta güvenliğinin sağlanması için hasta güvenliği eylem planında sağlık hizmeti alan hastaların güvenliği için önceki yıllarda yapılmış olan çalışmaların incelenerek tecrübeli uzmanlarla iyileştirme çalışmaları yapılmasının planlandığını iletmiştir (DSÖ, 2022). 2021 yılında T. C. Sağlık Bakanlığı meydana gelen istenmeyen olay ve ya tıbbi hataların oluşumu ve oluşum sonrası verdiği hasarları asgari düzeye indirmek hedefiyle Türkiye Hasta Güvenliği adında bildirimlerin yapılabileceği bir sağlık platformu oluşturmuştur (SB, 2021). Sağlık bakanlığının oluşturduğu bu yeni sistemde; meydana gelen tıbbi hata ya da istenmeyen olayın nerede gerçekleştiği, olaya karışan sağlık profesyonelinin görevi, olayın yaşandığı zaman dilimi vb. bilgiler bu yeni bildirim sistemine uyumlanmıştır. Bu yeni sistemde aynı zamanda platformun etkinliği açısından yeni düzenlemeler de mevcut olup bir sağlık profesyoneli meydana gelen bir istenmeyen olay ya da tıbbi hata bildiriminde bulunacağı zaman herhangi bir kimlik bilgisi ve IP adresi bilgisi alınmamaktadır. Oluşturulan bu platform aracılığıyla ortaya çıkan istenmeyen olay ve ya tıbbi hataların iyileştirmesine yönelik çalışmalarda yapılmaktadır (Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2021).

2021 yılında oluşturulan bu yeni sistem olan hasta güvenliği bildirim sistemi sayesinde meydana gelen istenmeyen olay ya da tıbbi hatalar daha açık, anlaşılır ve tarafsız bir biçimde tespit edilebilmektedir. Yapılan bildirimlerin sonucunda oluşturulan uzman komisyon tarafından problem çözme süreçleri ve kök-neden analizleri yapılarak çözüm yolları üretilmekte, sistemde iyileştirmeler sağlanmaktadır (Ün ve Purkuloğlu, 2017).

2.3.9. Tıbbi Hataların Bildirimi Ve Raporlanması

Sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olay ya da tıbbi hataların raporlanması ve bildiriminin yapılması verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesini ve

güvenliğini arttırmak adına çok önemli bir adımdır. Bu süreçte, sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları olan sağlık profesyonelleri ve sağlık bakımının verildiği sağlık kuruluşlarına büyük görev düşmektedir. Sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanları hataların belirlenmesi, değerlendirilmesi, analiz edilmesi ve tedbirler alınmasında süreç araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık kuruluşları ve sağlık profesyonellerinin yaptıkları bu bildirimler tıbbi hataların oluşum nedenlerini anlamada, gelecekte meydana gelme olasılığı olan tıbbi hataları önlemede ve sürekli iyileştirme ilkesi ile sağlık bakım kalitesini arttırmada veri tabanları sağlamaktadır (Çelik, 2022).

Bunların yanı sıra istenmeyen olayların ya da tıbbi hataların raporlanması ve bildirim süreçlerinde karşı karşıya geldiği zorluklar da mevcuttur. Olay bildiriminin önündeki engeller incelendiğinde ise karşımıza şunlar çıkmaktadır; sağlık profesyonellerinin işlerini kaybetme konusundaki endişeleri, korkuları, bildirim ve raporlama sürecinin karmaşıklığı, zaman sorunu ve ortaya çıkabilecek cezai sorumluluk ve ya sonuçlar vb. faktörler sürecin önündeki engellerdir ve sistemin işlerliği ve etkinliğini etkilemektedir. Bütün bu olay bildirim engelleri sonucunda istenilen gerçek hata oranları elde edilemez ve ya eksik elde edilir ve bu sebepten ötürü sistemsel iyileştirmeler istenilen derecede yapılamaz ve sağlık bakım kalitesinde sınırlılıklar ortaya çıkarır (Kahriman ve Öztürk, 2016).

Bu noktada, etkili bir olay bildirim sisteminin oluşturulmasında sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları olan sağlık profesyonellerine sürecin önemi ve faydaları ile ilgili eğitimler düzenlenmesi ve açık iletişim ortamları sağlanarak teşvikleri sağlanmalıdır. Bunun yanında bildirim sürecinin karmaşıklığının ortadan kaldırılması amacıyla süreçlerin basitleştirilmesi, teşvik edici olması amacıyla bildirimlerin anonim ya da gizlilik içinde yapılmasının sağlanması sağlık hizmet sunucuları olan sağlık profesyonellerinin hata raporlamalarını daha güvenli bir ortamda yapmalarını sağlayacaktır. Ayrıca olay bildirim önündeki engellerden biri olan cezalandırılma korkusu ortadan kaldırılmalı istenmeyen olay ya da tıbbi hata bildirimlerinin birer ceza aracı olmadığı ifade edilmeli, sürekli iyileştirme ve öğrenmeye olanak sağlayan bir araç olduğu ifade edilmelidir. Sağlık bakım hizmeti verilen sağlık kuruluşlarında yapılan bu bildirimler önemsenmeli, soruşturma süreçleri oldukça şeffaf yürütülmeli ve bu süreçlerde iletişim kanalları güçlendirilmelidir. Böylece tıbbi hata ya da istenmeyen olay bildirimleri verilen sağlık hizmetinin güvenliği ve kalitesinin daima geliştirilmesinde etkin bir araç olarak kullanılmalıdır (Güleç ve İntepeler, 2013).

Sağlık kuruluşlarında yapılan istenmeyen olay ya da tıbbi hata bildirimleri,

verilen sağlık bakım hizmeti kalitesini ve güvenliğini arttırmada en temel süreçlerin başında gelmesinin yanı sıra, bu süreçlerin etkin ve doğru bir biçimde işlerliğinde birçok sorunla karşı karşıya gelmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar, burada sağlık bakım hizmet sunucuları olan sağlık profesyonellerinin ki bunlar arasında da özellikle hemşirelerin sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olay ya da tıbbi hataların raporlanması ve bildirilmesi hususunda isteksiz olduklarını bunun yanında konuyu yeterince önemsemediklerini bunun sonucu olarak olay bildirimini yapmadıklarını ortaya koymuştur (Gündoğdu, 2018).

2019 yılında yapılan bir diğer çalışmaya göre konuya daha genel bir çerçeve ile yaklaşmış sağlık profesyonellerinin genel olarak sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olay ya da tıbbi hata bildirimini yapmada isteksiz olduklarını ve bunun sonucunda da olay raporlama ve bildirim konusuna öncelik vermemeleri sonucu bu istenmeyen olay ya da tıbbi hataların devam etmesine, tekrarlamasına ve hatta hastalara yansıyan derecede zararın artmasına yol açabileceği ifade edilmiştir. Bütün bu saydığımız nedenlerden ötürü sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olay ve tıbbi hataların gerçekte ne derecede sağlık sistemini sekteye uğrattığını tam manasıyla anlamayı ve etkin önlemler almada engeller oluşturabilir (Harman, 2024).

Sağlık kuruluşlarında meydana gelen istenmeyen olay ve ya tıbbi hataların önlenmesinde ve bununla beraber sağlık hizmeti alan hastaların güvenliğinin arttırılmasında ilk adım şüphesiz ki meydana gelen bu tıbbi hataların nedenlerini anlamak ve daha önceden meydana gelen farklı türlerdeki tıbbi hataları incelemektir. Meydana gelen tıbbi hata türlerinin, oransal sayıları ve ortaya çıkma nedenleri farklı sağlık kuruluşlarında farklı sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu sebepten ötürü her sağlık kuruluşunun kendi içerisinde kendi dinamiklerine uygun hazırlanan tıbbi ya da medikal hataları kurum bazında incelemesi, değerlendirmesi, izlemesi ve inceleyerek analiz etmesi gerekmektedir (Aljabari ve Kadhim, 2021).

Sağlık bakım hizmeti esnasında ortaya çıkan bu tıbbi hataların tartışılması oldukça büyük öneme sahiptir. Sağlık bakım hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin, sağlık hizmeti verilen hastaların güvenliği sağlama adına takibi açısından oldukça yararlı olmaktadır (Levine ve ark., 2020).

İngiltere’ de bulunan Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı’nın yayınlamış olduğu rapora göre ortaya çıkan istenmeyen olay ve ya tıbbi hatalar sonucu oluşan vakaların araştırılmasıyla, sürekli hasta güvenliği politikasını sağlama adına tıbbi hataların

raporlanmasının pozitif katkıları olduğu, ortaya çıkan istenmeyen olay ve ya tıbbi hatalar sonucu oluşan vakaların uluslararası düzeyde değerlendirmenin ve istenmeyen olay ya da tıbbi hataların raporlama ve bildirim seviyelerinin daha yüksek olması sağlık hizmet alıcıları olan hastaların güvenlik kültürüyle pozitif yönde ilişkilendirildiği ifade edilmiştir (Aslan, 2020).

Sağlık kuruluşlarında yapılan istenmeyen olay ya da tıbbi hataların raporlanması ve bildirim sonucu sağlık bakım hizmet sunumundaki aksaklık ve hataların tanımlanmasına olanak sağlamakla beraber sağlık bakım hizmet alıcıları olan hastaların zarar görmesi minimum düzeye indirilmekte ve önlenmekte, ortaya çıkan istenmeyen olay ya da tıbbi hataların sebeplerini incelemeye olanak tanımaktadır (Ulusoy ve Tosun, 2019).

Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı’na geliştirilen internet tabanlı bir sistem olan “Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi” kullanılmaktadır. Bu sistem sayesinde sağlık bakım hizmeti sunumunda karşılaşılan bireysel ve kurumsal hataların bildirim yapılabilir. Bu sisteme girişler imzasız olarak giriş yapılabilmesinin yanında yapılan olay bildirim sırasında IP adresi olmak üzere kişisel hiçbir verinin sisteme kaydedilmemesine olanak tanımaktadır (Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

2.3.10. Hemşirelik ve Tıbbi Hata

Sağlık kuruluşlarında sağlık bakım hizmeti veren en kalabalık grup olan hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki uygulamalarda bilgi eksikliği, tecrübesizliği, dikkatsizliği, yaşanan istenmeyen olayları kayıt altına almadaki ihmalkâr davranışlar sergilemesi, iletişimde kopukluklar ve yönetmeliklere uyulmaması gibi sebeplerden dolayı tıbbi hatalar meydana gelmektedir (Akalin, 2004; Er ve Altuntaş, 2016). Sağlık bakım hizmeti sunarken sahada hemşirelerin en sık karşılaştığı tıbbi hatalar şu şekilde sıralanabilir; tedavi ve ilaç uygulama esnasındaki hatalar, sağlık hizmetinde faydalanan hastaların sağlık hizmeti aldığı esnada meydana gelen düşmeler, transfüzyon sürecinde meydana gelen yanlışlık ve aksaklıklar sonucu ortaya çıkan hatalar, iletişim eksiklikleri kaynaklı sorunlar, hastaların izleminin yeteri oranda yapılamaması, cihaz ve malzemelerin kusurlarına bağlı hatalardır (Özata ve Altunkan, 2010; Ersun ve ark., 2013; Yiğitbaş ve ark., 2016).

Hemşireler, sağlık bakım hizmetlerinde kilit konumda yer alan primer sağlık

hizmeti veren meslek grubudur ve sağlık hizmetinden faydalanmak için başvuran hastaların güvenliğini oluşturma ve korumada büyük sorumluluklar üstlenmektedirler. Bu sorumluluklardan birine örnek verilecek olursa özellikle ilaç uygulanması esnasında meydana gelen istenmeyen olayların bildirimi; sağlık kuruluşlarında hemşirelerin doğrudan faydası dokunan kilit bir noktadır (Çelik, 2022).

2021 yılında yapılan bir diğer çalışmaya göre (Afaya ve ark., 2021) ise ilaç uygulanması esnasında meydana gelen istenmeyen olayların sıklıkla hemşireler tarafından ortaya çıktığı belirtilmiştir. Bu nedenle sağlık bakım hizmeti sunan hemşirelerin tutumlarının, ilaç uygulanması esnasında meydana gelen istenmeyen olayları anlama ve bildirme hususundaki kararları üzerinde etkin rol oynayacağından sağlık hizmeti alan hastaların güvenliği çerçevesinde bakıldığında çok önemli bir yer kapladığı belirtilmektedir. Hemşirelerin istenmeyen olay bildirimlerini eksiksiz ve yeterli oranda bildirmeleri gerekmektedir. Eksik ve yetersiz yapılan bildirimler sağlık bakım hizmeti kalitesini düşürmekte ve hasta güvenliğini tehlikeye sokmaktadır (Harman D, 2024).

2.3.11. Hemşirelikte Tıbbi Hataların Önemi

Hemşirelik eğitimi sürecinde hemşirelere bazı mesleki etik değerler öğretilmektedir. Öğretilen bu etik değerler arasında ilk olarak zarar vermeme/ yarar sağlama ilkesi mevcuttur. Bu ilke sağlık bakım sunum hizmetinde hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır (Karakaş ve ark., 2023). Sağlık kuruluşlarında sağlık bakım hizmeti esnasında ortaya çıkan istenmeyen olay ya da tıbbi hatalar çeşitli nedenler sonucu ortaya çıkmaktadır. Bunlar; dikkatsizlik, tecrübe eksikliği ve oluşturulan hasta güvenliği standartlarına uymama sonucu ortaya çıkmaktadır (Yılmaz, 2023).

Hemşirelerin mesleki bilgi ve beceri düzeyleri ile yetkinlikleri hasta güvenliğinde belirleyici olmaktadır. Hemşirelerin tecrübe, uygulamalarda bilgi düzeyi, eleştirel düşünme, yeterli derecede beceriye sahip olma, etkin iletişim becerileri, hemşireleri destekleyen çalışma ortamları, profesyonellik ve motivasyon sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesine ve güvenliğine olumlu katkıda bulunmaktadır (Kırca ve ark., 2020).

Sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık bakım sisteminin önemli yapı taşlarından biri hasta güvenliğidir. Sağlık kuruluşlarının verdiği hizmet esnasında meydana gelen istenmeyen olay ya da tıbbi hatalar sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık bakım hizmeti

kalitesinin önemli bir göstergesi olan hasta güvenliğine yönelik ciddi tehditler barındırmaktadır (Heydarikhayat ve ark., 2024). Bu istenmeyen olay ya da tıbbi hatalar sonucu ortaya büyük çerçevede sonuçlar çıkmaktadır. Bu sonuçlar incelendiğinde; sakatlanmalar, yaşamını yitirme, tedavi süresinde uzamaya bağlı hastanede yatışların uzaması, psikolojik sıkıntılar ve sağlık bakım masraflarının yükselmesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Yılmaz, 2023). Sağlık kuruluşlarında sağlık bakım hizmeti sunan sağlık profesyonelleri verdikleri hizmet esnasında tıbbi hatalar yapabilmektedir. Bu istenmeyen olay ya da tıbbi hatalar farklı meslek gruplarında ortaya çıkmakla beraber hemşirelerin tıbbi hatalara neden olma ihtimalleri diğer sağlık meslek gruplarına oranla daha yüksektir (Heydarikhayat ve ark., 2024).

