

**HEMŞİRELİKTE
MESLEKİ TIBBİ HATA
EĞİLİMİNDE VARDİYALİ ÇALIŞMANIN
ETKİSİ**

Gölcan YILDIRIM

**Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Danışman: Doç. Dr. Gamze VAROL**

2019

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİKTE MESLEKİ TIBBİ HATA EĞİLİMİNDE VARDİYALI
ÇALIŞMANIN ETKİSİ

Gülcan YILDIRIM

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: Doç. Dr. Gamze VAROL

TEKİRDAĞ-2019
Her hakkı saklıdır

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin çalışmasının bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

.../.../2019

Gülcan YILDIRIM

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülcan YILDIRIM tarafından hazırlanan “Hemşirelikte Mesleki Tıbbi Hata Eğiliminde Vardiyalı Çalışmanın Etkisi” konulu YÜKSEK LİSANS Tezinin Sınavı, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca günü saat’da yapılmış olup, tezin OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Gamze Varol	Kanaat:	İmza:
Üye:	Prof. Dr. Burcu Tokuç	Kanaat:	İmza:
Üye:	Doç. Dr. Dumrul Gülen	Kanaat:	İmza:

Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu adına

...../...../20.....

Prof. Dr. Rasim YILMAZ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Kurum, Enstitü, : Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler
Enstitüsü,
ABD : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Başlığı : Hemşirelikte Mesleki Tıbbi Hata Eğiliminde Vardiyalı
Çalışmanın Etkisi
Tez Yazarı : Gülcan YILDIRIM
Tez/Proje : Doç. Dr. Gamze VAROL
Danışmanı
Tez Türü, Yılı: Yüksek Lisans Tezi, 2019
Sayfa Sayısı : 93

İnsan sağlığının ve yaşamının korunması için asgari bilgi, beceri ve deneyimden yoksun olarak Hemşirelik hizmeti sunan kişiler sundukları insanların hayatlarını tehlikeye sokabilmektedirler. Tıbbi hatalar, sağlık sistemlerinin temel sorunları arasındadır. Tıbbi hatalarla karşılaşmayan sağlık sistemi yoktur. Tıbbi hataların en az gerçekleştiği sağlık sistemleri arzu edilen sağlık sistemleridir. Hemşirelik hizmetlerinin sunumunun gereklerinden olan vardiyalı çalışma sisteminin getirdiği yoğun ve uzun çalışma saatlerinin, düzensiz ve kalitesi düşük uykunun tıbbi hata eğilimi riskini arttırdığı varsayılmaktadır. Tıbbi hataların önlenmesinde sağlık profesyoneli olan hemşirelik mesleğinin önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. Bu araştırmanın amacı; Hemşirelik mesleğinde mesleki tıbbi hata gelişiminde vardiyalı çalışmanın etkisinin belirlenmesidir. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin vardiyalı çalışma sistemi ile ilişkisinin bilinmesi tıbbi hataların önlenmesi yönünde geliştirilecek tedbirlerin alınmasında, hemşirelerin vardiya sisteminin düzenlenmesinin ve hemşirelerin yasal durumlarla karşı karşıya kalmalarının önlenmesi/azaltılması amaçlanmıştır. Belirtilen konuda Tekirdağ ilinde çalışma yapılmamıştır. Planlanan çalışma sonucunda elde edilen veriler hem il özelinde hem de literatüre katkı sağlayacaktır. Bu amaçla Tekirdağ İlinde Süleymanpaşa da çalışan hemşireler arasında Kişisel bilgileri içeren sorular, Tıbbi hata eğilim ölçeğine ait sorular, Epworth Uykululuk Ölçeğine ait sorular, Uyku Döngüsü Ölçeğine ait sorular uygulanarak elde edilen veriler analiz edilmiştir. Çalışmada mesleki tıbbi hata, vardiyalı çalışma sisteminin tıbbi hata üzerine etkisi belirlenerek hemşirelere ve kurum yöneticilerine konuyla ilgili farkındalık oluşması sağlanacaktır. Bu durumda hemşirelik mesleğini yerine getiren sağlık çalışanlarının tıbbi hatalarının en aza indirilmesi, verimli çalışma saatlerinin ayarlanması daha kaliteli sağlık hizmeti sunmasına katkı sağlayacağı öngörülmektedir..

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Tıbbi Hata, Vardiyalı Çalışma, Uyku, THEÖ, EUD, UDÖ

ABSTRACT

Institution, Institute, : Tekirdag Namık Kemal University, Institute of Social Sciences,
Department : Department of Health Management
Title : The Effect of Shiftwork on the Tendency of Vocational Medical Error at Nursing
Author : Gülcan YILDIRIM
Adviser : Assoc. Prof. Gamze VAROL
Type of Thesis Year : MA Thesis, 2019
Total Number of Pages : 93

The people who provide service of Nursing being deprive of minimum knowledge, skill and experience for protecting the human health and life may put the lives of those people in danger. Medical errors are among the main problems of healthcare systems. There is no healthcare system that has never encountered any medical errors. The healthcare system where there is minimum medical error is the desired healthcare system. It has been supposed that busy and long study hours, irregular and poor sleep that shiftwork causes which is one of the requirements of the service of Nursing increase the risk of medical error tendency. The profession of nursing which is a medical professional has been known to have an important place in preventing medical errors. The aim of this study is to determine the effect of the shift work in vocational medical error in the profession of Nursing. It has been aimed to have an idea about the relationship between the tendency of medical errors of the nurses and the shift work system, to take precautions of preventing medical errors, to organize the shiftwork system of the nurses and to prevent/decrease the legal procedures that the Nurses encounters. There is not a study carried out about this subject in Tekirdag. The data obtained at the end of the study planned will make contribution to both the province and the literature. For this reason, questions including personal information, questions of medical error tendency scale, questions of Epworth Scale of Doziness, questions of sleep cycle have been implemented and the findings obtained has been analyzed. In the study, it will be possible to create awareness about the subject among the nurses and the administrators of the institution by determining vocational medical error, the effect of the shiftwork system on medical error. In this case, it has been predicted that more services with quality will be possible by decreasing the medical errors of medical staff and regulating the effective working hours.

Keywords: Nursing, Medical Error, working with shiftwork, sleep, THEO, EUD, UDO

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmasının planlanması ve gerçekleştirilmesinde iyi niyetle ve sabırla rehberlik eden, her türlü destek ve yardımını esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Gamze Varol'a, yüksek lisans eğitimim süresince desteğini hep yanımda hissettiğim hocam Sayın Doç. Dr. İlknur Korkutal'a katkılarından dolayı Sosyal Bilimler Enstitüsündeki hocalarıma, destek ve yardımlarından dolayı Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez Müdürlüğü, Tekirdağ Devlet Hastanesi, Yaşam Hastanesi ve Özel Star Medica hastanesi yöneticilerine ve tüm meslektaşlarıma destek ve yardımlarından dolayı, her zaman yanımda olan sevgili eşim Erdoğan Yıldırım, kızım Bade Yıldırım ve değerli aileme hayatım boyunca eğitim hayatımda destek olduklarından dolayı sonsuz saygı ve şükranlarımı sunarım.

Gülcan YILDIRIM

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM BEYANI	
TEZ ONAY SAYFASI	
ÖZET.....	v
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
GRAFİK LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM.....	3
1. ETİK	3
1.1. TIP ETİĞİ.....	3
1.2..HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE ETİK KAVRAMININ ÖNEMİ.....	4
1.3. HATA.....	6
1.4. TIBBİ MÜDAHALE KAVRAMI VE TANIMI	7
1.5. TIBBİ UYGULAMA HATALARI	8
1.6. KLİNİK İATROJENEZ KAVRAMI.	10
1.6.1. Malpraktis ve Komplikasyon Kavramları Tanımı	10
1.7. TIBBİ HATALARIN NEDENLERİ.....	11
1.8.SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDAN KAYNAKLANAN HATALAR.....	14
1.8.1.Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	14
1.8.1.1.Tıbbi Hatalar.....	15
1.8.1.1.1.Teşhis ve Tanıya Bağlı Hatalar.....	15
1.8.1.1.2. Tedavi Uygulamalarına Bağlı Hatalar.....	16

1.8.1.1.3. İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarına Bağlı Hatalar.....	16
1.8.1.1.4. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi.....	21
1.8.1.1.5. Düşmeler.....	22
1.8.1.1.6. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar.....	22
1.8.1.1.7. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar.....	23
1.8.1.1.8. Yanlış yada Uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar.....	24
1.8.1.2.İdari Hatalar.....	24
1.8.1.3.Etik Hatalar.....	25
2. HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE KARŞILAŞILAN TIBBİ HATA UYGULAMALARI.....	26
3. HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN TIBBİ HATA ÜZERİNE ETKİSİ.....	29
2. BÖLÜM.....	32
2.1. YÖNTEM.....	32
2.1.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezi.....	32
2.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
2.1.3. Gereç ve Yöntem.....	35
2.1.3.1. Kişisel bilgi formu (KBF).....	35
2.1.3.2. Tıbbi hata eğilim ölçeği (THEÖ).....	36
2.1.3.3. Epworth uykululuk ölçeği (EUÖ).....	37
2.1.3.4. Uyku döngüsü ölçeği (UDÖ).....	38
2.2. İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER.....	38
3. BÖLÜM	40
3.1. BULGULAR.....	40
3.1.1. Kişisel Bilgilere Ait Özellikler.....	40
3.1.2. İş Ortamı ve Vardiya Düzeni Özellikleri.....	43
3.1.3. Meslek Öyküsü.....	46
3.1.4. Ailesel Etmenler.....	48
3.1.5. Davranışsal Özellikler.....	49

3.1.6. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Değerlendirmeleri.....	52
3.1.7. Epworth Uykululuk Ölçeği Değerlendirmeleri.....	61
3.1.8. Uyku Döngüsü Ölçeği Değerlendirmeleri.....	63
4. BÖLÜM	66
TARTIŞMA	66
SONUÇ VE ÖNERİLER	72
KAYNAKLAR	74
EKLER	

TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Tıbbi Hata Eğilim Ölçeğinin Güvenilirlik Düzeyine Ait Bulgular	37
Tablo 2: Çalışma Grubunun Kişisel Özellikleri.....	42
Tablo 3: Çalışma Koşulları ve İlişkili Faktörler	45
Tablo 4: Meslek Öyküsüne İlişkin Tutum ve Davranışlar	47
Tablo 5: Çalışma Grubunda Ailesel Etmenlere Göre Tutum ve Davranlar Tekirdağ-2016	48
Tablo 6: Davranışsal Etmenlere ve Tutumlara Göre Özellikler.....	51
Tablo 7: Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Skor Düzeylerine İlişkin Bulgular.	53
Tablo 8: Hemşirelerin, Epworth Uykululuk Ölçeği, Uyku Döngüsü Ölçeğinden Alınan Toplam Skor Ortalamaları.....	54
Tablo 9: .Hemşirelerin Çalıştığı Hastanelere göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Skor Ortalaması değişimi.....	55
Tablo 10: Son 6 Ayda Çalışma Düzenine Göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 11: Hemşirelerin Son 6 Ayda Aylık Çalışma Saatlerine Göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Skor Ortalamaları.....	59
Tablo 12: Hemşirelerin Çalıştığı Servise Göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Alt Boyutlarının skor Ortalaması	60
Tablo 13: Hemşirelerin Kimi Özelliklerine Göre Epworth Uykululuk Ölçeği Skor Ortalaması Kıyaslanması	62
Tablo 14: Uyku Döngüsü Ölçeğinde Alt Boyutları Ortalama ve Std. Sapması	63
Tablo 15: Medeni Durumlarına Göre Uyku Döngüsü Ölçeği Skor Ortalaması	63
Tablo 16: Hemşirelerin Çalıştığı Kuruma Göre Uyku Döngüsü Ölçeği Skor Ortalamaları.....	64
Tablo 17: Hemşirelerin Çalıştığı Kuruma Göre Uyku Döngüsü Ölçeği skor ortalaması.....	65

GRAFİK LİSTESİ

Sayfa

Grafik 1 Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Göre Dağılımı	43
Grafik 2 Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştığı Kadro Birimlerine Göre Dağılımı	43

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1 İlaç Hatası Buzdağı	20

KISALTMALAR LİSTESİ

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EUÖ: Epworth Uyku Döngüsü Ölçeği

ICN: Ulusal Hemşireler Konseyi

IOM: Amerikan Tıp Enstitüsü

JCAHO: Birleşik Sağlık Akreditasyonu Komisyonu

KBF: Kişisel Bilgi Formu

NPSF: ABD Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı

TDH: Türk Hemşireler Derneği

THEÖ: Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği

UDÖ: Uyku Döngüsü Ölçeği

GİRİŞ

Sağlık kurumlarının görevleri kişilerin sağlığının güvende olması ve daha ileriye taşımak için ihtiyaç duyulduğu zaman ve gerektiği zaman ve gerektiği yerde ve yeterli şekilde tedavi hizmeti alması amacıyla toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi yönünde hizmet veren sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olmasıdır. Özel bir öneme sahip olan sağlık, yaşamın sürdürülmesinde ve yaşamın kalitesini oluşturmaktadır. Sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer alan hastanın güvenliğini sağlama, tıbbi uygulama hatalarını önleme, sağlık uygulamalarının her aşamasında çok önemlidir. Uygulama işlemi doğası gereği hatayı da içinde barındırır. Tıbbi hata terimi; yapılmaması gerektiği halde yapılan, yapılması gerektiği halde yapılmayan bir uygulamanın, bir girişim, bir tedavinin yanlış ve eksik, yapılması anlamını belirtmektedir. Tıbbi hata genel olarak uygulamayı yapan sağlık personelinin bilgisiz, deneyimsiz, ilgisiz olması, işlemde uygulanan teknolojiye göre ortaya çıkabilecek ve uygulamaya maruz kalan hastayı etkilemektedir. Ayrıca hastanede kalış süresinin uzamasına yol açıp, hastaya fayda yerine zarara sebep olabilecek ve daha da kötüsü kişinin ölümüne yol açabilen işlemler tıbbi hata uygulamaları olarak adlandırılır. Sağlık çalışanlarının yaptığı tıbbi uygulama hatalarının tespit edilmesi önemlidir. Aynı zamanda hataların temelini oluşturan nedenlerin bilinip uygulanacak hatalı işlemlerin hastaya ulaşmadan önce saptanıp düzeltilmesi sağlanabilir. Sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olan sağlık profesyonellerinden hemşireler tıbbi uygulama yönünden önemli bir role sahiptir.

Hemşirelik mesleği gece, vardiyalı, ya da düzensiz çalışma saatleri yönünden çalışmayı gerekli kıldığından dolayı mesleğin bir dezavantajı da hemşirelerin uyku kalitesini ve süresini azaltmasıdır. Vardiyalı çalışma sisteminin bir sonucu olarak uyku kalitesinin bozulması iş performansını kötü etkileyebilir, çalışma saatlerinin sürekli değişken olması mesleki uygulamada bir stresör olup uyku kalitesini olumsuz şekilde etkileyebilir. Tüm gece uykusuz kalmak nöbetteyken hata yapma riskini ve bunun peşi sıra iş kazalarına neden olabilmekte; özellikle yorgunluk ve buna bağlı

olarak dikkat dağınıklığı, kesici-delici alet yaralanmalarına sebep olabilmektedir. Türk hemşireler Derneğinin bir raporunda da konuyla alakalı olarak şu ifade kullanılmıştır: “Nöbet olarak adlandırılan sistemde, oldukça uzun süre çalışan ve çok sayıda hastaya, çok sayıda ve çeşitlilikte uygulamadan sorumlu olan bir hemşirenin, bir izleminde eksiklik olması, hastanın zarar görmesine, hastanın yararına olan uygulamanın yapılamaması ve aynı zamanda hastanın hak ettiği bakımın verilememesi nedeniyle adalet ilkesinin ihlaline yol açabilir”(Türk Hemşireler Derneği, 2008).

BÖLÜM 1 :

1. ETİK

1.1.Tıp Etiği

Etik, Yunanca "ethos" (töre, gelenek, alışkanlık) kelimesinden türemiştir. Uygulanabilir ilkelerden oluşan yüzyıllar boyunca uzun bir zaman süzgecinden geçmiş rasyonel bir yaklaşımdır. Tıbbi insancıl ve evrensel bir boyut kazandıran etik, bilim ve insanlık değerleriyle birlikte birleştirici bir işlev görmesi kendine has bir yere sahip olmasındandır (Ersoy, 1994). İnsanların karşılıklı ilişkilerine yönelik değerleri, doğru ve yanlış, iyi ve kötü olanın özelliğini ve ana yapı taşı araştıran felsefe dalı ve aynı zamanda da bir süreçtir. Bu süreçte karar alma, alınan kararı uygulama aşamasında belirli değerlere sadık kalınarak hareket etmek önemlidir (Karaöz, 2000; Akt, MEB, 2013). Etiğin yaşadığımız toplumdaki karşılığı insan ilişkilerinde nelerden sakınmaları neleri yapmalarına bağlı olarak bir kurallar kümesi olması; özetle genel ahlaktır (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007).

Tıp etiği, iyi davranmak için sağlık ekip üyelerinin neleri yapmaları ve nelerden sakınmaları gerektiğini ifade eden bir tanımdır. Tıp etkinliğini oluşturan tüm değer sıkıntılarını ele alan ise, Tıbbi etikdir (Karaöz, 2000). Tıp etiğinin bir özelliği de sağlık ekip üyelerinin birbirleriyle ve toplumla olan etkileşimini düzenlemesidir. Ayrıca tıp etiğinin bir özelliği de sağlık bilimlerindeki araştırmaların yürütülmesi bakımından da büyük önem arz etmektedir (Ersoy, 1999; Akt, Yıldırım ve Kadioğlu, 2007). Tüm tıbbi eylemlerin bir etik boyutu vardır. Özellikle karar verme aşamasında rehber olan temel etik ilkeleri kullanabilmek önemlidir. Temel ilkeler sırasıyla , Mahremiyet ve Sır saklama, Otonomi (Özerklik), Yarar ve Zarar, Dürüstlük ve Doğruluk, Eşitlik ve Hakkaniyet, Bilgilendirme gibi maddeler bulunmakta ve bu etik ilkeler özellikle karar verme aşamasında rehber kuraldır (MEB, 2013). Özellikle rehber olan Yararlılık İlkesi tıp etiğinin temel ilkelerinin en eskisidir ve her durumda sağlık çalışanlarından hastanın tedavisi ve ağrı-acısını dindirmesini, hastanın yaşamına destek ve hastaya yararlı olmayı gerekli görmektedir.

1.2. Hemşirelik Mesleğinde Etik Kavramının Önemi

Hemşirelik mesleği; hasta birey ile beraber ve onun için en iyi kararı almayı kolaylaştıran ve amaçlayan sağlık bakım sisteminin en önemli parçalarından biridir. Hemşireler günden güne genişleyen uygulama fonksiyonları ile daha karmaşık karar verme süreçlerinde sorumluluk almakta ve alınan kararların sorumluluklarını üstlenmek zorundadır. Levin hemşirelik mesleğinin tıbbi uygulamaların her aşamasında, etik mesuliyeti üstlenmek ve aynı zamanda istekli olmak gerektiğini belirtmiştir (Steele ve Harmon 1979; Akt, Karaöz, 2000).

En temel olan etik ilkelerde insana olan saygıdır.. İnsana saygı her biri birbirinden bağımsız, eşsiz olan bireyler ve insanların değer görmesini gerektiren en temel ilkedir. Bu ilkeler, otonomi, iyi olanı yapmak, zarar vermemek, gerçeği söylemek, adil olmak, sır saklama, verdiği sözü tutma ve verilen görevleri yerine getirme şeklinde başka ilkelerle devam etmektedir (Beerman 1997, Berlandi 1997, Fowler 1989; Akt, Karaöz, 2000).

Hemşireler sağlık hizmeti uygulamalarında, etik ikilemlerle karşı karşıya kaldıklarında sergiledikleri davranışları savunma esnasında, açıklamalarını yaparken aynı zamanda bir rehber olan etik ilkelere ve mesleki kodlara gereksinim duyarlar (Orak,2012; Akt, İşçi, 2015). 1897 yılında başlamış bu kadar çalışma hemşirelere yol gösterecek etik kodlarla ilgili yapılmıştır (İşçi, 2015).

Florence Nightingale Andı, hemşirelerin görevlerini daha iyi içra edebilmeleri için mesleğin ilk etik ilkeleri olmuş ve rehber olarak yol göstermektedir. Mesleğin yapıtaşlarını oluşturan bu etik kodlar olmuştur. And, “Mesleğimin standartlarını yükseltmek için tüm gücümü kullanacağım. Şahit olduğum sırları saklayacağım. Yararlı olmak için bilgimi zorlayacağım. Tehlikeli olandan kaçınacağım. Zararlı olan ilacı vermeyeceğim...” olarak hemşirelik mesleğinin hedefi ve görevlerine yönelik olarak hemşirelik değerlerini belirtmiştir. Bu haliyle hemşirelik mesleğini, dini kuralların katılığından uzaklaştırarak, mesleğe has değerleri oluşturan bu kodlar kabul görmüştür (McFaden 1961, Stanley 1971; Akt, Ersoy, 1995).

Türk Hemşireler Derneğinin 2009 tarihinde yayımlanmış olduğu “Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar” kitabının II. Bölüm: “Sorumluluk” Madde 7 ve II. Bölüm:

“Hemşirenin mesleki sorumluluğu” Madde 1’in olası kötü sonuçların önlenmesi ve işleminden doğan sorumluluk yüklemeyele olduğu belirtilmektedir (THD, 2009).

Değişen hemşirelik mesleğinin düşüncesiyle birlikte zaman içinde etik çalışmalar yapılmış. Amerikan Hemşireler birliği (ANA) 1951 yılında, Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) 1953 yılında hemşirelerin mesleki ilkelerini tekrar kontrol ederek günümüze uygun olan yeni hemşirelik kodlarını ve değerlerini belirledi. Geliştirilen bu etik kodlar mesleğin bağımsızlığını arttırmıştır. "Hemşirelik Etik Kodları" bir dönüm noktası olarak kabul edilerek, hemşirelik mesleğine olan bakış açısını değiştirmiştir. Aynı zamanda hemşirelik mesleğini özgürleştirerek gelişmesini desteklemektedir (Stanley, Taylor ; Akt, Aydın ve Ersoy, 1995).

Hemşirelik mesleğinin özü olan hemşirelik bakımının ahlak ülküsü olarak kabul edilerek insan onurunun korunması fikri yeni değişimlerle birlikte mesleğin bakış açısında değişikliklere yol açarak, mesleğin amacını, temelinde yatan etik değerleri yeniden belirlemiştir. 1960 ve 1968 yıllarında Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), 1965 ve 1975 yıllarında Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) ve 1985 - 86 yıllarında da Amerikan Hemşirelik Okulları Derneği de bu amaçı güderek; hastanın sıhhatinin en üstün yarar olması gerektiğinin önemini vurgulamıştır. Bununla birlikte temel uygulamada olması gereken ilkenin ise yararlılık olduğunu vurgulamışlardır. Bu değişimlerle birlikte hemşirelik mesleği asıl görevi olan bakıma yönelmiştir. Hemşirelik meslek etiğinin yapıldığı çalışmaların ışığında, fedakar (alturizm) olma, estetik algısı, eşitlik sağlama, özgürlükçü, insan onurunu koruma, adaletli olma ve gerçeklikten yana olma başlıklarını sıralayarak 7 temel değer belirlenmiştir. (Silva, MC; Taylor,C; ANA; Akt, Ersoy, 1994).

