**T.C.**

**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELERİN TIBBİ HATALARI RAPOR ETMEME NEDENLERİ**

**HİLAL HATİCE ÜLKÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Gülengün TÜRK**

**AYDIN–2017**

**KABUL VE ONAY SAYFASI**

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde **Hilal Hatice ÜLKÜ** tarafından hazırlanan “Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenleri” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03.11.2017

Üye (T.D.) : Doç. Dr. Gülengün TÜRK ADÜ

Üye : Doç. Dr. Dilek ÖZDEN DEÜ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Yıldız DENAT ADÜ

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ……………..……..…tarih ve …………………………sayılı oturumunda alınan ……………………nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

Enstitü Müdürü

**TEŞEKKÜR**

Tez çalışmam süresince bilimsel yardımı ve desteğini aldığım danışman hocam Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Gülengün TÜRK’e,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Elemanları Sayın Yrd. Doç. Dr. Yıldız DENAT, Sayın Yrd. Doç. Dr. Süreyya BULUT, Sayın Öğr. Gör. Muazzez ŞAHBAZ ve Sayın Arş. Gör. Dr. Emel TUĞRUL’a,

Araştırmam boyunca desteğini esirgemeyen Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA’ya,

Araştırmamda yer almaya gönüllü olan tüm Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi hemşirelerine,

Araştırmam boyunca her zaman yanımda olan ve desteklerini hissettiğim değerli arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca üzerimde emeği olan, beni bu günlere getiren ve çalışmalarımda bana her zaman destek olan canım aileme,

Yürüdüğüm yolda her zaman yanımda olan, beni motive eden ve destekleyen canım eşim Gökhan ÜLKÜ’ye,

Sonsuz Teşekkürler…

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY i

TEŞEKKÜR ii

İÇİNDEKİLER iii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ v

TABLOLAR DİZİNİ vii

EKLER DİZİNİ ix

ÖZET x

ABSTRACT xi

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Hasta Güvenliği 4

2.2. Tıbbi Hata/Hatalı Uygulama 5

2.3. Tıbbi Hataların Görülme Sıklığı 6

2.4. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması 7

2.4.1. İlaç Uygulama Hataları 9

2.4.2. Cerrahi Hatalar 10

2.4.3. Tanı Hataları 10

2.4.4. Sistem Hataları 11

2.4.5. Hastane Enfeksiyonları 11

2.4.6. Hasta Düşmeleri 12

2.5. Tıbbi Hata Nedenleri 13

2.6. Tıbbi Hataların Hasta Üzerine Etkileri 14

2.7. Tıbbi Hataların Önlenmesi 15

2.8. Tıbbi Hataların Rapor Edilme Durumu 18

2.9. Raporlama Sistemi 19

3. GEREÇ VE YÖNTEM 22

3.1. Araştırmanın Amacı 22

3.2. Araştırmanın Şekli 22

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 22

3.4. Araştırmanın Zamanı 22

3.5. Araştırmanın Evreni 22

3.6. Araştırmanın Örneklemi 23

3.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 23

3.8. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 23

3.9. Verilerin Toplanması 23

3.9.1. Veri Toplama Araçları 23

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi 24

3.11. Değişkenler 24

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları 24

3.13. Araştırmanın Güçlükleri 25

3.14. Araştırmanın Etik Yönü 25

4. BULGULAR 26

4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 26

4.2. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerine İlişkin Bulgular 29

4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Davranışlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı 32

5. TARTIŞMA 61

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 66

KAYNAKLAR 68

EKLER 79

ÖZGEÇMİŞ 83

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ABD** | : Amerika Birleşik Devletleri |
| **AHA** | : American Hospital Association |
| **AIDS** | : Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu) |
| **AIUM** | : American Institute of Medicine (Amerikan İlaç Enstitüsü) |
| **CDC NNIS** | : United States Center for Disease Control National Nosocomial Infections Surveillance |
| **DSÖ** | : Dünya Sağlık Örgütü |
| **IM** | : İntramüsküler |
| **IOM** | : Institute of Medicine |
| **IV** | : İntravenöz |
| **JCAHO** | : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu) |
| **max** | : maksimum |
| **min** | : minimum |
| **n** | : Olgu Sayısı |
| **NCCMERP** | : National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi) |
| **NHS** | : National Health Service (Ulusal Sağlık Servisi) |
| **NPDB** | : National Practitioner Data Bank |
| **NPSF** | : National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı) |
| **p** | : Anlamlılık değeri |
| **r** | : Pearson Korelasyon katsayısı |
| **ss** | : Standart sapma |
| **SPSS** | : Statistical Package for Social Sciences |
| **t** | : Independent Samples t Test |
| **WHO** | : World Health Organization |
| **x** | : Ortalama |
| **x2** | : Ki- kare |
| **>** | : Büyüktür |
| **<** | : Küçüktür |
| **±** | : Plus- Minus Sign |
| **%** | : Yüzde işareti |

**TABLOLAR DİZİNİ**

**Tablo 1.** Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri 26

**Tablo 2.** Tıbbi Hatalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler 28

**Tablo 3.** Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenleri 30

**Tablo 4.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Yaş Gruplarına

Göre Karşılaştırılması 32

**Tablo 5.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Cinsiyete Göre

Karşılaştırılması 34

**Tablo 6.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Eğitim Düzeylerine

Göre Karşılaştırılması 36

**Tablo 7.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Çalışma Yıllarına

Göre Karşılaştırılması 38

**Tablo 8.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Kliniklere Göre

Karşılaştırılması 40

**Tablo 9.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Çalışma Pozisyonuna

Göre Karşılaştırılması 42

**Tablo 10.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Haftalık Çalışma Saatine

Göre Karşılaştırılması 44

**Tablo 11.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Bir Vardiyada Çalışma

Saatine Göre Karşılaştırması 46

**Tablo 12.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Bakım Verilen Hasta

Sayısına Göre Karşılaştırılması 48

**Tablo 13.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla İlgili

Eğitim Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması 50

**Tablo 14.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla İlgili

Literatür Takip Etme Durumuna Göre Karşılaştırılması 52

**Tablo 15.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla

Karşılaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması 54

**Tablo 16.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla

Karşılaşma Sıklığına Göre Karşılaştırılması 56

**Tablo 17.** Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hata

Karşılaşma Vardiyasına Göre Karşılaştırılması 59

**EKLER DİZİNİ**

**EK-1.** Anket Formu 79

**EK-2.** Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar

Etik Kurul Karar Yazısı 81

**EK-3.** Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Yazısı 82

**ÖZET**

**HEMŞİRELERİN TIBBİ HATALARI RAPOR ETMEME NEDENLERİ**

**ÜLKÜ HH., Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2017.**

Bu araştırma, hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırma Eylül 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan 171 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Verilerin toplanmasında tıbbi hataları rapor etmeme nedenlerine ilişkin 21 ifadeden oluşan anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama) ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 27.52±6.9, %89.9’u kadın, %45.9’u lisans mezunudur. Hemşirelerin %81.8’i tıbbi hatalarla karşılaştıklarını, %66.1’i hataları rapor ettiğini belirtmiştir. Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedeni en çok tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz durum meydana gelirse genelde hemşirelerin suçlanacağı (%72.97), hasta ve ailesinin hemşireye olumsuz tutum sergileyeceği (%72.30), haklarında dava açılabileceği (%59.46), hekimlerden olumsuz tepki alabilecekleri (%59.46) ve hastane yönetiminden ceza alabileceği (%58.11) düşünceleridir. Hemşireler tıbbi hataların rapor edilmeme nedeni olarak en az ise hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmenin gereksiz olduğunu (%13.51), hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası olmadığını (%10.81) belirtmişlerdir.

Hemşirelerin hata bildirdiğinde işten çıkarılabilme düşüncesi ile çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hata rapor edildiğinde hekimlerden olumsuz tepki alabilme, hastane yönetiminden ceza alabilme ve hata bildirim formlarının çok fazla olması düşünceleri ile çalışma pozisyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Araştırma bulgularına göre hemşirelerin suçlanma, hasta, hasta yakınları ve hekimlerden olumsuz tepkiler alma ve hastane yönetimi tarafından cezalandırılma düşüncesi ile tıbbi hataları raporlamadıkları sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Rapor etme, Tıbbi hata.

**ABSTRACT**

**REASONS FOR NURSES NOT TO REPORT MEDİCAL ERRORS**

**ÜLKÜ HH., Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Master of Thesis of Fundamentals of Nursing Program, Aydın, 2017.**

This is a descriptive study to determine the reasons for nurses not to report medical errors. The study was conducted with 171 nurses working in the Adnan Menderes University Research and Teaching Hospital between the dates of September 2016-May 2017.

A 21-item questionnaire about the reasons for reporting medical errors in the collection of data was used. Descriptive statistical methods (number, percentage, mean) and chi-square test were used for data evaluation.

The mean age of the nurses included in the study was 27.52±6.9; 89.9% of these nurses were female, 45.9% had a graduate degree. 81.8% of the nurses claimed that they met medical errors and 66.1% of the nurses that they reported medical errors. The reasons why nurses did not report the most medical errors are: they believed that generally they would be blamed if patients were affected by such medical errors (72.97%); that patients and patient families would be hostile to them if they reported errors (72.30%); feared that they would be sued (59.46%); feared that physicians would have a negative reaction towards them (59.46%) and they believed that the hospital management would impose a penalty if they reported medical errors (58.11%). Nurses are at least as likely to report medical errors as unnecessary if the patient was unharmed (13.51%), reporting medical errors did not contribute to developing patient safety practices (10.81%).

When nurses reported errors, a statistically significant difference was found between the idea of being able to work and the year of study. When the error was reported, a statistically significant difference was found between the opinions of the physicians about getting negative reactions, the punishment from the hospital administration and the many error reporting forms.

According to research findings, nurses did not report any negative reaction to the accusation, patient, patient relatives and physicians, and thought of being punished by hospital management and medical malpractice.

**KeyWords:** Medical Error, Reporting, Nurse

**1. GİRİŞ**

Sağlık hizmetlerinin amacı, bireylerin hastalıklardan korunması, tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonudur. Bu amaca ulaşmak için teknoloji kullanımı ile birlikte sağlık alanındaki hızlı değişimler, bakım prosedürleri ve karmaşık tedavi gibi nedenlerle hasta güvenliği sağlanamamakta, hasta ve yakınları bazı istenmeyen olaylarla karşı karşıya gelebilmektedir (Guide to Patient Safety Indicators, 2007).

Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) tıbbi hatayı; "sağlık hizmeti sunan bir sağlık çalışanının etik ve uygun olmayan bir davranışta bulunması durumu, mesleki uygulamalarında yetersizlik ve ihmalkâr davranmasını takiben hastanın zarar görmesi" şeklinde tanımlamaktadır. Bunların yanı sıra bilgi, deneyim, ilgi yetersizliği veya teknolojinin yanlış kullanımına bağlı ortaya çıkan ve hastaların normalden daha uzun süre hastanede yatmasına sebep olan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne bile yol açabilen her türlü uygulamalar tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir (Wong ve Beglaryan, 2004).

Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ulusal Tıp Enstitüsü’nün tıbbi hatalara ilişkin yayınladığı rapora göre her yıl Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hastanelerinde 44.000-98.000 kişinin önlenebilir tıbbi hatalar sonucunda hayatını kaybettiği görülmektedir. Bu sayı trafik kazası, meme kanseri veya AIDS’den ölenlerin sayısından daha fazladır (IOM, 2001). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre gelişmiş ülkelerde hastanede yatan her 100 hastadan 7 si sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlardan etkilenirken, gelişmekte olan ülkelerde bu sayı her 100 hastada 10’dur. Dünya çapında her yıl yüz milyonlarca hasta hatalı uygulamalardan etkilenmektedir (WHO, 2014). ABD’ de tıbbi hatalardan dolayı ölümler 10 yılda 2.6 kat artmış ve her yıl ortalama 450 bin önlenebilir ilaç hatası rapor edilmiştir (Flanders ve Clark, 2000). Kanada’da hastaneye başvuran hastaların %7.5’i önlenebilir tıbbi hatalarla karşılaşmaktadır (Baker ve ark, 2004). Avustralya’da 2010 yılında altı ayda 10.475 ilaç hatası bildirmiştir (Clinical Excellence Commission, 2013). Benzer şekilde ilaç hataları Kuzey Amerika, Kanada ve İngiltere’de de önemli bir problem olarak görülmektedir (Kohn ve ark, 2000).

Tıbbi hatalar hastaneler, klinikler, muayenehaneler, evler, günübirlik cerrahi merkezleri, eczaneler ve hasta bakım evleri gibi sağlık sisteminin herhangi bir alanında ortaya çıkabilir. Görülen bu hatalar ilaç uygulamaları, cerrahi işlemler, tanı koyma süreci ve sistem yetersizliğine bağlı olarak oluşabilmektedir (Anderson, 2000). Bu nedenle, tıbbi hatalar tedavi ve bakım sürecinin herhangi bir aşamasında gözlenebilmektedir (Mrayyan ve ark, 2007).

Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi açısından önemlidir. Hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan belirlenmelidir. Oluşan tıbbi hataların tanımlanması, bu hatalardan kaynaklı hastaların zarar görmesinin önlenmesi ve azaltılması için kullanılması gereken en önemli yöntem tıbbi hataların rapor ve analiz edilmesidir (Akgün ve Al-Assaf, 2007). Dünya Sağlık Örgütü sağlık bakımı kayıtlarının oldukça yetersiz olduğunu, aynı hataların tekrar edildiğini ve bu nedenle hastaların zarar gördüğünü ya da öldüğünü belirtmektedir (WHO, 2014). Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının oluşan tıbbi hataları rapor etmede genellikle isteksiz davrandıkları ve rapor etmeyi önemsemedikleri belirtilmektedir (Lawton ve Parker, 2002; Evans ve ark, 2006). Sağlık çalışanlarının tıbbi hataları rapor etme durumunu nasıl algıladıklarını belirleyen bir araştırmada, tıbbi hatalar konusunda kurumsal faktörlerin etkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada sağlık hizmeti sunan personel ekip arkadaşları tarafından ayıplanma, toplumda hata yaptığının kötü algılanması ve işlediği hatanın personel sicil dosyasına işlenmesi endişesi taşımaktadırlar (Wolf ve ark, 2000). Başka bir çalışmada, hatanın tanımlanması konusunda ortak bir görüşte uzlaşılamaması, yönetimin tıbbi hatalar konusunda personele desteğinin olmaması ve hata raporu hazırlamanın belirli bir uğraş gerektirmesi de sağlık çalışanlarının hatayı rapor etmeme nedenleri arasındadır (Tütüncü ve ark, 2007). Kahriman ve Öztürk (2016) çalışmasında hemşirelerin %28.1’inin hataların sonuçlarından korkması, %25.2’sinin hataların hastayı olumsuz yönde etkilemeden düzeltilmesi, %21.4’ünün hatanın hastaya zarar verme potansiyeli olmaması, %10.7’sinin ise cezalandırılmaktan ve dava açılmasından korkması gibi nedenlerle hataları rapor etmediklerini belirtmiştir. Chiang ve Pepper’ın (2006) çalışmasında hemşireler hataları rapor etmeme nedenleri olarak en çok olumsuz sonuçlarından ve suçlanacaklarından korkmaları olarak ifade etmiştir. Yapılan başka bir çalışmada hasta ve ailesi tarafından güvensizlik duyulacağı, yöneticilerin hatayı işleyen hemşire için olumsuz tutum sergileyeceği ve işten çıkarabileceği, hasta-hemşire arasında tartışmalara sebep olacağı gibi nedenlerden dolayı hemşirelerin hataları raporlamadıkları saptanmıştır (Yung ve ark, 2016). You ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında hemşireler hastada hatadan dolayı bir sorun gelişirse hemşirelerin suçlanacağını düşündükleri için hataları rapor etmediklerini belirtmişlerdir. Bu araştırmalara benzer olarak ülkemizde hemşirelerin ve sağlık personellerinin tıbbi hata nedenleri yapılan araştırmalarda incelenmiş fakat hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmelerine engel durumlar çok az araştırmada belirlenmiştir. Tansüyer (2010) araştırmasında sağlık personellerinin tıbbi hatalar konusunda görüşlerini sorgulamış ve tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri ile demografik özellikleri arasında fark olmadığını belirtmiştir. Dilmen’in (2016) araştırmasında hemşirelerin 57’si tıbbi hatayla karşılaştığını, hatayı rapor etmediğini ve bu hemşirelerin sadece 19’u tıbbi hataları rapor etme nedenini bildirmiştir. Yapılan bu araştırmalarda tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri ayrıntılı olarak incelenmemiştir. Hemşirelerin tıbbi hataları neden rapor etmediklerinin belirlenmesi hasta güvenliği uygulamalarının geliştirilmesi açısından büyük bir öneme sahiptir. Özellikle ülkemiz için hasta güvenliği konusu son zamanlarda önem kazanmış ve hasta güvenliği uygulamalarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu nedenle tıbbi hata bildirim sistemlerinin oluşturulması ve mevcut tıbbi hata raporlama sistemlerinin düzenlenebilmesi için hemşirelerin tıbbi hataları neden rapor etmediklerinin araştırılmasına gereksinim duyulmuştur. Bu nedenle bu araştırma hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**2. GENEL BİLGİLER**

**2.1. Hasta Güvenliği**

Hasta güvenliği ve tıbbi hata konusu son yıllarda çok fazla üzerinde durulan konular arasındadır (Akalın, 2006). Sağlık hizmet sektörü ilerledikçe sağlık hizmetleri sunumu için hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürünün ön planda olduğu görülmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması için öncelikli hedef, riskleri azaltmak olmalıdır.

Hasta güvenliği, bir hasta için mevcut veya olası sağlık tehlikesi gibi durumlardan uzak olması, sağlık hizmeti ile ilişkili hataların önlenmesi ve bu hataların sebep olduğu yaralanmaların aza indirgenmesi olarak tanımlanmaktadır (Yalçın ve Acar, 2010). Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı’na göre hasta güvenliği tanımı, sağlık hizmetleriyle ilişkili hataların önlenmesi bu hataların neden olduğu zararların azaltılmasıdır (npsf.org, 11.12.2016).

İngiltere’deki Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service- NHS) her gün bir milyondan fazla hastanın başarılı bir şekilde tedavi gördüğünü söylemektedir. Bununla birlikte, bugünlerde sağlık bakım hizmetleri tıbbi teknolojinin, ilaçların ve farklı uzmanlık bilgi ve becerisi ile karmaşık bir kombinasyonunu içermektedir (Eadie, 2012).

Sağlık hizmetlerinin bireylere verdiği ya da vereceği zararları önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve çalışanlar tarafından alınan önlemler hasta güvenliği kapsamındadır. Hasta güvenliğinde hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için olumlu bir ortam yaratmak ve güvenliği sağlamak amaçlanmıştır (Güven, 2007).

“Institute of Medicine (IOM)” sağlık sisteminin iyileştirilmesi amacıyla 21. yüzyıl için ele aldığı konular şu şekilde sıralamıştır (IOM, 2001):

1. Güvenli: Hastalara yardım ederken ve bakım verirken zarar vermekten kaçınma.

2. Etkili: Yararlı bilimsel bilgiye dayalı hizmet sunulması.

3. Hasta-merkezli: Bütün klinik kararlarda hastanın düşüncesinin sorgulandığı, hastanın ihtiyacı, değerleri ve tercihlerine saygılı bakım sunulması.

4. Zamanında: Beklemelerin ve zararlı gecikmelerin azalması.

5. Verimli: Malzeme, kaynak, düşünce ve enerjinin gereksiz kullanımından kaçınılması.

6. Eşit: Cinsiyet, ırk, coğrafi yapı ve sosyoekonomik gibi karakteristik özelliklerinden dolayı kalitede çeşitliliğin olmamasının sağlanması.

Institute of Medicine tarafından yayınlanan iki rapora göre sağlık hizmetlerinde çok önemli iki sorun gözler önüne serilmiştir; 1) Tıbbi hatalar veya hasta güvenliği 2) Sağlık hizmetlerinde kalite sorunu (Kohn ve ark, 2000; IOM, 2001). Bu raporlar Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar sonucu yaşamını yitirdiğini ve bu tıbbi hataların büyük çoğunluğunun kişisel hatalardan çok sistemden kaynaklandığını göstermektedir (Akalın, 2007).

Institute of Medicine’ın sağlık hizmetinde kalite bakımından öncelikli seçtiği 20 alandan üçünün hasta güvenliği ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu alanlar ilaç yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır (IOM, 2001).

**2.2. Tıbbi Hata/Hatalı Uygulama**

Tıbbi hata, hastaya verilen sağlık hizmeti esnasında kasıtlı olmayan bir aksamaya yol açan beklenilmeyen bir durum olarak tanımlanmaktadır (Yalçın ve Acar, 2010). Reason’un (1990) tanımına göre ise planlanan bir eylemin amaçlandığı gibi tamamlanamaması veya bir amacı gerçekleşirmek için yanlış bir planın kullanılmasıdır. Başka bir tanımda ise istenmeyen bir eylem veya amaçlanan sonuca ulaşamayan davranış şeklindedir (Leape, 1994).