Hemşirelerin daha önce karşılaştıkları tıbbi hatalar ve bu hatalar sonucu meydana gelen psikolojik sıkıntılar; travma riski, moral motivasyonda eksiklikler ile çoğunlukla verilen bakımın kalitesini düşürmektedir (Pappa ve ark., 2023). Bunun sonucunda ise hastaların sağlık bakım hizmeti veren kuruluş ve sağlık profesyonellerine olan güveni azalmakta ve sağlık bakım hizmeti sunum sisteminden memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Küresel düzeyde bakıldığında farklı güvenlik önlemleri alınsa da günümüzde halen tıbbi hatalar çoğalarak devam etmektedir (Yılmaz, 2023).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

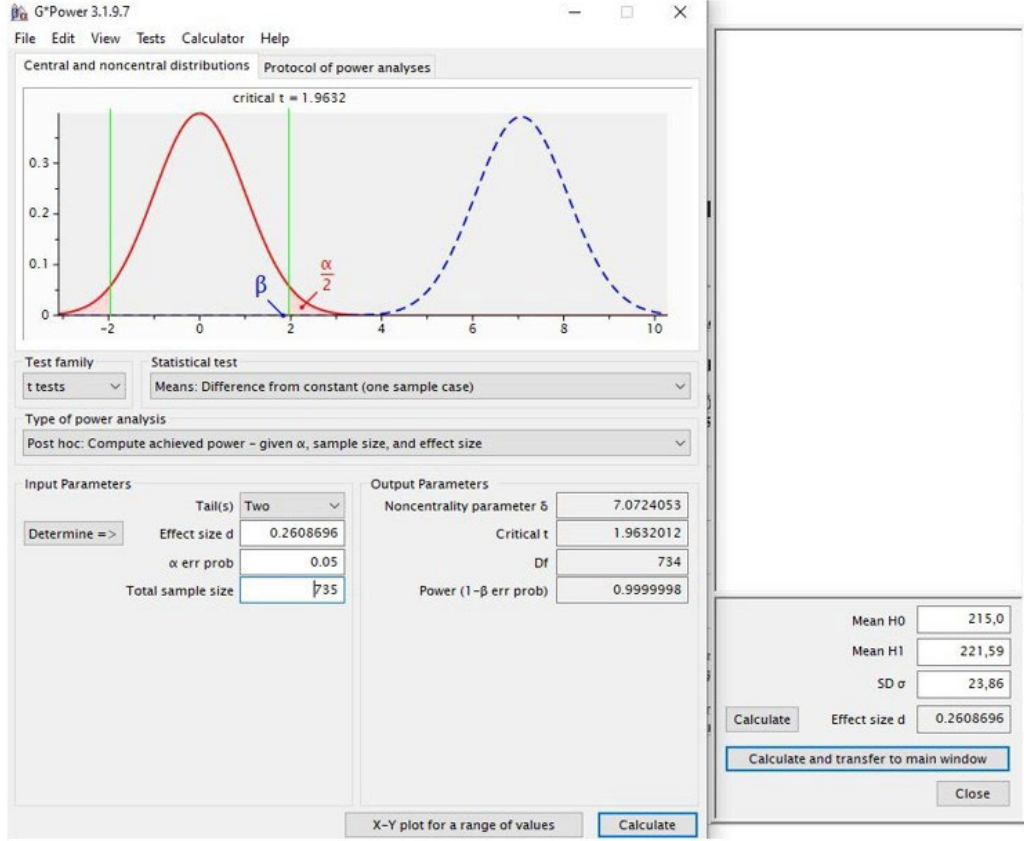
Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türlerinde planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri Şanlıurfa il merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı üç kamu hastanesi ve bir üniversite hastanesinde yürütülmüştür. Araştırma verileri Haziran 2023 – Haziran 2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihte Şanlıurfa ilinde yer alan bir devlet hastanesi, iki eğitim ve araştırma ve uygulama hastanesi ve bir üniversite hastanesi çalışmakta olan toplam 2316 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan evrenin en az %80 'ine ulaşılacak şekilde planlanmıştır. Araştırma çalışmaya katılmayı kabul eden 735 hemşire ile tamamlanmıştır. Bu sayı evrenin yüzde %31,7 'sine denk geldiğinden örneklem sayısı için post-hoc güç analizi yapılmıştır. Araştırma sonrasında araştırma gücüne bakmak için yapılan Post-hoc güç analizde power (1- β) 0.999 çıkmış ve örneklem sayısı yeterli bulunmuştur (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Post-hoc Güç Analizi

3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütleri

3.4.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Evrende yer alan hastanelerde çalışan hemşire olması,
- Hemşirenin araştırmaya gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmesi

3.4.2. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Veri toplandığı tarihte doğum izni, yıllık izin vb. olması,

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımsız değişkenler:

- Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma pozisyonu ve hastane adı değişkenlerinden oluşmaktadır.
- Hemşirelerin mesleki özellikleri; yatak sayısı, toplam çalışma süresi, servis/birimdeki çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, mesai saatleri içinde bakım verilen hasta sayısı ve hastaların yatış gün sayısından oluşmaktadır.

3.5.2. Bağımlı değişkenler:

- Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları
- Hemşirelerin Olay Bildirimi Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veriler, araştırmacı tarafından anket yöntemiyle elde edilmiştir. Araştırmada kullanılan sorular ise üç bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci kısmında araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, ikinci kısmında Özata ve Altunkan (2010) tarafından yapılan çalışmalar sonucu geliştirilen Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (THEÖ), üçüncü kısımda Keleş, (2021) yaptığı doktora çalışmasında Türkçe’ ye uyarladığı Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ) kullanılmıştır.

- Kişisel Bilgi Formu
- Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
- Olay Bildirim Tutum Ölçeği formları kullanıldı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Yapılan ayrıntılı literatür taraması doğrultusunda kişisel bilgi formunun içeriği oluşturulmuştur. Bu bölümde çalışmaya katılan hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma pozisyonu ve hastane adı gibi sosyo- demografik özellikleri yer almasının yanı sıra yatak sayısı, toplam çalışma süresi, servis/birimdeki çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, mesai saatleri içinde bakım verilen hasta sayısı ve hastaların yatış gün sayısı gibi mesleki özellikleri yer almaktadır. Bu bölüm olay bildirim ve tıbbi hataya eğilimi etkileyebilecek 14 maddeden oluşan sorulardan oluşmaktadır (Uzunkaya, 2010; Başaran ve Duygulu, 2014; Toprak, 2019).

3.6.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, hemşirelerin sağlık bakım hizmet sunumu esnasında tıbbi hata yapma eğilimlerinin ne ölçüde olduğunu tespit etmek amacıyla geçerlilik ve güvenirlik analizleri Özata ve Altunkan'nın (2010) tarafından yapılan çalışmalar sonucunda geliştirilen bir ölçektir. Bu ölçek toplamda 49 soru bulunan 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve her bir boyuttaki soru sayıları incelendiğinde ise; ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu toplam 18 sorudan, hastane enfeksiyonları alt boyutu toplam 12 sorudan, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu toplam 9 sorudan, düşmeler alt boyutu toplam 5 sorudan ve son olarak iletişim alt boyutu 5 sorudan oluştuğu görülmektedir. Ölçek 5'li likert tipindedir. Ölçeğin puan sıralaması (1) Hiç, (2) Çok Nadir, (3) Zaman zaman (4) Genellikle ve (5) Her zaman şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekten toplam puan ortalaması üzerinden minimum 49 puan iken alınabilirken, maksimum alınabilecek puan 245' tir. Ölçeğin puan değerlendirmesi şu hususlara göre yapılmaktadır; ölçekten alınan toplam puandaki artışlar, hemşirelerin sağlık bakım hizmeti sunumu esnasında tıbbi hata yapma olasılığının düşük olduğunu, ölçekten alınan toplam puandaki azalmalar ise hemşirelerin sağlık bakım hizmeti sunumu esnasında ortaya çıkabilecek tıbbi hata oranının arttığını ifade etmektedir. Özata ve Altunkan'nın (2010) tarafından yapılan çalışmada geliştirilen ölçeğin yani Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (THEÖ) Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.954 olarak hesaplanmıştır (Özata ve Altunkan, 2010).

3.6.3. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği

Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ), Wilson vd. (2008) tarafından yapılan çalışmada sağlık profesyonellerinin meydana gelen istenmeyen olay ya da tıbbi hata durumlarındaki olay bildirim tutumlarını inceleme amacıyla geliştirilmiştir. Aynı ölçek daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda farklı dillere uyarlanarak kullanılmaya devam edilmiştir. Ölçek Sun vd. (2014) yaptığı çalışmada Çince'ye uyarlanmış, , Litke vd. (2020) yaptığı araştırmada ise Almanca'ya uyarlanmıştır. Keleş, (2021) doktora tezinde Türkçe' ye uyarlamış ve çalışmasında kullanmıştır.

Ölçek 4'lü likert tipindedir. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ) puanlandırması; (1) Hiç katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum ve (4) Kesinlikle katılıyorum şeklindedir. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ), toplamda 25 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; 6 madde ile Suçlama/Ayıplama alt boyutu, 6 madde ile Olay Bildirim Kriterleri alt boyutu, 6 madde ile Meslektaş Beklentisi alt boyutu, 5 madde ile Olay Bildirimin Faydası alt boyutu ve son olarak 2 madde ile Olay Bildirim Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği alt

boyutu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ölçekten toplam puan ortalaması üzerinden minimum 25 puan iken alınabilirken, maksimum alınabilecek puan 100'dür. Ölçeğin 1, 3, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 24 ifadeleri araştırmacı tarafından ters kodlanmıştır. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği'nden (OBTÖ) elde edilen toplam puanın yüksek olması sağlık bakım hizmeti sunumu esnasında ortaya çıkan istenmeyen olay ya da tıbbi hata olay bildirimlerinde tutumun olumsuz olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmada Keleş, (2021) araştırmasında Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ) uyarladığı haliyle kendisinden gerekli izin alınarak kullanılmıştır (Keleş, 2021). Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ) alt boyutları ve ifade değerleri aşağıda (Şekil 3.2.)'de verilmiştir.

Boyutlar	III. Bölüm İfade Numaraları
Suçlama (Ayıplama)	5, 7, 12, 18, 21, 23
Olay Bildirimi Kriterleri	2, 3*, 10, 14, 15, 20
Meslektaş Beklentisi	6, 9*, 11*, 19, 22, 25
Olay Bildiriminin Faydası	1*, 4, 16*, 17*, 24*
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği	8*, 13*

* Araştırmacı tarafından ters kodlanmıştır.

Şekil 3.2. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ) Alt Boyutları ve İfade Değerleri

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

3.7.1. Ön Kurum İzni

Çalışma için Harran Üniversitesi Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan izin almak amacıyla Şanlıurfa il merkezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kamu Hastaneleri ve Şanlıurfa il merkezinde bulunan Harran Üniversitesi Hastanesi'nden kurum ön izni alınmıştır.

3.7.2. Etik Kurul İzni

3.7.3. Kurum İzni

3.7.4. Ölçek İzinleri

- Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği için Özata'dan izin alınmıştır.
- Olay Bildirim Tutum Ölçeği için Keleş'ten izin alınmıştır.

3.7.5. Çalışmaya Katılmayı Kabul Eden Hemşirelerden İzin Alınması

Veri toplamadan önce çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden sözel onam alınmıştır.

3.8. Veri Toplama Süreci

Etik kurul izni 2023 yılının haziran ayında alınmıştır. Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındıktan hemen sonra Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Şanlıurfa'da bulunan kamu hastanelerinden ve Harran Üniversitesi Hastanesi'nden veri toplama izni alınmıştır. Etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra 2023 yılının Haziran-2024 yılının Haziran ayları arasında örneklem dâhilindeki hastanelere gidilerek veri toplanmaya başlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından evren dâhilindeki hastanelere gidilerek hemşirelerle yüz yüze görüşülüp sözel olarak onamları alınarak doldurulmuştur. Her bir anket süresi 10-15 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics v.26.0 (IBM Corp; Armonk, NY, USA) paket programına kaydedilerek değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, minimum maksimum değerler; nominal değişkenler için sayı ve yüzde kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi, normal dağılım grafikleri incelenerek belirlenmiştir. p değeri 0,05 ten küçük olduğu veriler normal dağılıma uymamaktadır. Sürekli değişkenler yönünden farkın önemliliği için Mann Whitney U ve Kruskal Wall testleri kullanılmıştır. Numerik olan iki değişken arasındaki ilişkinin derecesini ve yönünü bulmak için Sperman korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Tüm analizler için 0,05'in altındaki p değeri anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- ♦ Çalışmanın veri toplama süreci yüz yüze planlanmış olup 2023 Şubat ayında meydana gelen deprem felaketi ve sonrasında Mart ayında yaşanan sel felaketi sebebiyle hastanelerin afet ve kriz yönetimi süreçleri, hastanede çalışan hemşirelerin buna bağlı yoğunlukları ve Sağlık Bakanlığı'nın o dönem duruma özgü tayin açması nedeniyle ulaşılan hemşire sayısı sınırlı olmuştur.
- ♦ Toplanan veriler Şanlıurfa İlinde çalışan hemşirelerin beyanına

dayalıdır.

- ♦ Çalışma yapılan hastanelerdeki hemşirelerle sınırlıdır.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş ($\bar{X} \pm SS = 27,79 \pm 4,5$)		
27 Yaş ve Altı	409	55,6
28 Yaş ve Üzeri	326	44,4
Cinsiyet		
Kadın	412	56,1
Erkek	323	43,9
Medeni Durum		
Evli	327	44,5
Bekâr	408	55,5
Eğitim Durumu		
Lise ve Önlisans	168	22,9
Lisans ve Lisansüstü	567	77,1
Çalışma Pozisyonu		
Ameliyathane Hemşiresi	54	7,3
Uygulayıcı/Yatak Başı Hemşiresi	252	34,3
Acil Hemşiresi	96	13,1
Yoğun Bakım Hemşiresi	264	35,9
Yataklı Olmayan Birim Hemşiresi	69	9,4
Hastane Adı		
A Hastanesi	139	18,9
B Hastanesi	298	40,5
C Hastanesi	185	25,2
D Hastanesi	113	15,4

Şekil 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri(n:735)

Şekil 4.1.'de araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Bu verilere göre; hemşirelerin yaş ortalaması $27,79 \pm 4,5$ olarak hesaplanırken, hemşirelerin % 55,6'sı 27 yaş ve altındadır. Kadın hemşirelerin oranı %56,1 iken, hemşirelerin %55,5'inin evli, % 77,1'inin lisans ve lisansüstü eğitime sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın yapıldığı kurumlarda hemşirelerin %40,5'inin B Hastanesi'nde çalıştığı tespit edilirken, hemşirelerin %35,9'unun yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştığı tespit edilmiştir.

4.2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri

Mesleki Özellikler	Sayı	Yüzde
Yatak Sayısı(n=692)		
20 Yatak ve Altı	306	44,2
21 Yatak ve Üzeri	386	55,8
Toplam Çalışma Süresi		
1-24 Ay	238	32,4
25-72 Ay	277	37,7
73 Ay ve Üzeri	220	29,9
Servis/Birimdeki Çalışma Süresi		
1-12 Ay	311	42,3
13-48 Ay	276	37,6
49 Ay ve Üzeri	148	20,1
Çalışma Şekli		
Sadece Gündüz	187	25,4
Gece/Gündüz Vardiyalı	548	74,6
Haftalık Çalışma Saati		
40 Saat	290	39,5
48 Saat	171	23,3
56 Saat	122	16,6
64 Saat ve Üzeri	152	20,7
Mesai Saatleri İçinde Bakım Verilen Hasta Sayısı(n=678)		
1-4 Hasta	221	32,6
5-15 Hasta	279	41,2
16 ve Üzeri Hasta	178	26,3
Hastaların Yatış Gün Sayısı		
0-1 Gün	198	26,9
2-6 Gün	190	25,9
7-20 Gün	192	26,1
21 Gün ve Üzeri	155	21,1

Şekil 4.2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri

Hemşirelerin mesleki özellikleri Şekil 4.2.'de verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerden yataklı olmayan birimlerde çalışanlar yatak sayısı belirtmediğinden yatak sayısı değişkeni örneklemini n=692 olarak belirlenmiştir. Buna göre; hemşirelerin %55,8'inin 20 yatak ve üzeri birimlerde görev yaptığı, % 37,7'nin toplam çalışma süresinin 25-72 ay arası olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin aktif görev yapılan birimi incelendiğinde; hemşirelerin %42,3'ünün şuan ki birimde 1-12 ay arası çalışmakta olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %74,6'sının hem gece hem de gündüz vardiyasında çalıştığı, % 39,5'unun haftalık 40 saat çalıştığı belirtilmiştir. Hemşirelerin mesai saatleri içerisinde bakım verdiği hasta sayıları incelendiğinde ise; hemşirelerin %41,2' sinin 5-15 arası hasta bakmakta oldukları ve hastaların %26,9'unun 0-1 gün arası yattığı belirtilmiştir.