Hemşirelik mesleğinden beklenen özellikler doğrultusunda hemşirelik değerlerinde ve amacında insancıl bakım sağlamak ağrıları dindirmek, bireyin sağlık ve yaşam kalitesini arttırmak temel değerler olarak belirlenmiştir (Silva, MC; Taylor,C; ANA; Akt, Ersoy, 1994).

1.3.Hata

"Hata" tanım olarak, kasıt kusuru olmadan ya da istemeden yapılan kusurlu davranışlar olarak tanımlanır. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tıbbi hata uygulama kavramını; "sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi" olarak saptamıştır. Birçok hata tıbbi uygulama hatası olarak karşımıza çıkmaktadır. Hatalar sağlık kuruluşlarında insan hayatı ile ilgili girişimlerde bulunulması nedeniyle önemli bir konu arz etmektedir (JCAHO, 2006; Akt, Öztürk ve Özata, 2013).

İnsana özgü olan hata yapma kavramı: "Daha Güvenli Bir Sağlık Sisteminin Kurulması" başlıklı Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM)'nün verilerinde; sağlık hizmetlerinin sunumunun güvenli olmasının gerekliliği vurgulanarak yeterli güveni sağlayamadığı saptanmıştır (IOM; Akt, Güleç, 2013). Sağlık bakımının her alanında görev alan hemşireler hastalara işlem uygulama esnasında güvenli uygulama anlayışı içinde olmalıdırlar. Bu nedenle risk ve risk oluşturabilecek uygulamalar esnasında kişinin ve diğer ilgililerin bilgilendirilmesi önem arz etmektedir. Hemşire tıbbi uygulama esnasında hasta güvenliğini savunmalı ve istenmeyen bir olay ile karşılaştığında rapor etmelidir (Fişek, 1989; Emiroğlu 1994; Akt, Çırpı ve ark., 2009).

Güvenli sıfatının sağlık hizmetlerinde yer almasının en önemli nedeni; sağlık profesyonellerince yapılan işlemin hastaya yarar sağlamanın önceliğinin farkındalığıdır. Tıbbi uygulamalar sonrasında yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açan hataları önlediğimizde uygulama yapılan hastanın güvenliğini sağlamış oluruz (Akgün 2007;Akt, Güleç ve İntepeler, 2013). Sağlık hizmetlerini sunan tüm profesyonellerin uygulama sırasında herhangi bir şekilde hatalarla karşılaştığı bilinmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda kurumlar için önemli bir kriter olan hasta güvenliği anlayışı bu kültürün önemli bir parçasıdır (Çırpı ve ark. 2009). Son zamanlarda hasta güvenliği konusunun önemi gittikçe artmıştır. Hizmeti sunanların

öncelikli olarak hastaya yarar sağlama ilkesiyle yaklaşması önemli bir konudur (Koln LT; Akt, Güleç ve İntepeler, 2013).

Hasta güvenliği; sağlık bakımı hizmetleri sunumunda görev alan sağlık profesyonellerince oluşabilecek uygulama hatalarına karşı alınan önlemlerle birlikte hasta da oluşabilecek zararı engellemek öncelikli olacak şekilde sağlık kurumları tarafından alınan önlemlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (NPSF; Akt, Güleç ve İntepeler, 2013).

Hasta güvenliği uygulamasının güvenilir olması için gerekenler; bildirimlerin sağlanması için yeterli ortam, uygulama alanı, kaynak ayırmak, nitelikli personel yetiştirmek, tıbbi uygulama hatalarının korkmadan bildirimini yapıldığı bir saha yaratabilmek önem arz etmektedir (Çırpı ve ark., 2009).

1.4.Tıbbi Müdahale Kavramı Ve Tanımı

Tıbbi müdahale; Kullanılan son teknolojiyle birlikte tıp biliminin olanakları çerçevesinde insan vücudunun yanında ruh bütünlüğü de önemlidir. Herhangi bir nedenle önceden gerçekleşmiş veya sonradan ortaya çıkmış olumsuzluk yaratan bir durumun ortaya çıkması müdahale açısından önemlidir. Tıbbi müdahale kavramı daha önce ortaya çıkmadan önlenme, ortadan kaldırılarak etkilerinin azaltılması ve nüfus planlaması amacıyla, yasal olarak belirlenmiş kişilerce yapılan faaliyetleri ifade etmektedir. Tıbbi müdahale, teşhis etmek, tedavi etmek , koruyucu önlem, nüfus planlaması gibi önemli olan insanın maddi ve manevi çeşitli amaçları sağlamaya yönelik bir faaliyetler bütünüdür (Gülel, 2011).

Tıbbi müdahale için Ayan'ın yaptığı tanım, “tıp mesleğini icraya yetkili bir kişi (hekim) tarafından, doğrudan ya da dolaylı tedavi amacına yönelik olarak gerçekleştirilen her türlü faaliyet” anlamına gelmektedir (Ayan, 1991).

Tıbbi müdahalelerin haksız eylem oluşturmaması ve hukuka uygunluk sebebi oluşturması açısından gerekli olan Tıbbi Müdahalenin Yasanın Yetki Verdiği Kişilerce Uygulanması, Aydınlatılmış Onam Formu, Tıbbi Müdahaleyi Yapacak

Sağlık Personelinin İş ve Görev Tanımlarının yapılmış olması gibi şartların yerine getirilmesi gerekmektedir (Caymaz, 2015).

1.5. Tıbbi Uygulama Hataları

Tıbbi Hata (Malpraktis): İngilizce kullanımı “malpractice” şeklinde ve Latince “malapraxis” olan sözcüklerin Türkçe karşılığı ve yazarların kişisel tercihi yönünde “malpraktis”, “tıbbi uygulama hatası” aynı zaman da “tıbbi kötü uygulama” şeklinde sözcüklerle de kullanılır. Türkiye’de tüm tıbbi hataları tanımlamak için kullanılan “malpraktis” sözcüğü Türkçe bir sözcük değildir (Özgönül, 2010)

Malpraktis Türk Dil Kurumu (TDK)’ya göre İngilizce “Malpraktis özen göstermeksizin veya yanlış uygulanan tedavi sonucunda ortaya çıkan, görevi kötüye kullanma anlamına gelen hukuki durum” olarak yer almaktadır (TDK, 2010)

Tıbbi hata (Malpraktis) kavramı günümüzde en çok araştırma yapılan ve konu başlığı olan çalışmalardandır (Caymaz, 2015). Bununla birlikte tıbbi uygulama hatası bir tedavinin, uygulamanın, bir girişimin eksik ve yanlış yapılması olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanımlama ise bir uygulamanın yapılmaması gerektiği halde yapılması, yapılması gerektiği halde yapılmaması şeklinde ki işlem olarak tanımlanmıştır (Özdilek, 2015). Tıbbi uygulama hatalarının konuları literatür çalışmalarında hukuki açıdan, etik açıdan, sosyal açıdan, eğitimsel ve yönetsel açıdan da tanımlanmakta ve araştırılmaktadır. Başka bir şekilde tıbbi uygulama hatası hastanın daha uzun sürede hastane de kalmasına neden olmaktadır. Kişinin sağlığının olumsuz etkilenmesi, hastaya zarar vermesi veya ölümüne yol açacak uygulamaların kaynağının bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik ve işlem sırasında kullanılan teknolojiyle de alakalı olarak ortaya çıkması da tıbbi hata olarak saptanmıştır (Troyen, 1991; Akt, Caymaz, 2015).

Tıbbi hata (malpraktis) tanımının literatürdeki farklı tanımları şu şekildedir:

“Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri 13. Maddesinde “hekimliğin kötü uygulanması (malpraktis); bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlanmıştır. Dünya Tabipleri Birliği’nin yayınlamış olduğu tebliğde (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu

toplantısında "Tıpta Yanlış Uygulama" tanımı yapılmıştır. Yayınlanan tebliğde tıbbi uygulama hatalarının "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" olarak belirtmiştir. Dünya Tabipleri Birliği'nin bu tebliği yayınlamak zorunda olmasının nedeni olarak bu konuya ilişkin davaların sayısının çok artması olduğu ifade edilmektedir (Polat, 2005).

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ise; tıbbi hatayı "sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi" şeklinde tanımlamaktadır". ABD Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) tıbbi hata kavramı tanımını; "hastaya uygulanan sağlık hizmeti esnasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlar" olarak tanımlamıştır (NPSF,2003; Akt, Caymaz, 2015). Literatürde hemşirelik uygulamalarında tıbbi hata yapma olasılığı hemşirelerin iş yükü, hasta bakımında doğrudan görev almış olmaları, bağımsız görevlerinin çeşitliliği ve çalışma koşul ve ortamlarının değişkenliği ve vardiyalı çalışma koşulları nedeniyle diğer sağlık personellerinden daha fazladır (Ersun ve ark., 2013; Öztürk ve Özata, 2013; Er ve Altuntaş, 2016).

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Yasa Tasarısı'nın 3. Maddesi şöyledir; "Tıbbi Kötü Uygulama" tanımı vurgulanmış ve bu tanım; "sağlık ekip üyelerinin neden olduğu kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan, zarar meydana getiren fiil ve durum olarak tanımlanmıştır" (Temel, 2005).

Hemşirelerin hata yapma oranını arttıran başlıca sebepler arasında çalışma koşullarının zor şartlar altında olması, riski yüksek hasta gruplarına hizmet vermesi, uygulama sırasında stres altında olması, kötü çalışma koşulları ve uyulması gereken işlemlerin fazlalığı tıbbi uygulamaların hatalı olmasını artırabilmektedir (Ersun ve ark., 2013). Genel olarak hatalar; tedbirsiz davranma, dikkatsiz olma, meslekte acemi olma, meslek uygulamalarında yetersiz olma, yeterli özeni göstermeme ile emir ve

yönetmeliklere uymada zorluk şeklinde gerçekleşirken, bu hatalar sonucunda hastanın uzun süreli hastanede yatması, sakat kalması ve ölümü gibi istenmeyen sonuçlar da yaşanabilmektedir.

1.6.Klinik İatrojenez Kavramı

Klinik İatrojenez tanım olarak; Sağlık hizmeti sunumunda görev alan ekip üyelerinin uyguladığı tıbbi girişim sonucunda hasta bireyde meydana gelen olumsuz her türlü zarar şeklinde tanımlanmaktadır. Klasik Yunanca'da İatrojenez kavramı, "İatros" sözcüğü, hekim anlamında, "Genesis" ise "köken" anlamındadır.

Tıbbi uygulamalar sonrasında ortaya çıkan tüm zararlardan sadece hekim sorumlu tutulamaz, hekimin özenine, kusuruna, öngörüsüne bakılarak; İatrojenez kavramı tıpta hatalı uygulama (malpraktis) ve hastalık sonucunda oluşan komplikasyon olarak ikiye ayrılarak değerlendirilir (Oral, 2009). Bu yaklaşımdan yola çıkarak tıbbi uygulamanın bakım şartlarını sağlamasına rağmen ortaya çıkması muhtemel olan veya tüm olasılıkların düşünülmesine karşılık ortaya çıkması kaçınılmaz olan zararlar komplikasyon olarak belirtilmiştir. Fakat bakım standartlarından sapmayı içererek bilgi, ihmal ve beceri eksikliği vb. nedenlerle hastada bir zararın oluşması, hatalı olan uygulamalarsa tıbbi uygulama hatası şeklinde saptanmıştır (Gore, 2003; Akt, Polat, 2005).

1.6.1 Malpraktis ve Komplikasyon Kavramları Tanımı

Tıbbi uygulamalardaki bir olumsuzluğu yansıtan "Mal" eski Fransızcadan gelen ve kötü, yanlış, yetersiz, bozuk anlamındadır; malfonksiyon, malnutrisyon gibi... (Önal, 2009)

Malpraktis (malpractice), latince "mala praxis" sözcüklerinden köken alır. Tıbbi bakımın tüm aşamalarında ilaç kullanımından, hastane enfeksiyonlarına kadar ortaya çıkması muhtemel ve hastayı olumsuz etkileyen uygulamadan kaynaklanan hataları kapsamaktadır (Polat, 2005; Duysak, 2009).

Malpraktis kelimesi Türkçe bir kelime olmadığı için tam karşılığı da olmadığı için "tıbbi hata", "tıbbi uygulama hatası", "tıbbi kötü uygulama", "hekimliğin kötü kullanılması", "tıpta hatalı uygulama", "tıbbi hizmetlerin kötü uygulanması",

“hizmet kaynaklı zarar”, şeklinde birkaç tanım kullanılmaktadır (Güngör ve ark., 2012).

Hukuk anlayışına göre hastanın bilgilendirilmesi (aydınlatılmış onam) uygulama sırasında oluşabilecek riskler, anlatıldığı halde uygulamanın yapılması öncelikle hastanın yararına bir işlemse, uygulamanın gerçekleşmesini engellemez. Hasta zararına sonuçlanan bir durumun komplikasyon mu, yoksa malpraktis mi olduğunu saptamak her zaman çok kolay olmamaktadır (Kök, 2003). Hekim ve sağlık çalışanı, söz konusu riskler ve ortaya çıkacak zararlardan sorumlu değildir. Bu kavramın hukuktaki karşılığı “kabul edilebilir risk”, “izin verilen risk”, kavramın tıptaki karşılığı “komplikasyon olarak ifade edilmektedir. (Oral, 2009).

Malpraktis sonucunda açığa çıkan zararlar çok değişken olabilir. Örneğin bu olumsuz etkiler arasında; maaş alamama, tıbbi giderlerin artması ve yaşam bakım harcamalarının artışı gibi ekonomik zararlar ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda etkileri daha ağır olan; görme kayıpları, organ veya uzuv kaybı, kendine yetememe durumundan dolayı hayattan zevk almama, yaşam kalitesini etkileyen ağrı çekme ve duygusal sıkıntı gibi fiziksel ve psikolojik bozuklukları da beraberinde getirmektedir (Yıldırım, 2009). Malpraktisin diğer bir anlamı da öngörülen komplikasyonun vaktinde farkına varılmaması ya da bir şekilde farkına varılmasına rağmen zaman kaybetmeden tedbir alınmaması sonucunda hastanın işlem sonrasında zarar görmesidir (Oral, 2009).

1.7. Tıbbi Hataların Nedenleri

Tıbbi hataların birçok sebebi olabilir. Akalın araştırmalarında tıbbi uygulama hatalarının temel sebepleri olarak; kişilere yönelik sebepler (halsizlik, eğitim yetersizliği, özensiz davranma, önlem alınmaması, dikkatsiz davranış sergileme, iletişim eksikliği, güç/kontrol, zaman kısıtlılığı, hatalı kararlar, mantık hatası, tartışmacı kişilik), kurumlara yönelik sebepler (iş yerinin ergonomisi, izlediği politikalar, idari ve finansal yapısı, liderlik vasfı, geri dönüşüm konularında yetersizlik, personelin dengesiz dağılımı), teknolojiye yönelik sebepler (sistem yetersizliği, kalitesiz ve eksik malzeme, karar aşamasında destek eksikliği, uyum

yetersizliği) olarak uygulama hatalarını üç ana başlık altında sıralamak mümkündür” (Akalin, 2005; Akt, Caymaz, 2015).

“Adams ve Garber’a göre (2007) tıbbi hataların insan ve sistem olmak üzere iki temel bileşenin, en önemlisi sistem hataları olup insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun çıkmaktadır. Çünkü insan faktörünün sebep olduğu hatalar incelendiğinde sadece %1’inin yetkin olmayan çalışanlardan, kalan %99’nun ise çok iyi niyetle işini yapmaya özen gösteren ve görevlerinde başarılı olan kişilerden kaynaklandığı anlaşılmaktadır” (Adams ve Garber, 2007; Akt, Altunkan, 2009).

Altunkan’a göre “ülkemizde tıbbi hataların nedenleri incelendiğinde eğitim kurumlarının niteliksiz sağlık personeli yetiştirilmesi, sağlık personelinin sayıca yetersiz olması, aşırı çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi, hasta sayısının fazla olması, yorgunluk, meslekten memnun olmama, stres, cihazların yetersiz olması ve kalibrasyonlarının yapılmaması, fiziki mekandan kaynaklanan problemler, sağlık için ayrılan kaynakların yetersiz olması ve bilgi teknolojilerinden yeterince faydalanılmaması gibi birçok faktör bulunmaktadır”. Ek olarak Altunkan, süreci “...insana hizmet verdiği için en iyi şekilde eğitim görmesi gereken hemşirelik, ebelik ve sağlık teknisyenliği okullarında yeterli pratik ve kuramsal eğitimin verilememesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte ve tıbbi hataların oranını artırmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde yaşanan talep artışını, mevcut sağlık kuruluşlarının karşılayamaması sonucu oluşan baskı, çalışma ortamını giderek daha yoğun bir şekilde kötüleştirmektedir. Ayrıca performans dayalı ücret sisteminin uygulanması sonucu, kimi zaman daha çok gelir elde etme amacıyla, fazladan yapılan tahlil, tetkik ve cerrahi müdahaleler hastanın zarar görmesine yol açabilmektedir” ifadesiyle özetlemektedir (Altunkan, 2009). Sağlık çalışanlarının tamamı için önemli bir konu olan tıbbi hata konusu, hemşirelik mesleğinin uygulama alanı genişliğinden dolayı önem arz etmektedir (Külcü ve Yiğit, 2017). “Sağlık personelleri çoğu zaman 24 saati kapsayan çalışma saatleri, hafta sonlarını ve hatta özel günleride kapsayan çalışma sistemlerinden oluşan bir düzende çalışmaktadırlar (Demir, 1990). Sistemin vardiya ve nöbetli olmasıyla alakalı yapılan araştırmalar, bu sistemde çalışanlar üzerinde fizyolojik etkilerinin olması, psikolojik sağlıklarını

etkilemesi, sosyal yaşamlarının kalitesini olumsuz etkilemesi, bireysel güvenliğin sağlanması ve hasta güvenliğinin yetersiz yönde etki ettiğini ortaya koymaktadır (Wilson, 2002; Akt, Altuncan, 2009). Bu çalışma sisteminde shiftlerin uzaması, dikkat azlığının en önemli sebebidir. Hasta bireyde oluşan değişikliklerin fark edilmesini engelleyen en önemli etken olan muhakeme bozuklukları hataları da beraberinde getirmektedir (Giray, 1999; Akt, Caymaz, 2015). “Sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin iş yükünün fazla olması, hataların ortaya çıkmasında önemli bir” etkidir (Caymaz, 2015). Yapılan değerlendirmeler sonucunda kişinin yaptığı mesleki uygulamalar esnasında hatalı işlemlerin en çok 04-06 saatleri arasında ortaya çıktığı saptanmıştır (Giray, 1999; Akt, Caymaz, 2015). Literatürde hemşirelik mesleği uygulamalarıyla ilgili tıbbi hataların sıralaması şöyledir;

- 1.Bakım standartlarını uygulama ve izleme yetersizliği,
- 2.İzlem ve iletişim yetersizliği,
- 3.Kayıt tutma yetersizliği,
- 4.Değerlendirme ve izlem yetersizliği,
- 5.Hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili uygulamaların yetersizliği şeklindedir (Ertem ve ark., 2009).

Amerikan Hemşireler Derneği'ne (ANA) göre; hemşire kaynaklı hataların genel olarak hemşirelerin sayılarının yetersizliği; hemşirelerin psikolojik olarak baskı altında çalışması, fiziksel açıdan halsiz düşmesi, sağlıklı algılamada yetersizlikten kaynaklanan çalışma ortamlarında bulunmak hataların giderek artacağını düşündürmektedir (Karen, 2003; Akt, Altuncan, 2009). Aiken ve ark. (2002) birlikte yaptıkları literatür çalışmalarında 10.184 kadrolu çalışan hemşire ve 232.342 ameliyat hastasından toplanan verilerin analizi yapılmış. Bu çalışmanın sonucuna göre saptanan bulgularda dört hastaya bakması gereken bir hemşirenin bakıma bir hasta eklendiğinde iş yükünün artması halinde, bakım alan hastanın ölüm riskinin %0,7 arttığı saptanmıştır (Aiken ve ark, 2002; Akt, Altuncan, 2009). Başka bir çalışmaya göre hemşirelerin çalışma saatlerinin 12 saati aşması hemşirelerin hata yapma riskini arttırdığı saptanmıştır. Hemşirelerin haftalık olarak 40-50 saati aşan

çalışmanın tıbbi uygulama hatalarına sebep olacağı saptanmıştır (Rogers, 2004; Akt, Caymaz, 2015). Caymaz'a göre yapılan birçok hata bilgisizlik ve deneyimsizlikten kaynaklanmaktadır (Caymaz, 20015). Bilimsel gelişmeleri takiben önceki yıllarda yapılmış çoğu literatür çalışmalarının geçersiz olması, sürekli gelişmekte olan sağlık alanında ki bilgilerin tazelenmemesi tıbbi uygulama riskini arttırmaktadır (Temel, 2005).

1.8. Sağlık Hizmet Sunumundan Kaynaklanan Hatalar

1.8.1. Tıbbi hataların Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti sunumunda hastalar tıbbi hatalar yüzünden olumsuz şekilde etkilenmektedir. Tıbbi hatalar, insanlardan kaynaklanan olumsuzluklar, teknolojik açıdan kaynaklanan hatalar, ve bunların sonucunda sistemden kaynaklanan hatalar olarak belirlenmiştir (Bernstein ve ark., 2003; Akt, İntepeler ve Dursun, 2012) Günümüzde sağlık çalışanlarından kaynaklanan, hatalar hastalar üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Bu hataların nedenleri sadece sağlık çalışanları ile sınırlanamaz (Çınarlı, 2013; Akt, Caymaz, 2015). Tıbbi hatalar, ana nedenler ve hata türleri olarak iki farklı şekle ayrılabilir (Akalin, 2005).

Ana nedenlerine göre tıbbi hatalar (Akalin, 2005).;

-Çalışma ortamına bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma),

-Dikkat eksikliğine bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve

-Uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanabilir.

Hata türü açısından ise (Akalin, 2005).;

-İlaç uygulama hataları,

-Cerrahi işlem hataları,

-Tanı koyma sırasındaki hatalar,

-Sistem yetersizliğinden doğan hatalar ve

-Diğer hatalar (hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu uygulama, hasta düşmesi vb.) olmak üzere beş grupta incelenebilir (İntepeler ve Dursun, 2012)

Sağlık hizmet sunumundan kaynaklı hataların üç şekilde gerçekleştiği belirtilmektedir:

1. Tıbbi Hatalar: Sağlık profesyonelleri sunumu sırasında sağlık hizmetlerinin belirtilen kalite koşullarını sağlamada yetersiz olmasından dolayı oluşan zararlar.
2. Yönetimsel Hatalar: Yönetimin sorumluluğundaki işlerin ve işleyişlerin kötü yönetimine bağlı oluşan zararlar, iş ve işleyiş yanlışlıkları.
3. Etik Hata: Sağlık hizmetlerinin sunumunda etik kodlara uygunluğun olmamasından dolayı ortaya çıkan zararlar.