Tıbbi hatalar ciddi bir sağlık sorunudur ve hasta güvenliğini tehdit eder (Grober ve Bohnen, 2005). Amerika’da 1997 yılında hastaneye yatan 33.6 milyon hasta üzerine yapılan varsayımlarda, tıbbi hatalardan dolayı her yıl 44.000-98.000 hastanın öldüğü düşünülmektedir. Bu durum tıbbi hatalar yüzünden ölen hasta sayısının Amerika’da 8. ölüm nedeni olduğunu göstermekte ve tıbbi hatalardan dolayı ölümler trafik kazası, meme kanseri ve AIDS hastalığından ölümlerin önünde yer almaktadır. Tıbbi hataların maliyetinin 37.6-50 milyar dolar arasında olduğu düşünülmektedir. Önlenebilir ya da neredeyse hataların maliyeti ise 17-29 milyar dolar arasındadır (IOM, 2001).

Tıbbi hataları azaltmanın en büyük zorluğu hata bilgilerine erişiminin yetersiz olmasıdır. Hatalar, hastalara zararı önlemek ve azaltmak ve tıbbi hataların standartlarını arttırmak için potansiyel bir kaynak olarak kabul edilmektedir. Hatalarda ve bu hata türlerinden elde edilen bilgiler, hastaların karşılaşabileceği herhangi bir zararı önleyecek ve çalışanların iş baskısını azaltacak şekilde önceden belirlenmiş olmalıdır (Shamsaei ve ark, 2016). Hataları azaltma süreci, hata azaltma verileri, analizleri ve değerlendirmeleriyle oluşturulan açıklama modelleri ve bilgi döngüsünde devam eden bir çaba gerektiren uzun vadeli mücadeleyi içermektedir (Shamsaei ve ark, 2016).

Hemşireler birey, aile ve toplumun sağlığının devam ettirilmesi, geliştirilmesi ve hastalık durumlarında iyileştirmeye yönelik uğraşların hepsinde bulunmaktadırlar. Hemşirelikte olması gereken uygulamayı yapmama, bilgi ve beceri yetersizliği/deneyimsizlik, tedbirsizlik, hastaya verilmesi gereken bakımı vermeme gibi durumlar hemşirelik malpraktisi olarak tanımlanır (Aştı ve Acaroğlu, 2000)

**2.3. Tıbbi Hataların Görülme Sıklığı**

Institute of Medicine’ın 2005 yılında yayınladığı raporda belirtildiği gibi; hastanede yatan hastalarla yapılan çalışmalarda, herhangi bir yan etki görülme sıklığı %2.9 ve hasta bakımı sırasında bir hata görülme sıklığı %3.7 bulunmuştur. Bu hataların sırası ile %58 ve %53’ü önlenebilir yani neredeyse hatalar olarak belirtilmiştir (Brennan ve ark, 2004; Thomas ve ark, 1999).

Lisby ve arkadaşlarının (2005) İngiltere, Almanya ve Fransa’daki hastanelerde gerçekleştirilen tüm uygulamaların incelendiği bir araştırmada; İngiltere’de uygulamaların %49’unun, Almanya’da %21’inin, Fransa’da %5’inin hatalı uygulama olduğu bildirilmiştir. Tıbbi hataların en sık rastlanan türü olan ilaç hatalarının oranının %19 olduğu Amerika’da uygulanan çalışmada tespit edilmiştir (Barker ve ark, 2002). İlaç uygulama hatalarının ve bu hataların neden­lerinin belirlenmesine yönelik yapılan başka bir araştırmada hemşirelerin %47.6’sının ilaç uygulama hatası yaptığı sap­tanmıştır. İlaç hatalarının görülme sıklığının ise sağlık personelinin çalıştığı kliniğe göre farklı olduğu da görülmektedir (Ateş, 2010).

Tıbbi hataların bir başka türü olan hastane enfeksiyonları hasta güvenliği için ana sorunlardan birisidir (Pittet ve ark, 2008). Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde 1.4 milyondan fazla hasta hastane enfeksiyonlarından etkilenmektedir (Weinstein, 1998). Gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalarda hastane kaynaklı hastane enfeksiyonları hızı %6-27 arasında değiştiği görülmektedir (Danchaivijitr ve ark, 2005; Gosling ve ark, 2003). Yetişkin yoğun bakım ünitelerinde her 1000 hastada 11-90 arasında hastane enfeksiyon hızı görülmektedir (Rosenthal ve ark, 2006; Abouqal ve ark, 2005). Yapılan diğer çalışmalarda yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde görülen enfeksiyon hızı %5-66 arasında olduğu belirtilmektedir (Özdemir ve ark, 2004; Hacımustafaoğlu ve ark, 2011). Özellikle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeklerin immün sisteminin çok fazla gelişmemesi, invaziv girişimler, düşük doğum ağırlığı, doğumsal anomaliler, erken doğum ve ventilatöre uzun süre bağlı kalmaları hastane enfeksiyonu gelişmesi riskini artırmaktadır (Özdemir ve ark, 2004; Decembrino ve ark, 2010; Parlak ve ark, 2014). United States Center for Disease Control National Nosocomial Infections Surveillance (CDC NNIS)’den alınan verilere göre cerrahi alan enfeksiyonları yatan hastalar arasında bütün hastane enfeksiyonlarının %14-16’sı oranında görülmektedir ve rapor edilen hastane enfeksiyonlarının en çok görülen üçüncü sırasındadır (Emori ve Gaynes, 1993; Smyth ve Emmerson, 2000).

Bobb ve arkadaşları (2004) hastanede verilen ilaç istemlerinin %2.4’ünde hata olduğu belirtilmiş ve bu hataların %30.8’inin ciddi sorunlara yol açabileceği söylenmiştir. Bu çalışma sonuçları hemşirelik uygulamalarında ortaya çıkan hataların sıklığının ve sayısının günden güne arttığını göstermektedir.

**2.4. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması**

Sağlık hizmeti ile ilişkili hataların çoğunlukla yetersiz eğitimden, uygun olmayan prosedürlerden, kalite standartlarının düşüklüğünden, etkisiz teknolojiden, eksik olan ekipmanlardan, zaman yönetimi baskısından, yetersiz ve deneyimsiz personelden kaynaklandığı düşünülmektedir (Sandars ve Cook, 2007).

Tıbbi hatalar oluşma durumuna göre üç grupta incelenebilir (Akalın, 2007; Özata ve Altunkan, 2010):

* İşlemle ilişkili hatalar
* İhmalle ilişkili hatalar
* Uygulama ile ilişkili hatalar

Literatür incelendiğinde başka bir tıbbi hata sınıflandırılması şu şekildedir (Leape ve ark, 1993):

* Tanı hataları
* Tedavi hataları
* Önlem hataları
* Diğer hatalar (sistem, ekipman veya iletişim eksikiliğinden kaynaklanan hatalar)

Hemşirelik mesleğine yönelik bir sınıflama yapıldığında tıbbi hatalar (Ertem ve ark, 2009);

* Bakım standartlarını uygulamada eksiklik,
* İzlem ve iletişimde eksiklik,
* Yetersiz tutulan kayıtlar,
* Değerlendirmede eksiklik,
* Hasta güvenliği uygulamalarında eksiklik şeklinde gruplandırılabilir

Hata türlerine göre tıbbi hatalar şu başlıklar altında toplanabilir (Özata ve Altunkan, 2010; Seren İntepeler ve Dursun, 2012)**;**

* İlaç uygulama hataları
* Cerrahi hatalar
* Tanı koyma hataları
* Sistem yetersizliği ile ilişkili hatalar
* Diğer hatalar (hastane enfeksiyonları, kan transfüzyon hataları, hasta düşmeleri, vb.)

**2.4.1. İlaç Uygulama Hataları**

İlaç hataları küresel bir problemdir ve hasta ölümüyle bile sonuçlanan ciddi olaylara yol açabilir. Bu hatalar Amerikan İlaç Enstitüsü (American Institute of Medicine-AIUM) tarafından 5 tıbbi hata kategorisinden biri olarak listelenmiştir (Mrayyan ve ark, 2007; Joolae ve ark, 2011). İlaç hataları bilinen tıbbi hataların en yaygın tiplerindendir (Sanghera ve ark, 2007; Joolae ve ark, 2011).

ABD İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (NCCMERP)’nın ilaç hatası tanımı “hastanın ilaçlardan zarar görmesinin veya yanlış ilaç almasının neden olduğu önlenebilir olay” şeklindedir (Sayek, 2010). Başka bir tanımda ise reçeteye yazılan, hastaya verilen ya da hastanın ilaç kullanımında yanlış olması durumudur (Durmaz, 2007). İlaç hataları, ilaç uygulamasında izlenmesi gereken ilkelere uyulmaması sonucu gerçekleşen hatalar olarak da tanımlanmaktadır (Eşer ve ark, 2007).

İlaç uygulama hataları, hastaların tedavileri sırasında en sık karşılaştıkları hatalardandır (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Özata ve Altunkan, 2010; Tural Büyük ve ark, 2014). Günümüzde reçete sayılarının artmasıyla ve teknolojinin ilerlemesiyle ilaç hataları sayısının da arttığı bilinmektedir (Tural Büyük ve ark, 2014). İlaç hataları ilaç uygulama sürecinin her aşamasında, ilacın doktor tarafından reçete edilmesinden, hemşire tarafından uygulanması ve ilaç etkisinin izlemini de içeren bir süreçte görülebilmektedir (Akalın, 2004; Tural büyük ve ark, 2014).

**2.4.2. Cerrahi Hatalar**

Sağlık bilimlerinde temel prensip öncelikli olarak hastaya zarar vermemektir. Bu prensibin cerrahi bölümlerdeki ilk adımını güvenli cerrahi oluşturmaktadır. Cerrahi hata, cerrahi sırasında oluşan önlenebilir olay olarak tanımlanmaktadır. Yanlış taraf cerrahisi, operasyon sırasında hastada yabancı cisim unutulması önlenebilecek cerrahi hatalardandır (Güven, 2014).

Cerrahi hatalar genellikle operasyon sırasında teknik nedenlerle ilişkilendirilen ve önlenebilen hatalar olarak kabul edilmektedir (Wiegmann ve ark, 2007). Dünya Sağlık Örgütü yılda 234 milyon cerrahi operasyonun gerçekleştiğini, bu operasyonların 7 milyonunun komplikasyonla, 1 milyonunun da ölümle sonuçlandığını bildirmektedir. Ülkemizde de Teşhisle İlişkili Gruplar Şube Müdürlüğü 2015 yılı verilerine göre yıllık 4.770.145 cerrahi operasyon yapılmaktadır (saglikistatistikleri.gov.tr, 20.10.2017).

**2.4.3. Tanı Hataları**

Tanı hataları sözlükte bir hastalığın oluşumuna karar verme hatası olarak tanımlanabildiği gibi klinikte muayene ve tanısal testlerden sonra yanlış bir tanı konulması olarak da tanımlanabilmektedir (thefreedictionary.com, 18.10.2017). Yapılan tetkik veya saptanan bulgularla gözden kaçırılan, yanlış veya gecikmiş tanılara tanı hataları adı verilmektedir. Klinik muayene ve tanı koyma sürecinin hastaların tüm tedavisini değiştirdiği düşünüldüğünde tanı hataları morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilecek dönüm noktası oluşturmaktadır. Her yanlış tanı hastaya zarar vermeyebilir (Graber ve ark, 2005). IOM’un yayınladığı “Improving Diagnosis in Health Care” raporunda tanı hataları üzerine durmuş ve bu sorunun üstesinden gelebilmek için bir takım değişimler önermiştir (IOM, 2015).

**2.4.4. Sistem Hataları**

Sağlık bakım sistemleri oldukça karmaşıktır. Çoğu hatanın nedeni bireysel olmaktan ziyade sistem kaynaklıdır ve hatalar için sistemin sorumlu tutulması gerekmektedir (Kalra ve ark, 2013). Cihaz ve sarf malzemenin bozuk olması veya bulunmaması, teknik donanımın düzenli arıza takibinin yapılmaması, iletişim eksikliği, denetim yetersizliği, hizmet sunumu ve planlanmasında eksiklikler, personel sayısının yetersizliği, yoğun çalışma saatleri gibi durumlarda ortaya çıkan hatalar sistem kaynaklı hatalar olarak sınıflandırılabilmektedir (Akgün, 2014). Hastanın kimlik bilgilerinin eksik alınması sonucu oluşan hatalar teşhis ve tedavinin devamında da hataları beraberinde getirmektedir (Cebeci, 2010).

**2.4.5. Hastane Enfeksiyonları**

Hastane enfeksiyonları da bir diğer tıbbi hata türüdür. Hastane enfeksiyonları, hastanede yatma, uygulanan işlemler ya da cerrahi girişimler sebebiyle oluşan enfeksiyonlardır. Hastane enfeksiyonlarına “sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar” da denilmektedir (Tansüyer, 2010). Hastane enfeksiyonları bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir. Yüksek derecede mortalite ve morbitideye sebep olmakla birlikte, maliyeti de artırmaktadır (Özata ve Altunkan, 2010).

Yoğun bakım üniteleri veya yanık ünitelerinde daha fazla görülebilmektedir. Cerrahi alan enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonları, solunum ve kardiyovasküler sistem enfeksiyonları en sık karşılaşılan hastane enfeksiyonu türleridir (Öztürk, 2008). Gelişmekte olan ülkelerde hastane enfeksiyonları ilişkili ölüm oranlarını değerlendiren çok az çalışma vardır fakat kateterle ilişkili enfeksiyonlardan ölüm hızı oranı %18-22, ventilatörle ilişkili enfeksiyonlardan ölüm hızı %12-28 arasında değiştiği bulunmuştur (Rosenthal ve ark, 2006; Aygun ve ark, 2006). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde en sık görülen enfeksiyon türleri; kan dolaşımı ve üriner sistem enfeksiyonları ve pnömonilerdir (Parlak ve ark, 2014).

Hastane enfeksiyonlarından sayılabilen ve daha öncelerde cerrahi yara enfeksiyonu olarak bilinen cerrahi alan enfeksiyonları cerrahiden ve operasyon yerinden bir doku alma ya da insizyon olması durumundan sonra 30 gün içerisinde oluşan enfeksiyon olarak tanımlanmaktadır (Owens ve Stoessel, 2008). Kısaca tanımı ise, cerrahi girişimden sonra veya girişim sırasında gelişen enfeksiyonlar şeklindedir. Cerrahi alan enfeksiyonları, asepsi ve antisepsi uygulamalarına, sterilizasyon tekniklerine, ameliyathane ortamına ve cerrahi tekniğe, yoğun bakım koşullarındaki ilerlemelere ve gelişmelere ve profilaktik antibiyotik uygulamalarına rağmen önemli ve ciddi bir problemdir (Günaydın ve Erdoğan, 2016).

Cerrahi alan enfeksiyonları, cerrahlar, enfeksiyon kontrol komite çalışanları, sağlık planlamacıları ve toplum tarafından hasta bakımının kalitesini ölçmede artan bir şekilde göz önünde bulundurulmaktadır (Burd ve ark, 2003). Laparoskopik işlemler gibi invaziv girişim kullanım sayısının artması cerrahi alan enfeksiyonlarının görülme durumunu azaltmaktadır (Owens ve Stoessel, 2008). Küçük insizyonlar, erken mobilizasyon, ameliyat sonrası ağrıların azaltılması, immün sistemin daha iyi olması ve santral venöz kateter kullanımının azaltılması da cerrahi alan enfeksiyonları görülme durumunu azaltan faktörlerdendir (Boni ve ark, 2006).

**2.4.6. Hasta Düşmeleri**

Düşme, birey yatarken, otururken ya da ayakta iken istemeden zeminde bulunması durumuna geçişidir (Öktemer, 2009). Hasta düşmeleri hastalar için hastanede önemli bir risk kaynağıdır (Güven, 2014). CDC verilerine göre 2014 yılında 33.018 kişi düşmelerden dolayı hayatını kaybetmiştir. Bu sayı yaklaşık olarak tüm yaralanma sonucu ölümlerin %16.5’ine karşılık gelmektedir (Kochanek ve ark, 2016).

Hastaların düşmeler nedeniyle yaralanması hastanelerde çok sık olmaktadır. Bunun nedenleri arasında hastane ortamına yabancı olunması, engellilik durumu, duyusal kayıplar, kas kuvvetinin azalması gibi fiziki ve mental yetersizlikler sayılabilmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Bunların yanısıra yardımcı araç kullanma, tedaviler ve tedavi ekipmanları da hasta düşmeleri için risk faktörleri arasındadır (Morse, 2002).

**2.5. Tıbbi Hata Nedenleri**

Tıbbi hataların nedenlerini şu üç başlıkta toplayabiliriz: insana bağlı etmenler (eğitim, iletişim ve zaman yetersizliği, dikkatsizlik, vs.), kurumsal etmenler (yanlış personel dağıtımı, kurumsal yapı, vs.) ve teknik etmenler (yetersiz ekipman vs.) (Akalın, 2005).

Yatan hastalar için hemşireler tedavi sırasında oluşabilecek olumsuz sonuçları tespit edebilecek konuma sahiptirler. Hemşirelerin ilaç istemini doğru bir şekilde anlaması, uygulaması ve sonrasında görülebilecek yan etkiler durumunda uyanık olması için yeterli derecede farmakoloji bilgisine sahip olması gereklidir (Uzun ve Arslan, 2008; Aygın ve Cengiz, 2011). Uyguladıkları ilaç konusunda yeterli farmakolojik bilgiye sahip olamayan hemşireler güvenli ilaç uygulamalarının önüne geçmektedir. Birçok sağlık bakım kuruluşunda farmakolojiye yönelik bilgi eksikliği ciddi problemlerden biri olmaktadır. Ülkemizde hemşirelik eğitiminde farklılıklar olması ve eğitimin standart olmaması teorikte ve uygulamada da farklılıklara neden olmaktadır (Vural ve ark, 2014). Vural ve arkadaşlarının (2014) hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada hemşireler farmakolojiyle ilgili bilgi edinme ihtiyacı duyduklarında bir kaynağa ulaşamadıklarını belirtmişlerdir. Vaismoradi ve arkadaşları (2014) yapmış oldukları nitel bir araştırmada hemşirelik öğrencilerinin ilaç hatalarının nedenlerini belirlemeye yönelik 2 tema ön plana çıkmıştır. Hemşirelik öğrencileri ilaç hatalarının nedenlerini belirleyen bu temalar; ‘ilaç yönetiminde yetersiz bakım becerisi’ ve ‘güvenli ilaç uygulama konusunda eğitimin tamamlanmamış olmasıdır’. Bu araştırmada göze çarpan iki alt temanın ise ‘endişeli ve dikkatli olma arasında yaşanan fikir çatışmaları’ ve ‘farmakoloji eğitiminin içeriği çok karmaşık olması’ olduğu görülmektedir (Vaismoradi ve ark, 2014).

Hastane kayıtlarına hastanın kimlik bilgilerinin doğru bir şekilde girilmemesi, ilaç, besin vb. alerji bilgisinin eksik olması, ilaç istemlerinde ve reçetelemede eksiklikler ve okunamayan yazılar, sözel istem yapılırken yapılan yanlışlıklar, uygun olmayan ilaç seçimleri, ilaç uygulama aşamalarında on doğru ilkeye uyulmaması, doğru kayıt yapılmaması ilaç hatalarına neden olan faktörler arasındadır (Akalın, 2004; Karataş ve Yakıncı, 2010). Özkan ve arkadaşları (2013) iş yükünün fazla olması, ilaçların eczaneden geç gelmesi, ilaç hazırlama sürecinde yaşanan bölünmeler, ilaç uygulama işlem basamaklarına uyulmaması, infüzyon pompasının verilmesi gereken ilaç için uygun olmaması gibi sistemden kaynaklanan etmenlerin ilaç hatalarına yol açtığını bulmuşlardır. Eşer ve arkadaşları (2007) hemşireler için ilaç hatalarına yol açabilen etkenleri belirlemişler ve hekimlerin bazen ilaç istemlerini okunaklı yazdığını (%46.8) ve ilaç dozları için bazen tam ve açık bir şekilde yazılmadığını (%41.3) bulmuşlardır. Prot ve arkadaşları (2005) ise hemşire sayısının yetersiz olması, geçici hemşirelerin çalıştırılması ve öğrenci hemşirelerden kaynaklı ilaç hataları yapıldığını ifade etmişlerdir. Mack (2002) çalışmasında tıbbi hataların nedeninin çalışanlardan ve yetersizliklerinden kaynaklandığını belirtmiştir.