4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İle Olay Bildirimi Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

THEÖ ve Alt Boyut	Madde Sayısı	Minimum	Maksimum	$\bar{X}$	SS
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18	18	90	83,06	9,90
Hastane Enfeksiyonları	12	12	60	54,26	6,79
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	9	9	45	39,38	5,14
Düşmeler	5	5	25	22,00	3,35
İletişim	5	5	25	22,81	3,21
THEÖ Toplam Puan	49	49	245	221,59	23,86
OBTÖ ve Alt Boyut					
Suçlama(Ayıplama)	6	6	24	13,81	4,54
Olay Bildirimi Kriterleri	6	6	24	14,00	3,32
Meslektaş Beklentisi	6	6	24	13,70	2,81
Olay Bildiriminin Faydası	5	5	20	12,75	1,98
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği	2	2	8	4,18	1,46
OBTÖ Toplam Puan	25	36	78	58,44	8,84

Şekil 4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İle Olay Raporlama Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Şekil 4.3.'de hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği (THEÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile olay bildirimi tutum ölçeği (OBTÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. THEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç ve transfüzyon uygulamaları puan ortalamasının $83,06 \pm 9,90$, hastane enfeksiyonları puan ortalamasının $54,26 \pm 6,79$, hasta izlemi ve malzeme güvenliği puan ortalamasının $39,38 \pm 5,14$, düşmeler puan ortalamasının $22,00 \pm 3,35$, iletişim puan ortalamasının $22,81 \pm 3,21$, THEÖ toplam puan ortalamasının ise $221,59 \pm 23,86$ olarak hesaplanmıştır. OBTÖ Ölçeğine bakıldığında ise; suçlama(ayıplama) puan ortalamasının $13,81 \pm 4,54$, olay bildirim kriterleri puan ortalamasının $14,00 \pm 3,32$, meslektaş beklentisi puan ortalamasının $13,70 \pm 2,81$, olay bildiriminin faydası puan ortalamasının $12,75 \pm 1,98$, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği puan ortalamasının $4,18 \pm 1,46$ ve toplam puan ortalamasının $58,44 \pm 8,84$ olarak saptanmıştır.

4.4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları

Değişkenler	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları		Hastane Enfeksiyonları		Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği		Düşmeler		İletişim		THEÖ Toplam Puan	
	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p
Yaş												
27 yaş ve altı	369,96		362,56		376,02		369,46		368,44		369,29	
28 yaş ve üzeri	365,55	-0,282/0,778	374,83	-0,784/0,433	357,94	-1,152/0,249	366,17	-0,212/0,832	367,44	-0,067/0,947	366,39	-0,184/0,854
Cinsiyet												
Kadın	400,10		387,50		379,18		384,60		403,58		394,56	
Erkek	327,05	-4,663/0,000	343,13	-2,835/0,005	353,74	-1,620/0,105	346,83	-2,434/0,015	322,61	-5,380/0,000	334,12	-3,831/0,000
Medeni Durum												
Evli	363,80		365,42		355,11		361,32		374,06		362,04	
Bekar	371,37	-0,483/0,629	370,06	-0,297/0,767	378,33	-1,481/0,139	373,35	-0,776/0,438	365,14	-0,727/0,467	372,78	-0,681/0,496
Eğitim Durumu												
Lise ve Önlisans	376,75		357,48		387,79		380,08		372,00		373,34	
Lisans ve Lisansüstü	365,41	-0,613/0,540	371,12	-0,737/0,461	362,14	-1,382/0,167	364,42	-0,854/0,393	366,82	-0,291/0,771	366,42	-0,371/0,710
Çalışma Pozisyonu*												
(1)Ameliyathane Hemşiresi	323,94		301,33		322,25		276,92		328,04		285,65	
(2)Uygulayıcı/Yatak Başı Hemşiresi	370,44	4,840/0,304	362,14	11,733/0,019	381,56	6,866/0,143	375,39	14,264/0,006	378,75	8,874/0,064	373,67	15,291/0,004
(3)Acil Hemşiresi	352,72		338,54	(1-4)/0,044	353,80		341,79	(1-2)/0,017	326,93		336,26	(1-4)/0,006
(4)Yoğun Bakım Hemşiresi	384,27		390,91		379,25		385,68	(1-4)/0,005	384,57		395,68	
(5)Yataklı Olmayan Birim Hemşiresi	352,59		394,90		331,00		381,11		353,75		349,21	
Hastane Adı*												
(1)A Hastanesi	391,65		382,88		427,23		387,67		385,58		397,28	
(2)B Hastanesi	366,40	3,029/0,387	369,82	2,192/0,533	363,66	19,008/0,000	361,48	3,397/0,334	379,58	5,247/0,155	369,77	6,037/0,110
(3)C Hastanesi	350,79		349,89		324,78	(1-2)/0,020	352,57		342,57		339,69	
(4)D Hastanesi	371,30		374,54		377,34	(1-3)/0,000	386,26		357,46		373,66	

Mean Rank= sıra ortalaması U= Mann-Whitney U Testi KW=Kruskal Wall Testi p: Anlamlılık değeri * Kruskal Wall Testi yapıldı

Şekil 4.4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan durumları Şekil 4.4.'de yer almaktadır. Kadın hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu sıra ortalaması 400,10 iken, erkeklerde 327,05 olarak hesaplanmıştır. İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$). Hastane enfeksiyonları alt boyutunun kadınlarda sıra ortalaması 387,50 iken, erkeklerde sıra ortalaması 343,13 olarak saptanmıştır, Bu iki değişken arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,005$). Hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutunun kadın ve erkeklerin sıra ortalamasının sırasıyla 379,18 ile 353,74 olarak hesaplanmış ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p=0,105$). Düşmeler ve iletişim alt boyutu sıra ortalamasının kadın hemşirelerde daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Düşmeler $p=0,015$, İletişim $p=0,000$). THEÖ toplam puanı ile cinsiyet değişkeni incelendiğinde ise; çalışmaya katılan kadınların sıra ortalaması 394,56 olup, erkeklerin sıra ortalaması 334,12 olarak hesaplanmıştır, THEÖ toplam puanı ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$).

Hemşirelerin çalışma pozisyonu değişkenine göre THEÖ toplam ve alt boyut puanları bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanan hastane enfeksiyonları alt boyutunda ameliyathane hemşiresinin sıra ortalamasının 301,33, uygulayıcı/yatakbaşı hemşiresinin 362,14, acil hemşiresinin 338,54, yoğun bakım hemşiresinin 390,91, yataklı olmayan birimlerde çalışan hemşiresinin sıra ortalamasının 394,90 olduğu belirtilmiştir ($p=0,019$). Yapılan ileri ikili karşılaştırmalarda bu anlamlı fark sıra ortalamasının 301,33 olan ameliyathane hemşiresi ile sıra ortalaması 390,91 olan yoğun bakım hemşiresi arasındadır ($p=0,044$). Düşmeler alt boyutu ile çalışma pozisyonu değişkeni arasındaki ilişki

incelendiğinde anlamlı fark saptanmış olup ($p=0,006$) bu anlamlı farkın iki gruptan kaynaklandığı görülmüştür. Bu anlamlı farkı oluşturan gruplar; sıra ortalaması 276,92 olan ameliyathane hemşiresi ile sıra ortalaması 375,39 olan uygulayıcı/yatak başı hemşiresi arasında ($p=0,017$) ve sıra ortalaması 276,92 olan ameliyathane hemşiresi ile sıra ortalaması 385,68 olan yoğun bakım hemşiresi arasındadır, ($p=0,005$). THEÖ toplam puana bakıldığında; ameliyathane hemşiresinin sıra ortalamasının 285,65, uygulayıcı/yatakbaşı hemşiresinin 373,67, acil hemşiresinin 336,26, yoğun bakım hemşiresinin 395,68, yataklı olmayan birimlerde çalışan hemşiresinin sıra ortalamasının 349,21 olduğu belirtilmiştir ($p=0,004$). Gruplar arası ikili karşılaştırmalara bakıldığında; bu anlamlı farkın sıra ortalaması 285,65 olan ameliyathane hemşiresi ile sıra ortalaması 395,68 olan yoğun bakım hemşiresi arasında olduğu belirlenmiştir, ($p=0,006$).

Hemşirelerin çalıştığı kuruma göre hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup ($p=0,000$), bu anlamlı farkın iki gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu gruplar sıra ortalaması 427,23 olan A Hastanesi ile sıra ortalaması 363,66 olan B Hastanesi arasında ($p=0,020$) ve sıra ortalaması 427,23 olan A Hastanesi ile sıra ortalaması 324,78 olan C Hastanesi arasındadır, ($p=0,000$).

Hemşirelerin yaşı, medeni durumu ve eğitimi ile THEÖ toplam ve alt boyut puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

4.5. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları

Değişkenler	İlaç ve Uygulamaları	Transfüzyon	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düğmeler	İletişim	THEÖ Toplam Puan					
	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p		
Yatak Sayısı(n=692)												
20 Yatak ve Altı	347,77	-0,150/0,881	341,87	-0,547/0,584	350,08	-	343,48	-0,360/0,719	330,31	-1,991/0,046	344,51	-0,233/0,816
21 Yatak ve Üzeri	345,50		350,17		343,66	0,422/0,673	348,89		359,34		348,08	
Toplam Çalışma Süresi*												
1-24 Ay	374,08		355,72		367,80		363,23		359,94		365,92	
25-72 Ay	367,86	0,401/0,818	360,31	3,795/0,150	360,47	0,816/0,665	371,50	0,198/0,906	365,19	1,237/0,539	362,81	0,566/0,754
73 Ay ve Üzeri	361,60		390,97		377,70		369,00		380,26		376,79	
Servis/Birimdeki Çalışma Süresi*												
1-12 Ay	369,91		358,86		370,47		357,84		353,18		364,54	
13-48 Ay	368,81	0,131/0,936	372,59	1,096/0,578	375,44	1,590/0,452	377,39	1,344/0,511	385,29	3,684/0,159	372,87	0,239/0,888
49 Ay ve Üzeri	362,47		378,66		348,93		371,82		366,90		366,20	
Çalışma Şekli												
Sadece Gündüz	379,36	-0,854/0,393	377,50	-0,714/0,475	375,55	-	392,10	-1,828/0,068	380,05	-0,942/0,346	378,25	-0,765/0,444
Gece/Gündüz Vardiyalı	364,12		364,76		365,43	0,565/0,572	359,78		363,89		364,50	
Haftalık Çalışma Saati*												
(1)40 Saat Çalışan	382,08		366,45		367,80		377,63		384,53		373,36	
(2)48 Saat Çalışan	369,35	2,866/0,413	395,79	4,754/0,191	384,29	1,627/0,653	379,85	4,112/0,250	381,37	8,295/0,040	384,23	2,791/0,425
(3)56 Saat Çalışan	349,56		359,21		357,43		336,32		356,82	(1-4)/0,045	347,95	
(4)64 Saat ve Üzeri Çalışan	354,42		346,74		358,53		361,73		330,39		355,61	
Mesai Saatleri İçinde Bakım Verilen Hasta Sayısı(n=678)*												
1-4 Hasta	348,31		344,82		353,36		362,96		355,36		356,76	
5-15 Hasta	335,66	0,676/0,713	341,26	0,603/0,740	323,81	3,179/0,204	319,79	6,210/0,45	338,41	3,262/0,196	338,62	2,668/0,263
16 ve Üzeri Hasta	334,58		330,13		346,88		341,26		321,51		335,12	
Hastaların Yatış Gün Sayısı*												
(1)0-1 Gün Arası	349,24		352,69		340,33		332,50	9,672/0,022	337,16	8,832/0,032	331,74	10,862/0,012
(2)2-6 Gün Arası	359,12	4,342/0,227	350,62	4,964/0,174	377,38	4,654/0,199	365,32	(1-4)/0,033	362,63	(1-4)/0,033	361,32	(1-4)/0,017
(3)7-20 Gün Arası	391,07		384,90		378,00		385,63		381,37		384,46	
(4)21 Gün ve Üzeri	374,26		387,93		379,45		394,79		397,41		399,64	

Mean Ranklere sıra ortalaması U= Mann-Whitney U Testi KW=Kruskal Wall Testi p= Anlamlılık değeri * Kruskal Wall Testi yapılmıştır.

Mean Rank= sıra ortalaması U= Mann Whitney U Testi KW= Kruskal Wall Testi p= Anlamlılık değeri * Kruskal Wall Testi yapılmıştır.

Şekil 4.5. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan durumları Şekil 4.5.'de yer almaktadır. Yatak sayısı değişkeni ile iletişim alt boyutu incelendiğinde 20 yatak ve altı birimlerde çalışan hemşirelerde sıra ortalaması 330,31 iken, 21 yatak ve üzeri birimde çalışan hemşirelerin sıra ortalaması 359,34 olarak hesaplanmıştır. İletişim alt boyutu ile yatak sayısı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,046$).

Hemşirelerin çalışma saati ile THEÖ toplam ve alt boyutları bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanan iletişim alt boyutu görülmüştür. Haftalık 40 saat çalışan hemşirelerin sıra ortalaması 384,53 iken, haftalık 48 saat çalışan hemşirelerde 381,37, haftalık 56 saat çalışan hemşirelerde 356,82, haftalık 64 saat ve üzeri çalışan hemşirelerde 330,39 olarak belirlenmiştir ($p=0,040$). Yapılan ileri ikili karşılaştırmalarda bu anlamlı fark sıra ortalamasının 384,53 olan 40 saat çalışan hemşireler ile sıra ortalaması 330,39 olan 64 saat ve üzeri çalışan hemşireler arasında olduğu belirlenmiştir ($p= 0,045$).

Hastaların yatış gün sayısına göre düşmeler alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup ($p=0,022$), bu anlamlı farkın sıra ortalaması 332,50 olan 0-1 gün arasında yatan hastalar ile sıra ortalaması 394,79 olan 21 gün ve üzerinde yatan hastalar arasındadır, ($p=0,033$). İletişim alt boyutu ile hastaların yatış gün sayısı değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark saptanmış olup ($p=0,032$) bu anlamlı farkın sıra ortalaması 337,16 olan 0-1 gün arasında yatan hastalar ile sıra ortalaması 397,41 olan 21 gün ve üzerinde yatan hastalar arasındadır ($p=0,033$). THEÖ toplam puana bakıldığında; 0-1 gün arasında yatan hastaların sıra ortalamasının 331,74, 2-6 gün arası yatan hastaların 361,32, 7-20 gün arası yatan hastaların 384,46, 21 gün ve üzeri yatan hastaların sıra ortalamasının 399,64 olduğu belirtilmiştir ($p=0,022$). Gruplar arası ikili karşılaştırmalara bakıldığında; bu anlamlı farkın sıra ortalaması 331,74 olan 0-1 gün arasında yatan hastalar ile sıra ortalaması 399,64 olan 21 gün ve üzerinde yatan hastalar arasında olduğu belirlenmiştir ($p=0,017$).

Hemşirelerin toplam çalışma süresi, servis/birimdeki çalışma süresi ve mesai saatleri içerisinde bakım verdikleri hasta sayısı ile THEÖ toplam ve alt boyut puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

4.6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları

Değişkenler	Suçlama (Ayıplama)		Olay Bildirim Kriterleri		Meslektaş Beklentisi		Olay Bildiriminin Faydası		Olay Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği	Bildirimi	OBTO Toplam Puan	
	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p
Yaş												
27 yaş ve altı	389,62		379,43		378,22		352,67		368,55		382,09	
28 yaş ve üzeri	340,87	-3,102/0,002	353,66	-1,642/0,100	355,18	-1,471/0,141	387,23	-2,223/0,026	367,31	-0,081/0,935	330,32	-2,016/0,044
Cinsiyet												
Kadın	351,40		260,52		358,07		378,29		360,68		352,95	
Erkek	389,17	-2,400/0,016	377,54	-1,084/0,278	380,66	-1,441/0,150	354,88	-1,504/0,133	377,34	-1,085/0,278	387,19	-2,171/0,030
Medeni Durum												
Evlü	342,38		350,54		352,95		382,11		358,91		346,66	
Bekâr	388,53	-2,937/0,003	381,99	-2,006/0,045	380,06	-1,732/0,08	356,69	-1,635/0,102	373,28	-1,068/0,286	385,10	-2,441/0,015
Eğitim Durumu												
Lise ve Ölüsüne	390,50		394,59		416,13		366,13		368,92		403,68	
Lisans ve Lisansüstü	361,33	-1,568/0,117	360,12	-1,857/0,063	353,74	-3,367/0,001	368,55	-0,132/0,895	367,73	-0,066/0,948	357,43	-2,481/0,013
Çalışma Pozisyonu*												
(1)Ameliyathane Hemşiresi	346,22		340,32		368,09		390,93		455,01		359,85	
(2)Uygulayıcı/Yatak	355,87	26,002/0,000	372,22	11,683/0,020	356,37	6,729/0,151	384,56	19,067/0,001	357,28	12,167/0,016	360,24	13,816/0,008
Hemşiresi		(1-3)/0,006		(3-4)/0,033				(2-3)/0,005		(1-2)/0,016		(2-3)/0,016
(3)Acil Hemşiresi	470,31		429,57		418,55		297,64		352,65		440,68	
(4)Yüksek Bakım Hemşiresi	349,41	(3-4)/0,000	355,67	(3-5)/0,049	365,04		386,25	(3-4)/0,004	373,17	(1-3)/0,023	359,34	(3-5)/0,016
(5)Yatak Olmayan Birim Hemşiresi	358,13	(3-5)/0,008	355,78		355,04		317,64		340,64		354,72	
Hastane Adı*												
(1)A Hastanesi	339,77		346,74		375,22		401,05		340,33		351,23	
(2)B Hastanesi	384,01	5,251/0,154	381,05	2,796/0,424	370,29	0,412/0,938	354,81	6,753/0,080	369,53	3,868/0,276	377,98	1,624/0,654
(3)C Hastanesi	355,48		360,74		362,29		379,41		385,68		363,38	
(4)D Hastanesi	381,01		371,65		362,44		343,44		369,05		369,86	

Mean Rank= sıra ortalaması U= Mann Whitney, U Testi KW=Kruskal Wall Testi p= Anlamlılık değeri * Kruskal Wall Testi yapılmıştır.