1.8.1.1. Tıbbi Hatalar

Altuncan'a göre, literatür çalışmalarında daha çok bahsi geçen tıbbi hatalar sırasıyla, teşhis ve tanıya bağlı hatalar, tedavi uygulamalarına bağlı hatalar, ilaç ve transfüzyon uygulamalarına bağlı hatalar, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar, düşmelerin önlenmesi, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar ve hatalı ya da uygun olmayan malzeme kullanıma bağlı tıbbi uygulama hataları olarak sınıflandırmıştır (Altuncan, 2009).

1.8.1.1.1. Teşhis ve Tanıya Bağlı Hatalar

Teşhis, hekimin hastayı muayenesinden sonra hastanın hastalığına yönelik istenen test ve tetkiklerinin sonuçlarına göre bulguların değerlendirilmesinden sonra, hastalığı teşhis etmek veya belirtilerinin kaynağının bulunması işlemidir. Hekimin somut olayda hatalı teşhis/tanı koyduğunun saptanabilmesi için; bilimsel ve güncel tıp bilimi uygulamalarını takip etmelidir. Gerekli/uygun/yeterli işlemlerin tam yapılması ve bulguların değerlendirilmesi sırasında eksik bilgi, acemilik, dikkat

eksikliği, yeterince özen göstermeme gibi sebeplerle bir yanlışlık yapıp yapmadığının incelenmesi gerekir (Gökcan, 2014).

1.8.1.1.2.Tedavi Uygulamalarına Bağlı Hatalar

Hastalığın teşhisi belirlendikten sonra hekim tarafından tıbbi açıdan yapılması gereken işlemler tedavi uygulamaları kapsamında değerlendirilir. Tedaviye yönelik girişimlerde hekimin görevi uygun tanı konmasının ardından kendi bilgi, beceri ve uzmanlık alanına uygun olarak ve evrensel kabul görmüş güncel bilimsel tıbbi uygulamaları ve gereken tıbbi müdahaleyi yerine getirmektir (Gökcan, 2014).

1.8.1.1.3.İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarına Bağlı Hatalar

İlaç hatası, hekim tarafından yazılan ilaç uygulama talimatındaki sapma olarak ifade edilmektedir (Fontan et al. 2003; Akt, Çakmak ve ark. , 2018). Hastanın sağlığını tehdit eden en sık uygulama hataları ilaç uygulamalarıdır. İlaç uygulama hataları riskli ve önemlidir. İlaç hatalarının sebep oldukları hastalık hali, sakatlık oluşması, ve hataların ölümle sonuçlanması hastaların aldıkları tedavileri esnasında en sık karşılaşılan hata türüdür (Balas ve ark. 2004; Akt, Caymaz, 2015). Hastalara uygulanan ilaç hatalarının %34-56 arasında önlenebilir olduğu tahmin edilmektedir. Hastaya uygulanan ilaçların yanlış dozda, yanlış şekilde uygulanması, verilen ilaçların diğer ilaçlarla etkileşimi, alerji hikâyesi olan hastaya bilmeden etkileşim yaratacak ilaç verilmesi gibi hatalar da bu kapsamda yer almaktadır (Akalin, 2005). İlaç hatalarının nedenleri arasında; okunaksız biçimde yazılan ilaç uygulama talimatları, ilaç uygulama hataları, ilaç dozlarının yanlış hesaplanması, hastaya yanlış ilaç verilmesi ve ilaç takip hataları bu kapsamda sayılabilir. İlaç hatalarından tedaviyi planlayan hekim, uygulayan hemşire, birim sorumluları veya eczacılar gibi pek çok sağlık çalışanı sorumlu olabilmektedir (Fontan et al. 2003; Akt, Çakmak, 2018).

İlaç hataları; The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) raporunda istenmeyen olaylar listesinde, dördüncü sırayı almaktadır (JCAHO, 2005; Akt, Caymaz, 2015). “1995 yılında ABD’de yayınlanmış olan bir çalışmanın sonucunda hastanede tedavi gören insanların, bu süre boyunca bir defalık

bile olsa ilaç hatası ile karşılaşma oranları tespit edilmiş olup %2 ile %14 arasında bir sonuca ulaşılmıştır (Chang ve Mark, 2009; Akt, Caymaz, 2015).

Bu hata tipi hemşirelerin uygulama hataları bakımından riskli alanlarından birini oluşturmaktadır. İlaç uygulama süreci çok geniş bir alandır. Bu nedenle hemşireler ilaç uygulama aşamasında önemli bir göreve sahiptir (Sezgin 2007; Akt, Altuncan, 2009). Hemşirelik, çalışma şartları ve ortamından kaynaklı istenmeyen birçok faktörün de etkisiyle iş yükü fazlalığına sahip bir meslek grubudur (Dikmen ve ark., 2014). İlaç yönetim sürecinde çok önemli bir rolü olan hemşireler, ilaç uygulamanın en önemli basamağında yetkili ve etkin konumda yer almaktadır (Başer ve Manav, 2018). Çoğu ilaç kaynaklı hataların başında uygulamayı yapan hemşireler tarafından yasal olmayan isteme göre ilacın uygulanması, hekimin yazılı veya sözlü istemi olmadan ilacın uygulanması, ilacın okunuş hatası yüzünden, ilaçların görünüş ve benzerlikleri sonucunda yanlış ilacın uygulanması, ilaç dozunun yanlış hesaplanması ya da yanlış dozda ilaç uygulanması, ilaç kutusu veya paketi üzerindeki bilgilere dikkat edilmemesi ve ilaç uygulamasının unutulması şeklinde olmaktadır (Aşti ve Acaroğlu, 2011). Hemşireler hasta bakımında önemli bir konumda olduklarından yapılan uygulama hataları hastaların hayatlarını tehlikeye sokabilmektedirler (Mete ve Ulusoy, 2006). Mayo ve Duncan'ın (2004) yaptıkları 983 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin %46.5'inin ilaç hatası yaptığını bildirilmiştir. Çırpı ve ark. yaptıkları çalışmada karşılaşılan hemşirelerin uygulama hatalarının %47'sinin ilaç uygulama hatası olarak ilk sırada yer aldığını saptamışlardır (Çırpı ve ark., 2009) Yücesan ve Alkaya (2017)'nin çalışmasına göre; en fazla karşılaşılan tıbbi hata türleri arasında ilaç uygulama hatasını %34.3 ile en sık bulmuştur. İlaç hatalarını oluşturan nedenlerin başında bilgisizlik, iletişim eksikliği ve zamanın yetmemesi olarak bulunmuştur (Yücesan ve Alkaya, 2017; Akt, Durmaz, 2007). Hatayı oluşturan faktörlerin bilinmesi önemlidir. Bunun yanında, hatanın oluşmasını tetikleyen faktörlerin varlığı ile birlikte, hatanın oluşmasını etkileyen faktörlerin bilinmesi bu hatayı oluşturan faktörlerin ortamdan uzaklaştırılmasına yardımcı olabilmektedir (Aygin, Cengiz, 2011). Hatanın oluşmasını tetikleyen faktörler özellikle gece ve sabahın erken saatlerinde çalışarak, çalışma arkadaşının tecrübesiz olması, iş yoğunluğundaki artış, personelin çalışma saatleri içinde bitkin ve yorgun

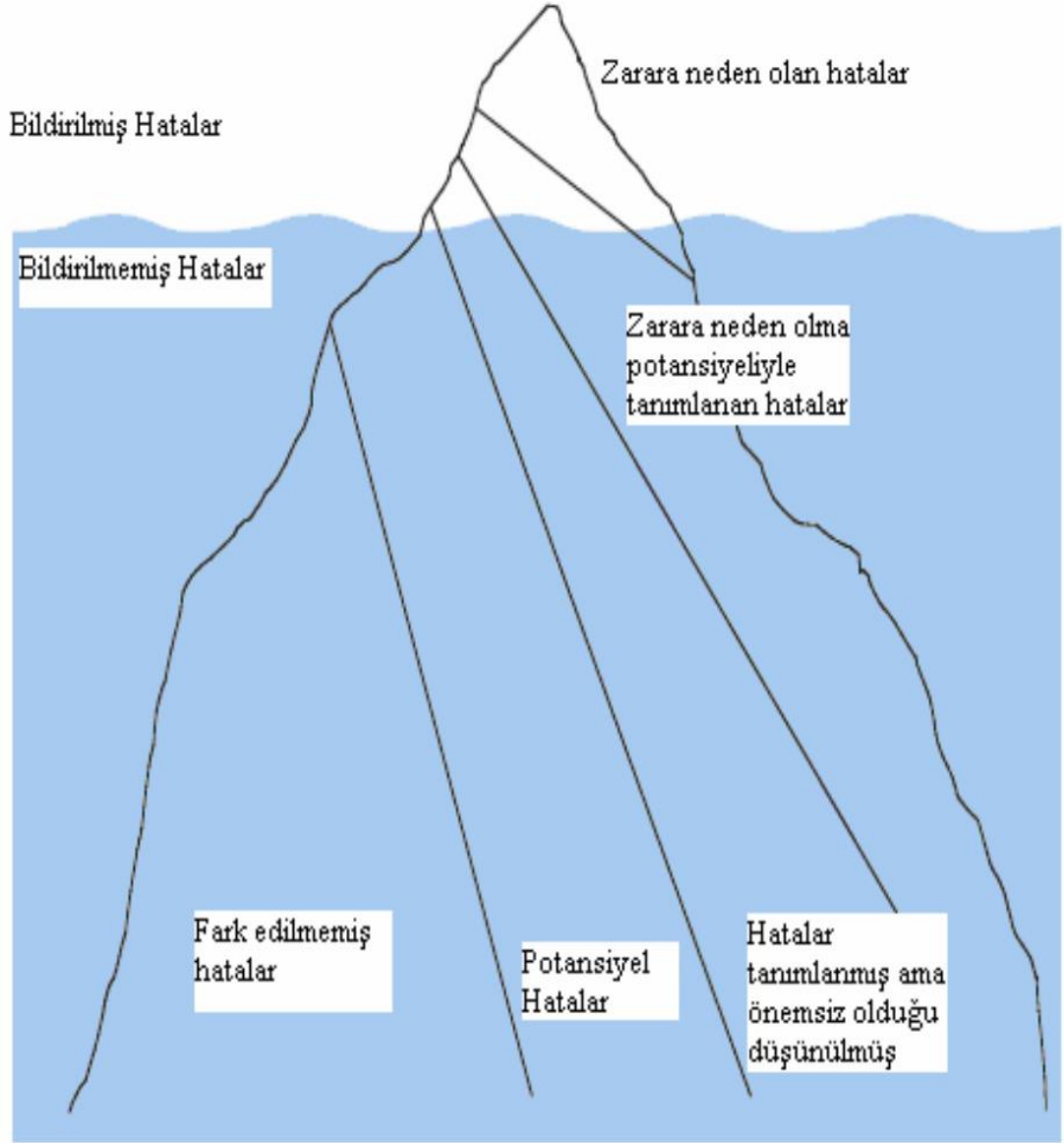
olması olarak belirtilmiştir. (Durmaz, 2007). Çalışma koşullarını zorlaştıran diğer nedenler arasında aşırı iş yükü başta olmak üzere hastanın sıkıntısı sebebiyle üzerinde hissettiği duygusal baskı, yoğun bakıma ihtiyacı olan ve son dönemde ki hastalara bakım verme aynı zamanda vardiya sistemi ile çalışma gibi nedenler de etkili olmaktadır (Dikmen ve ark., 2014). Sezgin (2007) çalışmasında hemşirelerin ilaç uygulama hatası yaptıkları durumları incelemiş; yanlış ilaç uygulama ve hatalı uygulama yolu, hatalı doz, hatalı hasta, yanlış uygulama zamanı gibi genellikle en fazla bilinen beş hatanın var olduğu belirlenmiştir (Sezgin, 2007). İlaçların reçetelenmesi ve uygulanması sırasındaki hatalar genellikle şu şekilde; yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış zaman, doz atlama olarak belirtilmiştir. Çoban ve arkadaşları (2015) çalışmasına göre; hemşirelerin en fazla dikkat ettikleri uygulama sırası doğru doz (%50.7), doğru ilaç (%35.3), doğru zaman (%29.4), doğru hasta (% 24.9), doğru yol (%14.5), doğru ilaç şekli (%10.4), doğru yanıt (% 8.6) ve doğru kayıt (%5.4) şeklindedir (Çoban ve ark., 2015). Kaushal ve arkadaşları (2001) ilaç uygulama hatalarında en sık karşılaşılan hata türleri şu şekildedir; yanlış doz hesaplama(%28), yanlış zamanda ilaç uygulanması (%9.4), uygulama yolunun hatalı olması (%18), uygulanan ilacın yazılmaması/kayıtların düzenli yazılmaması (%14), yanlış ilaç uygulama (%1.3), yanlış hastaya uygulama (%0.16), uygulamada ilaç alerjisinin oluşması (%1.3) ve yazılan ilaç isteminin okunmaması (%2.3) olarak belirtmiştir (Kaushal & Landrigan, ve diğer., 2001; Akt, Caymaz, 2015). Wilson ve arkadaşlarının (1998) ilaçların reçetelendirilme ve uygulanma hatalarını inceledikleri çalışmalarında 24 ayda bildirilen 441 ilaç hatası raporuna ulaşılmıştır (Wilson ve ark. 1998). Çalışmada ulaşılan verilere göre, hemşireler tarafından uygulanan hatalı uygulamaların %61'i toplamı vermesine rağmen, hemşirelerin gerçek anlamda hataların %22'sinde hata kaynağı olduğu, hataların %25'inin uygulama hatası olduğu saptanmıştır. Uygulama hataları içinde en yüksek skor doz atlama hatası (%33) olurken, uygulanan zaman hatası (%28) olarak saptanmıştır (Wilson ve ark., 1998; Akt, Özkan, 2010). Trooskin'nin (2002) çalışmasındaki verilere göre, hastane de yatışlı olarak tedavi gören hastaların her yıl 7.000'i olmak üzere özellikle hatalı ilaç uygulamalarından dolayı hayatlarını kaybetmektedirler. 10 binden fazla ilaç uygulama hatası yüzünden 2001 yılında ingiltere'de 1.100 insan hayatını kaybettiği bilinmektedir. (Mayo, AM., Duncan, 2004; Akt, Caymaz 2015).

İlaç hatalarının önlenememesi tam anlamıyla sağlık çalışanlarının uygulamada yaptıkları hataları hata olarak fark edememesi, hata durumunu rapor etmemesi, hatanın ciddiyetinin farkında olamaması, hatanın yaratacağı tepkiden korkması hataların ortaya çıkmasını ve ilaç uygulama hatalarına çözüm getirilmesini önlemektedir (Durmaz, 2007).

Konuyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı, "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar" Tebliği'nde ilaç güvenliğine ilişkin yapılması gereken uygulamalar belirtilmiştir:

İlaç güvenliğinin sağlanmasına yönelik işlemler şunlardır:

- "Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar kayıt altına alınarak ilgili tabibe bildirilir. Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde, okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır. Hastanın yatış öncesi aldığı ilaçlar, bakım sürecinde kullandığı ilaçlar ve taburcu edildikten sonra kullanılacağı ilaçlara ilişkin süreç tanımlanır.
- Hastanın evden getirdiği ve hastanede kullanması gerekli olan ilaçlar, günlük olarak ve her farklı ilaç eklendiğinde eczacı ve/veya sorumlu tabip tarafından ilaç-besin, ilaç-ilaç etkileşimleri bakımından değerlendirilir.
- Hastanın kullandığı tüm ilaçların ilgili hemşiresi tarafından verilmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılır.
- İlaç uyumu, istenmeyen ve beklenmeyen yan etkiler, tabip ve hemşireler tarafından izlenir ve ilaçların yan etkilerinin izlenmesine yönelik işlemler, 22/3/2005 tarih ve 25763 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan, Beşeri, Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğin 12. maddesinde tanımlanan Advers Etki Bildirim Formuna uygun olarak yapılır.
- Yüksek riskli ilaçlar, ilaç kapları ile enjektöre çekilen ilaçların isim ve dozları etiketle belirlenir ve etiketler okunaklı şekilde yazılır.
- Bağımlılık yapan uyarıcı ve uyuşturucu ilaçlar, kilitli dolaplarda servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilerek, imza karşılığında teslim edilir"



Şekil 1 İlaç Hatası Buzdağı (Akt, Durmaz, 2007)

Uygulanan ilaç hatalarının sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte nedenleri;

(Şekil 1)

1. Hastaya ulaşmadan önce ilaç uygulama hatası önlenmiş olabilir,
2. Hastaya uygulanan ilacın hatalı olduğu farkına varılmayabilir,
3. Uygulanan ilaç hataları fark edilmiş fakat hastada herhangi bir şekilde olumsuzluk gözlenmediği için bildirilmemiş olabilir,

4. Hastaya hatalı ilaç uygulanmış fakat hastanın zarara uğramasından dolayı bildirimden kaçınılmış olabilir.

Böylece bilinen ilaç hataları oranları gerçeği yansıtmamaktadır (Durmaz, 2007).

1.8.1.1.4.Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi

Sağlık hizmeti sunumunda görev alanlar enfeksiyon kaynağı bakımından ilk sırada yer almaktadır. Hemşireler sağlık çalışanları içinde hastayla en çok iletişimde olan konumdalar. Hasta bireyin bakımından sorumlu olduklarından dolayı enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde etkin bir role sahiptirler (Caymaz, 2015). Genel olarak hastane enfeksiyonlarının tanımı; enfeksiyon dışında bir sebeple hastaneye başvurmuş olan bir hastada, hastanede gelişen bir enfeksiyonun varlığı olarak tanımlanmaktadır. Hastane enfeksiyonlarının nedeni sıklıkla hastanın hastaneye yatışından itibaren 48-72 saat ve sonrasında taburcu olduktan sonra 10 gün içinde gelişmektedir. Bu sonuçtan hastane personeli de etkilenmekte ve oluşan hastane enfeksiyonları hem hasta hem de halk sağlığı için önemli bir yük oluşturmaktadır (Ertek, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada her yıl 190 milyondan fazla insanın hastanede yatarak tedavi olduğunu ve bu yatarak tedavi olan hastaların %5'inin hastane enfeksiyonu ile karşılaştığı bilinmektedir (WHO, 1986; Akt, Caymaz 2015). Yataklı kurum olan hastanelerin hizmet kalitesinin bir göstergesi olan hastane enfeksiyonları, hastanede yatış sürecinin artmasına, mortalite ve morbiditenin artmasına, tedavi sürecinin uzamasına gibi sıkıntıları da beraberinde getirmektedir (Özçetin ve ark., 2009). DSÖ'ü Avrupa, Doğu Akdeniz, Güney Doğu Asya ve Batı Pasifik olmak üzere dört bölgeyi temsil eden 14 ülke içindeki toplam 55 hastanede yapmış olduğu bir prevalans çalışmasında yatan hastaların ortalama %9'unda hastane enfeksiyonunun geliştiği belirlenmiştir. Hastane enfeksiyonu sıklığının en fazla olduğu bölgeler Doğu Akdeniz ile Güney Doğu Asya Bölgelerinde sırasıyla %12 ve %10 olduğu saptanmıştır. Bu verilerin sonuçlarına göre Avrupa'da %8, Batı Pasifik'de %9 olarak saptanmıştır (Ertek, 2008).

Hastane enfeksiyonlarının azaltılması isteniyorsa mutlaka enfeksiyon kontrol programları ve birimlerinin oluşturulmalı bu uygulamaların tam olarak uygulanması gerekmektedir. Bu programların üç ana hedefi vardır. Şöyle sıralanabilir; yatan

hastaların birbirine olan bulaşı engellemek, sağlık ekip üyelerini uygulama esnasında kan yolu ile bulaş olan hastalıklara karşı korumak, damlacık yolu, solunum yolu ve temas ile bulaşan hastalıkların enfeksiyonlarına karşı uygulamayı yapan sağlık personelinin korunmasını sağlayarak bunların sonucunda oluşan hastane enfeksiyon hızlarını olabilecek en azami düzeyde tutmak olmalıdır (Diker, 2003).

1.8.1.1.5.Düşmeler

Sağlık bakanlığına bağlı tüm kamu hastanelerinde 06/08/2013 tarihli ve 28730 sayılı “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” gereği Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan “Hastane Hizmet Kalite Standartları” uygulamalarında, düşme riskinin tanımlanması ve düşmeleri engellemeye yönelik önlemlerin alınması konusu önem arz etmektedir. Bu standartlarda düşme riskinin belirlenerek: “yatan hastaların düşme risk değerlendirmesine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır” ve “değerlendirme hastane tarafından belirlenen bir ölçekle yapılmalıdır” sıralamasıyla iki şekilde zorunlu hale getirilmiştir (Avcı ve Aktan, 2015).

En yaygın görülen tıbbi hata kaynakları arasında düşmeler de yer almaktadır. Düşmelerin sebeplerinden olabilecek bireysel risk faktörlerinden yürüme sırasında oluşabilecek sıkıntılar, denge sağlayamama, baş dönmesi, nörolojik ve kas yetersizlikleri; çevresel risk faktörlerinden ise zeminin ıslak olması, yüksek ya da alçak kapı eşiği, banyo, tuvalet ve yatak yanında tutunarak dengesini sağlayacak destek yerlerinin olmaması, etkisi az aydınlatma, etrafta ve yerde bulunan sabit olmayan eşyaların varlığı gibi yabancı hastane ortamı gibi etkenler yer almaktadır (Çeçen ve Özbayır, 2011; Bulut ve ark., 2013).

1.8.1.1.6.Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar

Hatalı uygulamalara ilişkin davaların en sık nedenlerinden biri de gelişmiş çoğu ülkede yetersiz hasta izlemleridir (Eskreis, 1998; Akt, Aşti ve Acaroğlu, 2000). Hastaya sık aralıklarla izlem ihtiyacı gerekiyorsa sağlık ekibi üyelerine izlem aralıkları net olarak isteme yazılmalı, yeterli olmayan izlem aralıklarına bağlı hataları

olabildiğince azaltmak isteniyorsa istenilen işlemlerin net ve okunabilir bir şekilde yazılması çok önemlidir (Caymaz, 2015).