Yoğun bakım, acil servis, ame­liyathane, cerrahi klinikler ve kadın doğum kliniğinde ilaç hata­larının daha sık görüldüğünü belirtilmektedir (Ateş, 2010). Çünkü bu klinikler hasta yoğunluğunun daha fazla olduğu kliniklerdir. Durumu kritik olan hastalara bakım verilmesi, hastaların sağlık durumunun aniden değişebilmesi, riskli ilaçların çok sayıda uygulanması ve uygula­nan tedavilerde fazla dikkate ihtiyaç duyulması gibi sebepler bu klinikleri ilaç hataları bakımından riskli olan klinikler haline getirmek­tedir. Uzun çalışma süreleri, sağ­lık hizmetlerinin hatasız bir şekilde sürdürülebilmesini engellemektedir (Bilazer ve ark, 2008). Çalışma saatleri ve hemşirelerin hata yapma oranları arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, günde 12 saatten fazla çalışan hemşirelerde hata yapma oranının arttığı belirlenmiştir (Cebeci, 2010). Çalışan hemşire sayısının azlığı da iş yükünü ciddi biçimde arttırmaktadır (Bilazer ve ark, 2008). Hemşirelerin artan iş yükü de ilaç hatalarının görülme sıklığı da orantılı bir şekilde artırmaktadır. Bakım verilen hasta sayısının artması ise hemşirelerin ilaç hatası yapmasına neden olan faktörlerden biridir (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012). Bilgi ve tecrübe eksikliği, iletişim kopukluğu, fiziksel olarak yorgunluk, motivasyonun yetersiz olması, çevresel faktörler ilaç hatalarına sebep olmakta ve bu hataların oluşabilmesi için zemin hazırlamaktadır (Kuğuoğlu ve ark, 2009).

**2.6. Tıbbi Hataların Hasta Üzerine Etkileri**

ABD’de hastanelerde yaklaşık olarak 44.000-98.000 arasında hastanın tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir. Tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümler trafik kazaları, meme kanseri ve AIDS’ten ölümlerin önüne geçmektedir (IOM, 2001). National Practitioner Data Bank (NPDB)’ın 2006 yıllık raporuna göre, tıbbi hatalardan dolayı harcamaların %12.2’sinin hemşirelerin yapmış oldukları ilaç hatalarına karşı ödendiği ifade etmektedir (npdb.hrsa.gov, 17.12.2016). Tıbbi hataların en sık karşılaşılan tipi olan ilaç hataları hastaya ve hastaneye maliyeti artırdığı, mortalite ve ciddi morbiditeye neden olduğu bilinmektedir (Tural Büyük ve ark, 2014).

İngiltere’de yıllık olarak ayaktan bakılan hastaların %10’unun hastane enfeksiyonlarından etkilendiği, 5000 kişinin öldüğü ve 930 milyon pounda mal olduğu söylenmektedir. Ek olarak hastane masrafları yaklaşık olarak her yıl 2 milyar pound artmakta ve hastaların şikayetleri için ekstra 400 milyon pound harcanmaktadır (Mahajan, 2010). Nispeten nadir görülmesine rağmen ortopedik cerrahinin devamında enfeksiyon talihsiz bir olay olarak tanımlanır ve morbidite ve sağlık harcamalarının yüksek oranlarıyla ilişkilidir (Hogg ve ark, 2005).

Cerrahi alan enfeksiyonlarının sağlık bakım hizmetlerine maliyeti, mortalite ve morbidite oranları büyüktür (Smyth ve Emmerson, 2000). Cerrahi alan enfeksiyonlarının hastanede kalış süresini 7.3 gün uzattığı (Martone ve ark, 1992) ve her enfeksiyon için maliyeti artırdığı (Martone ve ark, 1992; Manian, 1997) yapılan çalışmalarla ortaya koyulmuştur. Cerrahi alan enfeksiyonları Avrupa’da yapılan başka bir çalışmada hastanede kalma süresi ortalamasını 9.8 gün artırdığı bulunmuştur (DiPiro ve ark, 1998). Bunun sonucunda sağlık bakım harcamaları da buna benzer oranlarda arttığı görülmektedir. Aynı çalışmada cerrahi alan enfeksiyonlarından dolayı hastanede kalış süresinin uzamasının ortalama maliyet artışı her gün için 325 pound olarak bulunmuştur (DiPiro ve ark, 1998).

**2.7. Tıbbi Hataların Önlenmesi**

Tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliği uygulamalarının geliştirilebilmesi için güvenlik kültürünü oluşturmak en önemli yoldur (Kardaş Özdemir ve Akgün Şahin, 2015). Hasta güvenliğini geliştirmek için önemli olan hataları eksiksiz bir şekilde raporlamayı göz önünde bulundurmaktır (Kohn ve ark, 2000; Heard ve ark, 2012). Olumsuz olayları ve tıbbi hataları raporlama, güvenlik sistemlerini oluşturmak için kullanılmazsa ve tıbbi hata verileri analiz edilmezse bu durum hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmeye katkı sağlamamaktadır (Kohn ve ark, 2000; Leape, 1999; Heard ve ark, 2012). Olumsuz sonuçlanmayan hatalar rapor edildiğinde, zarar oluşmadan önce onun etkilerini tespit etmek ve hafifletmek için stratejiler kullanarak ve analiz edilerek bir ders çıkarılmasına olanak sağlar (Helmreich ve Merritt, 1998; Heard ve ark, 2012). Saravi ve arkadaşları (2015) çalışmalarında hata raporlamanın hasta güvenliği geliştirmede ve gelecekteki oluşabilecek hataları önlemede çok değerli bir bilgi kaynağı olduğunu açıklamışlardır. Hataların nasıl rapor edilmesi ve hemşirelerin hataları rapor etmek için motive etmeye yönelik bazı kuralların düzenlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Sağlık kuruluşları ve çalışanlarının tüm uğraşlarına rağmen ne yazık ki hatalar oluşmakta ve hastalar için büyük bir maliyetle karşımıza çıkmaktadır. Sağlık bakım çalışanları insanın doğası gereği tıbbi hatalara yatkındırlar. Hasta güvenliğini artırmak için, sağlık bakım çalışanları bu hataları tanımlamalı ve etkili klinik kontrol yoluyla önemli olayları denetleyerek hangi dersler çıkarılabileceğini düşünmelidir. Hata bildiriminin zorunlu olması gerektiği değil yararlı olduğu düşünülmelidir (Eadie, 2012). ABD’de neredeyse hatalar ve tıbbi hataların hepsinin zorunlu rapor edilmesi uygulama için politik bir yaklaşım olabilmektedir (Rosenthal ve Takach, 2007).

Hata rapor etmek için bir çevre oluşturmak hasta güvenliği geliştirmeye bir sistem yaklaşımı gerektirir. Gönüllü olarak ve suç olmaksızın bir optimal hata raporlama sistemi ilaç hataları hakkında öğrenmeyi ve ayrıntılı bir şekilde ilaç hatası yönetimi için oldukça çok bilgi sağlar. Bu durumda bir sağlık bakım kuruluşunda rapor etmenin güvenlik sorumluluğu ve cezalandırmayı azalttığı, hata raporlamaya hemşireleri cesaretlendirdiği ve ilaç uygulama hatalarını raporlamaya engelleri azalttığı belirtilmektedir (Chaing, 2005; Wakefield ve ark, 2004; Hashish ve El-Bialy, 2013).

Sağlık bakım ve sağlık politikası alanlarındaki uzmanların araştırmasında önlenebilir tıbbi hatalar ve neredeyse hataların zorunlu raporlamayla ilişkili ek yasalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (Howie, 2009). Ne yazık ki, devlet yasaları yoluyla zorunlu tıbbi hata raporlamanın yasalaştırılması süreci yavaş olmuştur. Hasta güvenliği konusu ile ilgili en çok konuşan kuruluş veya gruplar arasında Association of Trial Lawyers of America, American Medical Association, American Hospital Association (AHA), Blue Cross and Blue Shield Association ve Joint Commission bulunmaktadır (Mattie ve Ben-Chitrit, 2007).

İlaçların olumsuz etkileri artan bir şekilde külfetli duruma gelmektedir. Bu problemleri azaltmak için stratejilere ihtiyaç olduğu konusunda fikir birliği olmasına rağmen, şu anda açık bir şekilde herhangi bir profesyonel grubun sorumluluğunda değildir (Jordan, 2002; Joolae ve ark, 2011). İlaç hatalarını önlemek önemlidir fakat belli bir maddiyat gerektirir. İlaç hatalarının tüm dünyadaki sağlık bakım sistemlerinde öncelikli olan hasta güvenliğinde olumsuz etkileri olduğu kanıtlanmıştır (Brown, 2001; Ovretveit ve Sachs, 2005; Pronovost ve ark, 2005; Joolae ve ark, 2011).

Sağlık hizmetlerinin her alanında çalışan bireyler tıbbi hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bu sebepledir ki kurumlarda hasta güvenliği kültürün oluşturulması son derece önemlidir. Hasta güvenliği kültürünü sağlayabilmek için, tüm sağlık kuruluşlarının riskli durumları belirlemesi, tıbbi hataların rapor edilmesinde istekli ve korkusuz bir şekilde bildirilebilecek bir ortam yaratması ve yeterli bir bütçe ayırması gerekmektedir (Erdemir ve Elçioğlu, 2000; Karan, 1999). Hata raporlamaya engellerden birisi de hemşirelerin isteksizliğidir (Maddox ve ark, 2001; Hashish ve El-Bialy, 2013).

Tıbbi hataları önlemek için (Kuğuoğlu ve ark, 2009):

* Lisans ve lisansüstü eğitim almış yetkinlik sahibi ve nitelikli hemşire çalıştırma,
* Yeterli sayıda çalışan gücünün sağlanması,
* Çalışanların rol ve sorumlulukların açık bir şekilde tanımlanması,
* Yasal düzenlemelere uyulması,
* Sürekli mesleki eğitim sağlanması,
* Teknolojinin kullanılması,
* Hasta bilgileri kayıt sistemlerinin bulunması,
* Fiziksel altyapının eksik olmaması,
* Çalışırken ekip anlayışının olması,
* Çalışanlar ve hastalar arasında etkili iletişim olması,
* Kalite, hasta güvenliği ve bakım standartlarının geliştirilmesi,
* Tedavi protokollerinin oluşturulup uygulanmasının denetlenmesi,
* Hastaların/ toplumun bilgilendirilmesi ve tıbbi hatalar konusunda sorumluluklarının olmasının sağlanması gerekmektedir.

Sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin güçlendirilmesi ilacın reçete edilmesi, hazırlanması, dağıtım süreci, uygulanması ve izleminde ilaç hatalarını en aza indirmek açısından önemlidir. Bütün ekip üyelerinin katılımı ile tedavi sürecinde multidisipliner bir yaklaşım sergileme ilaç hatalarını önlemeye önemli derecede katkı sağlayacaktır (Liekweg ve ark, 2004; Nerich ve ark, 2010; Tural Büyük ve ark, 2014). Genel olarak tıbbi hatalar insan faktöründen, teknolojik hatalardan, kurum hatalarından veya bunların oluşturduğu bütün bir sistemden kaynaklanabilmektedir (Bernstein ve ark, 2003).

Hataların önlenmesinde son derece önemli olan tıbbi hataların zamanında ve doğru bir şekilde rapor edilmesi hasta güvenliği açısından doğruluğu kanıtlanmış bir gerçektir (Tural Büyük ve ark, 2014). Tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkündür (Farquhar ve ark, 2007).

**2.8. Tıbbi Hataların Rapor Edilme Durumu**

Sağlık bakım kuruluşlarında yetersiz raporlama geçmiş çalışmalarda ve uzman görüşlerinde kanıtlanmıştır (Kohn ve ark, 2000; Classen ve ark, 1991; Vincent ve ark, 1999). Jahromi ve arkadaşları (2014) yöneticilerin karşılaştıkları tıbbi hataların %39.6’sını ve çalıştıkları hastanedeki hataların %68.4’ünü rapor ettiklerini belirttiklerini vurgulamışlardır. Yöneticilerin davranışlarının analizi ve değerlendirilmesi, hasta güvenliği geliştirmede tıbbi hataların %95.7’sinin raporlandığına inandıklarını göstermektedir. Osborne ve arkadaşlarının (1999) yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin ilaç hatalarının sadece %3.5’inin rapor edildiğine inandıklarını ve yönetici durumda bulunan hemşirelerin ve hekimlerin ilaç hatalarının eksik bir şekilde bildirdiklerine inandıkları belirlemişlerdir. Aynı şekilde sağlık çalışanları işle ya da ihmalle ilgili hataları bildirmemektedirler.

Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmede eksikliklerinin olmasının nedenleri; hata yaptığının farkına varılmaması, zararsız olduğu düşünülen hataların rapor edilmemesi, rapor ettiğinde eleştirileceği korkusu, rapor etme sürecinde zorluk yaşanması gibi faktörler sayılabilir (İntepeler ve Dursun, 2012). Ayrıca hemşireler hata bildirim raporlarının güvenilir ve geçerli olmadığını (%14), hata raporlama süresinin çok fazla zaman aldığını (%14) ve hata bildirimi yaptıklarında bunun hataları önleyeceğine inanmadıklarını ifade etmişlerdir (Blegen ve ark, 2004). Bir çalışmada çalışanların cezalandırılmaktan korktuğu için ilaç hatalarının %95’ini bildirilmediği ifade edilmektedir (Kapborg ve Svennson, 1999). İş kaybı gibi sonuçlar doğuran disiplin cezaları da hata bildirimini olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda hemşireler yanlış ilaç uygulayan kişi olarak etiketlenmekten korkmaktadırlar. Bu durum hemşireler ve yönetici hemşireler için kendi çalıştıkları bölümün itibarının zedeleneceği korkusunu da içermektedir (Mayo ve Duncan, 2004). Koohestani ve Baghcheghi (2009) hemşirelik öğrencileri arasında ilaç hatalarını raporlamamanın iki ana nedeni olarak raporlamanın sonuçlarına yönelik korkuları ve yönetimsel faktörler olduğunu vurgulamışlardır. Hemşire yöneticiler hemşirelik öğrencilerinin ilaç hataları raporlamasına olumlu tepkiler göstermelidir.

Tıbbi hataları belirlemenin zor olmasının nedenleri arasında, çalışanların tıbbi hataları bildirmekten çekinmeleri vardır. Hemşirelerin bildirdiği hataların yönetime, hasta güvenliği ve kalite birimlerine iletilmesi gerekmektedir. Bu bildirimin sağlanabilmesi için; hemşirelerin öncelikli olarak gerçekleşen tıbbi hatayı anlaması, bu hatayı gerekli yerlere bildirmesi gerektiğine inanması, hatayı kendi işlediğini kabul etmesi ve bu hatanın olumlu ya da olumsuz sonuçlarını kabullenmesi gereklidir (Mayo ve Duncan, 2004).

**2.9. Raporlama Sistemi**

Zorunlu veya gönüllü yapılabilen raporlama sistemlerine gelişmiş ülkelerde rastlanmaktadır. Zorunlu raporlama sistemlerini kullananların kötü bir şekilde kullanması çalışanları ve kurumları belirleyip onları cezalandırılacağını düşündürmektedir. Böyle bir düşünce hata raporlama konusunda caydırıcı olmaktadır. Bu durumda hata nedenlerinin sistem olarak düzeltilmesinin vurgusu yapılması önemlidir. Genellikle zorunlu raporlama sistemleri hatayı işleyen kişiyi bildirmeyeni de cezalandırılabilmektedir. Bu yüzden hata bildiriminin ancak gönüllü hata bildirim sistemleri ile rapor edilip çalışanların özgürce bildirimde bulunmalarının sağlanması önemlidir. Zorunlu hata bildirimi sistemlerinde hatayı gerçekleştiren bireyin raporlandığı düşünüldüğü için hata bildirimi sınırlı kalabilmektedir (Cohen, 2000).

Tıbbi hataların zorunlu raporlanması ciddi hasta yaralanmaları ve ölümler için çalışanları sorumlu tutan bir sistemin parçasıdır. Örneğin Maryland’da Maryland Department of Health and Mental Hygiene bölümü hasta ile ilişkili belli olumsuz olaylar için bir zorunlu hasta güvenliği raporlama sistemi uygulamaktadır. Düşmeler, tedavi gecikmeleri, havayolu yönetimi hataları, ilaç hataları, komplikasyonlar, ölüm/vasküler araç kullanımıyla ilişkili rahatsızlıklar, ameliyat sırası veya hemen sonrasında beklenmeyen ölümler, yanlış teşhis koyma, cerrahi sonrası vücutta yabancı cisim unutma, intihar girişimi, anne veya fetüs yaralanmaları veya ölümler, arızalı cihazlar, hava embolisi, hipoglisemi, personelin işlem hatası, fiziksel tespit ile ilişkili ölümler, kan transfüzyonu reaksiyonu, antikoagülasyon ve uygun olmayan onamlı cerrahi prosedür gibi olayları 5 gün içinde raporlanmalıdır (Rosenthal ve Takach, 2007).

Tıbbi hataları gönüllü raporlama hastaya zarar vermeyen veya çok az zarar veren hatalar da dahil olduğu için kalite iyileştirme programlarının yönlendirilmesine rehberlik eden bir diğer yoldur. Bu tip hata çalışmaları tıbbi hataların hastaya ciddi zararı oluşmadan önce sistemden belirlenmesi ve tanımlanmasına yardımcı olabilir. Olumsuz olayları gönüllü veya zorunlu raporlama bir olumsuz olay ortaya çıktığında çalışanların dürüstlüğüne tamamen güvenilir kılmaktadır. Ne yazık ki, tıbbi hataları bireysel raporlama sağlık bakım çalışanları arasında tutarlı olmamıştır (Howie, 2009). Bunun nedeni, çalışanların kendi akranlarıyla yüzleşmek istememeleri, dava edilmekten korkmaları ve olumsuz bir hasta sonucunun neden olduğu damgalanmaktan endişe etmeleridir. Aynı şekilde, çalışanları hataları raporlamaya çok az teşvik vardır (Howie, 2009). Raporlama sistemleri tanıtıldığında ve sağlık personelleri tıbbi hataları rapor etmeye teşvik edildiğinde gelişmiş raporlama davranışı oluşur (Catchpole ve ark, 2008; Hutchinson ve ark, 2009; Heard ve ark, 2012).

Gönüllü bir tıbbi raporlama sisteminin etkin bir şekilde uygulanmasına yönelik en çok belirtilen engellerden biri, insanların ve sağlık bakım kuruluşlarının hukuki olarak karşılarına alma korkusudur (Leape ve Berwick, 2005; Milch ve ark, 2005; Mattie ve Ben-Chitrit, 2007). Brennan ve arkadaşları (2004) çalışanların hasta yaralanmalarını dava edilme korkusu olmadan açık bir şekilde tartışmaya teşvik edilmesinin önemini vurgulamıştır.

Gönüllü bir şekilde hata bildirim sistemlerinde çalışanlar ceza korkusu olmadan yaşanan olumsuz olayı tümüyle anlatabilmektedir. Yaşanan hatalı uygulamanın içeriğindeki bilgi hatayı anlamada çok önemli bir role sahiptir. Hatayı raporlaması için zorlanan çalışanın oluşan hatayı tümüyle anlatma olasılığı zayıftır. Bu durumda olan bir çalışan hata bildirimini bir daha benzer bir durum yaşanmaması için değil, sadece bir ihtiyaç olduğu için yapmaktadır (Cohen, 2000).

1082 ABD’li hekimle yapılan bir araştırmada katılımcılara tıbbi hataları bireysel raporlamanın nasıl olması gerektiği sorulduğunda, %88’i raporların gizli tutulması ve ortaya çıkmaması gerektiğini, %85’i bilgilerin sadece sistemi geliştirmek için kullanılması gerektiğini, %84’ü raporlamanın cezasız olmasını ve %66’sı hata raporlama süresinin 2 dakikadan daha az sürede olması gerektiğini söylemişlerdir. Ayrıca katılımcıların %53’ü bilgilerin hataların gerçekleştiği üniteler ya da birimlerde tutulması gerektiğini de belirtmişlerdir (Garbutt ve ark, 2008).

Ülkemizde ulusal veya kurumsal bir hata bildirim sistemi bulunmadığı bilinmektedir. Hata bildirimine dair veriler yeterli ve güvenilir olmadığından raporlama sistemleri konusunda gelişmiş ülkelerden örnekler alınması konunun öneminin anlaşılmasında yol gösterici olabilir (Seren İntepeler ve Dursun, 2012).

**3. GEREÇ ve YÖNTEM**

**3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**3.2. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

**3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde toplam 595 hemşire çalışmaktadır ve yatak kapasitesi 587’dir.

**3.4. Araştırmanın Zamanı**

Araştırma Eylül 2016- Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

**3.5. Araştırmanın Evreni**

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan 595 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

**3.6. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmada G-power güç analiz yöntemi kullanılarak orta etki büyüklüğünde (0.3) %80 güç ve %95 güven aralığında örneklem sayısı 143 hemşire olarak hesaplanmış ve %20 veri kaybı olabileceği düşünülerek yoğun bakım, dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışan 171 hemşireye ulaşılmıştır. Veri toplama formunu eksik dolduran hemşirelerin anketleri çıkarılmış ve değerlendirmeye alınmamıştır. Toplamda 148 anket analiz edilmiştir.