Şekil 4.6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları

Şekil 4.6.'da hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre olay bildirimi tutum ölçeği toplam ve alt boyut puanları verilmiştir. 27 yaş ve altı hemşirelerin suçlama (ayıplama) alt boyutu sıra ortalaması 389,62 iken, 28 yaş ve üzeri hemşirelerin sıra ortalaması 340,87 olarak hesaplanmıştır. Suçlama (ayıplama) alt boyutu ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,002), Olay bildiriminin faydası alt boyutunun 27 yaş altı hemşirelerde sıra ortalaması 352,67 iken, 28 yaş ve üzeri hemşirelerde sıra ortalaması 387,23 olarak saptanmıştır. Bu iki değişken arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,026).

Hemşirelerin cinsiyet değişkenine göre THEÖ toplam ve alt boyut puanları bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanan suçlama (ayıplama) alt boyutunun kadınlarda sıra ortalaması 351,40 iken, erkeklerde sıra ortalaması 389,17 olarak hesaplanmıştır (p=0,016). OBTO toplam puanının sırasıyla kadınlarda sıra ortalaması 352,95, erkeklerde sıra ortalaması 387,19 olarak hesaplanmıştır, OBTO toplam puan ile cinsiyet değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,030).

Hemşirelerin medeni durumu ile suçlama (ayıplama) alt boyutu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. (p=0,003) Evlilerin sıra ortalaması 342,38 olarak hesaplanırken, bekârların ise sıra ortalaması 388,53'tür. Olay bildirim kriterleri ile medeni durum değişkeni incelendiğinde evlilerde sıra ortalaması 350,54 iken, bekârlarda sıra ortalaması 381,99 olup istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0,045). OBTO toplam ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel anlamlılık mevcut olup, bekârların daha yüksek sıra ortalamasına sahip olduğu görülmüştür (B; 385,10, E:346,66, p=0,015).

OBTÖ toplam ve meslektaş beklentisi alt boyutu sıra ortalamasının lise ve önlisans hemşirelerde daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (OBTÖ toplam $p=0,013$, Meslektaş beklentisi $p=0,001$).

Hemşirelerin çalışma pozisyonu değişkenine göre OBTÖ toplam ve alt boyut puanları bakıldığında; suçlama alt boyutu ile çalışma pozisyonu arasında anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir ($p=0,000$). Yapılan ileri ikili karşılaştırmalarda bu anlamlı fark dört gruptan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu anlamlı farklılığın kaynaklandığı gruplar sırasıyla; sıra ortalaması 346,22 olan ameliyathane hemşiresi ile sıra ortalaması 470,31 olan acil hemşiresi arasında ($p=0,006$), sıra ortalaması 355,87 olan uygulayıcı/yatakbaşı hemşiresi ile sıra ortalaması 470,31 olan acil hemşiresi arasında ($p=0,000$), sıra ortalaması 470,31 olan acil hemşiresi ile sıra ortalaması 349,41 olan yoğun bakım hemşiresi arasında ($p=0,000$) ve sıra ortalaması 470,31 olan acil hemşiresi ile sıra ortalaması 358,13 olan yataklı olmayan birimlerde çalışan hemşiresi arasında tespit edilmiştir ($p=0,008$). Olay Bildirim kriterleri alt boyutu ile çalışma pozisyonu arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark saptanmış olup ($p=0,020$), bu anlamlı farkın iki gruptan kaynaklandığı görülmüştür. Bu anlamlı farkı oluşturan gruplar; sıra ortalaması 429,57 olan acil hemşiresi ile sıra ortalaması 355,67 olan yoğun bakım hemşiresi arasında ($p=0,033$) ve sıra ortalaması 429,57 olan acil hemşiresi ile sıra ortalaması 355,78 olan yataklı olmayan birim hemşiresi arasındadır ($p=0,049$). Hemşirelerin çalışma pozisyonu değişkeni ile olay bildirimin faydası alt boyut puanına bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,001$). Gruplar arası ikili karşılaştırmalara bakıldığında; bu anlamlı fark sıra ortalaması 384,56 olan uygulayıcı/yatakbaşı hemşiresi ile sıra ortalaması 297,64 olan acil hemşiresi arasında ($p=0,005$) ve sıra ortalaması 297,64 olan acil hemşiresi ile sıra ortalaması 386,25 olan yoğun bakım hemşiresi arasındadır ($p=0,004$). Olay bildirimi prosedürlerinin anlaşılabilirliği ile çalışma pozisyonu arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık hesaplanmıştır ($p=0,016$). Yapılan ileri ikili karşılaştırmalarda bu anlamlı fark üç gruptan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu gruplar incelendiğinde; sıra ortalaması 455,01 olan ameliyathane hemşiresi ile sıra ortalaması 357,28 olan uygulayıcı/yatakbaşı hemşiresi arasında ($p=0,016$), sıra ortalaması 455,01 olan ameliyathane hemşiresi ile sıra ortalaması 352,65 olan acil hemşiresi arasında ($p=0,036$) ve sıra ortalaması 455,01 olan ameliyathane hemşiresi ile sıra ortalaması 340,64 olan yataklı olmayan birim hemşiresi arasındadır ($p=0,023$). OBTÖ toplam puan ile hemşirelerin çalıştığı pozisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p=0,008$). Bu anlamlı ilişkiyi belirlemek için yapılan ileri ikili karşılaştırma testlerinde anlamlı

farklılığın üç ayrı gruptan kaynaklandığı tespit edilmiştir, Bu gruplar; sıra ortalaması 360,24 olan uygulayıcı/yatakbaşı hemşiresi ile sıra ortalaması 440,68 olan acil hemşiresi arasında ($p=0,016$), sıra ortalaması 440,68 olan acil hemşiresi ile sıra ortalaması 358,87 olan yoğun bakım hemşiresi arasında ($p=0,013$) ve sıra ortalaması 359,34 olan yoğun bakım hemşiresi ile sıra ortalaması 334,72 olan yataklı olmayan birim hemşiresi arasındadır ($p=0,016$).

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile OBTÖ toplam ve alt boyut puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

4.7. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları

Değişkenler	Suçlama (Ayıplama)		Olay Bildirim Kriterleri		Mesleki Beklentisi		Olay Bildiriminin Faydası		Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği		OBTÖ Toplam Puan	
	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p	Mean Rank	U/KW/p
Yatak Sayısı(n=692)												
20 Yatak ve Altı	330,06	-1,932/0,053	341,37	-0,604/0,546	346,04	-0,054/0,957	354,91	-0,999/0,318	347,88	-0,166/0,868	335,98	-1,233/0,218
20 Yatak ve Üzeri	359,53		350,57		346,86		359,84		345,41		354,84	
Toplam Çalışma Süresi*												
(1)-24 Ay	402,73	12,726/0,002	377,06	6,174/0,046	377,80	1,213/0,545	361,53	0,440/0,802	381,29	1,777/0,411	392,46	8,623/0,013
(2)25-72 Ay	366,63	(1-3)/0,001	383,52	(2-3)/0,019	368,98		368,40		366,30		373,13	(1-3)/0,011
(3)73 Ay ve Üzeri	332,15		338,66		356,16		374,50		355,76		335,07	
Servis/Birimdeki Çalışma Süresi*												
1-12 Ay	380,36		363,97		364,59		372,11		385,03		374,89	
13-48 Ay	370,55	4,216/0,121	382,17	2,424/0,298	373,54	0,305/0,859	365,26	0,210/0,900	354,03	3,704/0,157	372,21	2,074/0,355
49 Ay ve Üzeri	337,28		350,04		364,82		364,46		358,28		345,68	
Çalışma Şekli												
Sadece Gündüz	379,48	-0,859/0,390	377,75	-0,731/0,465	387,45	-1,460/0,144	351,10	-1,279/0,201	336,24	-2,435/0,015	377,82	-0,733/0,463
Gece/Gündüz Vardiyalı	364,08		364,67		361,36		373,77		378,84		364,65	
Haftalık Çalışma Saati*												
(1)40 Saat Çalışan	350,10		354,07		359,51		365,28		359,57		349,07	
(2)48 Saat Çalışan	361,26	6,942/0,074	372,02	2,336/0,506	372,26	1,763/0,623	380,04	8,673/0,034	374,33	1,169/0,760	368,62	4,668/0,198
(3)56 Saat Çalışan	374,13		384,63		360,27		402,10	(3-4)/0,029	364,52		386,16	
(4)64 Saat ve Üzeri Çalışan	404,81		376,71		385,61		331,46		379,75		388,84	
Mesai Saatleri İçinde Bakım Verilen Sayısı(n=678)*												
(1)1-4 Hasta	320,20	14,365/0,001	324,44	7,422/0,024	334,89	6,618/0,037	347,56	8,232/0,016	348,76	4,000/0,135	325,42	8,103/0,017
(2)5-15 Hasta	324,46	(1-3)/0,002	329,97	(1-3)/0,038	324,59	(2-3)/0,035	355,57	(2-3)/0,017	347,81		328,13	(1-3)/0,036
(3)16 ve Üzeri Hasta	387,04	(2-3)/0,003	373,13		368,60		304,30		314,97		374,79	(2-3)/0,032
Hastaların Yatış Gün Sayısı*												
(1)0-1 Gün Arası	404,94	9,496/0,023	380,28	2,080/0,556	397,30	6,658/0,084	321,76	13,442/0,004	369,47		388,63	
(2)2-6 Gün Arası	359,06	(1-3)/0,017	376,04		357,99		385,39	(1-2)/0,017	351,56	1,973/0,578	366,86	3,439/0,329
(3)7-20 Gün Arası	341,11		360,16		344,62		389,59	(1-3)/0,008	371,50		348,90	
(4)21 Gün ve Üzeri	365,08		352,16		371,80		379,02		381,93		366,69	

Mean Rank= sıra ortalaması U= Mann-Whitney U Testi KW=Kruskal Wall Testi p= Anlamlılık değeri * Kruskal Wall Testi yapılmıştır.

Şekil 4.7. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre olay bildirimi tutum ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan durumları Şekil 4.7.'de yer almaktadır. Hemşirelerin toplam çalışma süresi değişkenine göre OBTÖ toplam ve alt boyutlarına bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanan suçlama (ayıplama) alt boyutunun anlamlılık değeri ($p=0,002$) olarak hesaplanmıştır. Yapılan ileri ikili karşılaştırmalarda bu anlamlı farkın sıra ortalaması 402,73 olan 1-24 ay arasında çalışan hemşireler ile sıra ortalaması 332,15 olan 73 ay ve üzerinde çalışan hemşirelerden kaynaklandığı hesaplanmıştır ($p=0,001$). Olay bildirim kriterleri ile toplam çalışma süresi arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,046$). Gruplar arası ikili karşılaştırmalara bakıldığında; sıra ortalaması 383,52 olan 25-72 ay

arasında çalışan hemşireler ile sıra ortalaması 338,66 olan 73 ay ve üzerinde çalışan hemşireler arasında tespit edilmiştir ($p=0,019$). Hemşirelerin toplam çalışma süresi ile OBTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,013$). Bu anlamlı farklılık sıra ortalaması 392,46 olan 1-24 ay arası çalışan hemşireler ile sıra ortalaması 335,07 olan 73 ay ve üzerinde çalışan hemşireler arasında tespit edilmiştir ($p=0,011$).

Hemşirelerin çalışma şekli değişkenine göre OBTÖ toplam ve alt boyutlarına bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanan olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyutunda sadece gündüz çalışan hemşirelerin sıra ortalaması 336,24, hem gündüz hem gece çalışanların sıra ortalaması 378,84 olarak hesaplanmıştır. Anlamlı farklılığa neden olan grup sıra ortalaması daha yüksek olan hem gündüz hem gece çalışan hemşirelerdir ($p=0,015$).

OBTÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde; hemşirelerin haftalık çalışma saati ile olay bildirim faydası arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,034$). Yapılan ileri ikili karşılaştırmalarda bu anlamlı farklılık sıra ortalaması 403,10 olan haftalık 56 saat çalışan hemşireler ile sıra ortalaması 331,46 olan haftalık 64 saat ve üzeri hemşireler arasında hesaplanmıştır ($p=0,029$).

Hemşirelerin mesai saatleri içerisinde bakım verdiği hasta sayısı ile suçlama (ayıplama) alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$). Gruplar arası ikili karşılaştırmalara bakıldığında, bu anlamlı farkın iki ayrı gruptan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu anlamlı farklılık; sıra ortalaması 320,20 olan 1-4 arasında bakım verilen hasta sayısı ile sıra ortalaması 387,04 olan 16 ve üzeri bakım verilen hasta sayısı arasında ($p=0,002$) ve sıra ortalaması 324,46 olan 5-15 arasında bakım verilen hasta sayısı ile sıra ortalaması 387,04 olan 16 ve üzeri bakım verilen hasta sayısı arasındadır ($p=0,003$). Olay bildirim kriterleri ile hemşirelerin mesai saatleri içerisinde bakım verdiği hasta sayısı arasında anlamlı fark hesaplanmış olup bu anlamlı farklılık sıra ortalaması 324,44 olan 1-4 arasında bakım verilen hasta sayısı ile sıra ortalaması 373,13 olan 16 ve üzeri bakım verilen hasta sayısı arasındadır ($p=0,038$). Meslektaş beklentisi alt boyutu ile hemşirelerin mesai saatleri içerisinde bakım verdikleri hasta sayısı arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,037$). İkili grup karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farklılığın sıra ortalaması 324,59 olan 5-15 arası bakım verilen hasta ile sıra ortalaması 368,60 olan 16 ve üzeri bakım verilen hasta sayısı gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p=0,035$). Hemşirelerin mesai saatleri içerisinde bakım verdiği hasta sayısı ile olay bildirim faydası alt boyutu arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,016$). Yapılan ileri ikili karşılaştırma testlerinde sıra ortalaması 355,57 olan 5-15 arası bakım verilen hasta sayısı ile sıra ortalaması 304,30 olan 16 ve üzeri bakım verilen hasta sayısı arasında hesaplanmıştır ($p=0,017$). OBTÖ toplam puan ile hemşirelerin mesai saatleri içerisinde bakım verdikleri hasta sayısı arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,017$). Yapılan ikili grup karşılaştırma testlerinde bu anlamlı farklılığın iki gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Bunlar; sıra ortalaması 325,42 olan 1-4 arası bakım verilen hasta sayısı ile sıra ortalaması 374,79 olan 16 ve üzeri bakım verilen hasta sayısı arasında ($p=0,036$) ve sıra ortalaması 328,13 olan 5-15 arası bakım verilen hasta sayısı ile sıra ortalaması 374,79 olan 16 ve üzeri bakım verilen hasta sayısı arasındadır ($p=0,032$).