1.8.1.1.7.İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Hasta ile iletişim ilk olarak yüz yüze gelerek tanışmak, hastalığı hakkında anemnez almak , tedavisine karar vererek seçilen tedaviyi uygulamak, hastanın bakımına yön vererek, bakımının etkinliğini arttırmak olarak devam eden bir süreçtir. İletişim becerisi tüm sağlık ekibi üyelerince bilinip, hasta bireyle ilk yüz yüze geldiği andan itibaren dikkate alınması gereken bir beceridir (Kumcağız ve ark., 2011). Günümüzde hastalar sağlık ekibinin bir üyesi olarak görülmektedir. Hemşireler her zaman hasta ile bir arada bulunup hasta bireyin hastalığının seyrini, hastalığı nasıl karşıladığını, hastalığı ile ilgili kaygısını, hangi aşamalarda yardıma ve desteğe ihtiyacı olacağını daha iyi anlayabilmektedirler (Çelik, 2008). Arda ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında hekimlerin %78,2'si, hemşirelerin %85,5'i karşılaştıkları hastalarla iletişime geçme konusunda sıkıntı yaşandığını belirtmiştir. Çalışmalarından çıkan bir başka sonuç ise iletişim sıkıntısının sebepleri olarak iş yoğunluğu ve yeterli sayıda hekim ya da hemşirenin olmamasının temel nedeni olduğunu belirtilmiştir (Arda ve ark.,2007). Sağlık ekibi içindeki iletişim yolları sıklıkla sözel ya da yazılı bilgi verme şeklinde olup; kayıt tutma ve raporlar hasta bireyin sağlığı ile ilgili bilgi edinmek için kullanılmaktadır (Aşti ve Acaroğlu 2000). Sağlık Bakanlığının yayınladığı, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliği”nde iletişim güvenliğinin daha iyi olması için yapılacak uygulamalardan bazıları şu şekilde sıralanmıştır:

- “Sözlü talimatlar, steril uygulamalar sırasında, hekimin hastanede ya da serviste bulunmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir. Sözlü/telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık ve olarak belirtilir.
- Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye teyid edilir, gerekli görülürse verilen ilaç isminin kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir. Hazırlanan talimat formu sözlü talimatı veren hekim tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta orderına eklenir.

1.8.1.1.8.Yanlış ya da Uygun Olmayan Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar

Malzemelerin yanlış kullanılması ya da doğru ellerde kullanılmaması sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda tanı ve tedavide hataya neden olabilmektedir. Bu nedenle temel amaç sağlığı bozulup yeniden sağlığını kazanmak üzere hastaneye başvuran birey için güvenli bir ortam sunmaktır (Aşti ve Acaroğlu 2000). Hasta güvenliği açısından büyük önem taşıyan tanı ve tedavi aşamasında kullanılacak alet, cihaz ve malzemelerin önceden kontrolünün yapılması, kullanılacak alet ve malzemelerin steril olmasına dikkat edilmeli, malzemelerin son kullanım tarihlerinin kontrol edilmesi, işlem yapılacak alanın ısı nem seviyesinin uygun düzeyde tutulması hasta güvenliği açısından büyük önem taşımaktadır (Caymaz, 2015). Hasta güvenliği açısından teşhis ve tedavi de kullanılan malzeme ve cihazların kullanımını inceleyen birkaç çalışma yer almaktadır. Örneğin Saygın ve Ökten (1990) yaptıkları bir çalışmada anestezi sonucunda ölümlere neden olan alet/cihaz uygulama hatalarını; “monitör hataları %24, solunum cihazı uygulama hataları %20, hava yolu komponentleri %18, laringoskop uygulama hataları %12, anestezi makinesi hataları %12 ve diğer nedenler %14” olarak saptamıştır. Çalışmadan çıkan bir başka sonuç ise kazalara neden olan alet-cihaz ve insan faktörüne bağlı nedenler olarak belirlenmiştir. Bu problemler şu şekildedir; solunum devresinin bağlantısının yerinden çıkması, gaz verilirken değişiklik olması, enjektör karışıklığı, gaz naklinde sıkıntı, solunum devresinde bağlantı hatası, hipovolemi, pozisyon değiştirirken hava yolu değişikliği olarak saptanmıştır (Saygın ve Ökten, 1990).

1.8.1.2. İdari Hatalar

Sağlık hizmeti ihtiyacı duyan bireylere sunulan hizmetler sağlık personelleri tarafından sunulmuş olsa da kimi hatalar idarenin sorumluluğunda olan hizmetler nedeniyle gelişebilir. Örneğin nitelikli hizmet sunabilmek için hizmet sunumunda idarenin bulunduğu ortam ve şekline göre yeterli sayı ve özellikte personel çalıştırma zorunluluğu vardır. Tıbbi hataların bir kısmı yönetim tarafından belirlenen sağlık hizmetleri sunumunun ihtiyaçlarına yetersiz sayı, nitelik veya şekilde personel

görevlendirilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır veya idarenin düzenleyici işlevlerindeki hatalardan kaynaklı olması nedeni ile idareye sorumluluk yüklemektedir. Ayrıca hasta bireye müdahale sırasında kullanılan malzeme ve tıbbi teçhizatın yeterli sayı ve özellikte olması kalibrasyon kontrollerinin düzenli yapılması çok önemlidir. Bu işlemler de şüphesiz idarenin sorumluluğunda olan konulardandır (Caymaz, 2015).

1.8.1.3. Etik Hatalar

Etik kavramının tanımı; insanın toplumsal ölçekte oluşturduğu ve başkalarına tesir eden neticeleri olan davranışları/eylemleri yapmaları ve bunları biçimlendiren düşünme süreçleri olarak söylenebilir (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007).

Tıp Etiği: “Sağlıkla alakalı herhangi bir müdahale esnasında uygun düşünülmesi gereken etik ilkeler bütünü” olarak tanımlanabilir. Tıp etiği çok geniş bir konudur. Uluslararası ve ulusal alanda benimsenen dört temel ilkeyi kapsamaktadır.

- a. “Zarar vermemek (Pirimum Nihil Nocere: Önce Zarar Verme).
- b. Yarar Sağlamak (Pirimum Util Esse: Önce Yarar Sağla).
- c. Özerklik: Özerk Olma ve Hastanın Özerkliğine Saygı Göstermek.
- d. Adaletli Olmak (Caymaz, 2015).”

2. HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE KARŞILAŞILAN TIBBİ HATA UYGULAMALARI

Tıbbi hata kavramı; sağlık çalışanları tarafından hasta bireye bakım verilirken sağlık bakım hizmetleri esnasında istenmeyen bir problemle karşılaşılıp, beklenilmeyen sonuç oluşması olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hataların sıklığı 1990'lara kadar yeterince bilinmiyorken, günümüzde tıbbi hatalardan dolayı zarar gören ya da yaralanan pek çok hasta olduğu bilinmektedir (Cebeci ve ark., 2012). Hemşireler açısından tıbbi hatalar büyük önem taşımaktadır. Uygulamalar sonucunda oluşan hatalar maddi manevi kayba neden olmakla birlikte tedavinin uzamasına, ek olarak yeni sakatlıklara veya komplikasyonlara sebebiyet, uygulamayı yapan sağlık ekibi üyelerinin de moral ve motivasyon kaybına, sağlık personeline karşı oluşan güven eksikliğine ve toplumda sağlık sisteminden oluşan memnuniyetsizliğe kadar etkileri devam eden bir süreç halini almıştır (Cebeci ve ark., 2012; Akt, Avşar ve Armutçu, 2016). Yasalarda belirtilen maddelere göre hemşireler mesleğini icra ederken önce hemşirelik yasasını daha sonra belirtilen yönetmeliklerle hekim istemlerini yerine getirme zorunluluğunu taşırlar (Aşti ve Acaroğlu, 2000). Sağlık uygulamalarında büyük rolü olan hemşirelik mesleğinin tıbbi uygulama hatalar sırasında, bakım standartlarını uygulamak, izlem eksikliği, iletişim yetersizliği, kayıt tutma yetersizliği; değerlendirme yetersizliği, hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili girişimlerin eksik ve yetersiz olması vb. şeklinde sıralanmaktadır (Ertem ve ark., 2009). Alparıslan ve Erdemir (1997) yapmış oldukları araştırmada hemşireler tarafından yapılan ilaç uygulama hatalarının; ilaç uygulama zamanının yanlışlığı (%40), ilacı hastanın yanında unutma (%19), iki geçimsiz antibiyotiği birlikte uygulama (%18), uygulanan doz miktarının hatalı olması (%17.4), ilaç uygulamasının hatalı bir bölgeden yapılmış olması (%2.4), istemi hekim yaptığı halde ilağın uygulanmaması (%1.6), ilaç uygulamasının sehven başka hastaya uygulanması (%1), istemi yapılmamasına rağmen ilacın uygulanması (%0.5), uygulanan ilağın sehven hastaya tekrar yapılması (%0.1) şeklindeki uygulama hataları olarak saptamışlardır (Alparıslan ve Erdemir, 1997). Tıbbi uygulamalar esnasında hemşirelerin yasal durumlarla karşı karşıya gelmelerine neden olan hatalar arasında; ilaç uygulama hataları, ilaç reaksiyonlarının uygun izlenmemesi, ameliyat

sırasında hasta bireyde yabancı cisim unutulması, hasta bireyin sağlık gelişimindeki değişikliklerin zamanında fark edilerek doktora bildirilmemesi, hasta bireyin sağlık gelişiminin yeterince izlenmemesi ve değerlendirilmesinin yapılmaması, hasta bireye zarar verecek durumların ve yetersizliklerin uygun şekilde fark edilmemesi, yapılan doktor tarafından istenen uygulamaların hatalı değerlendirilmesi, yararlı olmayan ya da hatalı malzemenin kullanımı, mevcut ilaç protokollerine uygun davranılmaması, hastane enfeksiyonları, iletişim eksikliği, hasta düşmeleri, yatak yaraları ve kan transfüzyonu ile ilgili olduğu bildirilmektedir (Giordano 2003; Larson and Elliott 2009; Akt, Cebeci ve Gürsoy, 2012). Literatürde yapılmış ilaç uygulama hatalarına örnek olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerin en çok ilaç uygulama hatası olarak hatalı ilaç uygulaması, hatalı uygulama yolları, hatalı doz miktarları, yanlış hastaya uygulama, yanlış uygulama zamanı olarak hatalar yapıldığını belirtmektedir (Sezgin, 2007; Akt, Özata, 2009). Sağlık uygulamalarının sonucu olarak gelişen tıbbi hatalar bu kadar önemli iken hatayı yapan sağlık ekibi üyelerinin hata yapmaya eğilim düzeyleri ve hangi tip hataları yapmaya karşı eğilimleri olduğunun saptanması ve bu yönde önlem alınması gereklidir (Avşar ve ark., 2016). Hasta bakımının her alanında hemşireler hasta güvenliği ile karşı karşıya kalmaktadırlar, bundan dolayı risk ve riskin düşük seviyede tutulması konusunda hasta ve diğer ilgililere bilgi verilmesi ve hasta güvenliğinin savunularak ve istenmeyen olayların bildirimini rapor edilmesi de hemşirenin temel görevleri arasında olmaktadır (Işık ve ark., 2012). Hastanelerde çalışan hemşireler hasta güvenliği stratejilerinin oluşmasını ve devamlılığını sağlama konusunda önemli bir pozisyona sahiptirler (WHO, 1986). Hasta güvenliğinin artırılması için Ulusal Hemşireler Birliği (ICN), profesyonel hemşirelerin işe alınması, hemşirelik eğitimi ve mesleği yerine getirmede ki kararlılık, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği, riskli alanlarda geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilginin ve hasta güvenliğinin gelişmesine olanak sağlayacak altyapının oluşturulmasının gerekliliğine inanmaktadır (Akbulut ve ark., 1998; Akt, Atan ve ark., 2013). Ülkemizde sağlık uygulamalarında tıbbi hataların boyutları tam bilinmemekle birlikte dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Tıbbi

hatalarla ilgili Yüksek Sağlık Şurasında 1931-2004 yılları arasında toplamda 10 bin görülmüş vaka vardır. Son beş yıldaki davalarda görülmüş vaka sayısının yarısında sağlık personelinin az veya çok kusurlu olduğu bulunmuştur (Temel, 2005; Akt, Cebeci ve Gürsoy 2012). Hemşirelerin hata yapma olasılıklarını arttıran en önemli sebepler arasında hemşire sayısının eksik olması, hasta kişilere ayrılan zamanın yetersizliği ve gerekli bakımın hastaya yeterince gösterilmemesi, yaşadıkları yoğun stres, çalışma şartlarının olumsuzluğu, uyulması gereken şartların çokluğu, kritik hastalarla karşılaşılması, çalışma şartlarının ağır olması gibi sebepler gelmektedir. Sayılan bu durumlar hemşirelerin rutin uygulamalarını tam olarak yapmalarını engelleyerek, yoğun iş baskısı yaşamalarına yol açmaktadır (Berlanda ve ark., 2008; Akt, Özata ve Altuncan; 2010).

3.HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN TIBBİ HATA ÜZERİNE ETKİSİ

Yaşam şartlarının sağlıklı ve kaliteli olmasını etkileyen başlıca etkenler, gündüz aktif yaşamak ve gece uyumak, vücudun dinlenme ve yenilenme işlemlerinin yapılmasına olanak sağlayamaktan geçmektedir (Türk Hemşireler Derneği, 2008). Genellikle haftalık çalışma saatlerinin yaygın olarak kabul gören şekli Pazartesi'den Cuma'ya gündüz saatlerinde (genellikle sabah saat 08.00 ile öğleden sonra 17.00 saatleri arasında) 8 saatlik dilimi kapsamaktadır (Varol ve ark, 2015). Fakat hemşirelik mesleği çalışma düzeni olarak hayatları boyunca gece mesaisi, değişen mesai saatleri ile çeşitli vardiyalarda çalışan birkaç profesyonel gruptan birini oluşturmaktadır. Bu çalışma sistemi uykuyu hem nitelik hem nicelik olarak etkilemekle ve ayrıca gündüz uyumak anlamına gelmektedir (Üstün ve Çınar, 2009). Hemşirelerin gece ve gündüz değişen saatlerde 12-16 saati bulan sürelerle çalışması, nöbetli, vardiyalı çalışması sonucu biyolojik ritimleri ve dahili fizyolojik saati ve dengesi bozulmuş bir hemşirenin halsiz, uykusuz olarak mesleki uygulama yapması hasta bakımını ve güvenliğini sağlamada zorluk çeker (Türk Hemşireler Derneği, 2008). Mesai saatlerinin değişken olması bireyin uyku-uyanıklık döngüsü ile uyku ve uyanıklığı sağlayan sirkadiyen ritim arasında uyumsuzluğa ve sonuçta uyku bozukluklarına yol açar (Varol ve ark., 2015).

Kişinin uyku kalitesini ve yapısını etkileyen etmenler arasında çalışma koşulları ve mesleki faktörler bulunmaktadır; sağlık personellerinde ve nöbetli çalışan bireylerde uyku düzensizliğinin sık olması ve uyku kalitesinin düşüklüğüne neden olmaktadır (Çoban ve ark., 2011). Düzensiz şekilde, vardiyalı ya da gece çalışma saatlerinin olması, uykunun kalitesini ve süresini azaltır (Ertekin ve Doğan, 1999; Akt, Üstün ve Çınar, 2009). Hemşirelerin vardiyalı, nöbetleşe, gece ve gündüz değişken zaman dilimlerin de uzun sürelerle çalışması sonucu halsiz, uykusuz diğer bir deyişle görev esnasında dengesi bozulan, biyolojik ritimleri, fizyolojik saatleri bakımından bitkin hale gelen kendisinin olduğu kadar uygulama yapacağı hasta bakımını ve güvenliğini de tehlikeye sokmaktadır. Bu şekilde çalışan bir hemşirenin bakım uygulama fiili de 4 ana grupta tehlike altındadır;

1. Hemşirenin uygulama yapacağı hastaya, hasta yakınlarına ve ekip arkadaşlarına olan davranışı,
2. Hasta ve yakını ile iletişimi,
3. İlaç tedavisi uygulamaları,
4. İzlem, gözlem ve denetim/ gözetim ile ilgili uygulama ve karar verme’’

Sayılan bu tip hemşirelik bakımlarındaki hata ve ihmalsizlikler toplu hasta kayıplarına neden olmasa bile hastaların hayatlarını tehlikeye sokması, yaşamlarına tesir etmekte, maddi olarak bakım ücretlerinde artış açısından göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Hemşirelik bakımındaki hata ve yetersizliklere bağlı olarak hasta düşmesi, hastanın güvenliğini sağlamada yetersizlik, uygun olmayan davranış/muamele performansı, hastaya ve hasta ihtiyaçlarına cevap vermede yetersizlik, ilaç uygulama hataları/hatalı ilaç uygulama, yanlış dozda ve miktarda ilaç verme, kurumun politika ve prosedürlerini takip etmekte yetersizlik/tam uymama gibi ağır sonuçlar doğurabilmektedir (THD, 2008). Hemşireler, hastanelerde verilen hizmetin devam etmesi için haftada 7 gün 24 saat vardiya denilen tipik gündüz saatleriyle çalışmak zorunda olan bir meslek grubudur. Aynı zamanda çalışma sistemi gereği dönüşümlü olarak gündüz, akşam ya da gece çalışma sistemiyle veya nöbet diye adlandırılan; hafta içi normal çalışma saatleri (08.00- 17.00 / 07.00-16.00) dışında yer alan gün ve saatlerde çalışmak zorunludur. Bu şekliyle hemşireler bu çalışma sisteminin sürekli ve değişken bir çalışma saati döngüsünde olmasıyla stresli ve çok tehlikeli çalışma ortamların da çalışan birkaç profesyonel gruptan biridir (THD, 2008; Akt, Üstün ve Yücel, 2011). ABD’deki verilere göre vardiyalı çalışmanın, çalışanların uyku bozukluklarına, binlerce insanın ölümüne ve yılda yaklaşık 18 milyar dolara mal olduğu bildirilmiştir. **Çernobil reaktör kazası** (25 Nisan 1986), 20. yüzyılın en büyük nükleer kazası olarak nitelendirilmektedir, Challenger Uzay mekiği faciası (28 Ocak 1986) gibi bir çok tarihe geçen facia gece vardiyası esnasında meydana gelmiştir. Kaza nedeni olarak insan yorgunluğuna gönderme yapılmıştır. ABD’de, 600-1800 kişinin çalışma saatinin yarısını vardiya şeklinde çalışan 22 milyon Amerikalı olduğu bildirilmektedir. Genellikle vardiyalı sistemde çalışanlar yasa uygulayıcıları, itfaiye çalışanları ve sağlık hizmetleri gibi en

tehlikeli ve önem arz eden işlerde çalışanlardır. Görevleri gereği toplumda özellikli olan meslek grupları olduğu göz önünde bulundurulursa bu durum daha kaygı verici hale gelmektedir. Ülkemizde birçok hemşirenin yıllık 2000 çalışma saatinin yarısından fazlasını vardiyalı/nöbetli çalışma sistemi şeklinde gerçekleştirdiği söylenebilir. Hemşirelerin hata yapma riskini arttıran en önemli sebeplerden biri de çalışma saatlerinin fazladan ve normal dışı saatlerde olmasıdır. Hemşirelerin hata riskinin tayin değişkenliğini çalışma süresinin uzunluğu açısından belirlendiği düşünülmektedir. Çalışma sistemine göre değişkenlik gösteren uzun süreli çalışma saatlerinin olması hatanın yapılma oranının gün içinde çalışılan saat kadar ya da hafta içinde fazladan çalışma saati kadar arttırmaktadır. Yapılan literatür çalışmalarında, 12,5 saat süren vardiya sırasında çalışan hemşirelerin hata yapma riskinin 8,5 saat süre ile çalışan hemşirelere göre 3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Vardiyalı, uzun süre ve fazla çalışmak hemşirelerin fiziksel ve mental yetilerini, karar verme ve uygulama performansını olumsuz etkileyerek sunduğu bakımın etik yönden güvenliğini (en doğru, en yararlı, bireysel önceliklere ve gereksinimlere uygun-kaliteli, özenli ve hakça bakım) tehlikeye sokabilir (THD, 2008).

BÖLÜM 2:

2.1. YÖNTEM

2.1.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezi

Çalışma, Tekirdağ İli Merkez Süleymanpaşa İlçe sınırlarında bulunan Tekirdağ Devlet Hastanesi (TDH), Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi (TNKUSAUM), ve 2 Özel Hastanede çalışan Hemşireler ve Başhemşirelerin hemşirelik mesleğinde mesleki tıbbi hata gelişiminde vardiyalı çalışmanın etkisinin olup olmadığının belirlemek amacıyla yapılmıştır. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin vardiyalı çalışma sistemi ile ilişkisi tıbbi hataların önlenmesi yönünde geliştirilecek tedbirlerin alınmasında, hemşirelerin vardiya sisteminin düzenlenmesinin ve hemşirelerin yasal durumlarla karşı karşıya kalmalarının önlenmesi/azaltılması süreçlerinde sağlık yöneticisinin alacağı önlemlerin belirlenmesi açısından yaşamasal önemdedir. Belirtilen konuda Tekirdağ ilinde çalışma yapılmadığı saptanmıştır. Bu çalışmanın bulgularının hem il özelinde hem de ulusal ve uluslararası literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada mesleki tıbbi hata, vardiyalı çalışma sisteminin tıbbi hata üzerine etkisinin saptanmasına ek olarak hemşirelerde ve kurum yöneticilerinde konuyla ilgili farkındalık oluşacağı da öngörülmektedir. Ek olarak, bu çalışma ile hemşirelerin, tıbbi hatalarının en aza indirilmesi, verimli çalışma saatlerinin ayarlanması ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmasına katkı sağlayacağı da öngörülmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri;

Hipotez 1: Hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminde vardiyalı çalışma sisteminin etkisi vardır.

Hipotez 2: Hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminde uyku döngüsü bozukluklarının etkisi vardır.

Bu araştırmada aşağıda sıralanan bağımlı değişkenler, bağımsız değişkenler ile test edilecektir.

Bağımlı değişkenler:

1. Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama değerleri
2. Epworth Uykululuk Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama değerleri
3. Uyku Döngüsü Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama değerleri

Bağımsız değişkenler:

- a. Sosyodemografik bilgiler (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalıştığı kurum)

b. İş ortamının Vardiya düzeni (çalışılan kadro, çalışma süresi, vardiya düzeni, mesai saatleri, vardiya değişim nedeni, mola verme ihtiyacı)

c. Ek iş (mesai dışı ücretli bir işte çalışma durumu)

d. Meslek öyküsü (serviste çalışma süresi, çalışılan servis, çalışılan pozisyon, iğne batması, son 6 ayda iğne batma olayı)

e. Ailesel etkiler etmenler (bakıma muhtaç birey, hastalık varlığı, sürekli kullanılan ilaç kullanımı)

f. Davranışsal özellikler (stresle baş etme yöntemi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, çay ve kahve kullanımı)

2.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Tekirdağ İli Süleymanpaşa Merkez İlçe sınırları içinde bulunan aktif olarak hemşirelik mesleğinde çalışan 1 kamu hastanesi, 1 üniversite sağlık araştırma ve uygulama merkezi ve 2 özel hastanede görev yapan toplam 501 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise belirtilen kurumlarda görev yapan, çalışmanın gerçekleştirildiği dönemde izinli olmayan, çalışmaya katılmak için gönüllü olan, ölçekleri belirtilen zaman zarfında eksiksiz olarak yanıtlayan 374 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya dahil olan 374 hemşireden araştırma ölçeklerini belirlenmiş tarihe kadar eksiksiz ve toplam hemşire sayısının %70'i olan 351 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmaya konu veri toplama araçlarının elde edilmesi şu aşamalarda gerçekleşmiştir;

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın gerçekleştirileceği sağlık kurumlarından yazılı onay alındıktan sonra Etik Onay (07/2015), Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulun'dan alınmıştır. Etik onay sonrasında araştırmanın yapılacağı her kuruma gidilerek (05/2016), Başhekim ve Başhemşire ziyaret edilmiş, kurum bünyesindeki hemşirelere araştırma hakkında birebir bilgilendirme yapılmış, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere formlar dağıtılmış ve anket formlarının doldurulmasını takiben tüm formlar toplanmıştır.