**3.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

Araştırmaya katılmayı kabul eden, sözlü onam alınan ve aktif olarak hasta bakımından sorumlu olan hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

**3.8. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve aktif olarak hasta bakımından sorumlu olmayan hemşireler (Örneğin; poliklinik hemşiresi, ameliyathane, kan alma, hastane idari birimlerinde çalışan hemşireler) araştırmaya dahil edilmemiştir.

**3.9. Verilerin Toplanması**

**3.9.1. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanılmıştır (EK 1). Oluşturulan anket formu doktora eğitimini tamamlamış, en az 15 yıllık deneyime sahip ve tıbbi hatalar konusunda uzman 10 kişinin görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşüne göre ankette gerekli düzenlemeler yapılmış ve 10 kişilik bir hemşire grubuna anketin ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulamada hemşirelerin verdiği geribildirimler ışığında anket son halini almıştır.

Tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri 21 önermeden oluşmaktadır. Hemşireler tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri ile ilgili her önermeye “hayır” veya “evet” olarak yanıt vermektedir.

**3.10. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Gruplu değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile test edilmiştir.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

**3.11. Değişkenler**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri tıbbi hataları rapor etmeme nedenleridir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı, çalışma pozisyonu, haftalık çalışma saati, bir vardiyada çalıştığı saat, bir çalışma vardiyasında bakım verdiği ortalama hasta sayısı vb. değişkenler ise araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

**3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sadece tek merkezde yapılması bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

**3.13. Araştırmanın Güçlükleri**

Araştırmaya katılmayı kabul etseler bile hemşirelerin anketin tamamını doldurmaması, yoğun çalışma saatleri ve zaman kısıtlılığından dolayı anketi doldurma süresinin uzaması bu araştırmanın güçlüklerini oluşturmuştur.

**3.14. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulundan (53043469-050.04.04) (EK 2) ve Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği’nden (EK 3) (63364346-605.01) yazılı olarak izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmanın yapılma amacı açıklanarak sözlü onam alınmıştır.

**4. BULGULAR**

**4.1.** **Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tanımlayıcı Özellikler** | **n** | **%** |
| **Yaş Grubu** | | |
| 19-25 | 69 | 46.6 |
| 26-30 | 39 | 26.4 |
| 31-35 | 18 | 12.2 |
| 36-40 | 11 | 7.4 |
| 40 üstü | 11 | 7.4 |
| **Cinsiyet** | | |
| Kadın | 133 | 89.9 |
| Erkek | 15 | 10.1 |
| **Eğitim Durumu** | | |
| Lise | 48 | 32.4 |
| Ön lisans | 18 | 12.2 |
| Lisans | 68 | 45.9 |
| Yüksek lisans | 14 | 9.5 |
| **Meslekte Çalışma Yılı** | | |
| 1-5 yıl | 86 | 58.1 |
| 6-10 yıl | 36 | 24.3 |
| 10 yıl üstü | 26 | 17.6 |
| **Klinik** | | |
| Yoğun bakım | 51 | 34.5 |
| Dahili klinikler | 62 | 41.9 |
| Cerrahi klinikler | 35 | 23.6 |
| **Çalışma Pozisyonu** | | |
| Sorumlu Hemşire | 22 | 14.9 |
| Klinik Hemşiresi | 126 | 85.1 |
| **Bir Vardiyada Çalışma Saati** | | |
| 8 | 42 | 28.4 |
| 12 | 82 | 55.4 |
| 16 | 24 | 16.2 |
| **Bir Vardiyada Bakım Verilen Hasta Sayısı** | | |
| 0-10 | 82 | 55.4 |
| 11-20 | 55 | 37.2 |
| 20 üzeri | 11 | 7.4 |
| **Toplam** | **148** | **100** |

Tablo 1’de araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %46.6’sının 19-25, %26.4’ünün 26-30, %12.2’sinin 31-35, %7.4’ünün 36-40 yaş grubunda, %7.4’ünün 40 yaş üzerinde olduğu ve yaş ortalamalarının 27.52±6.9 olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %89.9’u kadın, %10.1’i erkektir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %45.9’u lisans, %32.4’ü lise, %12.2’si ön lisans ve %9.5’i yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerin %58.1’inin meslekte çalışma yılı 1-5, %24.3’ünün 6-10 ve %17.6’sının ise 10 yıl ve üzeri olarak belirlenmiştir.

Hemşirelerin %41.9’u dahili kliniklerde, %34.5’i yoğun bakım kliniklerinde, %23.6’sı cerrahi kliniklerde çalışmaktadır. Hemşirelerin %14.9’u sorumlu hemşire olarak çalışırken, %85.1’i klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin haftalık çalışma saati ortalamasının 44.79±3.40 (min=40, max=48) olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin bir vardiyada çalıştıkları ortalama saat 11.51±2.63 olarak bulunmuştur. Bir çalışma vardiyasında hemşirelerin %55.4’i 0-10, %37.2’si 11-20 ve %7.4’ü 21 ve üzerinde hastaya bakım verdiğini ifade etmiştir.

**Tablo 2.** Tıbbi Hatalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tanıtıcı Özellikler | |  | n | | % |
| Tıbbi hatalarla ilgili eğitim alma durumu | | | | | |
| Hayır | |  | 76  72 | | 51.4  48.6 |
| Evet | |
| Tıbbi hatalarla ilgili literatür takip etme durumu | | | | | |
| Hayır | |  | 81  67 | | 54.7  45.3 |
| Evet | |
| Tıbbi hatalar konusunda yararlanılan bilgi kaynakları \* | | | | | |
| Kitap/Dergi | |  | 44  96  33  97  76  55 | | 29.7  64.9  22.3  65.5  51.4  37.2 |
| İnternet | |
| Bilimsel Etkinlik | |
| Hizmet İçi Eğitim | |
| Meslektaşlar | |
| Ekip üyeleri | |
| Tıbbi hatalarla karşılaşma durumu | |  |  | |  |
| Hayır | |  | 27  121 | | 18.2  81.8 |
| Evet | |
| Toplam | | | **148** | | **100** |
| Tıbbi hatalarla karşılaşma sıklığı | | |  | |  |
| 1-5 Defa |  | | 94  11  16 | 77.7  9.1  13.2 | |
| 6-10 Defa |
| 10 Defadan Fazla |
| Karşılaşılan tıbbi hata türleri \* |  | |  |  | |
| İlaç Hatası |  | | 98  58  24  59  76 | 66.2  39.2  16.2  39.9  51.4 | |
| Düşmeler |
| Cerrahi Hatalar |
| Hastane Enfeksiyonu |
| Kayıt Hataları |
| Tıbbi hata ile karşılaşma vardiyası |  | |  |  | |
| Gündüz |  | | 24  97 | 19.8  80.2 | |
| Gece |
| Tıbbi hatayı rapor etme durumu |  | |  |  | |
| Hayır |  | | 41  80 | 33.9  66.1 | |
| Evet |
| Toplam |  | | **121** | **100** | |

\* Birden fazla seçilen maddeler

Tıbbi hatalarla karşılaşma sıklığı, karşılaşılan tıbbi hata türü, tıbbi hata karşılaşma vardiyası ve tıbbi hata rapor etme durumu sadece tıbbi hata ile karşılaşan 121 hemşirenin bulgusunu içermektedir. (n=121)

## Tablo 2’de tıbbi hatalara ilişkin tanımlayıcı özellikler bulunmaktadır. Hemşirelerin %48.6’sı tıbbi hatalar konusunda eğitim aldıklarını, %45.3’ü tıbbi hatalarla ilgili literatür takip ettiklerini belirtmişlerdir. Tıbbi hatalarla ilgili bilgiye katılımcıların %65.5’i hizmet içi eğitimlerden, %64.9’u internetten, %51.4’ü meslektaşlarından, %37.2’si ekip üyelerinden, %29.7’si kitap ya da dergiden ve %22.3’ü bilimsel etkinliklerden ulaştıklarını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %81.8’i tıbbi hatalarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Tıbbi hatalarla karşılaşma sıklığına hemşirelerin %77.7’si yılda 1-5 defa, %13.2’si 10 defadan fazla ve %9.1’i 6-10 defa cevabını vermişlerdir. Hemşirelerin karşılaştıkları tıbbi hatalar; ilaç hataları (%66.2) kayıt hataları (%51.4), hastane enfeksiyonları (%39.9), düşmeler (%39.2) ve cerrahi hatalardır (%16.2). Hemşirelerin %80.2’si tıbbi hatalarla gece vardiyasında karşılaştığını belirtmiştir. Tıbbi hataları hemşirelerin %66.1’i rapor ettiğini ifade etmiştir.

**4.2.** **Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme konusundaki ifadelerine yer verilmiştir. Tablo 3’de tıbbi hataları rapor etmeme nedenlerine yönelik maddeler ve hemşirelerin her maddeye verdikleri “Evet” ve “Hayır” cevap sayıları ve yüzdeleri yer almaktadır.

## Tablo 3. Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenleri

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | **Evet** | | **Hayır** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | 47 | 31.76 | 101 | 68.24 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | 34 | 22.97 | 114 | 77.03 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | 27 | 18.24 | 121 | 81.76 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | 20 | 13.51 | 128 | 86.49 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | 43 | 29.05 | 105 | 70.95 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | 51 | 34.46 | 97 | 65.54 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | 88 | 59.46 | 60 | 40.54 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | 107 | 72.30 | 41 | 27.70 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | 86 | 58.11 | 62 | 41.89 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | 67 | 45.27 | 81 | 54.73 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | 88 | 59.46 | 60 | 40.54 |
| Hatayı bildirdiğimde, hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | 80 | 54.05 | 68 | 45.95 |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | 47 | 31.76 | 101 | 68.24 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | 108 | 72.97 | 40 | 27.03 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | 27 | 18.24 | 121 | 81.76 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | 22 | 14.86 | 126 | 85.14 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | 46 | 31.08 | 102 | 68.92 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | 38 | 25.67 | 110 | 74.33 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | 42 | 28.38 | 106 | 71.62 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | 16 | 10.81 | 132 | 89.19 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | 24 | 16.22 | 124 | 83.78 |

Hemşirelerin %72.97’si tıbbi hatayla ilgili hastada herhangi olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşirelerin suçlanacağını, %72.30’u hatayı rapor ettiklerinde hasta ve ailesinin hemşireye karşı olumsuz bir tutum sergileyeceğini, %59.46’sı haklarında dava açılabileceğini, %59.46’sı hekimlerden olumsuz tepkiler alabileceklerini ve %58.11’i hatayı bildirdiğinde hastane yönetiminden ceza alabileceğini düşündükleri için tıbbi hataları rapor etmediklerini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %54.05’i hatayı bildirdiğinde hastane yönetiminin hatanın kaynağını kişisel olarak değerlendirebileceğini, %45.27’si hatayı bildirdiğinde işinden çıkarılabileceğini, %34.46’sı hayatı rapor ettiğinde ekip arkadaşları tarafından yetersiz olarak düşünülebileceğini, %31.76’i hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarının da hatayı rapor etmediklerini, %31.76’sı hata meydana geldiğinde bildirebilecekleri bir sistemin bulunmadığını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %31.08’i iş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramadığını, %29.05’i hatayı rapor ettiğinde ekip arkadaşlarının kendisini kınayacaklarını, %28.38’i hata bildirim formlarının çok karmaşık olduğunu, %25.67’si hata bildirim formlarının çok fazla olduğunu, %22.97’si hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğini bilmediklerini, %18.24’ü hastanenin tıbbi hata tanımı ile kendi bildiği tanımın uyuşmadığını ve %18.24’ü hata bildirimi yapmanın çok zamanını aldığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamındaki hemşireler tıbbi hataları rapor ettiğinde bunun hastaya bir faydası olmadığını (%16.22), daha önce yaşadığı hata bildirim sonuçlarının kendisine olumsuz olarak yansıdığını (%14.86), hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmenin gereksiz olduğunu (%13.51), hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası olmadığını (%10.81) belirtmişlerdir.

4.3. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenleri ile Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Bu bölümde hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri ile hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | | **19-25 yaş** | | **26-30 yaş** | | | | **31-35 yaş** | | | | | **36-40 yaş** | | | | | **40 yaş üstü** | | | | | **p** | | |
| **n** | **%** | | **n** | | **%** | | | **n** | | **%** | | | **n** | | **%** | | | **n** | | **%** | |  | |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| Hayır |  | | 53 | 52.5 | | 22 | | 21.8 | | | 11 | | 10.9 | | | 8 | | 7.9 | | | 7 | | 6.9 | | x2=5.489 p=0.241 | |
| Evet |  | | 16 | 34.0 | | 17 | | 36.2 | | | 7 | | 14.9 | | | 3 | | 6.4 | | | 4 | | 8.5 | |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| Hayır |  | | 55 | 48.2 | | 32 | | 28.1 | | | 11 | | 9.6 | | | 6 | | 5.3 | | | 10 | | 8.8 | | x2=7.754 p=0.101 | |
| Evet |  | | 14 | 41.2 | | 7 | | 20.6 | | | 7 | | 20.6 | | | 5 | | 14.7 | | | 1 | | 2.9 | |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| Hayır |  | | 56 | 46.3 | | 32 | | 26.4 | | | 15 | | 12.4 | | | 8 | | 6.6 | | | 10 | | 8.3 | | x2=1.268 p=0.867 | |
| Evet |  | | 13 | 48.1 | | 7 | | 25.9 | | | 3 | | 11.1 | | | 3 | | 11.1 | | | 1 | | 3.7 | |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| Hayır |  | | 62 | 48.4 | | 31 | | 24.2 | | | 15 | | 11.7 | | | 10 | | 7.8 | | | 10 | | 7.8 | | x2=2.826 p=0.587 | |
| Evet |  | | 7 | 35.0 | | 8 | | 40.0 | | | 3 | | 15.0 | | | 1 | | 5.0 | | | 1 | | 5.0 | |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| Hayır |  | | 51 | 48.6 | | 28 | | 26.7 | | | 9 | | 8.6 | | | 8 | | 7.6 | | | 9 | | 8.6 | | x2=4.787 p=0.310 | |
| Evet |  | | 18 | 41.9 | | 11 | | 25.6 | | | 9 | | 20.9 | | | 3 | | 7.0 | | | 2 | | 4.7 | |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| Hayır |  | | 48 | 49.5 | | 24 | | 24.7 | | | 9 | | 9.3 | | | 7 | | 7.2 | | | 9 | | 9.3 | | x2=4.004 p=0.405 | |
| Evet |  | | 21 | 41.2 | | 15 | | 29.4 | | | 9 | | 17.6 | | | 4 | | 7.8 | | | 2 | | 3.9 | |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| Hayır | | | 26 | 43.3 | | 15 | | 25.0 | | | 8 | | 13.3 | | | 4 | | 6.7 | | | 7 | | 11.7 | | x2=2.932 p=0.569 | |
| Evet | | | 43 | 48.9 | | 24 | | 27.3 | | | 10 | | 11.4 | | | 7 | | 8.0 | | | 4 | | 4.5 | |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| Hayır |  | | 20 | 48.8 | | 9 | | 22.0 | | | 5 | | 12.2 | | | 3 | | 7.3 | | | 4 | | 9.8 | | x2=0.886 p=0.927 | |
| Evet |  | | 49 | 45.8 | | 30 | | 28.0 | | | 13 | | 12.1 | | | 8 | | 7.5 | | | 7 | | 6.5 | |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| Hayır | | 28 | | 45.2 | 17 | | 27.4 | | | 6 | | 9.7 | | | 6 | | 9.7 | | | 5 | | 8.1 | | | x2=1.418 p=0.841 |
| Evet | | 41 | | 47.7 | 22 | | 25.6 | | | 12 | | 14.0 | | | 5 | | 5.8 | | | 6 | | 7.0 | | |

Tablo 4. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **19-25 yaş** | | **26-30 yaş** | | **31-35 yaş** | | **36-40 yaş** | | **40 yaş üstü** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 30 | 37.0 | 28 | 34.6 | 10 | 12.3 | 7 | 8.6 | 6 | 7.4 | x2=8.467 p=0.076 |
| Evet |  | 39 | 58.2 | 11 | 16.4 | 8 | 11.9 | 4 | 6.0 | 5 | 7.5 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 28 | 46.7 | 16 | 26.7 | 7 | 11.7 | 4 | 6.7 | 5 | 8.3 | x2=0.214 p=0.995 |
| Evet |  | 41 | 46.6 | 23 | 26.1 | 11 | 12.5 | 7 | 8.0 | 6 | 6.8 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 34 | 50.0 | 14 | 20.6 | 9 | 13.2 | 5 | 7.4 | 6 | 8.8 | x2=2.341 p=0.673 |
| Evet |  | 35 | 43.8 | 25 | 31.2 | 9 | 11.2 | 6 | 7.5 | 5 | 6.2 |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 52 | 51.5 | 27 | 26.7 | 10 | 9.9 | 4 | 4.0 | 8 | 7.9 | x2=8.229 p=0.084 |
| Evet |  | 17 | 36.2 | 12 | 25.5 | 8 | 17.0 | 7 | 14.9 | 3 | 6.4 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 50.0 | 8 | 20.0 | 4 | 10.0 | 5 | 12.5 | 3 | 7.5 | x2=3.078 p=0.545 |
| Evet |  | 49 | 45.4 | 31 | 28.7 | 14 | 13.0 | 6 | 5.6 | 8 | 7.4 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 57 | 47.1 | 31 | 25.6 | 14 | 11.6 | 9 | 7.4 | 10 | 8.3 | x2=0.977 p=0.913 |
| Evet |  | 12 | 44.4 | 8 | 29.6 | 4 | 14.8 | 2 | 7.4 | 1 | 3.7 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 62 | 49.2 | 33 | 26.2 | 13 | 10.3 | 10 | 7.9 | 8 | 6.3 | x2=5.223 p=0.265 |
| Evet |  | 7 | 31.8 | 6 | 27.3 | 5 | 22.7 | 1 | 4.5 | 3 | 13.6 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 47 | 46.1 | 26 | 25.5 | 12 | 11.8 | 8 | 7.8 | 9 | 8.8 | x2=1.085 p=0.897 |
| Evet |  | 22 | 47.8 | 13 | 28.3 | 6 | 13.0 | 3 | 6.5 | 2 | 4.3 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 51 | 46.4 | 30 | 27.3 | 12 | 10.9 | 8 | 7.3 | 9 | 8.2 | x2=1.036 p=0.904 |
| Evet |  | 18 | 47.4 | 9 | 23.7 | 6 | 15.8 | 3 | 7.9 | 2 | 5.3 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 49 | 46.2 | 30 | 28.3 | 11 | 10.4 | 8 | 7.5 | 8 | 7.5 | x2=1.543 p=0.819 |
| Evet |  | 20 | 47.6 | 9 | 21.4 | 7 | 16.7 | 3 | 7.1 | 3 | 7.1 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 64 | 48.5 | 33 | 25.0 | 15 | 11.4 | 10 | 7.6 | 10 | 7.6 | x2=2.463 p=0.651 |
| Evet |  | 5 | 31.2 | 6 | 37.5 | 3 | 18.8 | 1 | 6.2 | 1 | 6.2 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 56 | 45.2 | 32 | 25.8 | 15 | 12.1 | 11 | 8.9 | 10 | 8.1 | x2=2.979 p=0.561 |
| Evet |  | 13 | 54.2 | 7 | 29.2 | 3 | 12.5 | 0 | 0.0 | 1 | 4.2 |

Hemşirelerin tıbbi hatayı rapor etmeme nedenleri ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 5. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Kadın** | | **Erkek** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 91 | 90.1 | 10 | 9.9 | x2=0.019 p=0.550 |
| Evet |  | 42 | 89.4 | 5 | 10.6 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 102 | 89.5 | 12 | 10.5 | x2=0.083 p=0.533 |
| Evet |  | 31 | 91.2 | 3 | 8.8 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 110 | 90.9 | 11 | 9.1 | x2=0.794 p=0.281 |
| Evet |  | 23 | 85.2 | 4 | 14.8 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 117 | 91.4 | 11 | 8.6 | x2=2.471 p=0.123 |
| Evet |  | 16 | 80.0 | 4 | 20.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 94 | 89.5 | 11 | 10.5 | x2=0.046 p=0.547 |
| Evet |  | 39 | 90.7 | 4 | 9.3 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 90 | 92.8 | 7 | 7.2 | x2=2.633 p=0.093 |
| Evet |  | 43 | 84.3 | 8 | 15.7 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 56 | 93.3 | 4 | 6.7 | x2=1.333 p=0.192 |
| Evet |  | 77 | 87.5 | 11 | 12.5 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 37 | 90.2 | 4 | 9.8 | x2=0.009 p=0.596 |
| Evet |  | 96 | 89.7 | 11 | 10.3 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 55 | 88.7 | 7 | 11.3 | x2=0.156 p=0.448 |
| Evet |  | 78 | 90.7 | 8 | 9.3 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 75 | 92.6 | 6 | 7.4 | x2=1.462 p=0.175 |
| Evet |  | 58 | 86.6 | 9 | 13.4 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 54 | 90.0 | 6 | 10.0 | x2=0.002 p=0.597 |
| Evet |  | 79 | 89.8 | 9 | 10.2 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 61 | 89.7 | 7 | 10.3 | x2=0.003 p=0.582 |
| Evet |  | 72 | 90.0 | 8 | 10.0 |