Hastaların yatış gün sayısı ile OBTÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde anlamlı fark tespit edilen suçlama (ayıplama) alt boyutunun 0-1 gün arası yatan hastaların sıra ortalaması 404,94, 2-6 gün arası yatan hastaların 359,06, 7-20 gün arası yatan hastaların 341,11 ve 21 gün ve üzeri yatan hastaların sıra ortalaması 365,08 olarak hesaplanmıştır. Yapılan ileri ikili grup karşılaştırmalarında bu anlamlı farkın sıra ortalaması 404,94 olan 0-1 gün arası yatan hastalar ile sıra ortalaması 341,11 olan 7-20 gün arasında yatan hastalar arasında hesaplanmıştır ($p=0,017$). Olay bildirimini faydası ile hastaların yatış gün sayısı değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$). Anlamlı farklılığa sebep olan gruplar; sıra ortalaması 321,76 olan 0-1 gün arasında yatan hastalar ile sıra ortalaması 385,39 olan 2-6 gün arasında yatan hastalar ($p=0,017$) ve sıra ortalaması 321,76 olan 0-1 gün arasında yatan hastalar ile sıra ortalaması 389,59 olan 7-20 gün arası yatan hastalardır ($p=0,008$). Hemşirelerin servis/birimdeki çalışma süresi ve yatak sayısı değişkeni ile OBTÖ toplam ve alt boyut puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

4.8. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları ile Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyonları

Ölçekler	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları		Hastane Enfeksiyonları		Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği		Düşmeler		İletişim		THEÖ Toplam	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Suçlama (Ayıplama)	-0,146	0,000	-0,171	0,000	-0,035	0,350	-0,062	0,094	-0,155	0,000	-0,157	0,000
Olay Bildirim Kriterleri	-0,138	0,000	-0,162	0,000	-0,029	0,430	-0,067	0,071	-0,166	0,000	-0,153	0,000
Meslekte Beklentisi	-0,127	0,001	-0,183	0,000	-0,088	0,017	-0,079	0,033	-0,131	0,000	-0,164	0,000
Olay Bildirimini Faydası	0,118	0,001	0,058	0,116	0,053	0,151	-0,029	0,432	0,104	0,005	0,079	0,031
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği	-0,147	0,000	-0,151	0,000	-0,243	0,000	-0,181	0,000	-0,087	0,019	-0,231	0,000
OBTÖ Toplam Puan	-0,155	0,000	-0,202	0,000	-0,072	0,051	-0,105	0,004	-0,170	0,000	-0,193	0,000

ρ = spearman korelasyon katsayısı p; anlamlılık değeri

Şekil 4.8. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları ile

Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonları

Şekil 4.8.'de verildiği gibi hemşirelerin olay bildirimi tutum ölçeği toplam ile tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam puanı arasında negatif çok zayıf bir ilişki saptanmıştır (-0,193, $p<0,05$).

İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu ile olay bildirimi tutum ölçeğinin alt boyutları değerlendirildiğinde; ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu ile suçlama (ayıplama) alt boyutu, olay bildirim kriterleri alt boyutu, meslektaş beklentisi alt boyutu, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyutu ve olay bildirimi tutum ölçeğinin toplam boyutu arasında negatif çok zayıf bir ilişki saptanmıştır (Suçlama:-0,146, Olay Bildirimi Kriterleri:-0,138, Meslektaş Beklentisi:-0,127, Olay Bildirim Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği:-0,147, ÖBTÖ:-0,155). İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu ile olay bildirimin faydası alt boyutu arasında zayıf bir ilişki hesaplanmıştır (0,118, $p<0,05$).

Hastane enfeksiyonları alt boyutu ile olay bildirimi tutum ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde; suçlama (ayıplama), olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyutları ile ÖBTÖ toplam boyutu arasında negatif çok zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Suçlama:-0,171, Olay Bildirim Kriterleri:-0,162, Meslektaş Beklentisi:-0,183, Olay Bildirim Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği:-0,151, ÖBTÖ:-0,202). Hastane enfeksiyonları alt boyutu ile olay bildirimin faydası ile arasında çok zayıf bir ilişki olduğu hesaplanmıştır (0,058, $p<0,05$).

Hasta izlemi ve malzeme güvenliği ile olay bildirim tutum ölçeği alt boyutları arasında olan ilişki incelendiğinde; meslektaş beklentisi ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyutları ile arasında negatif çok zayıf ilişki olduğu ile arasında zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir (Meslektaş Beklentisi:-0,088, Olay Bildirim Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği:-0,243). Suçlama (ayıplama), olay bildirim kriterleri ve olay bildirimin faydası alt boyutları ve ÖBTÖ toplam boyutu arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tıbbi hataya eğilim ölçeğinin düşmeler alt boyutu ile olay bildirimi tutum ölçeğinin olay bildirimi prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyutu ve ÖBTÖ toplam boyutu ile arasındaki ilişki incelendiğinde negatif çok zayıf ilişki olduğu görülmüştür (Olay Bildirim Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği:-0,181, ÖBTÖ:-0,105, $p<0,05$). Düşmeler alt boyutu ile olay bildirim tutum ölçeğinin suçlama (ayıplama), olay

bildirimi kriterleri, meslektaş beklentisi ve olay bildirimin faydası alt boyutları arasında herhangi bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$).

İletişim alt boyutu ile olay bildirim tutum ölçeğinin toplam ve suçlama(ayıplama) alt boyutu, olay bildirim kriterleri alt boyutu, meslektaş beklentisi alt boyutu ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyutları ile arasında negatif çok zayıf bir ilişki saptanmıştır (Suçlama:-0,155, Olay Bildirimi Kriterleri:-0,166, Meslektaş Beklentisi:-0,131, Olay Bildirim Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği:-0,087, OBTÖ:-0,170). İletişim alt boyutu ile olay bildirimin faydası arasında ise çok zayıf bir ilişki hesaplanmıştır (0,104, $p<0,05$).

THEÖ toplam boyutu ile OBTÖ toplam ve alt boyutları değerlendirildiğinde; THEÖ toplam boyutu ile olay bildirim tutum ölçeğinin toplam ve suçlama(ayıplama) alt boyutu, olay bildirim kriterleri alt boyutu, meslektaş beklentisi alt boyutu ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyutları ile arasında negatif çok zayıf bir ilişki saptanmıştır (Suçlama:-0,157, Olay Bildirimi Kriterleri:-0,153, Meslektaş Beklentisi:-0,164, Olay Bildirim Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği:-0,231, OBTÖ:-0,193). THEÖ toplam boyutu ile olay bildirimin faydası alt boyutu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise THEÖ toplam boyutu ile olay bildirimin alt boyutu arasında zayıf bir ilişki hesaplanmıştır (0,079, $p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Sağlık kuruluşlarında sağlık bakım hizmeti sunan sağlık profesyonelleri verdikleri hizmet esnasında tıbbi hatalar yapabilmektedir. Bu istenmeyen olay ya da tıbbi hatalar farklı meslek gruplarında ortaya çıkmakla beraber hemşirelerin tıbbi hatalara neden olma ihtimalleri diğer sağlık meslek gruplarına oranla daha yüksektir (Heydarikhayat ve ark., 2024). Hemşirelerin daha önce karşılaştıkları tıbbi hatalar ve bu hatalar sonucu meydana gelen psikolojik sıkıntılar; travma riski, moral motivasyonda eksiklikler ile çoğunlukla verilen bakımın kalitesini düşürmektedir (Pappa ve ark., 2023). Bunun sonucunda ise hastaların sağlık bakım hizmeti veren kuruluş ve sağlık profesyonellerine olan güveni azalmakta ve sağlık bakım hizmeti sunum sisteminden memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Küresel düzeyde bakıldığında farklı güvenlik önlemleri alınsa da günümüzde halen tıbbi hatalar çoğalarak devam etmektedir (Yılmaz, 2023).

5.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim ve Olay Bildirim Tutum Ölçeğinin Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bulgularının Tartışılması

5.1.1. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tartışılması

Yapılan bu çalışmada hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam boyut ve bütün alt boyutlarında puan ortalamaları yüksek olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.3). Ölçek değerlendirilmesine göre toplam puandaki artışlar bizlere uygulama yaptığımız hastanelerdeki hemşirelerin tıbbi hataya eğilimin düşük olduğunu göstermektedir.

Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Sarı ve Demirbağ (2024) 'ın hemşirelerde presentizm ve tıbbi hata eğilimi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi düzeyleri düşük bulunmuştur. Temel ve ark. (2024) yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların bağımlılık düzeyinin hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının yüksek olması, hemşirelerin genel olarak tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğunu göstermektedir. Tuncay ve Kılıç (2023)'ın hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün tıbbi hata yapma eğilimine olan etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Literatür incelendiğinde sonuçlar çalışmamıza paralellik göstermekle beraber literatürde henüz çalışmamızdan farklı bulgular içeren kaynaklara rastlanmamıştır. Ortaya çıkan bulgular hem hastalar hem de hemşireler açısından son derece sevindiricidir. Son yıllarda konunun öneminin sık sık gündeme gelmesinin yanı sıra uygulama yaptığımız hastanelerdeki hemşirelerin yaş ortalamasının düşük olması, örneklemin genç hemşirelerden oluşmasına bağlı olarak yeni mezun hemşirelerin bilgilerinin taze olması, sağlık kuruluşlarının izlediği politikalar ve hizmet içi eğitimlerin varlığının sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

5.1.2. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tartışılması

Yapılan bu araştırmada uygulama yaptığımız hastanedeki hemşirelerin olay bildirimi tutum ölçeği toplam boyutu ve bütün alt boyutlarından aldıkları puanlar ortalarında yer almaktadır (Şekil 4.3). Olay bildirim tutum ölçeğinin değerlendirilmesine göre ölçekten alınan toplam puandaki artışlar olay bildirimi tutumunun olumsuz olduğunu ifade etmektedir.

Literatür bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Keleş (2021)'in sağlık çalışanlarının olay bildirimlerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi adlı çalışmasında olay bildirimi tutum ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının orta düzeyde yer aldığı görülmektedir. Tunçel ve Sökmen (2021)' in hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve olay bildirim eğilimi adlı çalışmasında kullanılan bildirim ölçeği bulgularına göre hemşirelerin olay bildirim düzeyleri düşük bulunmuştur. Literatür bizlere hemşirelerin olay bildirim düzeylerinin düşük (Tunçel ve Sökmen, 2021) ve orta düzeyde (Keleş, 2021) olduğunu göstermektedir.

Bizim çalışmamızdan elde edilen bulgular hemşirelerin olay bildirim tutumlarının orta düzeyde olduklarının sevindirici olmasının yanı sıra bizlere hemşirelerin olay bildirimi konusunda kararsız olduklarını düşündürmüştür. Bunun yanında hemşirelerin doğru ve yeterli bilgiye ulaşamadıkları ve kurum kültürünün de sonuçlar üzerinde etkisinin olabileceğini düşündürmüştür. Tüm bunların yanı sıra hemşirelerin olay bildirim düzeylerinin yüksek olması durumunda verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesini artacak, meydana gelen istenmeyen olaylar henüz ortaya çıkmadan tespit edilip buna yönelik koruyucu ve düzenleyici sistemler geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

5.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demogarik Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumlarına Göre Bulguların Tartışılması

Yapılan bu araştırmada yaş, eğitim durumu ve medeni durum tıbbi hataya eğilimi etkileyen değişkenler arasında yer almamaktadır. Bu değişkenler herhangi bir anlamlı farklılığa sebep olmamıştır.

Cinsiyet: Hemşirelerin cinsiyet değişkenine göre kadın hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam boyut ve bütün alt boyutlarda puan ortalamalarının erkek hemşirelerden yüksek olması erkek hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin yüksek olduğunu belirlenmiştir (Şekil 4.4). Literatür incelendiğinde Aydan (2024)'ın hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumu ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişki adlı çalışmasında; kadın hemşirelerin puan ortalamalarının erkek hemşirelere göre yüksek bulunduğundan, kadın hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin erkek hemşirelere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Münger ve Yılmaz (2023)'ın cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptıkları araştırmada kadınların tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam ve neredeyse bütün alt boyutlarında puan ortalamalarının yüksek olması kadınların tıbbi hata yapma eğilimlerinin erkek hemşirelere oranla daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu da bizlere kadınların sağlık bakım hizmeti sunarken tıbbi hata konusunda daha dikkatli davrandıklarını düşündürmüştür.

Çalışma Pozisyonu: Hemşirelerin çalışma pozisyonu değişkenine göre THEÖ toplam ve alt boyut puanlarını incelediğimizde; hemşireler hastane enfeksiyonları alt boyutunda anlamlı bir farklılık yaratmıştır. Bu anlamlı farklılık ameliyathane hemşireleri ile yoğun bakım hemşireleri arasında tespit edilmiştir. Düşmeler alt boyutunda da anlamlı farklılık olmasının yanında bu anlamlı farklılığa sebep olan grupların sırasıyla; ameliyathane hemşiresi- uygulayıcı/yatak başı hemşiresi ile ameliyathane hemşiresi- yoğun bakım hemşiresi olduğu yapılan hesaplamalar sonucu görülmektedir. Araştırmamızda bir diğer farklılığın THEÖ toplam boyutunda yine ameliyathane hemşiresi ile yoğun bakım hemşiresi arasında olduğu hesaplanmıştır (Şekil 4.4). Literatür incelendiğinde Münger ve Yılmaz (2023)'ın cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptıkları araştırmada çalışma pozisyonu değişkeninin THEÖ toplam ve alt boyutlarının hepsinde istatistiksel anlamlı farklılığa neden olduğu saptanmıştır. Durmuş ve ark., (2022)'nin bir tıp fakültesi hastanesinde hemşirelerin tıbbi hata yapma oranlarını inceledikleri çalışmalarında bizim çalışmamıza nazaran sadece düşmeler alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır. Bizim çalışmamızda araştırma örneklemimizde üniversite

hastanesinin yanı sıra eğitim araştırma hastaneleri ve devlet hastanesi bulunması ve bu kurumlarda eğitimlerini tamamlamak adına görev alan birçok stajyer sağlık profesyoneli olmaması çalışan hemşireleri de doğrudan etkilediğinden farklılığa sebep olabileceği düşünülmektedir.

Kurum: Bu çalışma Şanlıurfa ili merkez kamu hastaneleri ve Şanlıurfa il merkezinde bulunan bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. A hastanesi bir üniversite hastanesi, B ve C hastanesi eğitim ve araştırma hastaneleri ve D hastanesi bir devlet hastanesidir. THEÖ toplam ve alt boyutları incelendiğinde hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu ile kurum değişkeni arasında istatistiksel anlamlı farklılık hesaplanmıştır. Bu anlamlılığa iki grup sebep olmaktadır. Bunlar; A Hastanesi- B Hastanesi ile yine A Hastanesi- C Hastanesi gruplarıdır (Şekil 4.4). Her iki grupta da bulunan A Hastanesi bir üniversite hastanesi olması nedeniyle çok sayıda stajyer hemşire ve pratisyen hekim yetiştirmesiyle tıbbi hataya eğilimi olumsuz etkileyen hem de gelişmiş son teknoloji araçlar ve sürekli gelişen kurum politikalarından dolayısıyla olumlu etkisi olabileceğini düşündürmüştür. Literatür incelendiğinde Demir ve Karadağ'ın 2023 yılında hemşirelerin uyku kalitesi ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişki adlı çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları kurumları devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastane olarak üç farklı kısımda incelemiş ve çalışmasında tıbbi hataya eğilim ile çalışılan kurum arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Sivrikaya ve Kara'nın 2019 yılında hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi adlı çalışmalarında devlet hastanesi ve üniversite hastaneleri olarak kurum değişkenlerini tanımlamışlardır. Yaptıkları çalışmada kurum değişkeni ile tıbbi hataya eğilim arasında herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışılan kurum ile tıbbi hataya eğilim arasında anlamlı farklılık hesaplanması bizim çalışmamızda beklenen bir durumdur. A hastanesi bir üniversite hastanesi olup çok fazla sağlık profesyonelinin eğitim aldığı ve deneyim kazandığı bir kurumdur. B ve C hastaneleri de aynı şekilde eğitim araştırma hastanesi olmasının getirdiği sağlık profesyonellerinin yetiştiği kurumlardır. D hastanesi yalnızca devlet hastanesidir. D hastanesi ile ilgili herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır.

5.3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumlarına Göre Bulguların Tartışılması

Yapılan bu çalışmada toplam çalışma süresi, servis/birimdeki çalışma süresi,

çalışma şekli ve mesaide bakım verilen hasta sayısı değişkenleri arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Yapılan bu araştırmada hemşirelerin mesleki özelliklerine göre tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde THEÖ toplam ve alt boyutları incelendiğinde yatak sayısı, haftalık çalışma saati ve hastaların yatış gün sayısı ile arasında istatistiksel fark bulunmuştur (Şekil 4.5).

Yatak Sayısı: Yatak sayısı ile iletişim alt boyutu arasında anlamlı farklılık hesaplanmış olup bu anlamlı farklılık sayıca yüksek olan 21 yatak ve üzeri gruptan kaynaklanmaktadır (Şekil 4.5). Literatür incelendiğinde Münger ve Yılmaz (2023)'ın çalışmasında ve Aydan (2024)'ın çalışmasında yatak sayısı değişkenine bakılmamıştır. Yatak sayısı arttıkça tıbbi hataya eğilim azalmaktadır. Bunun sebebi yatak sayısı artması ile hastayla olan iletişimin azalması ve iş yoğunluğu nedeniyle meydana gelen tıbbi hata ya da istenmeyen olayın bildirilmemesi ve ya fark edilmemesi olduğu düşünülmektedir.