2.1.3. Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel tiptedir. Çalışmada aşağıda ayrıntılı olarak sunulan toplamda dört adet veri formu kullanılmıştır. Bunlardan ilki kişisel bilgi formu, diğerleri Tıbbi Hata Eğilimi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği, Uyku Döngüsü (Sirkadiyen Tip Envanteri) ölçekleridir.

2.1.3.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Bu formda hemşireler hakkında kimi sosyodemografik ve mesleki bilgileri toplayabilmek amacıyla araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda yapılandırılarak hazırlanmış; sosyodemografik veri formu, iş ortamının vardiya düzeni, ek iş, meslek öyküsü, ailesel etkiler ve etkilenmeler, vücut kitle indeksi, davranışsal özellikler, çay ve kahve tüketimi ile ilgili bilgilerin sorgulandığı toplamda 49 soruluk soru formu kullanmıştır.

2.1.3.2. Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği (THEÖ)

Çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilim düzeylerini belirlemek amacıyla hemşirelere yönelik Özata ve Altuncan (2009) tarafından geliştirilen geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ), hastanede çalışan hemşirelerin hasta bakımında her zaman yerine getirdikleri faaliyetler üzerinden bir değerlendirmedir. Ölçekte toplam skorun artması hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek 5’li Likert tipindedir. (1) Hiç, (2) Çok Nadir, (3) Bazen, (4) Genellikle, (5) Her Zaman şeklinde beş seçenekte değerlendirilmektedir (Özata ve Altuncan 2009). Yazarlar ölçeğin iç tutarlılık değerlendirmesini güvenilirlik katsayısını (Cronbach Alpha) üzerinden değerlendirmişlerdir ve 0.95 olarak bulmuşlardır. Ölçeğin alt boyutu vardır ve araştırmacılar bu altı boyutlar ile;

“İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”

“Enfeksiyonların Önlenmesi”

“Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği”

“Düşmelerin Önlenmesi”

“İletişim”

seviyelerini ölçmeyi amaçlayarak geliştirmişlerdir. “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutu 18, “Enfeksiyonların Önlenmesi” alt boyutu 12, “Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği” alt boyutu 8, “Düşmelerin Önlenmesi” alt boyutu 5, “İletişim” alt boyutu 5 ifadeden oluşmaktadır.

Çalışmada uygulanan THEÖ güvenilirliği sınanmış ve ölçeğin üç alt boyutu Cronbach Alfa katsayıları için Tablo 1’de sunulmuştur. Tabloda belirtildiği gibi; Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.87 olarak bulundu. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutu için 0.48, “Enfeksiyonların Önlenmesi” alt boyutu için 0.78, “Hasta İzlemi ve Malzeme- Cihaz Güvenliği” alt boyutu için 0.77, “Düşmelerin Önlenmesi” alt boyutu için 0.47, “İletişim” alt boyutu için 0.72 olarak hesaplandı.

Tablo 1: Tıbbi Hata Eğilim Ölçeğinin Güvenilirlik Düzeyine Ait Bulgular

n=300	Cronbach Alfa Katsayısı
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	0.48
Enfeksiyonların Önlenmesi	0.78
Hasta İzlemi ve Malzeme- Cihaz Güvenliği	0.77
Düşmelerin Önlenmesi	0.47
İletişim	0.72

2.1.3.3. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) basit ve öz bildirim dayalı bir ölçektir. Bireyin genel gündüz uykululuk düzeyini sorgular. Sekiz farklı günlük yaşam durumunda uykuya dalma ya da uyuklama şansını değerlendirmeyi amaçlar. Aşırı gündüz uykululuğu yaşamı tehdit eden kazalar, iş verimliliği ve psikososyal işlevsellik açısından yüksek bir morbiditeye sahiptir. Gerek psikososyal sonuçları gerekse morbiditesinin yüksek oluşu nedeniyle uykululuğun değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. EUÖ dördümlük likert tipi bir ölçektir. 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmakta ve yüksek puan uykululuğu göstermektedir. Uykululuğun niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesine yönelik olarak geliştirilen öz bildirim ölçekleri arasında, EUÖ diğer öz bildirim ölçeklerinden farklı olarak, gündüz uykululuğunun genel düzeyinin ölçülmesini hedef almaktadır (Ağargün, 1999). Likert tipi 4 basamaklıdır. (0) Hiçbir zaman, (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Büyük olasılıkla şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek 1999 yılında Ağargün ve ark. tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve Ölçeğin sekiz farklı durum için iç tutarlılığı yüksek Cronbach Alfa Katsayısı 0.80 olarak hesaplanmıştır. Ölçek genel uykululuk düzeyini değerlendirmede uygulaması basit, kolay anlaşılır bir ölçektir. Ülkemizde uyku ve uyku bozuklukları ile ilgili yapılacak çalışmalarda genel uykululuk düzeyini ve farklı durumlardaki uykululuk düzeyini ölçmek

amacıyla kullanılabilir. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.81 olarak bulunmuştur.

2.1.3.4. Uyku Döngüsü Ölçeği (UDÖ)

Sirkadiyen Tip Envanteri Türkçe Formu (STE-T) dilimize Uyku Döngüsü Ölçeği (UDÖ) olarak geçerlilik ve güvenilirliği Varol, Tokuç ve ark. tarafından kazandırılmıştır (Varol, Tokuç ve ark., 2011). UDÖ (1) Neredeyse hiç, (2) Nadiren, (3) Bazen, (4) Genellikle, (5) Her zaman şeklinde 5'li Likert tipi ve 9 sorudan oluşmuştur. Günlük alışkanlıklar ve tercihler ile ilgili uyku döngüsünün sorgulandığı iki faktörlü ölçekte Faktör 1'in (Esneklik), Faktör 2'nin (İsteksizlik) Cronbach α değeri sırasıyla 0.67, 0.63 olarak bulunmuştur (Varol, Tokuç ve ark., 2011). Bizim çalışmamızda UDÖ'nin Faktör 1 (Esneklik), Faktör 2'nin (İsteksizlik) alt boyutlarının değerleri sırasıyla Cronbach α değeri 0.67, 0.68 olarak hesaplanmıştır.

2.2. İstatistiksel Yöntemler

Araştırmada toplanan veriler bilgisayar ortamında aktarılmış, istatistiksel analizleri SPSS 18.0 paket programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Tüm analizler %95 güven aralığında $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde ve iki yönlü olarak değerlendirilmiştir. Verilerin programa girilmesini takiben;

Çalışmada önce verilerin doğru girilip girilmediği incelenmiş, veri kontrolü yapılmıştır.

1. Tıbbi hata eğilim Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uyku Döngüsü Ölçeği puan ortalamaları üzerine demografik değişkenlerin etkileri incelenmiştir. Ölçeklere güvenilirlik analizleri uygulanmıştır.

Çalışmada önce verilerin doğruluğu girilip girilmediği incelenmiş, veri kontrolü yapılmıştır.

1. Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği, Epworth Uyku Ölçeği ve Uyku Döngüsü Ölçeği puan ortalamaları üzerine demografik değişkenlerin etkileri incelenmiştir. Ölçeklere güvenilirlik analizleri uygulanmıştır.

2. Çalışmada tanımlayıcı ve analitik analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama, standart sapma, yüzdelik değerler, ve sıklık olarak her ölçek için ayrı ayrı ölçek puanları hesaplanmıştır. Analitik değerlendirmelerde bağımsız iki grubun ölçüm değişkenlerinin karşılaştırılmasında, parametrik test varsayımlarının gerçekleştirildiği durumlarda t testi; kategorik değişkenlerin kıyaslanmasında ki-kare testi uygulanmıştır. Bağımlı gruplar için ölçüm değişkenlerinin karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi ve bağımlı iki grupta kategorik değişkenlerin kıyaslanmasında McNemar ki kare testi kullanılmıştır.

Sonuçlar metin içinde tablolar halinde Bulgular bölümünde sunulmuş, Tartışma bölümünde yorumlanmıştır.

BÖLÜM 3:

3.1. BULGULAR

3.1.1. Kişisel Bilgilere Ait Özellikler

Katılımcıların 322'si (%91.7) kadın, 29'u (%8.3) erkektir. Yaş ortalamaları 35.07±9.29 (medyan:34) olarak hesaplanmıştır (Tablo 2)

Hemşirelerin medeni durumu incelendiğinde; 211 kişinin (%61.1) evli olduğu, 120 kişinin (%34.2) bekar olduğu, 18 kişinin (%5.1) dul/boşanmış seçeneğini işaretlediği görülmüştür (Tablo 2).

Hemşirelerin eğitim durumu incelendiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin 68'si (%19.4) Meslek Lisesi, 98'si (%27.9) Ön Lisans, 173'ü (%49.3) Lisans, 12'si (%3.4) Yüksek Lisans mezunu olduklarını belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırmacıların sahip oldukları çocuk sayıları incelendiğinde 141'inin (%40.2) hiç çocuğu olmadığı, 105'nin (%29.9) bir çocuk sahibi olduğu, 88'nin (%25.1) iki çocuk sahibi olduğu, 3'ünün (%1.4) üç çocuk sahibi olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan hemşirelerin ailesinde 36'sı (%10.3) bir ve birden fazla bakmakla yükümlü olduğu engelli/ yaşlı olduğu, 315 (%89.7) bakmakla yükümlü olduğu engelli/yaşlı olmadığını belirtmiştir (Tablo 2)

Araştırmacıların hane halkı sayısına bakıldığında 28'i (%8) bir kişi, 38'i (%10.8) iki kişi, 124'ü (%35.3) üç kişi, 118'i (%33.6) dört kişi, 35'i (%10) beş kişi ve daha fazla olmak üzere hane halkı sayısına ulaşılmıştır (Tablo 2)

Hemşirelerin kendisinden başka eve gelir getiren kişi olup olmadığı sorusuna katılımcılar 43'ü (%12.3) kimse yok, 239'u (%68.1) bir kişi, 43'ü (%12.3) iki kişi, 8'i (%2.3) üç ve daha fazla kişinin gelir getirdiğini belirtmişlerdir (Tablo 2)

Katılımcıların toplam hane geliri için 200'ü (%57) gelir gidere eşit, 101'i (%28.8) gelir giderden az, 47'si (%13.4) gelir giderden fazla, 3'ü (%0.9) yanıt yok şeklinde belirtmiştir

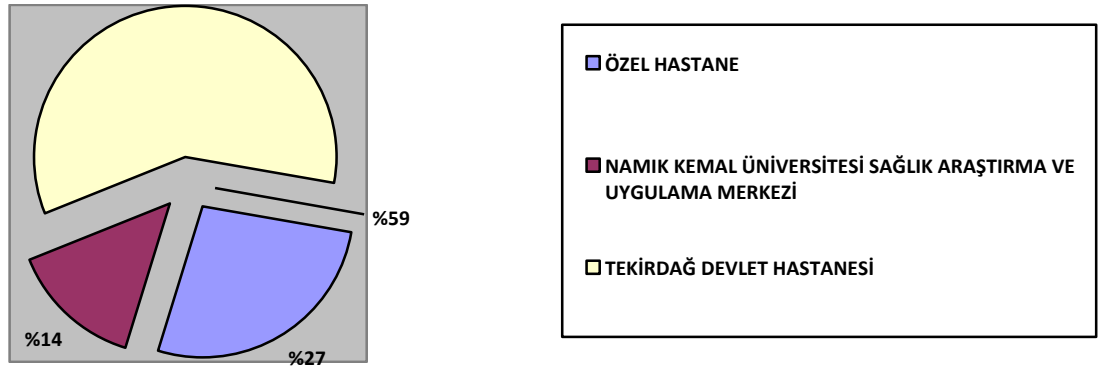
Tablo 2. Çalışma Grubunun Kişisel Özellikleri

Özellikler		Sıklık	%
Cinsiyet	Kadın	322	91.7
	Erkek	29	8.3
Medeni Durum	Evli	211	61.1
	Bekar	120	34.2
Eğitim Durumu	Meslek Lisesi	68	19.4
	Ön Lisans	98	27.9
	Lisans	173	49.3
	Yüksek Lisans	12	3.4
Çocuk Sayısı	Yok	141	40.2
	Bir çocuk	105	29.9
	İki çocuk	88	25.1
	Üç çocuk	3	1.1
Bakmakla Yükümlü Olduğu Engelli/Yaşlı	Evet	36	10.3
	Hayır	315	89.7
Hane Halkı Sayısı	Bir kişi	28	8
	İki kişi	38	10.8
	Üç kişi	124	35.3
	Dört kişi	118	33.6
	Beş kişi ve daha fazla	35	10
Kendinden Başka Gelir Getiren	Yok	43	12.3
	Bir kişi	239	68.1
	İki kişi	43	12.3
	Üç ve daha fazla	8	2.3

3.1.2. İş Ortamı ve Vardiya Düzeni Özellikleri

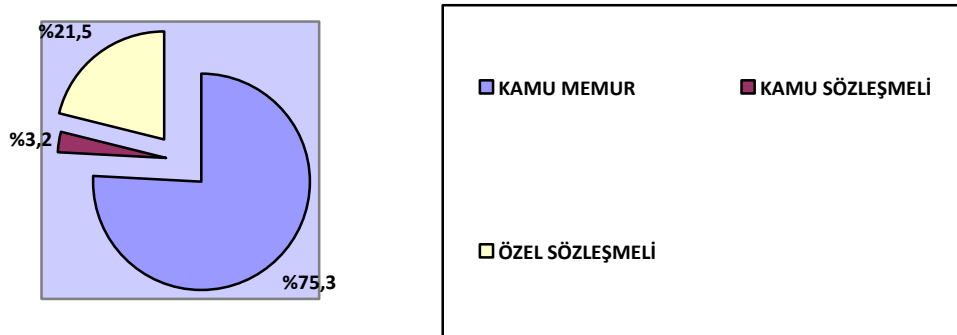
Hemşirelerin çalıştığı kurumlar incelendiğinde; 220'sinin (%59) TDH, 54'nün (%14) (TNKÜSAUM), 100'ünün (%27) (ÖH), çalıştıkları belirlenmiştir (Grafik 1).

Grafik 1: Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Göre Dağılımı



Çalışma grubundaki hemşirelerin çalıştığı kadro birimleri 260'ı (%75.3) Kamu memur, 11'i (%3.2) Kamu sözleşmeli, 74'ü (%21.5) Özel sözleşmeli şeklindedir (Grafik 2).

Grafik 2: Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştığı Kadro Birimlerine Göre Dağılımı



Çalışma grubundaki hemşirelerin 192'si (%54.7) değişen vardiyalar, 96'sı (%27.4) sürekli gündüz, 48'i (%13.7) 08.00-08.00 saatleri arasındaki çalışma düzeni,

12'si (%3.4) 16.00-08.00 saatleri arasındaki çalışma düzeni, 3'ü (%0.9) yanıt yok şeklinde belirtilmiştir. Katılımcıların 95'inin (%27.1) vardiyalı çalışmadığı sonucu ortaya çıkmıştır (Tablo 3).

Katılımcıların 08.00-08.00 saatleri arasındaki çalışma düzenini tercih etme nedenleri arasında 167'sinin (%47.6) maddi nedenler olduğu, 49'unun (%14) diğer nedenler etkili olduğu, 13'ünün (%3.7) çocuk varlığı olduğu, 11'inin (%3.1) uzun zaman dinlenme olasılığı olduğu, 4'ünün (%1.1) ev ile ilgili nedenler olduğu, 1'inin (%0.3) ek iş yapma nedenleri 106'sının (%30.2) yanıt olarak belirtmişlerdir (Tablo 3).

Araştırmacıların son 6 aydaki vardiya saatleri incelendiğinde olarak 149'unun (%42.5) 168-199 saat, 133'ünün (%37.9) 200 saat ve üzeri, 46'sının (%13.1) 160 saat, 23'ünün (%6.6) yanıt yok şeklinde belirtilmiştir (Tablo 3).

Araştırmacılara vardiya değişiminin olup olmadığı sorulduğunda 203'ü (%57.8) vardiyaların değişimine evet, 110'u (%31.3) vardiya değişimine hayır, 38'i (%10.9) vardiya değişimine yanıt yok şeklinde saptanmıştır (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin 88'i (%25.1) vardiyanın değişmediğini, vardiya değişimleri oluyorsa değişimlerin en sık nedenleri olarak 93'ü (%26.5) çalışanlardan kaynaklanan nedenler, 73'ü (%20.8) idari nedenler, 36'sı (%10.3) diğer nedenler olarak belirlenirken, 61'i (%17.4) yanıt yok şeklinde belirtilmiştir (Tablo 3).

Araştırmacılara çalışma saatlerinde ek aydınlatma olup olmadığı sorulmuştur. 120'si (%34.2) "evet", 196'sı (%55.8) "hayır", 35'i (%10) "yanıt yok" şeklinde yanıtlanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelere "mesai sırasında ihtiyaç duyduğunuz an mola verebiliyor musunuz?" diye sorulmuş, 173'ü (%49.3) "hayır", 113'ü (%32.2) "bazen", 55'i (%15.7) "evet" olarak yanıtlamış, 10'u (%2.8) yanıt vermemiştir (Tablo 3).

Çalışma grubundaki "hemşirelere mesai dışı ücretli bir işte çalışıyor musunuz?" diye sorulduğunda, 332'si (%94.6) "hayır", 10'u (%2.8) "evet" (en az 2, en çok 40 ay) 9'u (%2.6) "yanıt yok" şeklinde yanıtlamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışma Koşulları ve İlişkili Faktörler (vardiya düzeni, çalışma saatleri vb...)

Özellikler		Sıklık	%
Çalışma düzeni	Değişen vardiyalar	192	54.7
	Sürekli gündüz	96	27.4
	08.00-08.00	48	13.7
	16.00-08.00	12	3.4
	Yanıtsız	3	0.9
08.00-08.00 çalışma nedeni	Maddi nedenler	167	47.6
	Çocuk varlığı	13	3.7
	Uzun zaman dinlenme	11	3.1
	Ev ile ilgili nedenler	4	1.1
Vardiya değişimi	Evet	203	57.8
	Hayır	110	31.3
	Yanıtsız	38	10.9
Vardiya değişim nedenleri	Çalışandan kaynaklanan	93	26.5
	İdari nedenler	73	20.8
	Diğer	36	10.3
	Yanıtsız	61	17.4
Ek aydınlatma	Evet	120	34.2
	Hayır	196	55.8
	Yanıtsız	35	10
Mola verilmesi	Evet	55	15.7
	Hayır	173	49.3
	Bazen	113	32.2
	Yanıtsız	10	2.8
Mesai dışı ücret	Evet	10	2.8
	Hayır	332	94.6
	Yanıtsız	9	2.6

3.1.3. Meslek Öyküsü

Hemşirelere çalıştığı servis sorulduğunda, 176'sının (%50.1) Dahili alanda, 152'sinin (%43.3) Cerrahi alanda çalışmakta olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Katılımcılara “kaç yıldır bu serviste çalışıyorsunuz?” diye sorulduğunda, 5.36±6.00 (medyan:3, en kısa 1, en uzun 28 yıl) olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelere “iş yerindeki pozisyonunuz nedir?” sorusu sorulduğunda, 300'ünün (%85.5) aktif olarak sahada çalışan hemşire, 39'unun (%11.1) servis sorumlu hemşiresi, 4'ünün (%1.1) idareci konumunda çalıştığı belirlenirken, 8'i (2.3) yanıt vermemiştir (Tablo 4).

Araştırmacılara “hayatınız boyunca iğne/enjektör batması olayını yaşadınız mı?” diye sorulduğunda 263'ü (%74.9) “evet”, 82'si (%23.4) “hayır” yanıtı vermiş, 6'sı (%1.7) yanıt vermemiştir (Tablo 4).

Hemşirelere “son altı ayda kaç kez enjektör ucu batması olayı yaşadınız mı?” diye sorulduğunda, 256'sı (%72.9) son altı ayda yaşamadığını, 32'sinin (%9.1) bir kez yaşadığını, 28'inin (%8) iki kez yaşadığını, 13'ünün (%3.7) üç veya daha fazla yaşadığını belirtmiş, 22'si (%6.3) yanıtı bırakmıştır (Tablo 4).

Araştırmacılara “çalışma koşullarınızdan kaynaklı herhangi bir nedenle mesleki uygulamalarınızda hata yapmaktan endişe ediyor musunuz?” sorusu sorulduğuna, 88'i (%25.1) “evet”, 103'ü (%29.3) “hayır”, 138'i (%39.3) “bazen” olarak yanıtlamış, 22'si (%6.3) yanıtı bırakmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Meslek Öyküsüne İlişkin Tutum ve Davranışlar

	Özellikler	Sıklık	%
Çalıştığı servis	Dahili	176	50.1
	Cerrahi	152	43.3
	Yanıtssız	23	6.6
Çalıştığı pozisyon	Hemşire	300	85.5
	Sorumlu hemşire	39	11.1
	İdareci	4	1.1
	Yanıtssız	8	2.3
Hayatı boyunca iğne/enjektör batma olayı yaşama	Evet	260	75
	Hayır	74	21
	Yanıtssız	11	3
Son 6 ayda iğne/enjektör batma olayı yaşama	Yaşadım	256	72.9
	Bir kez yaşadım	32	9.1
	İki kez yaşadım	27	8
	Üç ve daha fazla	13	3.7
	Yanıtssız	22	6.3
Meslek uygulamalarında hata yapmaktan endişe duyma	Evet	88	25.1
	Hayır	103	29.3
	Bazen	138	39.3
	Yanıtssız	22	6.3

Son altı ay içinde iğne batması olayı yaşama durumuna göre çalışma koşullarınızdan kaynaklı herhangi bir nedenle mesleki uygulamalarınızda hata yapmaktan endişe ediyor musunuz? Sorusuna verilen yanıtların sonucu karşılaştırılmış, anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p=0.378).

3.1.4. Ailesel Etmenler

Çalışma grubundaki hemşirelerin ailede hasta ya da bakılmaya muhtaç birey varlığı sorulduğunda, 286'sı (%81.5) "evet", 53'ü (%15.1) "hayır" yanıtını vermiştir (Tablo 5).

Araştırmacılara "sizin bir hastalığınız var mı?" sorusu sorulduğunda, 258'i (%73.5) kendinde hastalık olmadığını, 39'u (%11.1) organik (şeker, tansiyon, nörolojik vb.) hastalığı olduğunu, 37'si (%10.6) ruhsal (stres-depresyon) hastalığı olduğunu, 9'u (%2.9) bedensel (güç kaybı, uzuv kaybı vb.) sorunu olduğunu belirtmiştir (Tablo 5).