Tablo 5. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Kadın** | | **Erkek** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 89 | 88.1 | 12 | 11.9 | x2=1.065 p=0.235 |
| Evet |  | 44 | 93.6 | 3 | 6.4 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 35 | 87.5 | 5 | 12.5 | x2=0.337 p=0.379 |
| Evet |  | 98 | 90.7 | 10 | 9.3 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 111 | 91.7 | 10 | 8.3 | x2=2.548 p=0.110 |
| Evet |  | 22 | 81.5 | 5 | 18.5 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 114 | 90.5 | 12 | 9.5 | x2=0.348 p=0.391 |
| Evet |  | 19 | 86.4 | 3 | 13.6 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 96 | 94.1 | 6 | 5.9 | **x2=6.517 p=0.014** |
| Evet |  | 37 | 80.4 | 9 | 19.6 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 103 | 93.6 | 7 | 6.4 | **x2=6.691 p=0.015** |
| Evet |  | 30 | 78.9 | 8 | 21.1 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 97 | 91.5 | 9 | 8.5 | x2=1.109 p=0.222 |
| Evet |  | 36 | 85.7 | 6 | 14.3 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 119 | 90.2 | 13 | 9.8 | x2=0.110 p=0.503 |
| Evet |  | 14 | 87.5 | 2 | 12.5 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 114 | 91.9 | 10 | 8.1 | x2=3.600 p=0.071 |
| Evet |  | 19 | 79.2 | 5 | 20.8 |

Hemşirelerin iş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramaması (x2=6.517; p=0.014<0.05) ve  hata bildirim formlarının çok fazla olması ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (x2=6.691; p=0.015<0.05). İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramayanların %80.4’ü kadın %19.6’sı erkektir. Kadınlar erkeklere göre daha çok iş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramadıklarını ve hata bildirim formlarının çok fazla olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 6. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Lise** | | **Ön Lisans** | | **Lisans** | | **Yüksek Lisans** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 37 | 36.6 | 12 | 11.9 | 45 | 44.6 | 7 | 6.9 | x2=4.036 p=0.258 |
| Evet |  | 11 | 23.4 | 6 | 12.8 | 23 | 48.9 | 7 | 4.9 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 38 | 33.3 | 14 | 12.3 | 50 | 43.9 | 12 | 10.5 | x2=1.197 p=0.754 |
| Evet |  | 10 | 29.4 | 4 | 11.8 | 18 | 52.9 | 2 | 5.9 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 39 | 32.2 | 16 | 13.2 | 54 | 44.6 | 12 | 9.90 | x2=1.020 p=0.796 |
| Evet |  | 9 | 33.3 | 2 | 7.4 | 14 | 51.9 | 2 | 7.4 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 41 | 32.0 | 18 | 14.1 | 59 | 46.1 | 10 | 7.8 | x2=5.580 p=0.134 |
| Evet |  | 7 | 35.0 | 0 | 0.0 | 9 | 45.0 | 4 | 20.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 35 | 33.3 | 15 | 14.3 | 49 | 46.7 | 6 | 5.7 | x2=6.830 p=0.078 |
| Evet |  | 13 | 30.2 | 3 | 7.0 | 19 | 44.2 | 8 | 18.6 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 32 | 33.0 | 15 | 15.5 | 44 | 45.4 | 6 | 6.2 | x2=5.761 p=0.124 |
| Evet |  | 16 | 31.4 | 3 | 5.9 | 24 | 47.1 | 8 | 15.7 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 16 | 26.7 | 9 | 15.0 | 31 | 51.7 | 4 | 6.7 | x2=3.253 p=0.354 |
| Evet |  | 32 | 36.4 | 9 | 10.2 | 37 | 42.0 | 10 | 11.4 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 13 | 31.7 | 5 | 12.2 | 20 | 48.8 | 3 | 7.3 | x2=0.384 p=0.944 |
| Evet |  | 35 | 32.7 | 13 | 12.1 | 48 | 44.9 | 11 | 10.3 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 32.3 | 8 | 12.9 | 31 | 50.0 | 3 | 4.8 | x2=2.839 p=0.417 |
| Evet |  | 28 | 32.6 | 10 | 11.6 | 37 | 43.0 | 11 | 12.8 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 22 | 27.2 | 10 | 12.3 | 42 | 51.9 | 7 | 8.6 | x2=3.023 p=0.388 |
| Evet |  | 26 | 38.8 | 8 | 11.9 | 26 | 38.8 | 7 | 10.4 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 17 | 28.3 | 9 | 15.0 | 30 | 50.0 | 4 | 6.7 | x2=2.384 p=0.497 |
| Evet |  | 31 | 35.2 | 9 | 10.2 | 38 | 43.2 | 10 | 11.4 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 26 | 38.2 | 7 | 10.3 | 32 | 47.1 | 3 | 4.4 | x2=5.089 p=0.165 |
| Evet |  | 22 | 27.5 | 11 | 13.8 | 36 | 45.0 | 11 | 13.8 |

Tablo 6. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Lise** | | **Ön Lisans** | | **Lisans** | | **Yüksek Lisans** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 32 | 31.7 | 14 | 13.9 | 47 | 46.5 | 8 | 7.9 | x2=1.630 p=0.653 |
| Evet |  | 16 | 34.0 | 4 | 8.5 | 21 | 44.7 | 6 | 12.8 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 15 | 37.5 | 4 | 10.0 | 18 | 45.0 | 3 | 7.5 | x2=0.878 p=0.831 |
| Evet |  | 33 | 30.6 | 14 | 13.0 | 50 | 46.3 | 11 | 10.2 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 38 | 31.4 | 15 | 12.4 | 57 | 47.1 | 11 | 9.1 | x2=0.536 p=0.911 |
| Evet |  | 10 | 37.0 | 3 | 11.1 | 11 | 40.7 | 3 | 11.1 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 41 | 32.5 | 16 | 12.7 | 58 | 46.0 | 11 | 8.7 | x2=0.681 p=0.878 |
| Evet |  | 7 | 31.8 | 2 | 9.1 | 10 | 45.5 | 3 | 13.6 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 33 | 32.4 | 12 | 11.8 | 49 | 48.0 | 8 | 7.8 | x2=1.263 p=0.738 |
| Evet |  | 15 | 32.6 | 6 | 13.0 | 19 | 41.3 | 6 | 13.0 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 34 | 30.9 | 14 | 12.7 | 51 | 46.4 | 11 | 10.0 | x2=0.568 p=0.904 |
| Evet |  | 14 | 36.8 | 4 | 10.5 | 17 | 44.7 | 3 | 7.9 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 33 | 31.1 | 12 | 11.3 | 50 | 47.2 | 11 | 10.4 | x2=0.867 p=0.833 |
| Evet |  | 15 | 35.7 | 6 | 14.3 | 18 | 42.9 | 3 | 7.1 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 45 | 34.1 | 16 | 12.1 | 59 | 44.7 | 12 | 9.1 | x2=1.627 p=0.653 |
| Evet |  | 3 | 18.8 | 2 | 12.5 | 9 | 56.2 | 2 | 12.5 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 38 | 30.6 | 18 | 14.5 | 56 | 45.2 | 12 | 9.7 | x2=4.378 p=0.223 |
| Evet |  | 10 | 41.7 | 0 | 0.0 | 12 | 50.0 | 2 | 8.3 |

Hemşirelerin tıbbi hatayı rapor etmeme nedenleri ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 7. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Çalışma Yıllarına Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **1-5 Yıl** | | **6-10 Yıl** | | **10 Yıl üstü** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 63 | 62.4 | 21 | 20.8 | 17 | 16.8 | x2=2.726 p=0.256 |
| Evet |  | 23 | 48.9 | 15 | 31.9 | 9 | 19.1 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 68 | 59.6 | 28 | 24.6 | 18 | 15.8 | x2=1.107 p=0.575 |
| Evet |  | 18 | 52.9 | 8 | 23.5 | 8 | 23.5 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 71 | 58.7 | 29 | 24.0 | 21 | 17.4 | x2=0.089 p=0.957 |
| Evet |  | 15 | 55.6 | 7 | 25.9 | 5 | 18.5 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 74 | 57.8 | 31 | 24.2 | 23 | 18.0 | x2=0.105 p=0.949 |
| Evet |  | 12 | 60.0 | 5 | 25.0 | 3 | 15.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 62 | 59.0 | 26 | 24.8 | 17 | 16.2 | x2=0.473 p=0.789 |
| Evet |  | 24 | 55.8 | 10 | 23.3 | 9 | 20.9 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 58 | 59.8 | 23 | 23.7 | 16 | 16.5 | x2=0.366 p=0.833 |
| Evet |  | 28 | 54.9 | 13 | 25.5 | 10 | 19.6 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 30 | 50.0 | 19 | 31.7 | 11 | 18.3 | x2=3.412 p=0.182 |
| Evet |  | 56 | 63.6 | 17 | 19.3 | 15 | 17.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 27 | 65.9 | 7 | 17.1 | 7 | 17.1 | x2=1.819 p=0.403 |
| Evet |  | 59 | 55.1 | 29 | 27.1 | 19 | 17.8 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 34 | 54.8 | 17 | 27.4 | 11 | 17.7 | x2=0.618 p=0.734 |
| Evet |  | 52 | 60.5 | 19 | 22.1 | 15 | 17.4 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 41 | 50.6 | 26 | 32.1 | 14 | 17.3 | **x2=6.182 p=0.045** |
| Evet |  | 45 | 67.2 | 10 | 14.9 | 12 | 17.9 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 34 | 56.7 | 17 | 28.3 | 9 | 15.0 | x2=1.082 p=0.582 |
| Evet |  | 52 | 59.1 | 19 | 21.6 | 17 | 19.3 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 41 | 60.3 | 15 | 22.1 | 12 | 17.6 | x2=0.369 p=0.831 |
| Evet |  | 45 | 56.2 | 21 | 26.2 | 14 | 17.5 |

Tablo 7. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Çalışma Yıllarına Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **1-5 Yıl** | | **6-10 Yıl** | | **10 Yıl üstü** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 63 | 62.4 | 24 | 23.8 | 14 | 13.9 | x2=3.525 p=0.172 |
| Evet |  | 23 | 48.9 | 12 | 25.5 | 12 | 25.5 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 24 | 60.0 | 8 | 20.0 | 8 | 20.0 | x2=0.640 p=0.726 |
| Evet |  | 62 | 57.4 | 28 | 25.9 | 18 | 16.7 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 72 | 59.5 | 28 | 23.1 | 21 | 17.4 | x2=0.622 p=0.733 |
| Evet |  | 14 | 51.9 | 8 | 29.6 | 5 | 18.5 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 77 | 61.1 | 30 | 23.8 | 19 | 15.1 | x2=4.395 p=0.111 |
| Evet |  | 9 | 40.9 | 6 | 27.3 | 7 | 31.8 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 58 | 56.9 | 25 | 24.5 | 19 | 18.6 | x2=0.302 p=0.860 |
| Evet |  | 28 | 60.9 | 11 | 23.9 | 7 | 15.2 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 66 | 60.0 | 26 | 23.6 | 18 | 16.4 | x2=0.701 p=0.704 |
| Evet |  | 20 | 52.6 | 10 | 26.3 | 8 | 21.1 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 64 | 60.4 | 25 | 23.6 | 17 | 16.0 | x2=0.913 p=0.634 |
| Evet |  | 22 | 52.4 | 11 | 26.2 | 9 | 21.4 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 78 | 59.1 | 31 | 23.5 | 23 | 17.4 | x2=0.571 p=0.752 |
| Evet |  | 8 | 50.0 | 5 | 31.2 | 3 | 18.8 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 70 | 56.5 | 30 | 24.2 | 24 | 19.4 | x2=1.757 p=0.415 |
| Evet |  | 16 | 66.7 | 6 | 25.0 | 2 | 8.3 |

Araştırmaya katılan hemşirelerin hata bildirdiğinde işten çıkarılabilme düşüncesi ile çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (x2=6.182; p=0.045<0.05). Çalışma yılı az olan hemşireler daha çok işten çıkarılabilme korkusu yaşamaktadır.

Tablo 8. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Kliniklere Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Yoğun Bakım** | | **Dahili Klinikler** | | **Cerrahi Klinikler** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 41 | 40.6 | 37 | 36.6 | 23 | 22.8 | x2=5.676 p=0.059 |
| Evet |  | 10 | 21.3 | 25 | 53.2 | 12 | 25.5 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 40 | 35.1 | 45 | 39.5 | 29 | 25.4 | x2=1.422 p=0.491 |
| Evet |  | 11 | 32.4 | 17 | 50.0 | 6 | 17.6 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 39 | 32.2 | 51 | 42.1 | 31 | 25.6 | x2=2.056 p=0.358 |
| Evet |  | 12 | 44.4 | 11 | 40.7 | 4 | 14.8 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 41 | 32.0 | 54 | 42.2 | 33 | 25.8 | x2=3.462 p=0.177 |
| Evet |  | 10 | 50.0 | 8 | 40.0 | 2 | 10.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 30 | 28.6 | 47 | 48.8 | 28 | 26.7 | x2=5.738 p=0.157 |
| Evet |  | 21 | 48.8 | 15 | 34.9 | 7 | 16.3 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 29 | 29.9 | 43 | 44.3 | 25 | 25.8 | x2=2.637 p=0.268 |
| Evet |  | 22 | 43.1 | 19 | 37.3 | 10 | 19.6 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 15 | 25.0 | 29 | 48.3 | 16 | 26.8 | x2=4.008 p=0.135 |
| Evet |  | 36 | 40.9 | 33 | 37.5 | 19 | 21.6 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 15 | 36.6 | 20 | 48.8 | 6 | 14.6 | x2=2.665 p=0.264 |
| Evet |  | 36 | 33.6 | 42 | 39.3 | 29 | 27.1 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 32.3 | 30 | 48.4 | 12 | 19.4 | x2=2.056 p=0.358 |
| Evet |  | 31 | 36.0 | 32 | 37.2 | 23 | 26.7 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 21 | 25.9 | 40 | 49.4 | 20 | 24.7 | **x2=6.260 p=0.044** |
| Evet |  | 30 | 44.8 | 22 | 32.8 | 15 | 22.4 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 21 | 35.0 | 30 | 50.0 | 9 | 15.0 | x2=4.784 p=0.091 |
| Evet |  | 30 | 34.1 | 32 | 36.4 | 26 | 29.5 |

Tablo 8. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Kliniklere Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Yoğun Bakım** | | **Dahili Klinikler** | | **Cerrahi Klinikler** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 18 | 26.5 | 30 | 44.1 | 20 | 29.4 | x2=4.246 p=0.120 |
| Evet |  | 33 | 41.3 | 32 | 40.0 | 15 | 18.8 |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 26 | 25.7 | 49 | 48.5 | 26 | 25.7 | **x2=10.933 p=0.004** |
| Evet |  | 25 | 53.2 | 13 | 27.7 | 6 | 19.1 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 9 | 22.5 | 20 | 50.0 | 11 | 27.5 | x2=3.479 p=0.176 |
| Evet |  | 42 | 38.9 | 42 | 38.9 | 24 | 22.2 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 43 | 35.5 | 51 | 42.1 | 27 | 22.3 | x2=0.734 p=0.693 |
| Evet |  | 8 | 29.6 | 11 | 40.7 | 8 | 29.6 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 44 | 34.9 | 51 | 40.5 | 31 | 24.6 | x2=0.784 p=0.676 |
| Evet |  | 7 | 31.8 | 11 | 50.0 | 4 | 18.2 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 39 | 38.2 | 39 | 38.2 | 24 | 23.5 | x2=2.407 p=0.300 |
| Evet |  | 12 | 26.1 | 23 | 50.0 | 11 | 23.9 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 39 | 35.5 | 42 | 38.2 | 29 | 26.4 | x2=2.866 p=0.239 |
| Evet |  | 12 | 31.6 | 20 | 52.6 | 6 | 15.8 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 38 | 35.8 | 41 | 38.7 | 27 | 25.5 | x2=1.655 p=0.437 |
| Evet |  | 13 | 31.0 | 21 | 50.0 | 8 | 19.0 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 44 | 33.3 | 57 | 43.2 | 31 | 23.5 | x2=0.948 p=0.622 |
| Evet |  | 7 | 43.8 | 5 | 31.3 | 4 | 25.0 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 41 | 33.1 | 51 | 41.1 | 32 | 25.8 | x2=2.044 p=0.360 |
| Evet |  | 10 | 41.7 | 11 | 45.8 | 3 | 12.5 |

Hemşirelerin hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarının da hatayı rapor etmedikleri düşüncesi(x2=10.933; p=0.004<0.05) ve hatayı bildirdiğinde işten çıkarılabilme düşüncesi (x2=6.260; p=0.044<0.05) ile çalıştıkları klinik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. En çok yoğun bakımda çalışan hemşireler, ekip arkadaşları hatayı rapor etmedikleri için hatayı raporlamadıkları ve hatayı bildirdiğinde işten çıkarılabileceğini ifade etmiştir.

Tablo 9. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Çalışma Pozisyonuna Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Sorumlu Hemşire** | | **Klinik Hemşiresi** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 17 | 16.8 | 84 | 83.2 | x2=0.972 p=0.234 |
| Evet |  | 5 | 10.6 | 42 | 89.4 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 18 | 15.8 | 96 | 84.2 | x2=0.335 p=0.394 |
| Evet |  | 4 | 11.8 | 30 | 88.2 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 16.5 | 101 | 83.5 | x2=1.451 p=0.185 |
| Evet |  | 2 | 7.4 | 25 | 92.6 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 21 | 16.4 | 107 | 83.6 | x2=1.778 p=0.160 |
| Evet |  | 1 | 5.0 | 19 | 95.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 16 | 15.2 | 89 | 84.8 | x2=0.040 p=0.532 |
| Evet |  | 6 | 14.0 | 37 | 86.0 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 16 | 16.5 | 81 | 83.5 | x2=0.591 p=0.305 |
| Evet |  | 6 | 11.8 | 45 | 88.2 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 13 | 21.7 | 47 | 78.3 | **x2=3.689 p=0.047** |
| Evet |  | 9 | 10.2 | 79 | 89.8 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 9 | 22.0 | 32 | 78.0 | x2=2.250 p=0.109 |
| Evet |  | 13 | 12.1 | 94 | 87.9 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 14 | 22.6 | 48 | 77.4 | **x2=5.019 p=0.023** |
| Evet |  | 8 | 9.3 | 78 | 90.7 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 15 | 18.5 | 66 | 81.5 | x2=1.887 p=0.126 |
| Evet |  | 7 | 10.4 | 60 | 89.6 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 12 | 20.0 | 48 | 80.0 | x2=2.103 p=0.113 |
| Evet |  | 10 | 11.4 | 78 | 88.6 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 14 | 20.6 | 54 | 79.4 | x2=3.256 p=0.058 |
| Evet |  | 8 | 10.0 | 72 | 90.0 |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 17 | 16.8 | 84 | 83.2 | x2=0.972 p=0.234 |
| Evet |  | 5 | 10.6 | 42 | 89.4 |

Tablo 9. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Çalışma Pozisyonuna Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Sorumlu Hemşire** | | **Klinik Hemşiresi** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 9 | 22.5 | 31 | 77.5 | x2=2.525 p=0.095 |
| Evet |  | 13 | 12.0 | 95 | 88.0 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 16.5 | 101 | 83.5 | x2=1.451 p=0.185 |
| Evet |  | 2 | 7.4 | 25 | 92.6 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 19 | 15.1 | 107 | 84.9 | x2=0.031 p=0.580 |
| Evet |  | 3 | 13.6 | 19 | 86.4 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 18 | 17.6 | 84 | 82.4 | x2=2.007 p=0.119 |
| Evet |  | 4 | 8.7 | 42 | 91.3 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 21 | 19.1 | 89 | 80.9 | **x2=6.046 p=0.008** |
| Evet |  | 1 | 2.6 | 37 | 97.4 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 19 | 17.9 | 87 | 82.1 | x2=2.763 p=0.075 |
| Evet |  | 3 | 7.1 | 39 | 92.9 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 22 | 16.7 | 110 | 83.3 | x2=3.132 p=0.065 |
| Evet |  | 0 | 0.0 | 16 | 100.0 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 21 | 16.9 | 103 | 83.1 | x2=2.591 p=0.089 |
| Evet |  | 1 | 4.2 | 23 | 95.8 |

Hemşirelerin hata rapor edildiğinde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilme düşüncesi (x2=3.689; p=0.047<0.05), hata bildirdiğinde hastane yönetiminden ceza alabilme düşüncesi (x2=5.019; p=0.023<0.05) ve hata bildirim formlarının çok fazla olması düşüncesi (x2=6.046; p=0.008<0.05) ile çalışma pozisyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Klinik hemşiresi olarak çalışanlar sorumlu hemşirelere göre hatayı rapor ettiğinde hekimlerden olumsuz tepkiler alabileceğini, hata bildirim formlarının çok fazla olduğunu, hatayı rapor ettiğinde hastane yönetiminden ceza alabileceğini ifade etmiştir.