Haftalık çalışma saati: Haftalık çalışma saati değişkenindeki ile THEÖ toplam ve alt boyutlarında arasında anlamlı farklılık haftalık 40 saat çalışan hemşireler ve haftalık 64 saat ve üzeri çalışan hemşireler arasında oluşmaktadır (Şekil 4.5). Literatür incelendiğinde Münger ve Yılmaz (2023) 'ın Manisa ilinde yaptıkları çalışmada cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin tıbbi hata yapma eğilimine etkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada THEÖ toplam ve alt boyut puan durumları incelendiğinde haftalık çalışma saati ile THEÖ toplam ve neredeyse bütün alt boyutları arasında istatistiksel bir anlamlılık hesaplanmıştır. Bu anlamlı farklılığa bizim çalışmamıza paralel olarak 47 saat ve altı çalışan hemşireler sebep olmuştur.

5.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumlarına Göre Bulguların Tartışılması

Yaş: Çalışmamızda olay bildirim tutum ölçeği suçlama/ayıplama alt boyutu ile yaş değişkeni arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu anlamlı fark sonucunda 27 yaş ve altı hemşirelerin suçlama/ayıplama alt boyutundan aldıkları puan 28 yaş ve üzeri hemşirelerden yüksektir (Şekil 4.6). Keleş (2021) 'ın doktora tezinde suçlama/ayıplama alt boyutunda herhangi bir anlamlı farklılık görülmemiştir. Arslanoğlu (2023) 'nın Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi İle İstenmeyen Olay

Bildirim Sistemi Karşılaştırması adlı çalışmada da yaş değişkeni ile olay bildirimi arasında herhangi bir anlamlı fark hesaplanmamıştır. Çalışmamıza göre 27 yaş ve altı hemşireler suçlanma ve ya ayıplanma konusunda daha fazla endişe duyduklarından olay bildirim tutumları olumsuz çıkmıştır. Çalışmamızda yaş değişkeni ile olay bildirimin faydası alt boyutu arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırma sonucunda anlamlı farka sebep olan grubun 28 yaş ve üzeri hemşireler olduğu tespit edilmiştir. 28 yaş ve üzeri hemşireler olay bildiriminin faydalarını tam olarak kavrayamadıklarını düşündürmüştür. Yapılan hesaplama sonucunda olay bildirimin faydasında aldıkları yüksek puan tutumlarının olumsuz olduğunu ifade etmektedir.

Cinsiyet: Araştırmamız sonucunda olay bildirim tutumu toplam boyutu ve suçlama/ayıplama alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı farklılık hesaplanmıştır (Şekil 4.6). Hem ÖBTÖ toplam boyutu hem de Suçlama ayıplama alt boyutunu incelediğimizde erkek hemşirelerin anlamlı farklılığa sebep olduğu görülmektedir. Erkek hemşirelerin suçlanma/ayıplanma konusunda daha endişeli ve bunun sonucunda olay bildirimi konusunda isteksiz oldukları tespit edilmiştir. Keleş (2021)' in yaptığı doktora tezi çalışmada ÖBTÖ ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiyi incelememiştir. Aynı şekilde Arslanoğlu (2023) 'nun yaptığı çalışmada cinsiyet değişkeninin olay bildirimi ile etkisini incelememiştir. Kandemir ve Yüksel (2020) 'in Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum Ve Eğilimlerinin Belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutum ölçeği ile cinsiyet değişkeni arasında herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Medeni Durum: Çalışmamızın örneklemini oluşturan bekâr hemşirelerin suçlama/ayıplama alt boyutu, olay bildirim kriterleri alt boyutu ve ÖBTÖ toplam boyutunda anlamlı farklılığa neden olduğu yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu tespit edilmiştir. Bekâr hemşireler suçlanma/ayıplanma konusunda evlilere göre daha fazla endişe duymakla beraber olay bildirim kriterleri konusunda yetersiz kalmışlardır. Sonuç olarak toplam ölçek puanında olay bildirimi tutumları evlilere göre daha olumsuz bulunmuştur (Şekil 4.6). Bu bağlamda Keleş (2021) 'in yaptığı doktora çalışmada olay bildirim kriterleri alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiyi incelediğimizde bizim çalışmamızın aksine anlamlı farklılığa sebep olan grubun evliler olduğu görülmektedir. Arslanoğlu (2023) 'nun yaptığı çalışmada medeni durum değişkeni ile olay bildirim arasındaki ilişkiyi çalışmada incelemeyeği görülmüştür.

Eğitim Durumu: Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda Lise

ve Önlisans hemşirelerin OBTO toplam boyutu ve meslektaş beklentisi alt boyutunda anlamlı farklılık ortaya çıkardığı görülmektedir. Lise ve Önlisans hemşireler Lisans ve Lisansüstü hemşirelere göre meslektaş beklentisi alt boyutundaki ölçek puanları daha yüksektir (Şekil 4.6). Lise ve Önlisans hemşireler ekip arkadaşlarına güven düzeylerinin düşük oldukları düşünülmekte ve bu sebeple olay bildirimine karşı tutumları olumsuz yöndedir. Aynı şekilde OBTO toplam boyutunda da yine Lise ve Önlisans hemşirelerin olay bildirim tutumlarının olumsuz olduğu görülmektedir. Keleş (2021) 'in yaptığı çalışmada olay bildirim kriterleri alt boyutu ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık tespit etmiştir. Yaptığı çalışmada anlamlı farklılık üç ayrı grup arasında görülmektedir. Bu gruplar sırasıyla; önlisans-lisans, yüksek lisans-lisans ve doktora-lisans gruplarıdır. Arslanoğlu (2023)' nun de yaptığı çalışmada eğitim durumu değişkeni ile olay bildirim arasında herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışma Pozisyonu: Yapılan bu araştırmada çalışma pozisyonu ile OBTO toplam ve alt boyutları arasında meslektaş alt boyutu hariç bütün alt boyutlarda anlamlı farklılık hesaplanmıştır. OBTO toplam ve alt boyutlarında en çok farklılığa sebep olan değişkenin çalışma pozisyonu değişkeni olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.6). Farklı birimlerde çalışan hemşireler arasında olay bildirim tutumları ile ilgili anlaşmazlıklar söz konusu olabileceği düşünülmektedir. Genel çerçevede ölçekten alınan puanların yüksekliği hemşirelerin olay bildirinde isteksiz oldukları tutumlarının olumsuz olduğu yapılan ileri ikili analizlerle ise hangi birimlerde çalışan hemşireler arasında farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Keleş (2021) 'in çalışmasında meslekler arasındaki olay bildirim tutumlarını incelemiştir. Bunun sonucunda hemşirelerin birden fazla boyutta anlamlılık yarattığı görülmüştür. Arslanoğlu (2023) 'nun yaptığı çalışmada ise meslek grupları arasında olay bildirim tutumlarını karşılaştırmıştır. Burada hemşirelerin anlamlı farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra servisler arası olay bildirim tutumlarına bakıldığında dahili servislerin anlamlı farklılığa sebep olduğu görülmüştür.

5.5. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumlarına Göre Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda beklenilenin aksine yatak sayısı değişkeni ve servis/birimde çalışma değişkenleri ile olay bildirim tutumları arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Toplam Çalışma Süresi: Araştırmamızda toplam çalışma süresi değişkeni ile OBTÖ toplam ve suçlama/ayıplama, olay bildirim kriterleri alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmıştır. 1-24 ay arası çalışan hemşireler 73 ay ve üzeri çalışan hemşirelere oranla hem toplam boyutta hem de suçlama/ayıplama alt boyutunda daha fazla endişe duymakta, isteksiz davranmakta ve bunun sonucunda olay bildirim tutumları olumsuz olarak tespit edilmiştir. Olay bildirim kriterleri alt boyutunda ise 25-72 ay arası çalışan hemşireler 73 ay ve üzeri çalışan hemşirelere oranla daha yüksek puan ortalamalarına sahip ve bu hemşirelerin olay bildirim tutumları daha olumsuzdur (Şekil 4.7). Keleş (2021) 'in yaptığı çalışmada bizim çalışmamızda da olduğu gibi olay bildirim kriterleri ile meslekte çalışma yılı arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Anlamlı farklılık 6-10 yıl arası çalışanlar ile 11-20 yıl arası çalışanlar arasındadır. 6-10 yıl çalışanların olay bildirim kriterlerini 11-20 yıl arası çalışanlara göre tam kavrayamadığı ve olay bildirim tutumlarının olumsuz olduğu görülmektedir. Arslanoğlu (2023) 'nun yaptığı araştırmada meslekte çalışma yılı ile olay bildirim tutumu arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Çalışma Şekli: Bu çalışmada olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyutu ile çalışma şekli değişkeni arasında anlamlı farklılık hesaplanmıştır (Şekil 4.7). Hem gündüz hem gece vardiyalı çalışan hemşireler sadece gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere göre olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği daha anlaşılır bulmuştur. Aynı zamanda bu olay bildirim tutumlarının da daha olumsuz olduğunu ifade etmektedir. Keleş (2021)' in doktora tezinde meslektaş beklentisi alt boyutu ile çalışma şekli değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hem gündüz hem gece çalışanların meslektaş beklentisi puan ortalamaları sadece gündüz çalışanlara oranla daha yüksektir. Hem gündüz hem gece çalışanlar sadece gündüz çalışanlara oranla olay bildirim tutumları daha olumsuzdur.

Haftalık Çalışma Saati: Çalışmamız sonucunda olay bildirimin faydası alt boyutu ile haftalık çalışma saati değişkeni arasında anlamlı farklılık saptanmış olup bu anlamlı farklılık yapılan ikili grup karşılaştırmalarında haftalık 56 saat çalışan hemşireler ile 64 saat ve üzeri çalışan hemşireler arasında saptanmıştır. 56 saat çalışan hemşirelerin puan ortalaması 64 saat ve üzeri çalışan hemşirelere göre daha yüksektir. Bundan ötürü 56 saat çalışan hemşirelerin olay bildirim tutumları olumsuz çıkmıştır (Şekil 4.7). Arslanoğlu (2023) 'nun yaptığı çalışmasında olay bildirim tutumu ile haftalık çalışma saati arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır. Aynı şekilde Keleş (2021) 'in çalışmasında olay bildirim tutumu ile haftalık çalışma saati arasında ilişki bulunamamıştır.

Mesai Saatleri İçinde Bakım Verilen Hasta Sayısı: Çalışmamızda OBÖ toplam ve alt boyutları ile mesai saatleri içerisinde bakım verilen hasta sayısı arasında meslektaş beklentisi alt boyutu ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyutu hariç diğer toplam ve alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Şekil 4.7). Arslanoğlu (2023) ‘nun ve Keleş (2021)’ in yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarıyla yani birden fazla meslek grubuyla çalıştıklarından ve bakımın hemşirelere özgü olması sebeplerinden ötürü mesai saatleri içerisinde bakım verilen hasta sayısı değişkeni ile olay bildirim tutumu arasındaki ilişkiyi incelememişlerdir. Bizim çalışmamızda ise olay bildirim tutumunda önemli yere sahip olabileceğini düşündüğümüz mesai saatleri içerisinde bakım verilen hasta sayısı değişkeni kullanılmıştır. Bu değişken örneklemimizi oluşturan hemşireler açısından önem arz etmektedir. Çalışmamız sonucunda da görüldüğü üzere mesai saatleri içerisinde bakım verilen hasta sayısı arttıkça OBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları artmakta dolayısıyla mesai saatleri içerisinde bakım verilen hasta sayısı arttıkça olay bildirim tutumu olumsuz etkilenmektedir.

Hastaların Yatış Gün Sayısı: Yapılan bu çalışmada hastaların gün sayısı değişkeni ile suçlama/ayıplama alt boyutu ve olay bildirim faydası alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlılık hesaplanmıştır (Şekil 4.7). Çalışmamıza göre hastaların yatış gün sayısı arttıkça olay bildiriminin olumlu yönde arttığı görülmektedir. Arslanoğlu (2023) ‘nun ve Keleş (2021) ‘inyaptıkları çalışmada hastaların yatış gün sayısı değişkeni ile olay bildirim tutumu arasındaki ilişkiyi incelememişlerdir.

5.6. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları ile Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlarına Göre Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularımızın sonucunda hemşirelerin olay bildirim tutumlarının tıbbi hata yapma eğilimleri ile ilişkisinin negatif yönde düşük düzeyde ve istatistiksel olarak çok zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.8). Bunun sonucunda hemşirelerin olay bildirim tutumları ile tıbbi hataya eğilimlerinin incelenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmada olay bildirim tutumunun tıbbi hataya eğilim üzerinde negatif yönlü zayıf bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin olay bildirim tutumunun artması ile tıbbi hataya eğilimin azalacağı fakat bunun çok kuvvetli bir etkisi olmadığı söylenebilir. Yapılan literatür taraması sonucunda çalışmamızda yer alan iki değişkenin beraber değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yaptığımız araştırma sonucunda hemşirelerin olay bildirimi konusunda kilit noktada olduklarına değinilmiştir. Sağlık kuruluşlarında verilen sağlık bakım hizmet kalitesinin arttırılması, istenmeyen olayların meydana gelmeden tespit edilmesi veya meydana geldikten sonra zararların asgariye indirilmesi ve tıbbi hataya dönüşmesini engellemek amacıyla hemşirelerin olay bildirimine teşvik edilmesi, olay bildirimin önündeki engellerin anlaşılması ve ortadan kaldırılmasına yönelik politikalar oluşturulmalıdır.

6. SONUÇLAR

Hemşirelerin olay bildirim tutumları ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Hemşirelerin THEÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin toplam puan ortalamasının yüksek olması tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğunu göstermektedir.
- THEÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç ve transfüzyon uygulamaları puan ortalamasının $83,06 \pm 9,90$, hastane enfeksiyonları puan ortalamasının $54,26 \pm 6,79$, hasta izlemi ve malzeme güvenliği puan ortalamasının $39,38 \pm 5,14$, düşmeler puan ortalamasının $22,00 \pm 3,35$, iletişim puan ortalamasının $22,81 \pm 3,21$ olarak saptanmıştır.
- THEÖ' nün bütün alt boyutları kendi içinde değerlendirildiğinde hemşirelerin her alt boyutta aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu hesaplanmıştır. Bunun sonucunda uygulama yaptığımız hastanelerdeki hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin OBTÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği' nden (OBTÖ) elde edilen toplam puanın yüksek olması olay bildirimlerinde tutumun olumsuz olduğunu ifade ederken puanın düşük olması ise olay bildirim tutumunun olumlu olduğunu ifade etmektedir.
- Bizim çalışmamızda hemşirelerin puan ortalamaları orta düzeyde olduğundan çalışma yaptığımız kurumlarda çalışan hemşirelerin olay bildirim tutumları olumlu ve ya olumsuz olarak değerlendirilemez.
- ÖBTÖ alt boyut puanlarına bakıldığında; suçlama(ayıplama) puan ortalamasının $13,81 \pm 4,54$, olay bildirim kriterleri puan ortalamasının $14,00 \pm 3,32$, meslektaş beklentisi puan ortalamasının $13,70 \pm 2,81$, olay bildirimin faydası puan ortalamasının $12,75 \pm 1,98$ ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği puan ortalamasının $4,18 \pm 1,46$ olarak hesaplanmıştır.
- OBTÖ' nün bütün alt boyutları kendi içinde değerlendirildiğinde hemşirelerin her alt boyutta aldıkları puan ortalamalarının da yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bunun sonucunda uygulama yaptığımız hastanelerdeki hemşirelerin olay bildirim tutumları olumlu veya olumsuz

olarak değerlendirilemez.

- ♦ Kadın hemşirelerin erkeklere göre tıbbi hataya eğilimleri daha düşük bulunmuştur.
- ♦ Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan durumlarına bakıldığında ise haftalık çalışma saati ve hastaların yatış gün sayısı değişkenleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).
- ♦ Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre olay bildirim tutum ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlara bakıldığında hastane adı değişkeni dışında kalan diğer bütün alt boyutlarda anlamlılık tespit edilmiştir.
- ♦ Erkek ve bekar hemşirelerin OBTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Erkek ve bekar hemşirelerin olay bildirim tutumları kadın ve evlilere oranla daha olumsuz bulunmuştur.
- ♦ Hemşirelerin olay bildirim tutum ölçeği toplam ile tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam puanı arasında negatif çok zayıf bir ilişki saptanmıştır.