Hemşireler, 57'sinin (16.2) sürekli kullandığınız bir ilaç olduğunu bildirmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışma Grubunda Ailesel Etmenlere Göre Tutum ve Davranışlar Tekirdağ-2016

	Özellikler	Sıklık	%
Hasta ya da bakılmaya muhtaç birey	Evet	286	81.5
	Hayır	53	15.1
	Yanıtsız	12	3.4
Hastalık varlığı	Hayır	258	73.5
	Organik	39	11.1
	Ruhsal	37	10.6
	Bedensel kayıp	9	2.9
	Yanıtsız	7	2
Sürekli kullanılan ilaç	Evet	57	16.2
	Hayır	284	80.9
	Yanıtsız	10	2.8

3.1.5. Davranışsal Özellikler

“Katılımcılara aynı sosyoekonomik konumda olan insanlarla karşılaştığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” diye sorulduğunda, 26’sı (%7.4) “çok iyi”, 142’si (%40.5) “iyi”, 123’ü (%35) “orta”, 43’ü (%12.3) “kötü”, 5’i (%1.4) “çok kötü” şeklinde yanıtlamıştır (Tablo 6).

Çalışmada hemşirelere “düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?” sorusu sorulduğunda, 182’si (%51.9) “hayır”, 155’i (%44.2) “evet” olarak yanıtlamıştır (Tablo 6).

“Düzenli ve kaliteli uyuduğunuzu düşünüyor musunuz?” diye sorulduğunda, 71’i (%20.2) “evet”, 269’u (%76.6) “hayır” yanıtını vermiştir (Tablo 6).

Araştırmacılara son 6 ayda düzenli spor yapıp yapmadıkları sorulduğunda, 45’i (%12.8) “evet”, 294’ü (%83.8) “hayır” yanıtını vermiştir (Tablo 6).

Katılımcı hemşirelere “çalışma koşullarınızdan kaynaklı herhangi bir nedenle sağlığınıza endişe ediyor musunuz?” diye sorulduğunda, 159’u (%45.3) “evet”, 52’si (%14.8) “hayır”, 128’i (%36.5) “bazen” şeklinde yanıtlamıştır (Tablo 6). Bu soruya evet yanıtı verenlerden %4.8’i fiziksel faktörler, %18.5’i psikososyal faktörler, %11.4’ü biyolojik faktörler, %6’sı ergonomik faktörler, %0.3’ü kimyasal faktörler olarak nedenleri belirtmiştir (Tablo 6).

Çalışmada hergün en az günde bir tane sigara içen katılımcı sayısı 142’dir (%40.5), 177’si (%50.4), içmediğini, 20’si (%5.7) bıraktığını belirtmiştir. Katılımcıların düzenli olarak en az günde bir tane sigara içmeye başlama yaşı 20.59 ± 5.57 (12-50) olarak bulunmuş, günde ortalama 12.10 ± 6.99 , (min=2, max=36) adet sigara içtikleri belirlenmiştir. Sigarayı bırakanların 4’ü (%1.1) kendi isteği ile bırakırken, 20’si (%5.7) zorunlu sağlık problemi yüzünden bıraktığını belirtmiştir

Çalışma grubundaki hemşirelere “alkol kullanır mısınız?” diye bir soru sorulduğunda 84’ü (%23.9) kullandığını, 247’si (%70.4) kullanmadığını bildirmiştir. Alkol kullananların 82’si (%23.4) “ara sıra” içtiğini bildirmiş, 4’ü (%1.1) “kullanmadan duramam” şeklinde yanıtlamıştır (Tablo 6).

Hemşirelere “madde kullanıyor musunuz?” diye sorulduğunda 306’sı (%87.2) “hiç kullanmadım” olarak yanıtlarken, 45’i (%12.8) yanıt vermemiştir (Tablo 6).

Araştırma grubuna ortalama günlük çay içme miktarınız nedir? diye sorulduğunda, 2’si (%0.6) “hiç içmediğini”, 252’si (%72.4) “1-5 bardak arası tükettiğini”, 60’ı (%17) “5-10 bardak tükettiğini”, 4’ü (%1.2) “10 ve daha fazla tükettiğini belirtmiş”, 33’ü (%9.4) yanıtı bırakmıştır (Tablo 6).

Çalışma grubundaki hemşirelere günlük kahve içme miktarınız nedir diye sorulduğunda, 5’i (%1.4) “hiç içmediğini”, 282’si (%80.4) “1-3 bardak arası tükettiğini”, 31’i (%8.9) “4-6 bardak arası tükettiğini” belirtmiş, 33’ü (%9.4) yanıtı bırakmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Davranışsal Etmenlere ve Tutumlara Göre Özellikler

	Özellikler	Sıklık	%
Sağlık değerlendirmesi	Çok iyi	26	7.4
	İyi	142	40.5
	Orta	123	35
	Kötü	43	12.3
	Çok kötü	5	1.4
	Yanıtsız	12	3.4
Düzenli beslenme	Evet	155	44.2
	Hayır	182	51.9
	Yanıtsız	14	4
Düzenli ve kaliteli uyku	Evet	155	44.2
	Hayır	269	76.6
	Yanıtsız	11	3.1
Son 6 ayda düzenli spor	Evet	45	12.8
	Hayır	296	83.8
	Yanıtsız	12	3.4
Sağlıktan endişe etme durumu	Evet	155	44.2
	Hayır	182	51.9
	Bazen	128	36.5
	Yanıtsız	12	3.4
Sağlıktan endişe etme nedenleri	Fiziksel faktörler	17	4.8
	Psikolojik faktörler	65	18.5
	Biyolojik faktörler	40	11.4
	Ergonomik faktörler	21	6
	Kimyasal faktörler	1	0.3
	Yanıtsız	207	59
Sigara kullanımı	Evet	142	40.5
	Hayır	177	50.4

	Bıraktım	20	5.7
Sigara bırakma nedeni	Kendi isteği ile	4	1.1
	Sağlık problemi	20	5.7
	Yanıtsız	327	93.2
Alkol kullanımı	Evet	84	23.9
	Hayır	247	70.4
	Yanıtsız	20	5.7
Alkol kullanım sıklığı	Ara sıra	82	23.4
	Kullanmadan duramam	4	1.1
	Yanıtsız	265	75.5
Madde kullanımı	Hiç kullanmadım	306	87.2
	Yanıtsız	45	12.8
Çay içme miktarı	Hiç içmiyor	2	0.6
	1-5 bardak arası	252	72.4
	5-10 bardak arası	60	17
	10 ve daha fazla	10	1.2
	Yanıtsız	33	9.4
Kahve içme miktarı	Hiç içmiyor	5	1.4
	1-3 bardak arası	282	80.4
	4-6 bardak arası	31	8.9
	Yanıtsız	33	9.4

Araştırmaya katılan hemşirelerin düzenli ve kaliteli bir uyku uyuma durumuna göre son altı ayda iğne batması olayı yaşayıp yaşamama durumu karşılaştırıldı. Anlamlı bir fark bulunmadı, kişilerin ifadesine göre kaliteli uyku uyuma durumuna göre iğne batması olayı gerçekleşmesi arasında bir değişiklik yoktur ($p=0.899$).

3.1.6. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Değerlendirmeleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği skor ortalamalarına ilişkin veriler sunulmuştur (Tablo 7).

Toplam skorların artması hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden (THEÖ) alınan toplam skor ortalaması 230.93 ± 12.42 olarak hesaplandı.

Hemşirelerin THEÖ alt boyutlarına ilişkin aldıkları en yüksek skor ortalaması ilaç ve Transfüzyon uygulamaları başlığındadır (87.52 ± 4.35 , 54-90), en düşük puan ortalaması ise İletişim alt boyutuna aittir (23.81 ± 2.05 , 10-25). Diğer alt boyutlarda hesaplanan değerler şu şekildedir. Düşmelerin önlenmesi (23.90 ± 1.98 , 12-25), Enfeksiyonların önlenmesi (57.77 ± 3.86 , 35-60), Hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği skor ortalamaları (37.27 ± 3.42 , 19-40) hesaplanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Skor Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği (THEÖ)	Ortalama±Standart Sapma	En az ve en yüksek değerler
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	87.52 ± 4.35	54-90
Enfeksiyonların Önlenmesi	57.77 ± 3.86	35-60
Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği	37.27 ± 3.42	19-40
Düşmelerin Önlenmesi	23.90 ± 1.98	12-25
İletişim	23.81 ± 2.05	10-25

Hemşirelerin Epworth Uykululuk Ölçeğinden (EUÖ) alınan toplam skor ortalaması 31.15 ± 5.92 olarak hesaplanmıştır. Uyku Döngüsü Ölçeğinde (UDÖ) toplam skor ortalaması 9.37 ± 5.00 olarak hesaplanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Hemşirelerin, Epworth Uykululuk Ölçeği, Uyku Döngüsü Ölçeğinden Alınan Toplam Skor Ortalaması

Toplam Skor Ortalaması	Ortalama±Std. Sapma
Epworth Uykululuk Ölçeği	31.15±5.92
Uyku Döngüsü Ölçeği	9.37±5.01

Hemşirelerin çalıştıkları yere göre THEÖ boyutlarındaki değişim incelenmiştir (Tablo 9).

Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre THEÖ alt boyutları olan İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları, Enfeksiyonların Önlenmesi, Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği, Düşmelerin Önlenmesi, İletişim skor ortalamaları TDH çalışanlarında, TNKÜSAUM olarak çalışanlarda, Özel Hastane çalışanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.852$) (Tablo 9).

Araştırma grubundaki hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği (THEÖ) skor ortalaması (Tablo 9) incelenmiştir.

THEÖ skor ortalamaları TNKÜSAUM çalışanlarında ($n=49$) 231.25 ± 9.90 , TDH çalışanlarında ($n=180$) 230.61 ± 13.52 , Özel Hastane çalışanlarında ($n=71$) 231.54 ± 11.14 olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Hemşirelerin Çalıştığı Hastanelere göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Skor Ortalaması Değişimi

Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği (THEÖ)	Ortalama±Standart sapma	p
Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	231.25±9.90	0.852
Tekirdağ Devlet Hastanesi	230.61±13.52	
Özel Hastane	231.54±11.14	

Hemşirelerin medeni durumuna göre THEÖ alt boyutlarındaki değişim incelenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre THEÖ toplam ve alt ölçek ortalama değerleri arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0.339$)

Hemşirelerin son 6 ayda çalışma düzenine göre THEÖ toplam ölçek ortalama değerleri arasındaki değişim incelenmiş, anlamlı fark saptanmıştır (<0.001). Farkın 16.00-08.00 saatleri arasında vardiyalı çalışan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.001$).

THEÖ alt ölçek ortalama değerleri çalışma düzenine göre karşılaştırılmıştır. İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutu skor ortalamaları son 6 ayda çalışma düzenine göre 08.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 87.79 ± 3.63 ; sürekli 16.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 85.5 ± 7.11 ; sürekli gündüz çalışan hemşirelerde 87.60 ± 5.08 ; sürekli değişen (16.00-08.00/08.00-08.00/08.16.00) vardiyalı çalışan hemşirelerde 87.67 ± 3.63 olarak bulunmuştur. İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutuna göre son 6 ayda çalışma düzenine göre anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 10).

Buna göre Enfeksiyonların Önlenmesi alt boyutu skor ortalamaları son 6 ayda çalışma düzenine göre 08.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 58.33 ± 3.62 ; sürekli 16.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 53.91 ± 6.22 ; sürekli gündüz

çalışan hemşirelerde 58.27 ± 3.19 ; sürekli değişen (16.00-08.00/08.00 08.00/08.16.00) vardiyalı çalışan hemşirelerde 57.60 ± 3.95 olarak bulunmuştur. Enfeksiyonların Önlenmesi alt boyutuna göre son 6 ayda çalışma düzenine göre anlamlı bir fark vardır ($p=0.029$) (Tablo 10).

Buna göre Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği alt boyutu skor ortalamaları son 6 ayda çalışma düzenine göre 08.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 37.62 ± 3.09 ; sürekli 16.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 37.66 ± 2.99 ; sürekli gündüz çalışan hemşirelerde 37.66 ± 2.99 ; sürekli değişen (16.00-08.00/08.00-08.00/08.16.00) vardiyalı çalışan hemşirelerde 37.12 ± 3.39 ; olarak bulunmuştur. Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği alt boyutu son 6 ayda çalışma düzenine göre anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 10).

Buna göre Düşmelerin Önlenmesi alt boyutu skor ortalamaları son 6 ayda çalışma düzenine göre 08.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 24.28 ± 1.41 ; sürekli 16.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 21.82 ± 3.92 ; sürekli gündüz çalışan hemşirelerde 24.10 ± 1.76 ; sürekli değişen (16.00-08.00/08.00-08.00/08.16.00) vardiyalı çalışan hemşirelerde 23.82 ± 2.00 olarak bulunmuştur. Düşmelerin Önlenmesi alt boyutu skor ortalamaları son 6 ayda çalışma düzenine göre anlamlı bir fark vardır ($p=0.04$) (Tablo 10).

Buna göre İletişim alt boyutu skor ortalamaları son 6 ayda çalışma düzenine göre 08.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 24.24 ± 1.35 ; sürekli 16.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 22.00 ± 4.31 ; sürekli gündüz çalışan hemşirelerde 23.91 ± 1.83 ; sürekli değişen (16.00-08.00/08.00-08.00/08.16.00) vardiyalı çalışan hemşirelerde 23.76 ± 2.08 olarak bulunmuştur. İletişim alt boyutu skor ortalamaları son 6 ayda çalışma düzenine göre anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılan hemşirelerin son 6 ayda çalışma düzenine göre THEÖ alt grupları incelendiğinde alt gruplara göre toplam ortalama ve standart sapma sonuçları 08.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 233.40 ± 11.49 ; 16.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 215.18 ± 26.97 ; sürekli gündüz çalışan hemşirelerde 232.48 ± 9.81 ; sürekli değişen (16.00-08.00/08.00-08.00/08.16.00)

vardiyalı çalışan hemşirelerde 230.46 ± 11.76 ; olarak bulunmuştur. Son 6 ayda çalışma düzenine göre THEÖ alt grupları incelendiğinde alt gruplara göre anlamlı bir fark vardır ($p=0.038$) (Tablo 10).

Tablo 10. Son 6 Ayda Çalışma Düzenine Göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği	08.00-08.00 Vardiyalı Çalışma	16.00-08.00 Vardiyalı Çalışma	Sürekli Gündüz	Değişen Vardiyalar	p
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	87.79±3.63	85.58±7.11	87.60±5.08	87.67±3.63	>0.05
Enfeksiyonların Önlenmesi	58.33±3.62	53.91±6.22	58.27±3.19	57.60±3.95	0.029
Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği	37.62±3.09	37.66±2.99	37.65±3.49	37.12±3.39	>0.05
Düşmelerin Önlenmesi	24.28±1.41	21.28±3.92	24.10±1.76	23.82±2.00	0.04
İletişim	24.24±1.35	22.00±4.31	23.91±1.83	23.76±2.08	>0.05
Toplam	233.40±11.49	215.18±26.97	232.48±9.81	230.46±11.76	0.038

Araştırmaya katılan hemşirelerin Son 6 ayda aylık en fazla çalışma saatine göre THEÖ skor ortalaması incelenmiştir (Tablo 11).

THEÖ İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda aylık çalışma saatine göre en fazla 160 saat çalışan hemşirelerde 86.18 ± 7.58 ; 168-199 saat arası çalışan hemşirelerde 87.61 ± 3.71 ; 200 saat ve üzeri çalışan hemşirelerde (87.77 ± 3.47) olarak bulunmuştur. THEÖ İlaç ve

Transfüzyon Uygulamaları incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda aylık çalışma saatine göre anlamlı bir fark yoktur ($p=0.106$) (Tablo 11).

Ölçeğin Enfeksiyonların Önlenmesi alt boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda aylık çalışma saatine göre en fazla 160 saat çalışan hemşirelerde 57.65 ± 4.58 ; 168-199 saat arası çalışan hemşirelerde 57.60 ± 3.78 ; 200 saat ve üzeri çalışan hemşirelerde 57.80 ± 3.82 ; olarak bulunmuştur. Ölçeğin Enfeksiyonların Önlenmesi alt boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda aylık çalışma saatine göre anlamlı bir fark yoktur ($p=0.913$) (Tablo 11).

Ölçeğin Hasta İzlemi ve Malzeme- Cihaz Güvenliği alt boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda aylık çalışma saatine göre en fazla 160 saat çalışan hemşirelerde 36.84 ± 4.39 ; 168-199 saat arası çalışan hemşirelerde 36.91 ± 3.68 ; 200 saat ve üzeri çalışan hemşirelerde 37.57 ± 2.78 ; olarak bulunmuştur. Ölçeğin Hasta İzlemi ve Malzeme- Cihaz Güvenliği alt boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda aylık çalışma saatine göre anlamlı bir fark yoktur ($p=0.234$) (Tablo 11).

Ölçeğin Düşmelerin Önlenmesi alt boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda aylık çalışma saatine göre en fazla 160 saat çalışan hemşirelerde 23.84 ± 2.73 ; 168-199 saat arası çalışan hemşirelerde 23.75 ± 1.97 ; 200 saat ve üzeri çalışan hemşirelerde 24.11 ± 1.65 ; olarak bulunmuştur. Ölçeğin Düşmelerin Önlenmesi alt boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda aylık çalışma saatine göre anlamlı bir fark yoktur ($p=0.329$) (Tablo 11).

Ölçeğin İletişim alt boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda aylık çalışma saatine göre en fazla 160 saat çalışan hemşirelerde 23.68 ± 2.88 ; 168-199 saat arası çalışan hemşirelerde 23.67 ± 2.14 ; 200 saat ve üzeri çalışan hemşirelerde 24.01 ± 1.64 ; olarak bulunmuştur. Ölçeğin İletişim alt boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda aylık çalışma saatine göre anlamlı bir fark yoktur ($p=0.383$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hemşirelerin Son 6 Ayda Aylık Çalışma Saatlerine Göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Skor Ortalamaları

THEÖ	160 saat	168-199 saat	200 saat ve üzeri	p
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	86.18±7.58	87.61±3.71	87.77±3.47	0.106
Enfeksiyonların Önlenmesi	57.65±4.58	57.60±3.78	57.80±3.82	0.913
Hasta İzlemi ve Malzeme- Cihaz Güvenliği	36.84±4.39	36.91±3.68	37.57±2.78	0.234
Düşmelerin Önlenmesi	23.84±2.73	23.75±1.97	24.11±1.65	0.329
İletişim	23.68±2.88	23.67±2.14	24.01±1.64	0.383

Çalışmada kullanılan THEÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının çalışılan servise göre (Dahili-Cerrahi) değişimi incelenmiştir, fark bulunmamıştır (p=0.366) (Tablo 12).

THEÖ İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutu skor ortalamaları Cerrahi biriminde çalışan hemşirelerde 87.38±4.00; Dahili birimde çalışan hemşirelerde 87.64±4.52 olarak bulunmuştur (p=0.591) (Tablo 12).

THEÖ Enfeksiyonların Önlenmesi alt boyutu skor ortalamaları Cerrahi birimde çalışan hemşirelerde 57.45±3.98; Dahili birimde çalışan hemşirelerde 57.90±3.92 olarak bulunmuştur (p=0.333) (Tablo 12).

THEÖ Hasta İzlemi ve Malzeme- Cihaz Güvenliği alt boyutu skor ortalamaları Cerrahi birimde çalışan hemşirelerde 37.13±3.72 Dahili birimde çalışan hemşirelerde 23.70±2.13 olarak bulunmuştur (p=0.757) (Tablo 12).

THEÖ Düşmelerin Önlenmesi alt boyutu skor ortalamaları Cerrahi birimde çalışan hemşirelerde 23.70±2.13; Dahili birimde çalışan hemşirelerde 24.02±1.9 olarak bulunmuştur (p=0.106) (Tablo 12).

THEÖ İletişim alt boyutu skor ortalamaları Cerrahi birimde çalışan hemşirelerde 23.85±2.09; Dahili birimde çalışan hemşirelerde 23.69±2.1 olarak bulunmuştur (p=0.494) (Tablo 12).

Hemşirelerin çalıştığı servise göre THEÖ alt boyutlarının skor puanlaması incelendiğinde Dahili ve Cerrahi servislerinde çalışan hemşireler arasında anlamlı bir fark yoktur (p>0.05) (Tablo 12).

Tablo 12. Hemşirelerin Çalıştığı Servise Göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Alt Boyutlarının Skor Ortalaması

Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği		Ortalama± Std. Sapma	p
İlaç ve Transfüzyon	Cerrahi	87.38±4.00	0.591
	Dahili	87.64±4.52	
Enfeksiyonların önlemesi	Cerrahi	57.45±3.98	0.333
	Dahili	57.90±3.92	
Hasta izlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği	Cerrahi	37.13±3.72	0.757
	Dahili	37.25±3.27	
Düşmelerin Önlemesi	Cerrahi	23.70±2.13	0.160
	Dahili	24.02±1.9	
İletişim	Cerrahi	23.85±2.09	0.494
	Dahili	23.69±2.1	

3.1.7. Epworth Uykululuk Ölçeği Değerlendirmeleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin EUÖ toplam skor ortalaması 9.38 ± 5.00 , (0-24) olarak hesaplanmıştır. Medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde araştırmaya katılan evli hemşirelerin 9.65 ± 4.96 ; çalışmaya katılan bekar hemşirelerin 9.30 ± 5.03 ; olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan evli ve bekar hemşireler arasında EUÖ göre aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hemşirelerin çalıştıkları yere göre EUÖ alt boyutu değerlendirildiğinde NKUSAUM hemşire çalışanlarında ($n=47$), 9.64 ± 4.78 ; TDH çalışanlarında ($n=191$) 9.51 ± 4.96 ; Özel Hastane çalışanlarında ($n=70$), 8.86 ± 5.28 ; olarak bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları yere göre EUÖ alt boyutu değerlendirildiğinde NKUSAUM hemşire çalışanları, TDH çalışanları ve Özel Hastane çalışanlarında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Hemşirelerin EUÖ skor ortalamaları çalıştığı servise göre incelendiğinde Cerrahi birimde çalışan hemşirelerde 10.28 ± 5.2 ; Dahili birimde çalışan hemşirelerde 8.7 ± 4.6 ; olarak bulunmuştur. EUÖ incelendiğinde skor ortalamaları araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı servise göre incelendiğinde Cerrahi birimde çalışan hemşireler ve Dahili birimde çalışan hemşireler arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0.009$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hemşirelerin Kimi Özelliklerine Göre Epworth Uykululuk Ölçeği Skor Ortalaması Kıyaslanması

Epworth Uykululuk Ölçeği	Ortalama±Std. Sapma	p
Medeni durum		
Evli Hemşireler	9.65±4.96	0.05
Bekar Hemşireler	9.30±5.03	
Çalıştıkları yer		
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	9.64±4.78	0.05
Tekirdağ Devlet Hastanesi	9.51±4.96	
Özel Hastaneler	8.86±5.28	
Çalışılan servis		
Dahili Hemşiresi	8.7±4.6	0.009
Cerrahi Hemşiresi	10.28±5.2	

Araştırmaya katılan hemşirelerin son 6 ayda çalışma düzenine göre EUÖ skor ortalaması incelenmiştir. Ölçek incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerde son 6 ayda çalışma düzenine göre sürekli 08.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde sürekli 16.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşireler, sürekli gündüz çalışan hemşireler, sürekli değişen (16.00-08.00/08.00-08.00/08.16.00) vardiyalı çalışan hemşireler arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$)

3.1.8. Uyku Döngüsü Ölçeği Değerlendirmeleri

Araştırmaya katılan Hemşirelerin UDÖ alt boyut ortalama ve standart sapma değerleri Esneklik alt boyutunda 17.41 ± 3.88 , (7-25) ve İsteksizlik alt boyutunda 9.40 ± 3.43 , (4-20) olarak hesaplanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Uyku Döngüsü Ölçeğinde Alt Boyutları Ortalama ve Std. Sapması

Uyku Döngüsü Ölçeği (UDÖ)	Ortalama±Std.Sapma	Min-Max değerler
Esneklik	17.41 ± 3.88	7-25
İsteksizlik	9.40 ± 3.43	4-20

Buna göre UDÖ'ne göre skor ortalaması Esneklik alt boyutunda evli hemşirelerde 17.06 ± 3.67 ; bekar hemşirelerde 18.02 ± 4.25 ; İsteksizlik alt boyutuna göre evlilerde 8.37 ± 3.22 ; bekar hemşirelerde 10.39 ± 3.50 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin Medeni Durumlarına göre UDÖ Esneklik ve isteksizlik alt boyutlarında medeni duruma göre anlamlı fark vardır, sırasıyla $p=0.004$, $p<0.001$. (Tablo 15).