Tablo 10. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Haftalık Çalışma Saatine Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **40 saat** | | **44 saat** | | **45 saat** | | **48 saat** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 30 | 29.7 | 6 | 5.9 | 18 | 17.8 | 47 | 46.5 | x2=2.118 p=0.548 |
| Evet |  | 14 | 29.8 | 6 | 12.8 | 7 | 14.9 | 20 | 42.6 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 34 | 29.8 | 8 | 7.0 | 18 | 15.8 | 54 | 47.4 | x2=1.569 p=0.666 |
| Evet |  | 10 | 29.4 | 4 | 11.8 | 7 | 20.6 | 13 | 38.2 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 40 | 33.1 | 9 | 7.4 | 19 | 15.7 | 53 | 43.8 | x2=3.710 p=0.295 |
| Evet |  | 4 | 14.8 | 3 | 11.1 | 6 | 22.2 | 14 | 51.9 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 40 | 31.2 | 9 | 7.0 | 22 | 17.2 | 57 | 44.5 | x2=2.254 p=0.521 |
| Evet |  | 4 | 20.0 | 3 | 15.0 | 3 | 15.0 | 10 | 50.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 32 | 30.5 | 7 | 6.7 | 21 | 20.0 | 45 | 42.9 | x2=3.525 p=0.317 |
| Evet |  | 12 | 27.9 | 5 | 11.6 | 4 | 9.3 | 22 | 51.2 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 30 | 30.9 | 6 | 6.2 | 16 | 16.5 | 45 | 46.4 | x2=1.524 p=0.677 |
| Evet |  | 14 | 27.5 | 6 | 11.8 | 9 | 17.6 | 22 | 43.1 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 22 | 36.7 | 4 | 6.7 | 8 | 13.3 | 26 | 43.3 | x2=2.732 p=0.435 |
| Evet |  | 22 | 25.0 | 8 | 9.1 | 17 | 19.3 | 41 | 46.6 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 11 | 26.8 | 2 | 4.9 | 6 | 14.6 | 22 | 53.7 | x2=1.943 p=0.584 |
| Evet |  | 33 | 30.8 | 10 | 9.3 | 19 | 17.8 | 45 | 42.1 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 22 | 35.5 | 5 | 8.1 | 8 | 12.9 | 27 | 43.5 | x2=2.263 p=0.520 |
| Evet |  | 22 | 25.6 | 7 | 8.1 | 17 | 19.8 | 40 | 46.5 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 29 | 35.8 | 8 | 9.9 | 12 | 14.8 | 32 | 39.5 | x2=4.680 p=0.197 |
| Evet |  | 15 | 22.4 | 4 | 6.0 | 13 | 19.4 | 35 | 52.2 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 33.3 | 3 | 5.0 | 11 | 18.3 | 26 | 43.3 | x2=1.851 p=0.604 |
| Evet |  | 24 | 27.3 | 9 | 10.2 | 14 | 15.9 | 41 | 46.6 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 23 | 33.8 | 4 | 5.9 | 13 | 19.1 | 28 | 41.2 | x2=2.312 p=0.510 |
| Evet |  | 21 | 26.2 | 8 | 10.0 | 12 | 15.0 | 39 | 48.8 |

Tablo 10. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Haftalık Çalışma Saatine Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **40 saat** | | **44 saat** | | **45 saat** | | **48 saat** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 30 | 29.7 | 7 | 6.9 | 19 | 18.8 | 45 | 44.6 | x2=1.274 p=0.735 |
| Evet |  | 14 | 29.8 | 5 | 10.6 | 6 | 12.8 | 22 | 46.8 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 15 | 37.5 | 2 | 5.0 | 7 | 17.5 | 16 | 40.0 | x2=2.115 p=0.549 |
| Evet |  | 29 | 26.9 | 10 | 9.3 | 18 | 16.7 | 51 | 47.2 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 39 | 32.2 | 9 | 7.4 | 21 | 17.4 | 52 | 43.0 | x2=2.620 p=0.454 |
| Evet |  | 5 | 18.5 | 3 | 11.1 | 4 | 14.8 | 15 | 55.6 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 39 | 31.0 | 9 | 7.1 | 20 | 15.9 | 58 | 46.0 | x2=2.030 p=0.566 |
| Evet |  | 5 | 22.7 | 3 | 13.6 | 5 | 22.7 | 9 | 40.9 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 34 | 33.3 | 7 | 6.9 | 16 | 15.7 | 45 | 44.1 | x2=2.440 p=0.486 |
| Evet |  | 10 | 21.7 | 5 | 10.9 | 9 | 19.6 | 22 | 47.8 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 36 | 32.7 | 7 | 6.4 | 19 | 17.3 | 48 | 43.6 | x2=3.192 p=0.363 |
| Evet |  | 8 | 21.1 | 5 | 13.2 | 6 | 15.8 | 19 | 50.0 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 34 | 32.1 | 6 | 5.7 | 16 | 15.1 | 50 | 47.2 | x2=4.464 p=0.216 |
| Evet |  | 10 | 23.8 | 6 | 14.3 | 9 | 21.4 | 17 | 40.5 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 41 | 31.1 | 11 | 8.3 | 23 | 17.4 | 57 | 43.2 | x2=2.185 p=0.535 |
| Evet |  | 3 | 18.8 | 1 | 6.2 | 2 | 12.5 | 10 | 62.5 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 41 | 33.1 | 10 | 8.1 | 22 | 17.7 | 51 | 41.1 | x2=6.086 p=0.107 |
| Evet |  | 3 | 12.5 | 2 | 8.3 | 3 | 12.5 | 16 | 66.7 |

Hemşirelerin tıbbi hatayı rapor etmeme nedenleri ile haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 11. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Bir Vardiyada Çalışma Saatine Göre Karşılaştırması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **8 saat** | | **12 saat** | | **16 saat** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 27 | 26.7 | 56 | 55.4 | 18 | 17.8 | x2=0.809 p=0.667 |
| Evet |  | 15 | 31.9 | 26 | 55.3 | 6 | 12.8 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 32 | 28.1 | 63 | 55.3 | 19 | 16.7 | x2=0.081 p=0.961 |
| Evet |  | 10 | 29.4 | 19 | 55.9 | 5 | 14.7 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 38 | 31.4 | 65 | 53.7 | 18 | 14.9 | x2=3.216 p=0.200 |
| Evet |  | 4 | 14.8 | 17 | 63.0 | 6 | 22.2 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 39 | 30.5 | 68 | 53.1 | 21 | 16.4 | x2=2.369 p=0.306 |
| Evet |  | 3 | 15.0 | 14 | 70.0 | 3 | 15.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 33 | 31.4 | 55 | 52.4 | 17 | 16.2 | x2=1.782 p=0.410 |
| Evet |  | 9 | 20.9 | 27 | 62.8 | 7 | 16.3 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 30 | 30.9 | 53 | 54.6 | 14 | 14.4 | x2=1.227 p=0.542 |
| Evet |  | 12 | 23.5 | 29 | 56.9 | 10 | 19.6 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 33.3 | 31 | 51.7 | 9 | 15.0 | x2=1.220 p=0.543 |
| Evet |  | 22 | 25.0 | 51 | 58.0 | 15 | 17.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 10 | 24.4 | 27 | 65.9 | 4 | 9.8 | x2=2.895 p=0.235 |
| Evet |  | 32 | 29.9 | 55 | 51.4 | 20 | 18.7 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 17 | 27.4 | 38 | 61.3 | 7 | 11.3 | x2=2.298 p=0.317 |
| Evet |  | 25 | 29.1 | 44 | 51.2 | 17 | 19.8 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 28 | 34.6 | 45 | 55.6 | 8 | 9.9 | **x2=6.851 p=0.033** |
| Evet |  | 14 | 20.9 | 37 | 55.2 | 16 | 23.9 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 18 | 30.0 | 35 | 58.3 | 7 | 11.7 | x2=1.538 p=0.464 |
| Evet |  | 24 | 27.3 | 47 | 53.4 | 17 | 19.3 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 25 | 36.8 | 36 | 52.9 | 7 | 10.3 | x2=5.976 p=0.050 |
| Evet |  | 17 | 21.2 | 46 | 57.5 | 17 | 21.2 |

Tablo 11. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Bir Vardiyada Çalışma Saatine Göre Karşılaştırması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **8 saat** | | **12 saat** | | **16 saat** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 29 | 28.7 | 57 | 56.4 | 15 | 14.9 | x2=0.439 p=0.803 |
| Evet |  | 13 | 27.7 | 25 | 53.2 | 9 | 19.1 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 10 | 25.0 | 27 | 67.5 | 3 | 7.5 | x2=4.236 p=0.120 |
| Evet |  | 32 | 29.6 | 55 | 50.9 | 21 | 19.4 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 38 | 31.4 | 67 | 55.4 | 16 | 13.2 | x2=5.805 p=0.055 |
| Evet |  | 4 | 14.8 | 15 | 55.6 | 8 | 29.6 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 37 | 29.4 | 71 | 56.3 | 18 | 14.3 | x2=2.375 p=0.305 |
| Evet |  | 5 | 22.7 | 11 | 50.0 | 6 | 27.3 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 35 | 34.3 | 52 | 51.0 | 15 | 14.7 | x2=5.695 p=0.058 |
| Evet |  | 7 | 15.2 | 30 | 65.2 | 9 | 19.6 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 34 | 30.9 | 59 | 53.6 | 17 | 15.5 | x2=1.362 p=0.506 |
| Evet |  | 8 | 21.1 | 23 | 60.5 | 7 | 18.4 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 33 | 31.1 | 60 | 56.6 | 13 | 12.3 | x2=4.693 p=0.096 |
| Evet |  | 9 | 21.4 | 22 | 52.4 | 11 | 26.2 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 38 | 28.8 | 73 | 55.3 | 21 | 15.9 | x2=0.145 p=0.930 |
| Evet |  | 4 | 25.0 | 9 | 56.2 | 3 | 18.8 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 39 | 31.5 | 66 | 53.2 | 19 | 15.3 | x2=3.577 p=0.167 |
| Evet |  | 3 | 12.5 | 16 | 66.7 | 5 | 20.8 |

Araştırmaya katılan hemşirelerin hata bildirdiğinde işten çıkarılabilme düşüncesi ile bir vardiyada çalışma saati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (x2=6.851; p=0.033<0.05). Bir vardiyada 12 saat çalışan hemşireler diğer hemşirelere göre hatayı bildirdiğinde işten çıkarılabileceğini ifade etmiştir.

Tablo 12. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Bakım Verilen Hasta Sayısına Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **0-10 Hasta** | | **11-20 Hasta** | | **20 Hasta üzeri** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 61 | 60.4 | 35 | 34.7 | 5 | 5.0 | x2=4.604 p=0.100 |
| Evet |  | 21 | 44.7 | 20 | 42.6 | 6 | 12.8 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 64 | 56.1 | 43 | 37.7 | 7 | 6.1 | x2=1.204 p=0.548 |
| Evet |  | 18 | 52.9 | 12 | 35.3 | 4 | 11.8 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 66 | 54.5 | 47 | 38.8 | 8 | 6.6 | x2=1.194 p=0.550 |
| Evet |  | 16 | 59.3 | 8 | 29.6 | 3 | 11.1 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 69 | 53.9 | 48 | 37.5 | 11 | 8.6 | x2=2.132 p=0.344 |
| Evet |  | 13 | 65.0 | 7 | 35.0 | 0 | 0.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 56 | 53.3 | 41 | 39.0 | 8 | 7.6 | x2=0.643 p=0.725 |
| Evet |  | 26 | 60.5 | 14 | 32.6 | 3 | 7.0 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 52 | 53.6 | 37 | 38.1 | 8 | 8.2 | x2=0.489 p=0.783 |
| Evet |  | 30 | 58.8 | 18 | 35.3 | 3 | 5.9 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 33 | 55.0 | 21 | 35.0 | 6 | 10.0 | x2=1.025 p=0.599 |
| Evet |  | 49 | 55.7 | 34 | 38.6 | 5 | 5.7 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 24 | 58.5 | 15 | 36.6 | 2 | 4.9 | x2=0.603 p=0.740 |
| Evet |  | 58 | 54.2 | 40 | 37.4 | 9 | 8.4 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 35 | 56.5 | 21 | 33.9 | 6 | 9.7 | x2=1.056 p=0.590 |
| Evet |  | 47 | 54.7 | 34 | 39.5 | 5 | 5.8 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 45 | 55.6 | 30 | 37.0 | 6 | 7.4 | x2=0.002 p=0.999 |
| Evet |  | 37 | 55.2 | 25 | 37.3 | 5 | 7.5 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 37 | 61.7 | 19 | 31.7 | 4 | 6.7 | x2=1.614 p=0.446 |
| Evet |  | 45 | 51.1 | 36 | 40.9 | 7 | 8.0 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 36 | 52.9 | 26 | 38.2 | 6 | 8.8 | x2=0.504 p=0.777 |
| Evet |  | 46 | 57.5 | 29 | 36.2 | 5 | 6.2 |

Tablo 12. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Bakım Verilen Hasta Sayısına Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **0-10 Hasta** | | **11-20 Hasta** | | **20 Hasta üzeri** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 49 | 48.5 | 44 | 43.6 | 8 | 7.9 | **x2=6.335 p=0.042** |
| Evet |  | 33 | 70.2 | 11 | 23.4 | 3 | 6.4 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 50.0 | 16 | 40.0 | 4 | 10.0 | x2=0.894 p=0.640 |
| Evet |  | 62 | 57.4 | 39 | 36.1 | 7 | 6.5 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 69 | 57.0 | 45 | 37.2 | 7 | 5.8 | x2=2.736 p=0.255 |
| Evet |  | 13 | 48.1 | 10 | 37.0 | 4 | 14.8 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 74 | 58.7 | 44 | 34.9 | 8 | 6.3 | x2=4.175 p=0.124 |
| Evet |  | 8 | 36.4 | 11 | 50.0 | 3 | 13.6 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 59 | 57.8 | 36 | 35.3 | 7 | 6.9 | x2=0.803 p=0.669 |
| Evet |  | 23 | 50.0 | 19 | 41.3 | 4 | 8.7 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 60 | 54.5 | 41 | 37.3 | 9 | 8.2 | x2=0.382 p=0.826 |
| Evet |  | 22 | 57.9 | 14 | 36.8 | 2 | 5.3 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 61 | 57.5 | 39 | 36.8 | 6 | 5.7 | x2=1.901 p=0.387 |
| Evet |  | 21 | 50.0 | 16 | 38.1 | 5 | 11.9 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 73 | 55.3 | 50 | 37.9 | 9 | 6.8 | x2=0.791 p=0.673 |
| Evet |  | 9 | 56.2 | 5 | 31.2 | 2 | 12.5 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 67 | 54.0 | 47 | 37.9 | 10 | 8.1 | x2=0.784 p=0.676 |
| Evet |  | 15 | 62.5 | 8 | 33.3 | 1 | 4.2 |

Hemşirelerin hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarının da hatayı rapor etmeme düşünceleri ile bakım verilen hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (x2=6.335; p=0.042<0.05). 0-10 arası hastaya bakım veren hemşireler daha fazla hastaya bakan hemşirelere göre ekip arkadaşlarının da hatayı rapor etmedikleri için tıbbi hataları rapor etmediğini ifade etmiştir.

Tablo 13. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Hayır** | | **Evet** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 54 | 53.5 | 47 | 46.5 | x2=0.569 p=0.282 |
| Evet |  | 22 | 46.8 | 25 | 53.2 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 55 | 48.2 | 59 | 51.8 | x2=1.916 p=0.117 |
| Evet |  | 21 | 61.8 | 13 | 38.2 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 63 | 52.1 | 58 | 47.9 | x2=0.136 p=0.438 |
| Evet |  | 13 | 48.1 | 14 | 51.9 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 67 | 52.3 | 61 | 47.7 | x2=0.373 p=0.355 |
| Evet |  | 9 | 45.0 | 11 | 55.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 51 | 48.6 | 54 | 51.4 | x2=1.118 p=0.191 |
| Evet |  | 25 | 58.1 | 18 | 41.9 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 48 | 49.5 | 49 | 50.5 | x2=0.393 p=0.325 |
| Evet |  | 28 | 54.9 | 23 | 45.1 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 26 | 43.3 | 34 | 56.7 | x2=2.597 p=0.074 |
| Evet |  | 50 | 56.8 | 38 | 43.2 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 17 | 41.5 | 24 | 58.5 | x2=2.219 p=0.096 |
| Evet |  | 59 | 55.1 | 48 | 44.9 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 31 | 50.0 | 31 | 50.0 | x2=0.078 p=0.455 |
| Evet |  | 45 | 52.3 | 41 | 47.7 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 40 | 49.4 | 41 | 50.6 | x2=0.278 p=0.359 |
| Evet |  | 36 | 53.7 | 31 | 46.3 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 28 | 46.7 | 32 | 53.3 | x2=0.886 p=0.219 |
| Evet |  | 48 | 54.5 | 40 | 45.5 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 34 | 50.0 | 34 | 50.0 | x2=0.092 p=0.445 |
| Evet |  | 42 | 52.5 | 38 | 47.5 |

Tablo 13. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Hayır** | | **Evet** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 51 | 50.5 | 50 | 49.5 | x2=0.093 p=0.449 |
| Evet |  | 25 | 53.2 | 22 | 46.8 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 22 | 55.0 | 18 | 45.0 | x2=0.292 p=0.362 |
| Evet |  | 54 | 50.0 | 54 | 50.0 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 60 | 49.6 | 61 | 50.4 | x2=0.827 p=0.244 |
| Evet |  | 16 | 59.3 | 11 | 40.7 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 67 | 53.2 | 59 | 46.8 | x2=1.128 p=0.203 |
| Evet |  | 9 | 40.9 | 13 | 59.1 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 50 | 49.0 | 52 | 51.0 | x2=0.714 p=0.252 |
| Evet |  | 26 | 56.5 | 20 | 43.5 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 57 | 51.8 | 53 | 48.2 | x2=0.037 p=0.498 |
| Evet |  | 19 | 50.0 | 19 | 50.0 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 53 | 50.0 | 53 | 50.0 | x2=0.273 p=0.367 |
| Evet |  | 23 | 54.8 | 19 | 45.2 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 68 | 51.5 | 64 | 48.5 | x2=0.013 p=0.559 |
| Evet |  | 8 | 50.0 | 8 | 50.0 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 63 | 50.8 | 61 | 49.2 | x2=0.091 p=0.469 |
| Evet |  | 13 | 54.2 | 11 | 45.8 |

Hemşirelerin tıbbi hatayı rapor etmeme nedenleri ile tıbbi hatalarla ilgili eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 14. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla İlgili Literatür Takip Etme Durumuna Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Hayır** | | **Evet** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 59 | 58.4 | 42 | 41.6 | x2=1.744 p=0.127 |
| Evet |  | 22 | 46.8 | 25 | 53.2 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 63 | 55.3 | 51 | 44.7 | x2=0.057 p=0.482 |
| Evet |  | 18 | 52.9 | 16 | 47.1 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 73 | 60.3 | 48 | 39.7 | **x2=8.398 p=0.004** |
| Evet |  | 8 | 29.6 | 19 | 70.4 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 69 | 53.9 | 59 | 46.1 | x2=0.259 p=0.397 |
| Evet |  | 12 | 60.0 | 8 | 40.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 52 | 49.5 | 53 | 50.5 | **x2=3.953 p=0.035** |
| Evet |  | 29 | 67.4 | 14 | 32.6 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 52 | 53.6 | 45 | 46.4 | x2=0.143 p=0.420 |
| Evet |  | 29 | 56.9 | 22 | 43.1 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 30 | 50.0 | 30 | 50.0 | x2=0.911 p=0.216 |
| Evet |  | 51 | 58.0 | 37 | 42.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 48.8 | 21 | 51.2 | x2=0.810 p=0.237 |
| Evet |  | 61 | 57.0 | 46 | 43.0 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 34 | 54.8 | 28 | 45.2 | x2=0.001 p=0.558 |
| Evet |  | 47 | 54.7 | 39 | 45.3 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 43 | 53.1 | 38 | 46.9 | x2=0.195 p=0.392 |
| Evet |  | 38 | 56.7 | 29 | 43.3 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 32 | 53.3 | 28 | 46.7 | x2=0.079 p=0.454 |
| Evet |  | 49 | 55.7 | 39 | 44.3 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 36 | 52.9 | 32 | 47.1 | x2=0.162 p=0.406 |
| Evet |  | 45 | 56.2 | 35 | 43.8 |

Tablo 14. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla İlgili Literatür Takip Etme Durumuna Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Hayır** | | **Evet** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 55 | 54.5 | 46 | 45.5 | x2=0.010 p=0.532 |
| Evet |  | 26 | 55.3 | 21 | 44.7 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 19 | 47.5 | 21 | 52.5 | x2=1.156 p=0.187 |
| Evet |  | 62 | 57.4 | 46 | 42.6 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 67 | 55.4 | 54 | 44.6 | x2=0.110 p=0.451 |
| Evet |  | 14 | 51.9 | 13 | 48.1 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 72 | 57.1 | 54 | 42.9 | x2=1.992 p=0.119 |
| Evet |  | 9 | 40.9 | 13 | 59.1 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 58 | 56.9 | 44 | 43.1 | x2=0.603 p=0.275 |
| Evet |  | 23 | 50.0 | 23 | 50.0 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 65 | 59.1 | 45 | 40.9 | x2=3.289 p=0.052 |
| Evet |  | 16 | 42.1 | 22 | 57.9 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 61 | 57.5 | 45 | 42.5 | x2=1.197 p=0.181 |
| Evet |  | 20 | 47.6 | 22 | 52.4 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 73 | 55.3 | 59 | 44.7 | x2=0.162 p=0.443 |
| Evet |  | 8 | 50.0 | 8 | 50.0 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 67 | 54.0 | 57 | 46.0 | x2=0.150 p=0.437 |
| Evet |  | 14 | 58.3 | 10 | 41.7 |

Araştırmaya katılan hemşirelerin hastanenin tıbbi hata tanımı ile kendi bildikleri tanımın birbiri ile uyuşmaması düşüncesi (x2=8.398; p=0.004<0.05) ve hata rapor edildiğinde ekip arkadaşlarının kınayabilme düşüncesi (x2=3.953; p=0.035<0.05) ile tıbbi hatalarla ilgili literatür takip etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Tıbbi hatalarla ilgili literatür takip edenler etmeyenlere göre hastanenin tıbbi hata tanımı ile kendi bildikleri tanımın uyuşmadığını düşünmektedir. Tıbbi hatalarla ilgili literatür takip etmeyenler edenlere göre tıbbi hatayı rapor ettiğinde ekip arkadaşlarının kınayabileceğini ifade etmiştir.