7. ÖNERİLER

Hemşirelerin olay bildirim tutumları ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlardan yola çıkarak şu önerilerde bulunulabilir;

Yönetici Hemşireler İçin Öneriler:

- ♦ Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerinin düzenli periyotlarla ölçülmesi,
- ♦ Hemşirelerin tıbbi hata ile ilgili farkındalık oluşturulması ve buna yönelik davranış ve eğilimlerin geliştirilmesini sağlayacak çalışma ortamının oluşturulması,
- ♦ Tıbbi hataya eğilimlerin asgari düzeyde tutulması için pekiştirme mekanizmalarının oluşturulması,
- ♦ Olay bildirimlerinin raporlanmasını arttırıcı teşvik edici kurum kültürünün geliştirilmesi,
- ♦ Olay bildirimlerin raporlanma oranlarının arttırılmasına yönelik 'Güvenlik Raporlama Sistemi' nin aktif olarak işlenebilirliğini sağlamak,
- ♦ Çalışmamızda hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğunun tespiti, veri toplanılan kurumlarda çalışan hemşirelerin tıbbi hata oranlarının daha da düşürülebilmesini sağlayacak yeni politikalar belirlenmesi,

Araştırmacılar İçin Öneriler:

- ♦ Olay bildirim ve tıbbi hatalar arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için, tıbbi hataların türleri ve sıklığı, hastaya verilen zararın derecesi, tıbbi hataların önlenebilirliği gibi etmenlerle çalışma ortamına (çalışma saati, çalışma şekli, bakım verilen hasta sayısı, servis/birimdeki çalışma süresi vb.) yönelik değişkenleri içerek çalışmalar yapılması,
- ♦ Araştırma yalnızca Şanlıurfa il merkez hastanelerinde yapılmış olup,

daha büyük bir örneklem grubuyla çalışılarak elde edilen bulguların genellenebilirliğinin sağlanması,

- ♦ Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar dikkate alınarak hemşirelerin hem iş yükü ve olay bildirim önündeki yer, zaman, çalışma yoğunluğu vs. gibi durumlar göz önünde bulundurularak müdahale çalışmaları yapılması,
- ♦ Literatür taramasında olay bildirim konusundaki çalışmaların yetersizliği dikkatimizi çekmiştir. İlerleyen süreçte olay bildirim konusunda çalışmalar yapılması,
- ♦ Sağlık politikaları düzenlenirken olay bildirim engelleri ortadan kaldırılması ve teşvik edici uygulamaların oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Afaya, A., Konlan, K.D. & Kim Do, H. Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review. *BMC Health Serv Res* **21**, 1156 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07187-5>
- Akalın, H. E. (2004). Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz? *Ankem Dergisi*, *18*, 12-13.
- Aksay, K., Orhan, F. ve Kurutkan, M. N. (2012). Sağlık hizmetlerinde bir risk yönetimi tekniği olarak FMEA: Laboratuvar sürecine yönelik bir uygulama. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, *4*(2), 121-142.
- Aljabari, S. ve Kadhim, Z. (2021). Tıbbi Hataları Bildirmenin Önündeki Yaygın Engeller. *The Scientific World Journal*, 2021
- Alzoubi, M. M., Al-Mahasneh, A., Al-Mugheed, K., Al Barmawi, M., Alsenany, S. A., & Farghaly Abdelaliem, S. M. (2023). Medication Administration Error Perceptions Among Critical Care Nurses: A Cross-Sectional, Descriptive Study. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *16*, 1503–1512. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S411840>
- Anderson, J. G., & Abrahamson, K. (2017). Your Health Care May Kill You: Medical Errors. *Studies in health technology and informatics*, *234*, 13–17.
- Arslanoğlu, Ali & Arslan Kabadayı, Mesude. (2023). Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi İle İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Karşılaştırması. *Gobeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6. 76-86. 10.55433/gsbd/176.
- Aslan Y. İlaç kaynaklı tıbbi hata / olay bildirimlerin Dünya Sağlık Örgütü “Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması”na göre değerlendirilmesi. *J Health Sci Med /JHSM /jhsn*. Ocak 2020;3(1):20-25. doi:10.32322/jhsm.612510
- Athié-Gutiérrez, C., & Dubón-Peniche, M. C. (2020). Ethical evaluation of medical errors and the patient's safety. Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. *Cirugia y cirujanos*, *88*(2), 219–232. <https://doi.org/10.24875/CIRU.18000625>
- Engineering & System Safety*, *144*, 45-52.
- Arıcan, S.(2022) Klinik Sorumlu Hemşirelerinin Liderlik Tarzının Hemşirelerin İş Motivasyonuna Etkisi: Şanlıurfa Harran Üniversitesi Hastanesi Örneği [Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi].
- Aydan, M. (2024). Hemşirelerin Hasta Savunuculuğu Tutumu İle Tıbbi Hata Eğilimleri Arasındaki İlişki [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi].
- Aydemir, İ. (2018). Sağlık kurumlarında sistem kaynaklı tıbbi hataların analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *19*(4), 665-681. <https://doi.org/10.16953/deusosbil.281328>
- Başaran S. ve Duygulu S. (2014) . Hemşirelikte Güç Kavramının Analizi. *Hacettepe*

- Baştürk Külahlı, H., & Çınar Pakyüz, S. (2024). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 40(1), 91-101. <https://doi.org/10.53490/egehemsire.1083338>
- Baştürk Külahlı, H., & Çınar Pakyüz, S. (2024). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 40(1), 91-101. <https://doi.org/10.53490/egehemsire.1083338>
- Brown, C., & Brown, M. (2023). Blood and blood products transfusion errors: what can we do to improve patient safety?. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 32(7), 326–332. <https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.7.326>
- Bulut S, Türk G, Şahbaz M. Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2013;16(3):163-9.
- Canatan, H., Erdoğan, A., & Yılmaz, S. (2015). Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane ile İlgili Anket Çalışması ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2), 82-89. <https://doi.org/10.5455/sad.2015131439231160>
- Carver N, Gupta V, Hipskind JE. Medical Errors (Archived). 2023 May 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 28613514.
- Caymaz, M. (2015). Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 1-14.
- Cebeci, F., Gürsoy, E. ve Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.
- Cengiz, C., Celik, Y., & Hikmet, N. (2016). Evaluation of patient wristbands and patient identification process in a training hospital in Turkey. *International journal of health care quality assurance*, 29(8), 820–834. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2016-0052>
- Çakmak, C., Konca, M. ve Teleş, M. (2018). Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 423-448.
- Çekiç Y, Sezer TA. İntörn Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Karar Vermede Öz güven ve Anksiyete Düzeylerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri ile İlişkisi. *STED*. 2024;33(3):208-17.
- Çelik Durmuş, S., Erdem, Y., & Doğan Yılmaz, E. (2022). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri: Bir Kamu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği. *The Journal of Kırıkkale University Faculty of Medicine*, 24(1), 153-162.

<https://doi.org/10.24938/kutfd.1058816>

- Çıraklı, Ü. (2019). Türkiye’de Yataklı Sağlık Kurumlarında Poliklinik ve Klinik Hizmetlerinin 2008-2017 Yılları Arası Gelişimi ve Mevcut Durumu. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2(1), 37-46.
- Datpınar M, Torun N. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Farkındalıkları: Güçlü ve Zayıf Yönleri. *JOHUFON*. 2023;10(2):145-53.
- de Feijter, J. M., de Grave, W. S., Muijtjens, A. M., Scherpbier, A. J., & Koopmans, R. P. (2012). A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident-reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths. *PloS one*, 7(2), e31125. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031125>
- Demir, G., & Karadag, G. (2023). The Relationship Between Nurses' Sleep Quality and Their Tendency to Commit Medical Errors. *Sleep science (Sao Paulo, Brazil)*, 17(1), e7–e15. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1776753>
- Diamond, N. B., Armson, M. J., & Levine, B. (2020). The Truth Is Out There: Accuracy in Recall of Verifiable Real-World Events. *Psychological science*, 31(12), 1544–1556. <https://doi.org/10.1177/0956797620954812>
- Dobson-Wainwright, S. (2021). *A Historical Analysis of Medical Malpractice Tort Law in the United States*. (Publication No. 28318330) [Doctor dissertation Central Michigan University]. ProQuest Dissertations & Theses Global
- Dünya Sağlık Örgütü. (2022). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Final Technical Report. WHO
- Dünya Sağlık Örgütü. (2019). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Final Technical Report. WHO
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). Hasta Güvenliği Bilgi Dosyası. Hasta Güvenlik ve Risk Yönetimi Hizmet Sunumu ve Güvenlik. Dünya Sağlık Örgütü. 20 Kasım 2024’de erişildi. https://www.who.int/ozellikler/bilgi-dosyaları/hasta_güvenliği/hasta-güvenliği-bilgi-dosyası.pdf?ua=1
- Ekici D. (2013). Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi. Ankara: Sim Matbaacılık Ltd. Şti; 14(2), 184-187.
- Elliott, R. A., Camacho, E., Jankovic, D., Sculpher, M. J., & Faria, R. (2021). Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. *BMJ Quality & Safety*, 30(2), 96-105.
- Er, F., Altuntaş, S. (2016). Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 132-139.
- Ersun, A., Başbakkal, Z., Yardımcı, F., Muslu, G., vd. (2013). Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 33-46.
- EU Commission. (2014). Key findings and recommendations on reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe (pp. 1-55): Patient

Safety and Quality of Care working group.

- Farmakovijilans Derneği. (2020). Farmakovijilans ile ilgili kavramlar. Retrieved 20
- Flemons, W. W., & McRae, G. (2012). Reporting, learning and the culture of safety. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 15 Spec No, 12–17. <https://doi.org/10.12927/hcq.2012.22847>
- Gallagher, R. M. ve Nadzam, D. M. (2015). Two decades of coordinating medication safety efforts: National Coordinating Council For Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP).
- Gong Y. (2011). Data consistency in a voluntary medical incident reporting system. *Journal of medical systems*, 35(4), 609–615. <https://doi.org/10.1007/s10916-009-9398-y>
- Gökcan, H. T. (2022). Tıbbi müdahaleden doğan hukuki ve cezai sorumluluk: Doktrin ve yargı kararları ışığında doktorlar ve sağlık mesleği mensuplarının, özel hastaneler ve devletin sorumluluğu. 4. Baskı. Seçkin Yayıncılık.
- Güleç, D., & Seren-intepeler, Ş. (2013). Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3), 26-41. <https://doi.org/10.69487/hemarge.695715>
- Günday, F., Taş, A., Abacıgil, F., Arslantaş H. (2022). Hemşirelerde İş Doyumu ve İş Yaşamı Kalitesini Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2022 Aralık; 6(2):216-232. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.918747>
- Gündoğdu, G. (2018). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi].
- Güney, E., Karataş Okyay, E., & Uçar, T. (2021). Ebelerin Tıbbi Hata Tutumları Ve Etkileyen Faktörler. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 103-110. <https://doi.org/10.47115/jshs.871529>
- Güven, D. Y. ve Özalp, Ş. Ş. (2022). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hatalara ilişkin tutumları ile hasta güvenliği tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Health Sciences Journal Of Adıyaman University*, 8(3), 240-249.
- Harman, D. (2024). Yeni mezun hemşirelerde gerçeklik şoku ile tıbbi hata tutumları arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi].
- Heydarikhayat, N., Ghanbarzehi, N., & Sabagh, K. (2024). Strategies to prevent medical errors by nursing interns: a qualitative content analysis. *BMC nursing*, 23(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01726-1>
- Higgins, M. C. ve Herpy, J. P. (2021). Medical error, adverse events, and complications in interventional radiology: liability or opportunity?. *Radiology*, 298(2), 275-283. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020202341>
- Higgins, M. C. S. S., & Herpy, J. P. (2021). Medical Error, Adverse Events, and

- Complications in Interventional Radiology: Liability or Opportunity?.
Radiology, 298(2), 275–283.
<https://doi.org/10.1148/radiol.2020202341>
- <https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1125794>
- <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2024.pdf>
- Hutchinson, A., Young, T. A., Cooper, K. L., McIntosh, A., Karnon, J. D., Scobie, S., & Thomson, R. G. (2009). Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. *Quality & safety in health care*, 18(1), 5–10. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.022400>
- Hwang, J. I., Lee, S. I., & Park, H. A. (2013). Patient safety incident-reporting items in Korean hospitals. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 25(3), 300–307. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt026>
- İncel, A. H. N. (2022). Tıbbi Malpraktiste Sorumluluk ve Komplikasyon. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları II. Eskişehir
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.
- JCHO(2022). The Joint Commission Releases Sentinel Event Data on Serious Adverse Events at U.S. Healthcare Organizations. Data on sentinel events reviewed Jan. 1 through Dec. 31, 2022
- Kagan, I., & Barnoy, S. (2013). Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 45(3), 273–280. <https://doi.org/10.1111/jnu.12026>
- Kahriman, İ., & Öztürk, H. (2016). Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. *Journal of clinical nursing*, 25(19-20), 2884–2894. <https://doi.org/10.1111/jocn.13341>
- Kandemir A, Yüksel S. Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum Ve Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2020;23(2):287-9.
- Karacabay, K., Savcı, A., Çömez, S., Çelik, N. (2020). Cerrahi hemşirelerinin iş yükü algıları ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 404-417. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.686481>
- Karaden, R. (2024). Hemşirelerin Hastane Etik İklim Algısı İle Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi].

- Karakaş, S., Ketenciler, A., Demir, B., Eycan, Ö., (2023) Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 33 (3) 228-235
- Karande, S., Marraro, G. A., & Spada, C. (2021). Minimizing medical errors to improve patient safety: An essential mission ahead. *Journal of postgraduate medicine*, 67(1), 1–3. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_1376_20
- Kasım 2024, from <http://www.farmakovijilansderneği.org/icerik.php?id=108> Kavuran E, Çetinkaya F. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumlarının Belirlenmesi. HUEMFAD. 2022;9(1):24-30.
- Kaya, Ş. D. (2017). Kök neden analizi: Senaryo örnekleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), 247-251.
- Keleş, B. (2021). Sağlık Çalışanlarının Olay Bildirimlerine Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi [Yayımlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi].
- Kırşan, M., Korhan, EA, Şimşek, S., Özçiftçi, S. ve Ceylan, B. (2019). Hemşirelik Uygulamalarında İlaç Hataları: Bir Sistemik Derleme.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. ve Donaldson, M. S. (1999). To err is human: Building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press.
- Konateke, O. (2020). Hemşirelerde Mesleğe Bağlılık İle Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişki [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi].
- Korkmaz Yenice G, Esenay FI, Sezer TA. Çocuk Cerrahisi Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021; 24(1): 76-83. DOI: 10.17049/ataunihem.769539
- Korkutan, M., & Kurt, M. (2021). Hasta Güvenliği Kültürünün Türkiye’deki Mevcut Durumu Ve Önemi. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 7(1), 19-31.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *JAMA*, 272(23), 1994;272(23):1851–1857. doi:10.1001/jama.1994.03520230061039
- Macit, M., (2021). Hastanelerde tıbbi hataların önlenmesinde hata türü ve etkileri analizi. Uluslararası Ekonomi ve İdari Bilimler Çalışmaları Disiplinler Dergisi(IDEAStudies). 7(26):96-104. doi:10.26728/ideas.386
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ (Clinical research ed.)*, 353, i2139.
- Mc Elroy LM, Woods DM, Yanes AF, Skaro AI, Daud A, Curtis T ve ark. (2016). Applying the WHO conceptual framework for the International Classification for patient safety to a surgical population. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 166-174. doi:10.1093/intqhc/mzw001.
- McFadden, K. L., Stock, G. N. ve Gowen, C. R., 3rd. (2006). Exploring strategies for reducing hospital errors. *J Healthc Manag*, 51(2), 123-135.