Tablo 15. Medeni Durumlarına Göre Uyku Döngüsü Ölçeği Skor Ortalaması

Uyku Döngüsü Ölçeği	Evli Hemşireler	Bekar Hemşireler	p
Esneklik	17.06 ± 3.67	18.02 ± 4.25	0.004
İsteksizlik	8.37 ± 3.22	10.39 ± 3.50	<0.001

Hemşirelerde UDÖ göre skor ortalamalarının çalışılan yere göre değişimi incelenmiş; TNKUSAUM çalışanlarında (n=47), 32.19 ± 6.16 ; TDH çalışanlarında (n=185), 30.16 ± 5.79 ; ve Özel Hastane çalışanlarında (n=64), 33.28 ± 5.74 olarak bulunmuştur. (Tablo 15).

Tablo 16. Hemşirelerin Çalıştığı Kuruma Göre Uyku Döngüsü Ölçeği Skor Ortalamaları

Uyku Döngüsü Ölçeği (UDÖ)	Ortalama±Std. Sapma	p
Çalışılan kurum		
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	32.19±6.16	0.05
Tekirdağ Devlet Hastanesi	30.16±5.79	
Özel Hastane	33.28±5.74	

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre UDÖ'nin Esneklik alt boyutunda anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Ölçek incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre Uyku Döngüsü Ölçeğinin iki alt boyutu olan Faktör (1) Esneklik alt grubuna göre Tekirdağ Devlet Hastanesinde çalışan hemşireler, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışan hemşireler, Özel Hastanelerde çalışan hemşireler arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre UDÖ İsteksizlik alt boyutunda Kamu Hastanelerinde çalışan hemşirelerin isteksizlik ortalaması Özel Hastanelerde çalışan hemşirelere göre daha yüksektir ($p=0.004$).

Araştırmaya katılan Hemşirelerin çalıştığı servise göre UDÖ skor ortalamaları kıyaslandığında Cerrahi birimde çalışan hemşirelerde 31.08 ± 6.1 ; Dahili birimde çalışan hemşirelerde 31.25 ± 5.5 olarak hesaplandı, anlamlı fark yoktur (Tablo 16).

Tablo 17. Hemşirelerin Çalıştığı Servise Göre Uyku Döngüsü Ölçeği Skor Ortalaması

Uyku Döngüsü Ölçeği (UDÖ)	Ortalama±Std.Sapma	p
Dahili Hemşiresi	31.25±5.5	0.05
Cerrahi Hemşiresi	31.08±6.1	

BÖLÜM 4:

TARTIŞMA

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya katılan Tekirdağ İli Süleymanpaşa İlçesi çalışan hemşirelerinin Tıbbi Hata Eğilim Ölçeğine göre puan değerleri incelendiğinde, ölçek toplam puanı 230.93 ± 12.42 yüksek olması nedeniyle, ölçekten alınacak puan ortalaması 49-245 aralığı olduğu için hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde konu ile ilgili daha önceki çalışmalar sonuçlar ile uyumludur.

Ölçeğin “*ilaç ve transfüzyon uygulamaları*” alt boyutunda 18 madde yer almakta ve toplam “*ilaç ve transfüzyon uygulamaları*” skor ortalaması 87.52 ± 4.35 , min=54, max=90 değerlerinde olup ilaç ve transfüzyon uygulama hatası yapma eğilimlerinin düşük olduğu gösterdi. İlaç uygulama hataları, hasta güvenliğini en fazla tehdit eden hata türüdür. Hatayı oluşturan nedenler olduğu gibi hatanın oluşmasına ortam hazırlayan faktörler de vardır. Hata oluşmasını etkileyen faktörlerin bilinmesi hata oluşturan faktörlerin ortamdaki uzaklaştırılmasına yardımcı olabilmektedir. Bu faktörlere bakıldığında gece saatlerinde çalışmak, sabahın erken saatlerinde çalışmak, mesleki deneyimi az olan personelle çalışmak, iş yükündeki artış ve personelin yorgun olması olarak belirtilmektedir (Aygin ve Cengiz, 2011).

Ölçeğin “*Enfeksiyonların Önlenmesi*” alt boyutunda 12 madde yer almaktadır. “*Enfeksiyonların Önlenmesi*” alt boyutu incelendiğinde 57.77 ± 3.86 skor olduğu min=35, max=60, değerlerde olduğu saptanmıştır. Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi sağlık uygulamalarında en zor alanlarından biri olmasının yanında, enfeksiyon oranlarındaki artış, sağlık bakımı sunanlar ve hastalar için de büyük bir endişe kaynağıdır (Dikmen ve ark. 2014).

Ölçeğin “*Hasta İzlemi ve Malzeme- Cihaz Güvenliği*” alt boyutunda 9 madde yer almaktadır. “*Hasta İzlemi ve Malzeme- Cihaz Güvenliği*” skor ortalamalarının 37.27 ± 3.42 , min=19, max=40 değerlerde olduğu hesaplanmıştır. Yetersiz hasta izlenimlerinin olması gelişmiş birçok ülkede hatalı tıbbi uygulamalara ilişkin davaların en sık rastlanılan nedenlerindedir (Özata ve Altuncan 2009).

Ölçeğin en düşük genel skor ortalaması 23.90 ± 1.98 olan alt boyutlardan biri “*Düşmelerin önlenmesi*” alt boyutudur, min=12, max=25 değerlerde olduğu saptanmıştır. Yetişkin hastalarda düşme vakalarının nedenlerinin çoğunu fizyolojik sebeplere bağlı olduğu belirlenmiştir. Örnek olarak; Yabancı hastane ortamı, vücut aktivitelerinde değişimler, özürülük, yaşlılarda demans, görme, işitme kaybı, kas kuvveti ve reflekslerde azalma gibi fiziksel ve mental yetersizlikler veya tedavi süreci gibi uyanıklık durumunu ya da dengeyi etkileyen hastalıklar ve hastanın yaşı, düşme riskini artıran bireysel risk faktörleri arasında yer almaktadır (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

Ölçeğin en düşük genel puan ortalaması olan bir diğer boyut ise “*İletişim*” alt boyutu 23.81 ± 2.05 , min=10, max=25 değerleri bulunmuştur. Tıbbi hataların oluşmasındaki diğer önemli neden ise sağlık personelleri arasındaki iletişimsizlik veya iletişim bozukluklarıdır (Top, Gider ve ark. 2008). ABD’nde 2009 yılında ortaya çıkan 40.000 ‘den fazla tıbbi hatanın kök nedeninin %60-80 oranında etkisiz iletişim ve ekip çalışması yetersizliği olduğu bildirilmiştir (Dikmen ve ark., 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelerin hastanede meydana gelen hataların %83.1’inin iletişim kaynaklı olduğuna inandıkları bulunmuştur (Gökdoğan ve Yorgun, 2010).

Dikmen ve ark. (2014) göre; elde edilen bulgular THEÖ toplam puan ortalaması 230.68 ± 10.78 olarak düşük düzeyde eğilim saptanmış. Ölçeğin alt boyutlarının toplam skor ortalamaları ise “*ilaç ve transfüzyon uygulamaları*” alt boyutu toplam skor 86.56 ± 3.54 , “*hastane enfeksiyonları*” alt boyutu toplam skor 57.67 ± 2.79 , “*hasta izlemi ve malzeme güvenliği*” alt boyutu toplam skor 39.98 ± 3.91 , “*düşmeler*” alt boyutu toplam skor 23.22 ± 2.04 , “*iletişim*” alt boyutu toplam skor 23.00 ± 2.17 olarak bulunmuş. Araştırmamızla benzer özellikler göstermektedir.

Şahin ve Özdemir'e (2014) göre; Hemşirelerin THEÖ toplam ölçek ve alt boyut skor ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; ölçek toplam skoru 132.42 ± 3.44 , “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” skoru 20.81 ± 4.10 , “hastane enfeksiyonları” skoru 42.12 ± 3.33 , “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” skoru 30.25 ± 4.48 , “düşmeler” skoru 20.12 ± 3.10 , “iletişim” skoru 19.12 ± 2.36 olduğu belirlenmiştir. Çalışmada bulunan alt boyut “iletişim” skorlarının en düşük seviyede olması çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda ölçeğin alt skor ortalamaları verilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek skor ortalaması göz önüne alındığında alt boyut skor ortalamalarının genellikle yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgular ile birlikte çalışmanın yapıldığı hastanede kalite çalışmalarının devam etmesi ve sürekli hizmet içi eğitimlerinin yapılması bu sonucu etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda bu sonuç tıbbi hataya eğilimlerinin belirlenmesine yönelik yapılan diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir (Avşar ve ark. 2016).

Çalışma grubunun çalıştıkları kuruma göre THEÖ skor ortalaması Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi çalışanlarında 231.25 ± 9.90 , Tekirdağ Devlet Hastanesi çalışanlarında 230.61 ± 13.52 ve Özel Hastane çalışanlarında: 231.54 ± 11.14 olarak bulunmuştur. Araştırmada aralarında THEÖ skor ortalamalarında artış mevcuttur, skorların artması durumunda tıbbi hatada düşüş gösterdiği yorumlanmakla birlikte kurumlar arası çalışmaya göre THEÖ belirgin bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0.852$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin son 6 ayda çalışma düzenine göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği alt grupları incelendiğinde alt gruplara göre toplam ortalama ve standart sapma sonuçları 08.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 233.40 ± 11.49 ; 16.00-08.00 arası vardiyalı çalışan hemşirelerde 215.18 ± 26.97 ; sürekli gündüz çalışan hemşirelerde 232.48 ± 9.81 ; sürekli değişen (16.00-08.00/08.00-08.00/08.16.00) vardiyalı çalışan hemşirelerde 230.46 ± 11.76 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin son 6 ayda çalışma düzenine göre THEÖ toplam ölçek ortalama değerleri arasındaki değişim incelenmiş, anlamlı fark saptanmıştır (<0.001).

Farkın 16.00-08.00 saatleri arasında vardiyalı çalışan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışmamızda sahada ki çalışma sürelerinin uzun 16 saati aşkın ve gece vakti olması vardiyalı çalışma sisteminde tıbbi hataya eğilim düzeyini arttırmakta olduğu belirlenmiştir.

Son 6 ayda çalışma düzenine göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği alt grupları incelendiğinde alt gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı değerlendirilmektedir ($p=0.038$). İstatistiksel açıdan anlamlı farkın olmasının nedeni Düşmelerin Önlenmesi alt boyutu skor ortalamaları son 6 ayda çalışma düzenine göre ($p=0.04$) anlamlı bir fark vardır. Enfeksiyonların Önlenmesi alt boyutuna göre son 6 ayda çalışma düzenine göre anlamlı bir fark olduğundan dolayıdır ($p=0.029$). Son 6 ayda çalışma düzenine göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği alt boyutları olan Enfeksiyonların Önlenmesi ve Düşmelerin Önlenmesi alt boyutlarında McNemar non parametrik test uygulanarak alt boyut farklarının nedeni bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştığı servise göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği skor puanlaması incelenmiştir. Hemşirelerin çalıştığı servise göre Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği alt boyutlarının skor puanlaması incelendiğinde Dahiliye ve Cerrahi servislerinde çalışan hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak değerlendirilmemiştir ($p>0.05$). Çalışmamızda THEÖ alt boyutları dahili ve cerrahi klinikler açısından değerlendirildiğinde İletişim alt boyut skor ortalamaları düşük olarak değerlendirilmiştir. Özata ve Altuncan'ın çalışmasında, tıbbi hata türleri dahili ve cerrahi klinikler açısından değerlendirildiğinde; sadece yanlış ilaç uygulama ve yanlış yerden ilaç uygulamasının cerrahi kliniklerde dahili kliniklere oranla daha yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır (Özata ve Altuncan, 2010).

Hemşirelerin çalıştıkları yere göre Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) alt boyutu değerlendirildiğinde Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi hemşire çalışanları, Tekirdağ Devlet Hastanesi çalışanları ve Özel Hastane çalışanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Epworth Uykululuk Ölçeği incelendiğinde skor ortalamaları araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı servise göre incelendiğinde Cerrahi birimde çalışan

hemşirelerde 10.28 ± 5.2 ; Dahili birimde çalışan hemşirelerde 8.7 ± 4.6 ; olarak bulunmuştur. Epworth Uykululuk Ölçeği incelendiğinde skor ortalamaları araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı servise göre incelendiğinde Cerrahi birimde çalışan hemşireler ve Dahili birimde çalışan hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.009$).

Buna göre Uyku Döngüsü Ölçeğine (UDÖ) göre skor ortalaması evli hemşirelerde Faktör (1) Esneklik göre ($x=17.06 \pm 3.67$), bekar hemşirelerde Faktör (1) Esnekliğe göre 18.02 ± 4.25 ; bulunmuş iki grup karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu değerlendirilmiştir ($p=0.004$). Uyku Döngüsü Ölçeğine göre skor ortalaması evli hemşirelerde Faktör (2) isteksizliğe göre 8.37 ± 3.22 ; bekar hemşirelerde Faktör (2) İsteksizliğe göre 10.39 ± 3.50 ; olup iki grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark vardır ($p=0.001$).

Araştırmaya katılan hemşirelerde Uyku Döngüsü Ölçeğinin çalıştıkları kurumlara göre Faktör (2) İsteksizlik alt boyutu incelendiğinde Tekirdağ Devlet Hastanelerinde çalışan hemşirelerin isteksizlik oranı Özel Hastanelerde çalışan hemşirelere göre daha çok olduğu görülüp, Tekirdağ Devlet hastanelerinde çalışan hemşireler ve Özel Hastanelerde çalışan hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup buna göre; Uyku Döngüsü Ölçeğine göre skor ortalaması Özel Hastanede çalışan hemşireler ve Tekirdağ Devlet Hastanelerinde çalışan hemşireler arasında Faktör (2) isteksizliğe göre Posthoc Beonferroni düzeltmesi yapıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.004$).

Çalışma grubundaki hemşirelerde çalışma koşullarınızdan kaynaklı herhangi bir nedenle mesleki uygulamalarınızda hata yapmaktan endişe ediyor musunuz sorusu ile son altı ayda iğne batması olayı yaşadınız mı sorusu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Şahin ve Özdemir (2015) Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini inceledikleri çalışmalarında hemşirelerin en fazla yaptıkları ve tanık oldukları tıbbi hatalara yönelik iğne ve delici kesici alet yaralanmalarının %50 olduğu tespit edilmiştir (Şahin ve Özdemir 2015).

Çalışma grubundaki hemşirelerin düzenli ve kaliteli bir uyku uyuyor musunuz sorusu ve son altı ayda iğne batması yaşadınız mı sorusunun sonuçları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$). Fakat bilinmektedir ki hemşirelik mesleği vardiyalı çalışma sistemi olan bir çalışma grubu içinde yer almakta ve vardiyalı çalışmaya bağlı uyku kalitesinde düşmeyle birlikte iş performansının da olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Brugne (1994), göre hemşirelerde gece çalışmanın sirkadiyen ritim ve uyku kalitesine etkisini incelediği çalışmasında, gece çalışmanın insanların çalışması için uygun olmadığı, gece çalışanların genellikle 02:00-04:00 saatleri arasında dikkatsizlik nedeniyle zorluk çektikleri periyodik uyku ve dinlenme sürelerinin (öğle zamanı gibi) gece çalışmanın olumsuz etkilerini azalttığını bulmuştur (Brugne, 1994; Akt, Üstün ve Çınar, 2011).

Çalışma grubunun davranışsal özelliklerde yer alan çalışma koşullarınızdan kaynaklı herhangi bir nedenle sağlığınıza endişe ediyor musunuz sorusu ile son altı ayda iğne batması olayı yaşadınız mı sorusu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Tekirdağ ili merkezinde üç kurumda çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki tıbbi hata gelişiminde vardiyalı çalışmanın etkisini belirlemeyi amaçladık. Bu çalışmada genel olarak hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olduğu, bunun yanında ilaç ve transfüzyon uygulama hatası yapma eğilimlerinin düşük olduğu saptandı. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olması, çalışmanın yapıldığı hastanede başlatılan kalite çalışmaları kapsamında belirli periyotlarda çalışanlara verilen hizmet içi eğitim ve iyileştirme çalışmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca bu çalışma sonucunda ortaya çıkan önemli bir bulgu da tıbbi hata türlerinden düşmelerin önlenmesi ve iletişim boyutlarında, diğer boyutlara göre hataya eğilim düzeyinin daha yüksek olmasıydı. Bu sonuç, çalışmanın yapıldığı hastanede hizmet içi eğitimleri ve hasta güvenliği çalışmalarını bu konulara daha fazla yönlendirmesini ve hemşire yöneticilerin bu konulardaki çalışmalarını tekrar gözden geçirmesi gerektiğini ortaya koyabilir. Bu amaçla, hastanelerde kalite çalışmalarının dolayısıyla bu kapsamda tıbbi hataların önlenmesi için tıbbi hata türlerinin ve hataya yol açan faktörlerin belirlenmesi ve izlenmesi önerilebilir. Bunun yanında, bu çalışma sonucuna göre, hastanelerde kalite çalışmaları kapsamında tıbbi hatalara yönelik hizmetiçi eğitimlerin belli periyotlarda tekrarlanması ve gözden geçirilmesi de önemli görünmektedir. Hemşirelerin sorulara olumlu yönde yanıt vererek hataları gizleme eğilimi gösterebilecekleri tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük çıkmasına neden olabileceği de unutulmamalıdır. Bu nedenle benzer çalışmaların farklı yöntemlerle, daha büyük örneklem gruplarıyla ve farklı kurumlarda tekrarlanması önerilebilir. Hemşire istihdamı, çalışma saatlerinde düzenleme, konularında uzmanlaşmış hemşirelerin görevlendirilmesi, ülkemizde hasta güvenliği kültürünün yerleşmesi için çalışmaların yapılması ve hastanelerde tıbbi hata rapor sisteminin kurulması, tıbbi hataları farklı boyutları ile detaylıca irdelenmesi ve alt boyutları için neden-sonuç ilişkisine dayalı bilgiler elde edilebilmesi için başka araştırmaların yapılması önerilebilir. Çalışmamızda Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin Özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre

İsteksizliklerinde belirgin şekilde fark bulunmuştur buna bağlı olarak çalışma düzeni ve bu isteksizlik sonucunun Kamu hastaneleri yönetimine bildirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerek sorunların ve nedenlerin doğru saptanması için çalışmalar yapılmalıdır.

Araştırmamız Tekirdağ İli Süleymanpaşa İlçesinde faaliyette bulunan hastanelerde hemşire olarak görev yapan personel üzerinde gerçekleştirilmiştir. Türkiye genelini kapsamaması ve sınırlı sayıda çalışan üzerinde gerçekleştirilmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, 20(3), 43-53.

Ağargün, M. Y., Çilli, A. S., Kara, H., Bilici, M., Telcioğlu, M., Semiz, Ü. B., & Başoğlu, C. (1999). Epworth Uykululuk Ölçeği'nin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 261-267.

Akalın, H. E. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-146.

Akbulut, T., Coşkun, N., & Abbasoğlu, A. (1998). İşyeri Hekimliği Ders Notları. *Türk Tabipler Birliği Yayını. Ankara*, 45-52.

Akgün, S., & Al-Assaf, A. F. (2007). Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 3, 42-47.

Altuncan H. (2009) Hemşirelik Hizmetini Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği.Yüksek Lisans Tezi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bölümleri Enstitüsü

Alparslan, Ö. & Erdemir, F. (1997). Pediatri Servislerinde Kullanılan Antibiyotiklerin Sulandırılması, Saklanması ve Hastaya Verilmesi Konusunda Hemşirelerin Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1(1):47.

American Nurses Association, Nursing's Social Policy Statement, Second Edition, (2003). p. 6 & Nursing: Scope and Standards of Practice, 2004, p. 7, <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/CertificationandAccreditation/AboutNursing.aspx>

Aştı, T. (2000). Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(2), 22-27.

Atan, Ş. Ü., Dönmez, S., & Duran, E. T. (2012). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 172-180.

Ayan, M. (1991). *Tıbbi müdahalelerden doğan hukuki sorumluluk*. Kazancı.

Aydın, E., & Ersoy, N. (1995). The principles of medical ethics. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History*, 3(2), 48.

Aygin, D., & Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(3), 110-114.

Avcı, K., & Aktan, T. (2015). Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi; Cilt 5, Sayı 2 (2015); 48-54*.

Avşar, G., & Armutçu, E. A. (2016). Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyi: Erzurum örneği. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(2), 115-122.

Berlanda A, Natvig GK, Gundersenb D. (2008) Patient Safety And Job-Related Stress: A Focus Group Study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 24: pp. 90-97.

Bernstein, M., Hebert, P. C., & Etchells, E. (2003). Patient safety in neurosurgery: detection of errors, prevention of errors, and disclosure of errors. *Neurosurgery Quarterly*, 13(2), 125-137.

Bulut, S., Güleğün, T. Ü. R. K., & Şahbaz, M. (2013). Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3), 163-169.

Caymaz, M. Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 1-14.

Cebeci, F., Gürsoy, E., & Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.

Çakmak, C., Konca, M., & Teleş, M. Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 423-448.

Çeçen, D., & Özbayır, T. (2011). Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastalarda düşme riskinin belirlenmesi ve düşmeyi önlemeye yönelik yapılan girişimlerin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(1), 11-23.

Çelik, F. (2008). *Sağlık kurumlarında iletişim; hasta ile sağlık personeli iletişimi üzerine bir araştırma* (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü).

Çırpı, F., Merih, Y., & Kocabey, M. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı*, 2.

Çoban, G. İ., Şirin, M., Kavuran, E., & Çiftçi, B. (2015). Üniversite hastanesinde hemşirelerin oral ilaç uygulama güvenliğini tehdit eden faktörlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 28-43.

Çoban, S., Yılmaz, H., Ok, G., Erbüyün, K., & Aydın, D. (2011). Yoğun bakım hemşirelerinde uyku bozukluklarının araştırılması. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 9(1), 59-63.