Tablo 15. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla Karşılaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Hayır** | | **Evet** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 19.8 | 81 | 80.2 | x2=0.518 p=0.317 |
| Evet |  | 7 | 14.9 | 40 | 85.1 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 19 | 16.7 | 95 | 83.3 | x2=0.827 p=0.251 |
| Evet |  | 8 | 23.5 | 26 | 76.5 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 26 | 21.5 | 95 | 78.5 | **x2=4.681 p=0.020** |
| Evet |  | 1 | 3.7 | 26 | 96.3 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 26 | 20.3 | 102 | 79.7 | x2=2.719 p=0.082 |
| Evet |  | 1 | 5.0 | 19 | 95.0 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 23 | 21.9 | 82 | 78.1 | x2=3.248 p=0.054 |
| Evet |  | 4 | 9.3 | 39 | 90.7 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 21 | 21.6 | 76 | 78.4 | x2=2.190 p=0.103 |
| Evet |  | 6 | 11.8 | 45 | 88.2 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 15 | 25.0 | 45 | 75.0 | x2=3.089 p=0.063 |
| Evet |  | 12 | 13.6 | 76 | 86.4 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 9 | 22.0 | 32 | 78.0 | x2=0.523 p=0.308 |
| Evet |  | 18 | 16.8 | 89 | 83.2 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 11 | 17.7 | 51 | 82.3 | x2=0.018 p=0.535 |
| Evet |  | 16 | 18.6 | 70 | 81.4 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 12 | 14.8 | 69 | 85.2 | x2=1.410 p=0.165 |
| Evet |  | 15 | 22.4 | 52 | 77.6 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 10 | 16.7 | 50 | 83.3 | x2=0.168 p=0.427 |
| Evet |  | 17 | 19.3 | 71 | 80.7 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 17 | 25.0 | 51 | 75.0 | **x2=3.851 p=0.040** |
| Evet |  | 10 | 12.5 | 70 | 87.5 |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 24 | 23.8 | 77 | 76.2 | **x2=6.495 p=0.007** |
| Evet |  | 3 | 6.4 | 44 | 93.6 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 15 | 37.5 | 25 | 62.5 | **x2=13.628 p=0.000** |
| Evet |  | 12 | 11.1 | 96 | 88.9 |

Tablo 15. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla Karşılaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Hayır** | | **Evet** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 25 | 20.7 | 96 | 79.3 | x2=2.600 p=0.084 |
| Evet |  | 2 | 7.4 | 25 | 92.6 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 24 | 19.0 | 102 | 81.0 | x2=0.368 p=0.396 |
| Evet |  | 3 | 13.6 | 19 | 86.4 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 21 | 20.6 | 81 | 79.4 | x2=1.210 p=0.194 |
| Evet |  | 6 | 13.0 | 40 | 87.0 |
| Hata bildirim formları çok fazla. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 21 | 19.1 | 89 | 80.9 | x2=0.206 p=0.426 |
| Evet |  | 6 | 15.8 | 32 | 84.2 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 22 | 20.8 | 84 | 79.2 | x2=1.580 p=0.153 |
| Evet |  | 5 | 11.9 | 37 | 88.1 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 25 | 18.9 | 107 | 81.1 | x2=0.397 p=0.409 |
| Evet |  | 2 | 12.5 | 14 | 87.5 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 25 | 20.2 | 99 | 79.8 | x2=1.886 p=0.137 |
| Evet |  | 2 | 8.3 | 22 | 91.7 |

Hastanenin tıbbi hata tanımı ile hemşirelerin kendi bildiği tanımın birbiri ile uyuşmaması (x2=4.681; p=0.020<0.05), hemşirelerin hata bildirdiğinde, hastane yönetiminin hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebileceği düşüncesi (x2=3.851; p=0.040<0.05), hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarının da hatayı rapor etmeme düşüncesi (x2=6.495; p=0.007<0.05) ve tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanabileceği düşüncesi (x2=13.628; p=0.000<0.05) ile tıbbi hatalarla karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Tıbbi hatalarla karşılaşanların karşılaşmayanlara göre hastanenin tıbbi hata tanımı ile kendi bildiği tanımın uyuşmadığını, hemşirelerin hataları bildirdiğinde hastane yönetiminin hatanın kaynağını kişisel olarak değerlendireceğini, hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarının da hatayı rapor etmediğini ve hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum oluşursa genelde hemşirelerin suçlanacağını ifade etmektedir.

Tablo 16. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla Karşılaşma Sıklığına Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **1-5** | | **6-10** | | **10’dan Fazla** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 68 | 84.0 | 5 | 6.2 | 8 | 9.9 | x2=5.608 p=0.061 |
| Evet |  | 26 | 65.0 | 6 | 15.0 | 8 | 20.0 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 76 | 80.0 | 5 | 5.3 | 14 | 14.7 | **x2=8.196 p=0.017** |
| Evet |  | 18 | 69.2 | 6 | 23.1 | 2 | 7.7 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 76 | 80.0 | 7 | 7.4 | 12 | 12.6 | x2=1.865 p=0.394 |
| Evet |  | 18 | 69.2 | 4 | 15.4 | 4 | 15.4 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 80 | 78.4 | 9 | 8.8 | 13 | 12.7 | x2=0.210 p=0.900 |
| Evet |  | 14 | 73.7 | 2 | 10.5 | 3 | 15.8 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 71 | 86.6 | 3 | 3.7 | 8 | 9.8 | **x2=13.165 p=0.001** |
| Evet |  | 23 | 59.0 | 8 | 20.5 | 8 | 20.5 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 68 | 89.5 | 2 | 2.6 | 6 | 7.9 | **x2=17.422 p=0.000** |
| Evet |  | 26 | 57.8 | 9 | 20.0 | 10 | 22.2 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 40 | 88.9 | 0 | 0.0 | 5 | 11.1 | **x2=7.912 p=0.019** |
| Evet |  | 54 | 71.1 | 11 | 14.5 | 11 | 14.5 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 24 | 75.0 | 0 | 0.0 | 8 | 25.0 | **x2=8.559 p=0.014** |
| Evet |  | 70 | 78.7 | 11 | 12.4 | 8 | 9.0 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 44 | 86.3 | 2 | 3.9 | 5 | 9.8 | x2=4.208 p=0.122 |
| Evet |  | 50 | 71.4 | 9 | 12.9 | 11 | 15.7 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 60 | 87.0 | 5 | 7.2 | 4 | 5.8 | **x2=9.073 p=0.011** |
| Evet |  | 34 | 65.4 | 6 | 11.5 | 12 | 23.1 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 43 | 86.0 | 2 | 4.0 | 5 | 10.0 | x2=3.857 p=0.145 |
| Evet |  | 51 | 71.8 | 9 | 12.7 | 11 | 15.5 |

Tablo 16. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hatalarla Karşılaşma Sıklığına Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **1-5** | | **6-10** | | **10’dan Fazla** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 46 | 90.2 | 2 | 3.9 | 3 | 5.9 | **x2=7.960 p=0.019** |
| Evet |  | 48 | 68.6 | 9 | 12.9 | 13 | 18.6 |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 67 | 87.0 | 6 | 7.8 | 4 | 5.2 | **x2=13.085 p=0.001** |
| Evet |  | 27 | 61.4 | 5 | 11.4 | 12 | 27.3 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 21 | 84.0 | 1 | 4.0 | 3 | 12.0 | x2=1.096 p=0.578 |
| Evet |  | 73 | 76.0 | 10 | 10.4 | 13 | 13.5 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 77 | 80.2 | 7 | 7.3 | 12 | 12.5 | x2=2.219 p=0.330 |
| Evet |  | 17 | 68.0 | 4 | 16.0 | 4 | 16.0 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 80 | 78.4 | 8 | 7.8 | 14 | 13.7 | x2=1.283 p=0.527 |
| Evet |  | 14 | 73.7 | 3 | 15.8 | 2 | 10.5 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 66 | 81.5 | 3 | 3.7 | 12 | 14.8 | **x2=8.746 p=0.013** |
| Evet |  | 28 | 70.0 | 8 | 20.0 | 4 | 10.0 |
| Hata bildirim formları çok fazla. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 72 | 80.9 | 6 | 6.7 | 11 | 12.4 | x2=2.680 p=0.262 |
| Evet |  | 22 | 68.8 | 5 | 15.6 | 5 | 15.6 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 69 | 82.1 | 4 | 4.8 | 11 | 13.1 | **x2=6.369 p=0.041** |
| Evet |  | 25 | 67.6 | 7 | 18.9 | 5 | 13.5 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 87 | 81.3 | 7 | 6.5 | 13 | 12.1 | **x2=8.977 p=0.011** |
| Evet |  | 7 | 50.0 | 4 | 28.6 | 3 | 21.4 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 78 | 78.8 | 8 | 8.1 | 13 | 13.1 | x2=0.700 p=0.705 |
| Evet |  | 16 | 72.7 | 3 | 13.6 | 3 | 13.6 |

Hemşirelerin hangi hataların tıbbi hata olarak değerlendireceğini bilmeme durumları (x2=8.196; p=0.017<0.05), hata rapor edildiğinde ekip arkadaşlarının kınayabilme düşüncesi (x2=13.165; p=0.001<0.05), hata rapor ettiğinde ekip arkadaşları tarafından yetersiz olarak düşünülmesi (x2=17.422; p=0.000<0.05) ve hata rapor edildiğinde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilme düşüncesi (x2=7.912; p=0.019<0.05) ile tıbbi hatalarla karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Tıbbi hatalarla karşılaşma sıklığı 1-5 defa olanların daha fazla tıbbi hatayla karşılaşanlara göre hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğini bilmediğini, hata rapor edildiğinde ekip arkadaşlarının kınayabileceğini, ekip arkadaşları tarafından yetersiz olarak düşünüleceğini ve hekimlerden olumsuz tepkiler alabileceğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hata rapor ettiğinde hasta ve ailesinin olumsuz bir tutum sergileyebileceği düşüncesi (x2=8.559; p=0.014<0.05), hata bildirdiğinde işten çıkarılabilme düşüncesi (x2=9.073; p=0.011<0.05), hata bildirdiğinde, hastane yönetiminin hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebileceği düşüncesi (x2=7.960; p=0.019<0.05) ve hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarının da hatayı rapor etmemeleri (x2=13.085; p=0.001<0.05) ile tıbbi hatalarla karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Tıbbi hatalarla karşılaşma sıklığı 1-5 defa olanların daha fazla tıbbi hatayla karşılaşanlara göre hata rapor ettiğinde hasta ve ailesinin olumsuz tutum sergileyeceğini, işten çıkarılabileceğini, hastane yönetiminin hatanın kaynağını bireysel değerlendireceğini ve ekip arkadaşlarının da hatayı rapor etmediklerini belirtmiştir.

Hemşirelerin iş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramaması (x2=8.746; p=0.013<0.05), hata bildirim formlarının çok karmaşık olduğu düşüncesi (x2=6.369; p=0.041<0.05) ve hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydasının olmadığı düşüncesi (x2=8.977; p=0.011<0.05) ile tıbbi hatalarla karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Tıbbi hatalarla karşılaşma sıklığı 1-5 defa olanların daha fazla tıbbi hatayla karşılaşanlara göre iş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramadığını, hata bildirim formlarının çok fazla olduğunu ve hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 17. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hata Karşılaşma Vardiyasına Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Gündüz** | | **Gece** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 19 | 23.5 | 62 | 76.5 | x2=2.022 p=0.117 |
| Evet |  | 5 | 12.5 | 35 | 87.5 |
| Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 17 | 17.9 | 78 | 82.1 | x2=1.046 p=0.224 |
| Evet |  | 7 | 26.9 | 19 | 73.1 |
| Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 17 | 17.9 | 78 | 82.1 | x2=1.046 p=0.224 |
| Evet |  | 7 | 26.9 | 19 | 73.1 |
| Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 20 | 19.6 | 82 | 80.4 | x2=0.021 p=0.549 |
| Evet |  | 4 | 21.1 | 15 | 78.9 |
| Hatayı rapor ettiğimde ekip arkadaşlarının kınayabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 14 | 17.1 | 68 | 82.9 | x2=1.220 p=0.194 |
| Evet |  | 10 | 25.6 | 29 | 74.4 |
| Hatayı rapor etiğimde ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 14 | 18.4 | 62 | 81.6 | x2=0.257 p=0.389 |
| Evet |  | 10 | 22.2 | 35 | 77.8 |
| Hatayı rapor ettiğimde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 7 | 15.6 | 38 | 84.4 | x2=0.825 p=0.253 |
| Evet |  | 17 | 22.4 | 59 | 77.6 |
| Hatayı rapor ettiğimde hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 6 | 18.8 | 26 | 81.2 | x2=0.032 p=0.541 |
| Evet |  | 18 | 20.2 | 71 | 79.8 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 11 | 21.6 | 40 | 78.4 | x2=0.167 p=0.427 |
| Evet |  | 13 | 18.6 | 57 | 81.4 |
| Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 12 | 17.4 | 57 | 82.6 | x2=0.603 p=0.291 |
| Evet |  | 12 | 23.1 | 40 | 76.9 |
| Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 11 | 22.0 | 39 | 78.0 | x2=0.251 p=0.391 |
| Evet |  | 13 | 18.3 | 58 | 81.7 |
| Hatayı bildirdiğimde hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 13 | 25.5 | 38 | 74.5 | x2=1.773 p=0.136 |
| Evet |  | 11 | 15.7 | 59 | 84.3 |

Tablo 17. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenlerinin Tıbbi Hata Karşılaşma Vardiyasına Göre Karşılaştırılması (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nedenler** | | **Gündüz** | | **Gece** | | **p** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 19 | 24.7 | 58 | 75.3 | x2=3.120 p=0.060 |
| Evet |  | 5 | 11.4 | 39 | 88.6 |
| Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 7 | 28.0 | 18 | 72.0 | x2=1.321 p=0.190 |
| Evet |  | 17 | 17.7 | 79 | 82.3 |
| Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 18 | 18.8 | 78 | 81.2 | x2=0.344 p=0.369 |
| Evet |  | 6 | 24.0 | 19 | 76.0 |
| Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 19 | 18.6 | 83 | 81.4 | x2=0.595 p=0.311 |
| Evet |  | 5 | 26.3 | 14 | 73.7 |
| İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 13 | 16.0 | 68 | 84.0 | x2=2.208 p=0.108 |
| Evet |  | 11 | 27.5 | 29 | 72.5 |
| Hata bildirim formları çok fazla. |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 17 | 19.1 | 72 | 80.9 | x2=0.114 p=0.459 |
| Evet |  | 7 | 21.9 | 25 | 78.1 |
| Hata bildirim formları çok karmaşık. |  |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 15 | 17.9 | 69 | 82.1 | x2=0.676 p=0.279 |
| Evet |  | 9 | 24.3 | 28 | 75.7 |
| Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 23 | 21.5 | 84 | 78.5 | x2=1.604 p=0.185 |
| Evet |  | 1 | 7.1 | 13 | 92.9 |
| Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | |  |  |  |  |  |
| Hayır |  | 21 | 21.2 | 78 | 78.8 | x2=0.650 p=0.316 |
| Evet |  | 3 | 13.6 | 19 | 86.4 |

Hemşirelerin tıbbi hatayı rapor etmeme nedenleri ile tıbbi hatalarla karşılaşma vardiyası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

**5. TARTIŞMA**

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek ve azaltmak için en önemli yol tıbbi hataların bildirilmesi ve analiz edilmesidir. Sağlık bakım kuruluşlarında, tıbbi hataları tespit edebilmek, çözümüne yönelik çalışmak ve bu hatalardan kaynaklı öğrenmeyi sağlamak için tıbbi hata raporlama sistemleri geliştirilmelidir (Lawton ve Parker, 2002). Hata bildirimlerinin kurumsal olarak yapılması ve hata bildirim sistemlerinin oluşturulması ve geliştirilmesi son derece önemlidir. Bu araştırma hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenlerini belirlemek için yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 27.52±6.9 olup büyük çoğunluğu kadın, yaklaşık yarısı lisans mezunu ve dahili kliniklerde çalışmaktadır (Tablo 1). Hemşirelerin çoğunluğu tıbbi hatalarla karşılaştığını, yarıdan fazlası tıbbi hataları rapor ettiğini belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırmamızda katılımcıların yarıdan fazlası tıbbi hatayı rapor ettiğini ifade etmiştir (Tablo 2). Chiang ve Pepper’ın (2006) araştırmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin deneyimledikleri ilaç uygulama hatalarına ilişkin katılımcıların yarıdan fazlası yaptığı hatayı rapor ettiğini ifade etmiştir. Hashish ve El-Bialy’nin (2013) hemşirelerin ilaç hatalarını rapor etmeme nedenlerini belirledikleri araştırmada ise hemşirelerin hemen hemen yarısı kendisinin ya da ekip arkadaşının hatasını rapor etttiğini bulmuşlardır. Kahriman ve Öztürk’ün (2016) çalışmasında hemşirelerin neredeyse tamamının tıbbi hataları rapor ettiği belirtilmiştir. Araştırma bulgularımız literatürdeki diğer araştırmalar ile benzerlik göstermektedir. Bizim araştırmamızda ve literatürde bu konuda yapılan diğer araştırmalarda hemşirelerin tıbbi hataları rapor ettikleri görülmektedir. Yapılan araştırmalarda tıbbi hataları rapor etme oranının yarıdan fazla olması sevindirici bir bulgu olup hemşirelerin bu konuyu önemsediklerini düşündürmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu tıbbi hatadan dolayı hastada olumsuz bir durum meydana gelirse hemşirelerin suçlandığını ifade etmiştir (Tablo 3). Hemşirelerin yine büyük çoğunluğu hatayı rapor ettiklerinde hasta ve ailesi tarafından, yarısından fazlası hekimler tarafından olumsuz bir tutumla karşılaşacağını, yaklaşık üçte biri de ekip arkadaşları tarafından yetersiz olarak değerlendirileceğini düşünmektedir. You ve arkadaşlarının (2015) hemşirelerin ilaç uygulama hataları ile ilgili algılarını belirlemek üzere yapmış oldukları araştırmada hatayı rapor etmeme nedenlerinin en çok hastaya herhangi bir şey olursa suçlanacağı korkusu olduğu bulunmuştur. Yung ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında hasta ve ailesi tarafından güvensizlik duyulacağı korkusu ve hasta-hemşire arasındaki tartışmalara neden olacağı korkusu en yüksek puan verilen engeller olarak belirlenmiştir. Chiang ve Pepper’ın (2006) araştırmasında da hemşireler en çok ilaç uygulama hatalarının sonuçlarından dolayı suçlanacaklarından ve raporlamanın olumsuz sonuçlanacağından korktukları için hataları rapor etmediklerini belirtmişlerdir. Aynı araştırmada hastanın negatif tutum sergileme ve hekimlerin kınayacağı korkusu hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri arasında üçüncü ve dördüncü sırasında yer almaktadır. Araştırma bulgularımız literatürdeki diğer araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenlerinin en çok hasta, hasta yakınları ve hekimler tarafından olumsuz tutumla karşılaşacağı korkusu olduğu görülmektedir. Bu durum hemşirelerin yaşadığı korkulardan dolayı tıbbi hata bildirimini daha az sayıda yaptıklarını düşündürmektedir.