- McFadden, K. L., Towell, E. R. ve Stock, G. N. (2018). Critical success factors for controlling and managing hospital errors. *Quality Management Journal*, 11(1), 61-74.
- Metsemakers, W. J., Moriarty, T. F., Morgenstern, M., Marais, L., Onsea, J., O'Toole, R. V., Depypere, M., Obremskey, W. T., Verhofstad, M. H. J., McNally, M., Morshed, S., Wouthuyzen-Bakker, M., & Zalavras, C. (2024). The global burden of fracture-related infection: can we do better?. *The Lancet. Infectious diseases*, 24(6), e386–e393. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00503-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00503-0)
- Milch, C. E., Salem, D. N., Pauker, S. G., Lundquist, T. G., Kumar, S., & Chen, J. (2006). Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals. *Journal of general internal medicine*, 21(2), 165–170. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00322.x>
- Mittal K. (2018). Medical errors: An observational study. *Journal of Pediatric Critical Care*, 5(3), 29.
- Miziara, I. D., & Miziara, C. S. M. G. (2022). Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 77, 100053. <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100053>
- Münger, N., & Yılmaz, E. (2023). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Profesyonellik Düzeylerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi: Manisa Örneği. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 136-146. <https://doi.org/10.52976/vansaglik.1219895>
- Münger, N., & Yılmaz, E. (2023). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Profesyonellik Düzeylerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi: Manisa Örneği. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 136-146. <https://doi.org/10.52976/vansaglik.1219895>
- Noh, H. M., Song, H. J., Park, Y. S., Han, J., & Roh, Y. K. (2021). Fall predictors beyond fall risk assessment tool items for acute hospitalized older adults: a matched case-control study. *Scientific reports*, 11(1), 1503. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81034-9>
- OECD. (2018). *The Economics Of Patient Safety In Primary And Ambulatory Care Flying Blind*.
- Oksay, A., Kılınç, M., & Sayhan, M. (2019). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(2), 455-475. <https://doi.org/10.11616/basbed.v19i47045.499175>
- Orhan, Z., Kayış, A., Sönmez, M., İnal, Ş., Kaya, E., Aral, M., (2021) Hemşirelerin Mesleki Riskleri ve Hastane Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırma Dergisi* 4(1):18-30. doi: 10.51536/tusbad.819684

- Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi, 1(1), 33-43.
- Öden, T. N., & Yavuz Van Giersbergen, M. (2021). Düşme ve Düşmelere Bağlı Yaralanmaların Azaltılması için Kanıt Temelli Uygulama Önerileri. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi, 18(1), 17-40.
- Özata, M. ve Altunkan, H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 8(2), 100-111
- Özçiftçi S. (2020). Hemşirelik Bakımında Etik Tutum Ölçeği Geliştirme [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi].
- Özdemir Z. Sağlık Bilimlerinde Likert Tipi Tutum Ölçeği Geliştirme. Huhemfad-Johufon 2018, 5(1), 60-68.
- Özer, Ö., Taştan, T., Çayır, Y., Şener, M.T., (2015). Tıbbi Hatalı Uygulamalar: Dicle Tıp Dergisi. 42(3) doi: 10.5798/diclemedj.0921.2015.03.0597
- Özkalp, E. ve Kirel, Ç. (2013). *Örgütsel Davranış* (6. Baskı). Bursa: Ekin Yayınevi.
- Pappa, D., Koutelekos, I., Evangelou, E., Dousis, E., Mangoulia, P., Gerogianni, G., Zartaloudi, A., Toulia, G., Kelesi, M., Margari, N., Ferentinou, E., Stavropoulou, A., & Dafogianni, C. (2023). Investigation of Nurses' Wellbeing towards Errors in Clinical Practice-The Role of Resilience. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(10), 1850. <https://doi.org/10.3390/medicina59101850>
- Peltomaa, Karolina MNSc, RN .James Reason: Patient safety, human error, and Swiss Cheese. Qual Manag Health Care, 21(1):s 59-63, Ocak/Mart 2012. | DOI: 10.1097/QMH.0b013e3182418294
- Reason J. Human error: Models and management BMJ 2000;320:768 doi:10.1136/bmj.320.7237.768
- Rodriguez, J. (2016). Root Cause Analysis (Step 6: Part I). In J. Rodriguez (Ed.), CAPA in the Pharmaceutical and Biotech Industries (pp. 101-141): Woodhead Publishing.
- Rodziewicz, T. L., & Hipskind, J. E. (2020). Medical error prevention. *StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2020). *SKS Hastane Seti Sürüm 6.01*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf>. alınma tarihi: Kasım 2024.
- Sarı, E., & Demirbağ, B. C. (2024). Hemşirelerde Presenteizm Ve Tıbbi Hata Eğilimi Arasındaki İlişki. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 27(2), 283-294. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1405942>
- SB. (2018). Güvenlik raporlama sistemi. 2017 yılı istatistik ve analiz raporu. Sağlık

- Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- SB. (2017). Güvenlik raporlama sistemi. 2016 yılı istatistik ve analiz raporu. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- SB. (2019). Güvenlik raporlama sistemi. Retrieved 11 Kasım, 2024, from <http://OBS.saglik.gov.tr/BM/UOBS.aspx>
- SB. (2016). SKS-5 Sağlıkta kalite standartları (Hastane). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 2.Baskı. Ankara.
- SB. (2016). SKS-5 Sağlıkta kalite standartları (Hastane). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 2.Baskı. Ankara.
- SB. (2020). SKS-6 Sağlıkta kalite standartları (Hastane). Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı yayın No:1156. Ankara.
- Sivrikaya, S. K. ve Kara, A. Ş. (2019). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi , 8(1), 7-14.
- Slawomirski, L., Aaraaen, A., & Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety. <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Sönmez, A., Öztürk, Ş., Abacıgil, F., (2021). Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon Epidemiyolojisi ve Sürveyansı. Hemşirelik Bilimi Dergisi 2021 4(1) 41–45
- Sujan, M. (2015). An organisation without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliability*
- Tangirala, S. ve Ramanujam, R. (2008). Kritik iş sorunları konusunda çalışanların sessizliği: Prosedürel adalet ikliminin çapraz düzey etkileri. *Personel Psikolojisi*, 61 (1), 37–68. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2008.00105.x>
- Temel M, Gürol A, Kılıç AF. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeyinin Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerine Etkisi. BÜSAD. 2024;5(3):642-9.
- Tok Yıldız, F., & Yıldız, İ., (2020). Hemşirelerin İlaç Uygulama Hatalarına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Türk Fen Ve Sağlık Dergisi (TFSD) , vol.1, no.1, 29-41.
- Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S. (2008). Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), 161-200.
- Topal, G., Şahin, İ., Çalışkan, E., Kılınçel, Ö. (2019). Kan Transfüzyonu ve Reaksiyonları İle İlgili Sağlık Çalışanlarının Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9(1), 1-5. <https://doi.org/10.33631/duzcesbed.461050>

- Tuncay, A., & Kılıç, M. (2023). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 557-574.
- Tuncay, A. ve Kılıç, M. (2023). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün tıbbi hata yapma eğilimine etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 557-574.
- Tunçel, K., & Sökmen, S. M. (2021). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Olay Bildirim Eğilimi. *Yobü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 70-77.
- Tunçel K, Sökmen SM. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve olay bildirim eğilimi. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2021;2(2):70-77
- Türk Dil Kurumu. (2024). Türk Dil Kurumu Ana Sayfası. Erişim tarihi: [20.11.2024], <https://www.tdk.gov.tr>
- Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. (2012). Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf. Alınma tarihi: Kasım 2024
- Uğrak, U. (2019). Hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi].
- Ulusoy, H. & Tosun, N. (2020), Hekim Ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma, *BMIJ*, (2020), 8(1): 969-980 doi: <http://dx.doi.org/10.15295/bmij.v8i1.1338>
- Uysal, H.K. (2021). Doktorların kardiyopulmoner resusitasyon konusundaki tutum ve bilgi düzeyi ile tıbbi hatalarda tutumu arasındaki ilişki. [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi].
- Uzunkaya S. (2010). Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerinin İş Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi]
- Uzuntarla, E., & Tural Büyük, E. (2021). Hemşirelerin İlaç Uygulama Hata Deneyimleri İle İlaç Hata Nedenlerine Yönelik Algıları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 641-654. <https://doi.org/10.47115/jshs.1001431>
- Ün, A., & Purkuloğlu, E. (2017). Güvenlik raporlama sisteminin dijitalleştirilmesinin etkileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(2), 126-133. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1495450266>
- Wachter, R. M. ve Gupta, K. (2018). *Understanding Patient Safety* (3. Baskı). China: McGraw-Hill
- WHO. (2017). *Patient Safety: Making Health Care Safer* (Vol. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO.). Geneva.
- WHO. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety Final Technical Report* (Vol. WHO/IER/PSP/2010.2).
- WHO. (2020). *Patient safety incident reporting and learning systems: Technical report and guidance*. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC

BY-NC-SA 3.0 IGO.

- WHO. (2005). WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems (Vol. WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). Switzerland.
- WHO (2023). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Final Technical Report. WHO
- WHO. (2014b). Working Paper Preliminary Version of Minimal Information Model for Patient Safety (Vol. WHO/HIS/SDS/2014.7).
- Wondmienenh, A., Alemu, W., Tadele, N., & Demis, A. (2020). Medication administration errors and contributing factors among nurses: a cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC nursing*, 19, 4. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0397-0>
- World Health Organization (WHO) (2023). Available online <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
- Yaşar, M. (2014). İstatistiğe Yönelik Tutum Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 36(36), 59-75.
- Yıldız, M. (2021). Kamu özel ortaklığı(şehir hastanesi) hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hata eğiliminin, hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği ile belirlenmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi].
- Yılmaz, A. (2023). Sağlık Bakım Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanması ve Sürdürülmesi. Bilgili, A. (ed.), *Sağlık Bilimlerinde Uluslararası Çalışmalar-IV*. Özgür Yayınları. doi: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub304.c1394>
- Yılmaz, A., Yıldız Keskin, A., & Yeşildal, M. (2022). Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumu ve Etkileyen Faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(3), 1151-1159. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1139565>
- Yiğitbaş, Ç., Oğuzhan, H., Tercan, B., Bulut, A., & Bulut, A. (2016). Hemşirelerin Malpraktis ile İlgili Algı, Tutum ve Davranışları.

EKLER

EK 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Hastane Adı:

Servis adı ve yatak sayısı:

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar

4. Eğitim durumunuz:

() Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans ve üzeri

5. Çalışma pozisyonunuz nedir?

() Servis hemşiresi () Yoğun bakım hemşiresi

() Ameliyathane hemşiresi () Poliklinik hemşiresi

() Acil hemşiresi () Yönetici hemşire

() Özel birim hemşiresi(diyaliz vb.)

6. Toplam çalışma süreniz (ay/yıl olarak yazınız):

7. Servis/birimdeki toplam çalışma süreniz (ay/yıl olarak yazınız):

8. Çalışma şekliniz:

() Sadece gece nöbeti () Sadece gündüz () Gece /gündüz vardiyalı

9. Mesai saatleri içinde bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı:

10. Son vardiyanızda bakım verdiğiniz hasta sayısı:

11. Servisinizde hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı:

12. Servisinizde hastaların ortalama yatış gün sayısı:

13. Haftalık ortalama çalışma saatiniz:

14. Haftalık ortalama fazla mesai saatiniz:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK 2

TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ					
<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>					
İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI	HIÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
1.İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.	1	2	3	4	5
2.Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.	1	2	3	4	5
3.İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.	1	2	3	4	5
4.Okunmuş ve görüntü benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.	1	2	3	4	5
5.İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.	1	2	3	4	5
6.İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7.İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.	1	2	3	4	5
8.İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
9.IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5
10.İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.	1	2	3	4	5
11.İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.	1	2	3	4	5
12.İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
13.Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
14.Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.	1	2	3	4	5
15.Mayî miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
16.Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
17.Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.	1	2	3	4	5
18.Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
HASTANE ENFEKSİYONLARI	HIÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
19.Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
20.IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
21.Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.	1	2	3	4	5
22.İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
23.İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim.	1	2	3	4	5
24.Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.	1	2	3	4	5
25.Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
26.Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
27.Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.	1	2	3	4	5
28.Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
29.Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.	1	2	3	4	5
30.Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğunda kullanmamaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5

TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

EK 3

HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HIÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
31.Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.	1	2	3	4	5
32.Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.	1	2	3	4	5
33.Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemi gerektiği gibi yapmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
34.Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim.	1	2	3	4	5
35.Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
36.Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.	1	2	3	4	5
37.Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.	1	2	3	4	5
38.Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
39.Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	1	2	3	4	5
DUŞMELER	HIÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
40.Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.	1	2	3	4	5
41.Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım.	1	2	3	4	5
42.Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
43.Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
44.Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.	1	2	3	4	5
İLETİŞİM	HIÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
45.Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.	1	2	3	4	5
46.Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.	1	2	3	4	5
47.Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemi hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.	1	2	3	4	5
48.Serviste çift order (doktor istemi + hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
49.Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım.	1	2	3	4	5

TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

EK 4

OLAY BİLDİRİM TUTUM ÖLÇEĞİ İstenmeyen olay raporlamaya karşı tutumunuzu madde karşısında gösterilen ifadelerden size uygun olanı işaretleyerek belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.İstenmeyen olayların bildirilmesi eğitim eksikliklerinin belirlenmesine yardımcı olur.	1	2	3	4
2.Meydana gelen istenmeyen olaydan haberdar olan kişi az ise olayın rapor edilmesine gerek yoktur.	1	2	3	4
3.Meslektaşlarının karıştığı istenmeyen olayları bildirmek benim sorumluluğum değildir.	1	2	3	4
4.İstenmeyen olayları raporlamak hastaları korur.	1	2	3	4
5.İstenmeyen olayları bildirmek dikkatleri benim üzerinde toplar.	1	2	3	4
6.Meydana gelen istenmeyen olaylardan ders çıkarabildiği sürece raporlamaya gerek yoktur.	1	2	3	4
7.İstenmeyen olayı bildiren sağlık çalışanı gelecekte kariyer sorunu yaşar.	1	2	3	4
8.İstenmeyen olayların nasıl rapor edileceği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	1	2	3	4
9.İstenmeyen olayları bildirmedeğim zaman, işimi gerektiği gibi yapmadığımı düşünüyorum.	1	2	3	4
10.Minör istenmeyen olayların bildirilmesine gerek yoktur.	1	2	3	4
11.Meslektaşların istenmeyen olayların bildirilmesini benden bekliyor.	1	2	3	4
12.İstenmeyen olayları bildirmek benim için sorun oluşturmaz.	1	2	3	4
13.Hangi tür istenmeyen olayların bildirilmesi gerektiği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	1	2	3	4
14.Sadece seyrek gerçekleşen olaylar bildirilmelidir.	1	2	3	4
15.Meydana gelen istenmeyen olayı sadece hasta dosyasına not etmek, olay raporlama kadar iyidir.	1	2	3	4
16.Çalıştığım kıdemli personelin beni cesaretlendirmesi, istenmeyen olay bildiriminde bana güç verir.	1	2	3	4
17.Hastanemde istenmeyen olayları gözlemleyen bir birim olması, olay bildirimlerinde teşvik edici olur.	1	2	3	4
18.İstenmeyen olayı bildirmek, benim yanlış yaptığımı herkesin öğrenmesine yol açar.	1	2	3	4
19.İstenmeyen olayları bildirmeye iznim yok.	1	2	3	4
20.Sadece kendisinden bir şeyler öğrenilebilen olumsuz olaylar bildirilmelidir.	1	2	3	4
21.İstenmeyen olay raporlama bir tür suç bulma yoludur.	1	2	3	4
22.İstenmeyen olaylar engellenemez, bu yüzden onları rapor etmenin bir anlamı yoktur.	1	2	3	4
23.Olay raporlama, bir olaya karıştığım konusunda meslektaşlarının dedikodular yapmasına sebep olur.	1	2	3	4
24.İstenmeyen olayların bildirilmesi, insanları eylemlerinden hesap verebilir hale getirir.	1	2	3	4
25.İstenmeyen olay olduğunda, meslektaşların bunu raporlamada ilgisiz davranıyor.	1	2	3	4

OLAY BİLDİRİM TUTUM ÖLÇEĞİ

Yadigar Atalay**HEMŞİRELERİN OLAY BİLDİRİM TUTUMLARI İLE TIBBİ
HATAYA EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ** HEMŞİRELERİN OLAY BİLDİRİM TUTUMLARI İLE TIBBİ HATAYA EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ 2025 Harran Üniversitesi**Belge Ayrıntıları**

Gönderi Kimliği

trnoid::1:3148547382

Gönderi Tarihi

7 Şub 2025 15:01 GMT+3

İndirme Tarihi

7 Şub 2025 15:15 GMT+3

Dosya Adı

IBB_HATAYA_E_L_MLER_ARASINDAK_I_K_N_N_NCELENMES_07.02.2025.docx

Dosya Boyutu

857.4 KB

80 Sayfa

19.320 Sözcük

135.224 Karakter

İNTİHAL RAPORU

EK 6



Sayfa 2 of 89 - Bütünlük Genel Bakış

Gönderi Kimliği trnsoltd::1:3148547382

15% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çıkan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.

Ön Sıradaki Kaynaklar

- 12% İnternet kaynakları
- 9% Yayınlar
- 5% Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)

Bütünlük Bayrakları

İnceleme için 0 Bütünlük Bayrağı

Herhangi bir şüpheli metin manipülasyonu belirlenmedi.

Sistemimizin algoritmaları bir belgede, onu normal bir gönderiden ayıracılabilecek her türlü tutarsızlığı derinlemesine inceler. Tuhaf bir şey fark edersek incelemeniz için bayrak ekleriz.

Bir Bayrak mutlaka bir sorun olduğunu göstermez. Ancak daha fazla inceleme için dikkatinizi vermenizi öneririz.



Sayfa 2 of 89 - Bütünlük Genel Bakış

Gönderi Kimliği trnsoltd::1:3148547382

İNTİHAL RAPORU