Demir, M. (1990). Vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin vardiya sisteminden kaynaklanan sorunlar hakkındaki görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara*.

Diker, S. (2003). Uşak il merkezi hastanelerinde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonlarına ilişkin bilgi düzeylerinin ölçülmesi (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Dikmen, Y. D., Yorgun, S., Yeşilçam, N., & Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 44-56.

Duysak, M. (2009). Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu <http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgdmakale/2009-3/5.pdf>

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

Durmaz, A. (2007). *Hastaların hastaneye yatmadan önce kullandıkları ilaçların kliniğe kabul edildikten sonra kullanımı ile ilgili ilaç hatalarının incelenmesi* (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Ersun, A., Başbakkal, Z., Yardımcı, F., Muslu, G., & Beytut, D. (2013). Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 33-45.

Ersoy, N. (2015). Hemşirelik ve etik. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; Cilt 7, Sayı 33 (1994); 43-51*

Ertem, G., Oksel, E., & Akbıyık, A. (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme.

Ertem, M., Arda, H., Baran, G., & Durgun, Y. Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 68-74.

Ertek, M. (2008). Hastane enfeksiyonları: Türkiye verileri. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 60, 9-14.

Ertekin, Ş., & Doğan, O. (1998). Hastanede yatan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.*

Er, F., & Altuntaş, S. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3(3), 132-139.*

Eskreis, T. R. (1998). Seven common legal pitfalls in nursing. *AJN The American Journal of Nursing, 98(4), 34-40.*

Fontan J., Maneglier V., Nguyen V. X., Loirat C. & Brion F. (2003) Medication Errors in Hospitals: Computerized Unit Drug Dispensing Systems Versus Ward Stock Distribution System. *Pharm World Sci 25(3):112–117.*

Güleç, D. (2012). *Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi*(Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Güleç, D., İntepeler, S.Ş. (2013). *Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi* ISSN:1307-9557(Basılı),ISSN:9549 (Online) Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013;15(3):26-41

Gülel, İ. (2011). Tıbbi Müdahale Sözleşmesine Uygulanacak Hükümler.

Giordano, K. (2003). Examining nursing malpractice: A defense attorney's perspective. *Critical care nurse, 23(2), 104-107.*

Güngör, P., Doğan Merih, Y., & Yaşar Kocabey, M. (2012). Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 43(4), 128-38.*

Gökdoğan, F., & Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(2), 53-59.*

Gökcan, H. T. (2014). Tıbbi müdahaleden doğan hukuki ve cezai sorumluluk. *Ankara: Seçkin Yayıncılık*.

Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., & Çimen, M. (2012). Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4).

İşçi N, (2015). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Erzurum

İntepeler, Ş. S., & Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 129-135.

Kaushal, R., Bates, DW., Landrigan, C., Mckenna, KJ., Clapp, M., Federico, F., Goldmann, D (2001). Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatrics Inpatients, *JAMA*, V; 285(16): 2116.

Karaöz, S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 1-9.

Kumcağız, H., Yılmaz, M., Çelik, S. B., & Avcı, İ. A. (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 38(1).

Kök, A. N., Güler, M., & Çalangu, S. (2003). Hekimlikte malpraktis. *ANKEM Derg*, 17, 345-51.

Külcü, Y. (2017). Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi* *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;20:1

Larson, K., & Elliott, R. (2009). Understanding malpractice: a guide for nephrology nurses. *Nephrology Nursing Journal*, 36(4), 375-377.

Manav, G., & Başer, S. Çocuk Hemşirelerinin İlaç Hatası Yapma Durumları ve Eğilimlerinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 41-49.

Mayo, AM. & Duncan, D (2009). Nurse Perceptions of Medication Errors: What We Need To Know For Patient Safety, *Journal of Nursing Care Quality*. 19: 213.

Mete, S. & Ulusoy, E. (2006). Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları, *Hemşirelik Forum Dergisi*. 39.

Milli Eğitim Bakanlığı, (2013). İnsan hakları, hasta hakları ve etik, *Hemşirelik*, Ankara

National Patient Safety Foundation (NPSF). Patient safety definition. 2008. Available from:: <http://www.npsf.org/rc/mp/definitions.php> (Accessed 2011 August 15).

Oral, T. (2009) Malpraktis İle Hastalıktan Kaynaklanan Komplikasyon Arasındaki Hukuki Ayrım Nasıl Olmalıdır? http://www.turkhukuksitesi.com/makale_1045.htm Erişim : 2019

Önal, G. (2009). *Sağlık uygulamalarında malpraktis –İSM Hasta hakları il koordinatörlüğü Ağustos-Malpraktis PPT* Erişim: 2019

Özata, M. (2009). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilimlerinin Ve Hasta Bakımında Gösterdikleri Özenin Belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 12(1-2), 417-430.

Özçetin, M., Saz, E. U., Karapınar, B., Özen, S., Aydemir, Ş., & Vardar, F. (2009). Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. *J Pediatr Inf*, 3(3), 49-53.

Özgönül, M. L. (2010). Türkiye’de tıp etiğı ve hukuk açısından tıbbi hata kavramı. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara*.

Öztürk, Y., Özata, M. (2013). Hemşirelerde örgütsel vatandaşlık davranışı ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişkinin araştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,18:3, 365-381.Fakültesi Dergisi, 29:2, 33-45.

Polat, O. T. (2005).Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik boyutları I. *Baskı. Seçkin yayıncılık. Ankara.*

Sezgin, B. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin usul ve esaslar hakkında tebliğ (2009). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm> Erişim: 2019

Sağlık Bakanlığı,“22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik.

Saygın, B., Ökten, F. (1990). Anestezi Kazaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 10(1), 51-56.*

Saraçoğlu, G. V., Tokuç, B., Doğan, S., Çelikkalp, Ü., & Saraçoğlu, A. Seçilen iki fabrikada vardiyalı çalışanlarda gündüz uykululuğu sıklığı ve gündüz uykululuğuna bağlı anksiyete ve depresyon riski. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2015; 13(3), 206-216.*

Saraçoğlu, G V., Tokuç, B., & Çelikkalp, Ü., “Vardiyalı çalışanların uyku özellikleri ve bozukluklarını değerlendirmede Sirkadiyen Tip Envanterinin Türkçe Formunun geçerlilik güvenilirliği”, 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, poster no: 192 Trabzon, Türkiye, Ekim 2011. (Poster Sunumu)

Şahin Orak, N., & Ecevit Alpar, Ş. (2012). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması.

Temel, M. (2005). Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: Malpraktis. In *Hemşirelik Forum Dergisi* (pp. 84-90).

The Institute of Medicine (IOM) (2001) Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, Washington, National Academies Press, 67-82.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Sentinel Event Statistics, 2006.

www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm, (21.05.2015).

Türk Dil Kurumu (TDK) (2010). Büyük Türkçe Sözlük. T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu. Tıp Terimleri Sözlüğü Erişim Adresi: <http://sozluk.gov.tr/> Erişim: 2019

Türk Hemşireler Derneği (2008). Türkiyede Hemşirelerin Çalışma Koşulları. TDH yayınları (10.02.2011). Ankara <http://turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yayinlar/thd-yayinlari/brosurler-ve-raporlar/turkiyede-hemsirelerin-calisma-kosullari.aspx> Erişim: 2019

Üstün, Y., & Yücel, Ş. Ç. (2011). Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 29-38.

Yıldırım, G., & Kadioğlu, S. (2007). Etik ve tıp etiği temel kavramları. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(2), 7-12.

Yücesan, A., & Alkaya, S. A. (2017). Bireylerin Tıbbi Hatalarla İlgili Görüş ve Deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 44(1), 25-31.

Wilson DG, McCartney RG, Newcombe RG, McCartney AJ ve ark. (1998) Medication errors in paediatric practice: insights from a continuous quality improvement approach. *Eur J Pediatr* 157(9):769-74.

WHO, Consultation on Hospital Infection Prevalence Survey, Geneva. 1986.

EKLER

Sayın meslektaşım,
 Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Tezinde kullanılmak üzere bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Bu çalışmada, veri toplamak amacı ile aşağıdaki anket formu ve ölçekler uygulanacaktır. Kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Sizin ve çalışma ortamınız ile ilgili sorular bulunan bu bölümü lütfen dikkatle okuyup durumunuza en uygun biçimde cevaplayınız. Görüş ve değerlendirmeleriniz bu araştırma için büyük önem taşımaktadır. Yanıtlarınız, yalnızca araştırma amacına yönelik olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Hemşirelikte Kişisel Soru Formu

Temel Demografik veriler:
1. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
2. Doğum Tarihi? (yıl)
3. Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr 3) Birlikte yaşıyor 4) Dul, boşanmış
4. Eğitim: 1) Orta öğretim bitirmiş 2) Meslek Lisesi bitirmiş 3) Önlisans 4) Üniversite bitirmiş 5) Yüksek lisans ve üstü bitirmiş
5. En son bitirdiğiniz bölümün adı:
6. Çocuk sayısı: 1) 0 (var ise) kaç tane belirtiniz: yaşları: / /
7. Bakmakla yükümlü olduğunuz engelli/yaşlı kişi sayısı? (sayı ile belirtiniz):
8. Hane halkı toplam sayısı (yazınız):
9. Eve gelir getiren sizden başka (eş, çocuk, büyük baba vb.) kaç kişi var? 1) 0 (var ise) kaç tane: ...
10. Toplam hane geliriniz için uygun olanı işaretleyiniz: 1) gelir gidere eşit 2) gelir giderden az 3) gelir giderden fazla
İş Ortamının, Vardiya Düzeni
11. Çalıştığınız kadro: <input type="checkbox"/> Kamu Memur <input type="checkbox"/> Kamu Sözleşmeli <input type="checkbox"/> Özel Sözleşmeli <input type="checkbox"/> Taşeron Çalışanı <input type="checkbox"/> diğer
12. Son 6 ayda çalışma düzeniniz? 1) Sürekli Gündüz 2) Sürekli 16.00-08.00 arası vardiyalı 3) Sürekli 08.00-08.00 arası vardiyalı 4) Değişen vardiya (16.00-08.00 / 08.00-08.00 / 08.00-16.00)
13. Ne zamandır vardiyalı çalışıyorsunuz? <input type="checkbox"/> Vardiyalı çalışmıyorum <input type="checkbox"/> aydır/..... yıldır çalışıyorum
14. Ne kadar süredir 08.00-08.00 arası vardiyalı çalışıyorsunuz? <input type="checkbox"/> Bu şekilde çalışmıyorum <input type="checkbox"/> aydır/..... yıldır çalışıyorum
15. Çalışıyorsanız nedeni? 1) Maddi nedenler 2) Çocuk varlığı 3) Ev ile ilgili nedenler 4) Ek iş yapma 5) Uzun zaman dinlenme olanağı 6) Diğer.....
16. Son 6 ayda, aylık en fazla kaç saat çalıştınız? <input type="checkbox"/> 160 saat <input type="checkbox"/> 168 – 199 saat <input type="checkbox"/> 200 saat ve üzeri
17. Vardiya değişiyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
18. Vardiya değişimi oluyorsa en sık nedeni? <input type="checkbox"/> Değişmiyor <input type="checkbox"/> İdari nedenler <input type="checkbox"/> Çalışandan kaynaklı nedenler
19. Çalışma saatlerinde ek bir aydınlatma yapılıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
20. Mesai sırasında ihtiyaç duyduğunuz an mola verebiliyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bazen
Ek İş
21. Mesai dışı ücretli bir işte çalışıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
22. Evet ise ne kadar süredir?.....
Meslek Öyküsü
23. Hemşire unvanı aldığınız okuldan mezun olma yılınız:
24. Çalıştığınız servis: <input type="checkbox"/> Cerrahi <input type="checkbox"/> Dahili
25. Kaç yıldır bu serviste çalışıyorsunuz?
26. İşyerindeki pozisyonunuz nedir? <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Servis sorumlu hemşiresi <input type="checkbox"/> Kat sorumlu hemşiresi <input type="checkbox"/> İdareci
27. Hayatınız boyunca iğne/enjektör batması olayını yaşadınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
28. Son 6 ayda kaç kez enjektör ucu batması olayı yaşadınız? <input type="checkbox"/> Son 6 ayda yaşamadım <input type="checkbox"/> ... kez
Ailesel Etkiler ve Etkilenmeler
29. Ailede hasta ya da bakılmaya muhtaç birey varlığı <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
30. Sizin bir hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Organik vb. (Şeker, Tansiyon, Nörolojik vb.) <input type="checkbox"/> Bedensel (güç kaybı, uzuv kaybı vb.) <input type="checkbox"/> Ruhsal (stres, depresyon)

31. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var/adı (.....)
Vücut kitle indeksi
32. Boyunuz (kg)
33. Kilonuz (m)
Davranışsal özellikler
34. Sizinle aynı sosyoekonomik konumda olan insanlarla karşılaştığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? <input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok kötü
35. Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
36. Düzenli ve kaliteli uyuduğunuzu düşünüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
37. Son 6 ayda düzenli spor yapıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
38. Çalışma Koşullarınızdan kaynaklı herhangi bir nedenle sağlığınıza endişe ediyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
39. Evet ise nedir? Yazınız
40. Çalışma koşullarınızdan kaynaklı herhangi bir nedenle mesleki uygulamalarınızda hata yapmaktan endişe ediyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bazen
41. Her gün en az günde bir tane sigara içiyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> İçiyordum, bıraktım
42. Kaç yaşında her gün en az günde bir tane içmeye başladınız?
43. Halen düzenli sigara kullanıyorsanız ortalama günde kaç adet? (sayı ile belirtiniz):
44. Bıraktı iseniz nedeni? (yazınız)
45. Alkol kullanır mısınız? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
46. Ne sıklıkla alkol kullanırsınız? <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Sık ve fazla miktarda ama içmesem de olur (...brdk/gün.....cins) <input type="checkbox"/> Kullanmadan duramam (...bardak/gün.....cins)
47. Madde (bağımlılık yapıcı ilaç, uyuşturucu, uhu, tiner koklama vb.) kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hiç Kullanmadım <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Kullanmadan duramam
Çay kahve tüketimi,
48. Ortalama günlük çay içme miktarınız nedir?
49. Ortalama günlük kahve içme miktarınız nedir?

Lütfen aşağıdaki ölçeği eksiksiz olarak doldurunuz. Teşekkürler.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği					
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyutu					
1. IV, IM ve SC enjeksiyonlarda ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
2. İlaç doğru hastaya yaptığmdan emin olurum	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
3. İlacım tam doz uygulanmasına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
4. Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim 4-5 4.96 ± 0.20	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
5. İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
6. Hastaya doğru ilacı yaptığmdan emin olurum	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
7. Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
8. İlacım hazırlanması ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
9. Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
10. Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
11. Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
12. Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
13. İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
14. Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
15. İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
16. İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
17. İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
18. İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman

Enfeksiyonların Önlenmesi Alt Boyutu					
19.İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
20.İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
21.Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
22.Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
23.Hastaya uygulanan invaziv girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
24.Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
25.Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
26.Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyonu ve dezenfeksiyonunu uygun şekilde yapılmasını sağlarım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
27.IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
28.Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
29.Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
30.Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği Alt Boyutu					
31.Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim ve vardiya arasında paylaşımına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
32.Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yaparım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
33.Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
34.Hasta izleme sıklığı doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
35.Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
36.Tüm sarf malzemelerinin son kullanma tarihlerini kontrol ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
37.Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
38.Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
Düşmelerin Önlenmesi Alt Boyutu					
39.Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
40.Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
41.Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlarım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
42.Hasta için gerekli araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
43.Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri, alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
İletişim Alt Boyutu					
44.Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
45.Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
46.Serviste çift order uygulamasına dikkat ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman
47.Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Herzaman

48.Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim	Hiç	Çok Nadir	Bazen	Genellikle	Her zaman
--	-----	-----------	-------	------------	-----------

Uyku Döngüsü Ölçeği

Aşağıdaki sorular, günlük alışkanlıklarımız ve tercihleriniz ile ilgilidir. Yapmayı tercih edeceğiniz, yapabileceğiniz, zorlanarak yapabileceğiniz ya da yapamayacağınız çalışma koşullarını lütfen belirtiniz.

Lütfen soruların hepsini yanıtlayınız ve mümkün olduğunca hızlı cevap veriniz. Teşekkürler

Durum	Uyuklama olasılığım				
	Neredeyse hiç	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
1. Başka insanlardan daha fazla uykuya ihtiyaç duyuyor musunuz?					
2. Eğer gece işi yapmak zorunda kalsaydınız, gündüz işi kadar kolay olabilir miydi?					
3. Normal uyanma vakti dışında başka saatte uyanmak daha mı zor?					
4. Gece veya gündüz, alışılmadık zamanlarda çalışmak hoşunuza gidiyor mu?					
5. Çok geç yattığımızda bir sonraki sabah uyumak istiyor musunuz?					
6. Yapacak çok işiniz varsa geç saatlere kadar kendinizi yorgun hissetmeden işinizi bitirebilir misiniz?					
7. Sabah uandıktan sonra kendinizi bir süre uykulu hissediyor musunuz?					
8. Gece geç saatlere kadar çalışmak, günün erken saatlerinde çalışmaktan daha mı kolay?					
9. Eğer sabah çok erken kalkmak zorunda iseniz bütün gün kendinizi yorgun hissediyor musunuz?					
10. Sabahları çalar saatle mi uyanıyorsunuz yoksa biri mi sizi uyandırıyor?					

Epworth Uykululuk Ölçeği

Aşağıdaki durumlarda hangi sıklıkla uyuklama eğilimindedesiniz? (Lütfen kendinizi yorgun hissettiğiniz zamanları değil uyuklama eğiliminde olduğunuz zamanları işaretleyiniz.) Bu test son zamanlardaki durumunuzu yansıtmak üzere planlanmıştır. Aşağıdaki bazı durumlara son zamanlarda karşılaşmadıysanız bile son karşılaştığınız zamanlarda nasıl olduğunuzu hatırlamaya çalışınız.

Durum	Uyuklama olasılığım			
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Büyük olasılıkla
1. Oturmuş bir şeyler okurken				
2. Televizyon seyredirken				
3. Toplum içinde hareketsizce otururken, (örneğin: herhangi bir toplantıda veya tiyatro gibi yerlerde)				
4. Ara vermeden en az bir saat süren bir araba yolculuğunda yolcu olarak bulunurken				
5. Öğleden sonra koşullar uygun olduğunda, dinlenmek için uzanmışken				
6. Birisiyle oturmuş konuşurken				
7. Alkol almadığım bir öğle yemeğinden sonra sessizce otururken				
8. İçinde olduğum araba, trafikte bir kaç dakika için durduğunda				



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

TEKİRDAĞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİR
GENEL SEKRETERLİĞİ - TEKİRDAĞ EĞİTİM
HİZMETLERİ BİRİMİ



Sayı : 42232655/044
Konu : Araştırma Başvurusu / Gülcan
BAHARLI

TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİNE

İlgi : Gülcan BAHARLI'nın 20/07/2015 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile kurumunuzda görevli Hemşire Gülcan BAHARLI " Tekirdağ İlinde Hemşirelik Mesleği Uygulamalarında Mesleki Tıbbi Hata Eğiliminde Vardiyalı Çalışma Sisteminin Etkisi " adlı çalışmanın anketini Tekirdağ Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelere uygulayabilmek için gerekli izin talebinde bulunmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, ankete katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, sonucun bir örneğinin CD formatında Genel Sekreterliğimiz Eğitim ve Ar-Ge Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Araştırma başvuru neticesinin Hemşire Gülcan BAHARLI'ya tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Uzm. Dr. Seyit Ali GÜMÜŞTAŞ
Genel Sekreter

Gülcan Baharlı
[Signature]

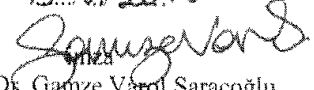
100. Yıl Mah. Hüseyin Mumcuoğlu Cad. No:37/A 59100/ TEKİRDAĞ
tekirdagkhh.egitim@saglik.gov.tr www.tekirdag.khh.saglik.gov.tr Fax: 0 282 262 57 29
Gülaydın TABU Ebe 0 282 2586565/1049

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Eğer belge elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 018b586a-a226-448e-b608-f66c5f362199 kodu ile erişebilirsiniz.

**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞINA**

“Tekirdağ İlinde Hemşirelik Mesleği Uygulamalarında Mesleki Tıbbi Hata Eğiliminde
Vardiyalı Çalışma Sisteminin Etkisi” isimli çalışmamızın etik kurulunuzda değerlendirilmesi
için gereğini arz ederim

19.07.2015



Doç. Dr. Gamze Varol Saraçoğlu
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

EK: Dosya (2 adet)

ÖZEL YAŞAM HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
TEKİRDAĞ

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Hemşirelik mesleğinde mesleki (tıbbi hata eğiliminde vardiyalı çalışma sisteminin etkisi" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.
Bu araştırmanın hastanenizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

22.7.15

İmza
Gülcan Baharlı
Namık Kemal Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans



UYGUNDUR

(Handwritten signature)


Adı Soyadı
Başhekim
ÖZEL YAŞAM HASTANESİ
Dr. Cengiz BECERİR
Dip. Tas. No: 44604
Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı

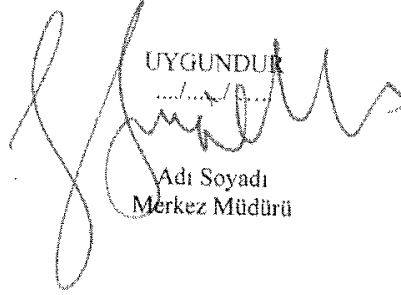
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Hemşirelik mesleğinde mesleki tıbbi hata eğiliminde vardiyalı çalışma sisteminin etkisi" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

06/07/2015


Doç. Dr. Garibe VAROL SARAÇOĞLU
Sorumlu Yürütücü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı


UYGUNDUR
.....
Adı Soyadı
Merkez Müdürü

ÖZEL YAŞAM HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE
TEKİRDAĞ

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Hemşirelik mesleğinde mesleki tıbbi hata eğiliminde vardiyalı çalışma sisteminin etkisi" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.
Bu araştırmanın hastanenizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

22.7.15

İmza
Gülcan Baharlı
Namık Kemal Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans



UYGUNDUR

(Handwritten signature)

Adı Soyadı
Başhekim
ÖZEL TEKİRDAĞ YAŞAM HASTANESİ
Op. Dr. Cengiz BECERİR
Dip. No: 44604
Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı

ÖZEL STAR MEDİCA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE
TEKİRDAĞ

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Hemşirelik mesleğinde mesleki tıbbi hata eğiliminde vardiyalı çalışma sisteminin etkisi" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.
Bu araştırmanın hastanenizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

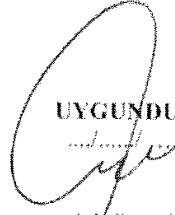
24.06.15



İmza

Gülcan Baharlı

Namık Kemal Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans

UYGUNDUR

Adı Soyadı
Başhekim
ÖZEL STAR MEDİCA HASTANESİ
Op.Dr. Özgür Biçer
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Diploma Teslim No: 77812/104852
SGK Kurum Kodu: 1254
Başhekim - Mesul Muhtar