Bizim araştırmamızda hemşirelerin yarıdan fazlası hatayı bildirdiğinde hakkında dava açılmasından ve hastane yönetiminden ceza almaktan korkmakta, hemen hemen yarıya yakını da işinden çıkarılma korkusu yaşamaktadır (Tablo 3). Yung ve arkadaşlarının araştırmasında (2016) da yöneticilerin hatayı yapan hemşireyi olumsuz değerlendireceği ve işten çıkarmalarda bu durumu kanıt olarak kullanabileceği korkusunun yüksek olduğu saptanmıştır. Haw ve arkadaşlarının (2014) hemşirelerin iş arkadaşları tarafından yapılan ilaç hatalarını rapor etmeme nedenlerini belirlemek üzere yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin en çok disiplin cezası alma ve işten çıkarılma korkusu yaşadığı için tıbbi hataları rapor etmediği belirtilmiştir. Kahriman ve Öztürk’ün (2016) araştırmasında ise en az cezalandırılma ya da dava açılma olasılığı nedeniyle tıbbi hataları rapor etmek istemediklerini belirtmiştir. Araştırmamızda hemşirelerin hakkında dava açılması, hastane yönetiminden ceza alma ve işten çıkarılma korkusu yaşamasına ilişkin elde edilen bulgular literatürde bu konuda yapılmış bazı araştırmalarla benzerlik gösterirken (Yung ve ark, 2016; Haw ve ark, 2014) bazı araştırmalarla farklılık göstermektedir (Kahriman ve Öztürk, 2016). Bu bulguların değişkenlik göstermesinin bazı hastane yöneticilerinin tıbbi hatalar konusunda çalışanlarına karşı olumsuz yaklaşımlar sergilediğini ya da çalışanların yöneticilerinin hasta güvenliği yaklaşımlarını bilmediklerini düşündürmektedir.

Bizim araştırmamızda hemşirelerin neredeyse üçte biri ekip arkadaşlarından olumsuz tepkiler alacağı ve kınanacağından korktukları için tıbbi hataları rapor etmediğini belirtmiştir (Tablo 3). Brubacher ve arkadaşlarının (2011) acil hemşirelerinin hasta güvenliği olaylarını raporlamama nedenlerini belirlemek için yaptıkları niteliksel bir çalışmada misilleme korkusu yaşadıkları için rapor etmedikleri ifade etmişlerdir.

Araştırmamızda hemşirelerin yarısından fazlası hastane yönetiminin tıbbi hataların kaynağını sistemden çok bireysel olarak değerlendirdiğini düşünmektedir. Daha önce yaşadığı hata bildiriminin sonuçlarının kendisine olumsuz olarak yansıdığı cevabını çok az hemşire vermiştir (Tablo 3). Chiang ve Pepper’in (2006) araştırmasında da yönetimin hataların kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirdiği düşüncesi ilaç uygulama hatalarının rapor edilmeme nedenleri arasında yüksek puan almıştır. Başka bir çalışmada ise hemşirelerin hasta güvenliği olaylarını raporladıklarında yönetimin bunu bir yetersizlik göstergesi olarak gördükleri ifade edilmiştir (Brubacher ve ark, 2011). Bulgularımız literatürdeki araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Tıbbi hataların hastane yönetimi tarafından sistem kaynaklı değil, bireysel kaynaklı olarak değerlendirilmesinin hemşirelerin hataları rapor etmesini engellediği düşünülmektedir.

Hemşirelerin üçte biri iş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramadığını, çok az hemşire hata bildirimi yapmanın çok zaman aldığını düşündüğü için hataları rapor etmediğini belirtmektedir. Araştırmamıza katılan hemşirelerin yaklaşık dörtte biri hata bildirim formlarının çok karmaşık olduğu ve hata bildirim formlarının çok fazla olduğu için tıbbi hataları rapor etmediğini belirtmiştir (Tablo 3). Chiang ve Pepper’in (2006) araştırmasında ilaç uygulama hatalarını raporlamak için algıladıkları engellerden birinin rapor etmeye belli bir zaman ayrılmasına gerek olduğunu söylemişlerdir. Brubacher ve arkadaşları (2011) zaman kısıtlılığı olduğu için hemşirelerin tıbbi hataları raporlamadığını bulmuştur. Yung ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada hemşirelerin en çok hata raporlamanın zaman aldığı ve bu durumun iş yükünü artırdığı gerekçesi ile hataları rapor etmediklerini belirtmiştir. Bizim bulgularımız ile literatürdeki bazı araştırma bulguları benzerlik gösterirken bazı araştırmalar ile benzerlik göstermemektedir. Bu durumun nedeni hastanelerdeki hata bildirim sistemlerindeki farklılıklardan olabilir. Hemşireler iş yoğunluğundan, hata bildirim sistemlerine ulaşılmasının zor ve hata bildirim formlarının fazla olmasından dolayı tıbbi hataları rapor etmemektedirler.

Araştırmamızda katılımcıların yaklaşık dörtte biri hatayı tanımlamakta zorlandığını ifade etmiştir (Tablo 3). You ve arkadaşlarının (2015) araştırmasında hemşirelerin hatayı farkedemedikleri için rapor etmedikleri saptanmıştır. Haw ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında da benzer şekilde hemşirelerin olayın bir hata olup olmadığını anlamadığı için rapor etmediği belirtilmiştir. Bu bulgu, hemşirelerin tıbbi hataları tanımlama konusunda bilgi eksikliğini olduğunu ve bu nedenle hataları tanımlayıp rapor etmekte zorlandıklarını düşündürmektedir.

Bizim araştırmamızda hemşirelerin %16.2 si tıbbi hataları rapor ettiklerinde bunun hastaya bir faydası olmadığını, %13.5 i hasta zarar görmediyse tıbbi hatayı rapor etmenin gereksiz olduğunu ve %10.8 i hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası olmadığını düşünmektedir (Tablo 3). Haw ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında da hemşirelerin %17’si raporlamanın değerli olmadığını düşündükleri için, dörtte biri ise sadece bir anlık bir hata olduğunu düşündükleri ve %10’u neredeyse hataları hasta zarar görmediği için rapor etmedikleri bulunmuştur. Kahriman ve Öztürk’ün (2016) araştırmasında da hemşirelerin dörtte biri hatanın hastaya zarar verme potansiyelinin olmadığı için rapor etmediklerini ifade etmişlerdir. Brubacher ve arkadaşlarının (2011) niteliksel araştırmasında da hemşireler raporlamanın gereksiz olduğunu düşünmektedir. Bu bulgular bize hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmenin önemsiz ve gereksiz olduğunu düşündükleri için hataları rapor etmediklerini düşündürmektedir. Yung ve arkadaşlarının (2016) hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını rapor etmeye engellerinin sorgulandığı araştırmasında ise bizim çalışmamızın aksine hemşirelerin yaklaşık yarısı hasta zarar görmediğinde raporlamanın gereksiz olduğu ve raporlamanın duruma bağlı olması gerektiğini düşünmektedir. Bu araştırmanın bizim araştırmamızla arasında fark olmasının nedeni Yung ve arkadaşlarının araştırmasında tıbbi hataları sözlü olarak birim yetkilisine bildirmeyi de hata raporlama olarak varsaydıkları için olabilir.

Araştırmamızda hemşirelerin hata rapor edildiğinde hekimlerden olumsuz tepkiler alabilme düşüncesi, hata bildirdiğinde hastane yönetiminden ceza alabilme düşüncesi ve hata bildirim formlarının çok fazla olması düşüncesi ile çalışma pozisyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Klinik hemşiresi olarak çalışanlar sorumlu hemşirelere göre hatayı rapor ettiğinde hekimlerden olumsuz tepkiler alabileceğini, hata bildirim formlarının çok fazla olduğunu, hatayı rapor ettiğinde hastane yönetiminden ceza alabileceğini düşünmektedir (Tablo 9). Bu durumun sebebi ülkemizde yasa gereği en az lisans mezunu olan sorumlu hemşirelerin hekimlerden ve hastane yönetiminden olumsuz tepki almayacakları düşüncesi olabilir. Başka bir araştırmada da tıbbi hata raporlama konusunda hemşire yöneticilerin (sorumlu hemşire, süpervizör, müdür) klinik hemşirelere göre daha pozitif bir tutum sergilediği görülmüştür. Klinik hemşirelerinin hata raporlamada yönetici hemşirelere göre daha fazla engel algıladıkları belirlenmiştir (Yung ve ark, 2016). Chiang ve Pepper’in (2006) çalışmasında ise ilaç uygulama hatalarını rapor etme durumu ile çalışma pozisyonu ve tanınma endişesi arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur (r=0.55; p<0.01 ve r=0.64; p<0.01). Hemşirelerin unvanı ne kadar yüksek ve tanınma endişesi ne kadar çoksa ilaç uygulama hatalarını o kadar rapor etmedikleri belirlenmiştir. Bizim araştırmamızda yönetimsel görevi olan hemşirelerin klinik hemşirelerine göre tıbbi hataları rapor etme sorumluluğunu daha çok hissettiklerini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hatayı bildirdiğinde işten çıkarılabilme düşüncesi ile çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışma yılı az olan hemşireler daha çok işten çıkarılabilme korkusu yaşamaktadır. Hemşirelerin hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarının da hatayı rapor etmedikleri düşüncesi ve hatayı bildirdiğinde işten çıkarılabilme düşüncesi ile çalıştıkları klinik arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. En çok yoğun bakımda çalışan hemşireler, ekip arkadaşları hatayı rapor etmedikleri ve hatayı bildirdiğinde işten çıkarılabileceğini düşündükleri için hatayı bildirmemektedirler (Tablo 7).

**6. SONUÇ ve ÖNERİLER**

Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenlerini belirlediğimiz araştırmamızda elde edilen sonuçlar şöyledir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hataları en çok rapor etmeme nedenlerinin;

* tıbbi hatayla ilgili hastada herhangi olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşirelerin suçlanacağı (%72.97),
* hatayı rapor ettiklerinde hasta ve ailesinin hemşireye karşı olumsuz bir tutum sergileyeceği (%72.30),
* haklarında dava açılabileceği (%59.46),
* hekimlerden olumsuz tepkiler alabilecekleri (%59.46) ve
* hatayı bildirdiğinde hastane yönetiminden ceza alabileceği (%58.11) düşünceleri olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin tıbbi hataları en az rapor etmeme nedenlerinin;

* tıbbi hataları rapor ettiğinde bunun hastaya bir faydası olmadığı (%16.22),
* daha önce yaşadığı hata bildirim sonuçlarının kendisine olumsuz olarak yansıdığı (%14.86),
* hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmenin gereksiz olduğu (%13.51),
* hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası olmadığı (%10.81) düşünceleri olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

**Öneriler:**

Araştırma sonuçlarımız doğrultusunda;

* Hemşirelerin tıbbi hataları rapor edebileceği bir sistemin olması ve bu sistemin nasıl kullanılacağı konusunda hizmet içi eğitim yapılması,
* Hemşirelerin tıbbi hata bildirimi yapmama nedenleri göz önünde bulundurularak hata raporlama sisteminin gözden geçirilmesi,
* Hata bildirim siteminin hemşirelerin iş yükünü artırmayacak şekilde kısa, sade ve kolay ulaşılabilir olması,
* Tıbbi hataların önemi ve raporlanmasının gerekliliği hakkında eğitim düzenlenmesi,
* Hata bildiriminin gönüllü olması,
* Hastane yönetimimin hataların rapor edilmesini teşvik edici bir yaklaşıma sahip olması,
* Hastane yönetiminin hatalar karşısında cezalandırıcı bir tutum sergilememesi,
* Rapor edilen hatalarda hastane yönetimi tarafından hataya neden olan kişinin değil hata kaynaklarının araştırılarak çözüm önerilerinin geliştirilmesi,
* Hemşirelerin tıbbi hatalar ile ilgili hatanın tanımlanması, analiz edilmesi ve rapor edilmesi konusunda bilgilerinin artırılması için çeşitli bilimsel faaliyetlere (hizmet içi eğitim, kongre, sempozyum, seminer, vb.) katılmasına teşvik edilmesi,
* Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme durumlarına etki edebilecek başka bağımsız değişkenleri (örneğin; mesleki motivasyon, isteksizlik, tükenmişlik, vs.) de kapsayacak şekilde diğer sağlık kuruluşlarında farklı örneklem grupları ile benzer araştırmaların yapılması önerilmektedir.

**KAYNAKLAR**

**Abouqal R, Madani N, Zeggwagh AA, Rosenthal VD.** Extra length of stay and device- associated nosocomial infection rates in intensive care units in one hospital of Morocco.  
In: 45th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, p364, 16-19 December 2005, Washington DC, USA.

**Akalın HE.** Hasta Güvenliği Açısından Hastane İnfeksiyon Kontrolü. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 2006, 10, 10-18.

**Akalın HE.** Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. İyi Klinik Uygulamalar Dergisi 2007, 17, 32-35.

**Akalın HE.** Medikasyon Hataları. ANKEM Dergisi 2004,18(2),10-11.

**Akalın HE.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi 2005, 5(3), 141-146.

**Akgün S, Al-Assaf AF.** Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz?. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2007, 3, 42-47.

**Akgün A.** Hasta Güvenliği, Beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar- Sentinel Olaylar. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2014, 1(2), 75-82.

**Anderson RE.** Comment. How Many Deaths are Due to Medical Error?. JAMA 2000, 284(17), 2188-2189.

**Aştı T, Acaroğlu R.** Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000, 4(2), 22-27.

**Ateş Ç.** Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin İlaç Uygulama Hataları ve Hata Nedenlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, 104.

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

**Aygun C, Sobreyra Oropeza M, Rosenthal VD, Villamil Gomez W, Rodriguez Calderon ME.** Extra mortality of nosocomial infections in neonatal ICUs at eight hospitals of Argentina, Colombia, Mexico, Peru and Turkey. Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). American Journal of Infection Control 2006, 34(5), 135.

**Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J,**[**Etchells E**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Etchells%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15159366)**,**[**Ghali WA**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ghali%20WA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15159366)**,**[**Hebert P**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=H%C3%A9bert%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15159366)**,**[**Majumdar SR**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Majumdar%20SR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15159366)**,**[**O'Beirne M**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=O%27Beirne%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15159366)**,**[**Palacios-Derflingher L**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Palacios-Derflingher%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15159366)**,**[**Reid RJ**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Reid%20RJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15159366)**,**[**Sheps S**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sheps%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15159366)**,**[**Tamblyn R**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Tamblyn%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15159366). The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada. Canadian Medical Association Journal2004,170(11), 1678–1686.

**Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL.** Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities. Archives of Internal Medicine Journal 2002, 162, 1897-1903.

**Bernstein M, Hebert PC, Etchells E.** Patient Safety in Neurosurgery: Detection of Errors, Prevention of Errors, and Disclosure of Errors. Neurosurgery Quarterly 2003, 13(2), 125-137.

**Blegen AM, Vaughn T, Pepper G, Vojir C, Stratton K, Boyd M, Armstrong G.** Patient and staff safety: voluntary reporting. American Journal of Medical Quality 2004, 19(2), 67-73.

**Bobb A, Gleason K, Husch M, Feinglass J, Yarnold PR, Noskin GA.** The epidemiology of prescribing errors. Archives of Internal Medicine Journal 2004, 164(7), 785-792.

**Boni L, Benevento A, Rovera F, Dionigi G, Di Giuseppe M, Bertoglio C, Dionigi R.** Infective complications in laparoscopic surgery. Surgical Infections2006, **7**(2), 109-111.

**Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH.** Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. Quality & Safety in Health Care 2004, 13, 145-152.

**Brown MM.** Managing medication errors by design. Critical Care Nursing Quarterly 2001, 24, 77-97.

**Brubacher JR, Hunte GS, Hamilton L, Taylor A.** Barriers to and Incentives for Safety Event Reporting in Emergency Departments. Healthcare Quarterly 2011, 14(3), 57-65.

**Burd M, Humphreys H, Glynn G.** Control and the prevention of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in hospitals in Ireland: North/South Study of MRSA in Ireland 1999. Journal Hospital Infection 2003, 53, 297-303.

**Catchpole K, Bell MDD, Johnson S.** Safety in anesthesia: a study of 12,606 reported incidents from the UK National Reporting and Learning System. Anaesthesia 2008, 63, 340-346.

**Cebeci F.** Hasta güvenliğinde acil hemşirelerinin rolü. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing 2010, 2(1), 57-63.

**Chaing H.** Nurses’ demographics and perceptions of safety climate, work environment and barriers to medication aministration errors in soutern Taiwan. Published Doctorate Dissertation. College of Nursing, University of Utah, 2005.

**Chiang HY, Pepper GA.** Barriers to Nurses’ Reporting of Medication Administration Errors in Taiwan. Journal of Nursing Scholarship 2006, 38(4), 392-399.

**Classen DC, Pestotnik SL, Evans S, Burke JP.** Computerized surveillance of adverse drug events in hospital patients. JAMA 1991, 266, 2847-2851.

**Clinical Excellence Commission**. Clinical Incident Management in the NSW Public Health System 2010: July–December. NSW Health, Sydney, 2013.

**Cohen MR.** Why error reporting systems should be voluntary. British Medical Journal 2000, 320, 728-729.

**Danchaivijitr S, Dhiraputra C, Santiprasitkul S, Judaeng T.** Prevalence and impacts of nosocomial infections in Thailand 2001. Journal of Medical Association of Thailand 2005, 88, 1-9.

**Decembrino­ L,­ Perrini­ S,­ Stronati­ M.­** Surveillance­ of infection ­events­ in ­neonatal intensive care. ­Minerva­ Pediatr­ica 2010, 62, 41-5.

**Dilmen B.** Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2016, 56.

**DiPiro JT, Martindale RG, Bakst A, Vacani PF, Watson P, Miller MT.** Infection in surgical patients: effects on mortality, hospitalization, and postdischarge care. American Journal of Health-System Pharmacy 1998, 55, 777-781.

**Durmaz A.** Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçların Kliniğe Kabul Eildikten Sonra Kullanımı ile ilgili İlaç Hatalarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2007,12.

**Eadie A.** Medical error reporting should it be mandatory in Scotland?. Journal of Forensic and Legal Medicine 2012, 19, 437-441.

**Emori TG, Gaynes RP.** An overview of nosocomial infections, including the role of the microbiology laboratory. Clinical Microbiology Reviews1993, 6, 428–442.

**Erdemir AD, Elçioğlu ÖŞ.** Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları, Ankara, 2000, 25-32.

**Ertem G, Oksel E, Akbıyık A.** Hatalı tıbbi uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Dergisi 2009, 84(1), 1-10.

**Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F.** Hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına yol açabilecek etkenlerin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007, 23(2), 1-91.

**Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O’Shaughnessy J, DeWit M.** Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. Quality & Safety in Health Care 2006, 15(1), 39-43.

**Farquhar M, Sharp BAC, Clancy CM.** Patient Safety in Nursing. AHRQ Commentary 2007, 86(3), 455-457.

**Flanders S, Clark AP.** Interruptions and medication errors: part I. Clinical Nurse Specialist 2010, 24, 281–285.

**Garbutt J, Waterman AD, Kapp JM, Dunagan WC, Levinson W, Fraser V, Gallagher TH.** Lost Opportunities: How Physicians Communicate About Medical Errors. Health Affairs 2008, 27(1), 246-255.

**Gosling R, Mbatia R, Savage A, Mulligan JA, Reyburn H.** Prevalence of hospital-acquired infections in a tertiary referral hospital in northern Tanzania. Annals of Tropical Medicine and Parasitology 2003, 97, 69-73.

**Graber ML, Franklin N, Gordon R**. Diagnostic error in internal medicine. Arch Intern Med 2005, 165, 1493-1499.

**Grober ED, Bohnen JMA.** Defining medical error. Canadian Journal of Surgery 2005; 48(1):39-44.

**Guide to Patient Safety Indicators**, AHRQ Quality Indicator. Version 3.1., 2007.

**Günaydın M, Erdoğan M.** Güncel Bilgiler Işığında Cerrahi Alan İnfeksiyonu Nedir, Ne Değildir?. 31. ANKEM Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kongresi Kongre Kitabı, s31, 4-6 Mayıs 2016, Bodrum.

**Gündoğdu S, Bahçecik N.** Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012, 15(2), 119-128.

**Güven M.** Hasta Güvenliği veTıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanıklıkları, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2014, 29-35.

**Güven R.** Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, s411-422, 4-8 Nisan 2007, Antalya.

**Hacımustafaoğlu­ M,­ Çelebi­ S,­ Koksal­ N,­ Kavurt­ S,­ Özkan H,­ Çetinkaya­ M,­ Özkaya G.**­ Nosocomial­ infections ­in­ neonatology clinic­ and­ neonatal­ intensive­ care­ unit.­ Turk­ish Archives of Pediatrics 2011, 46, 293-298.

**Hashish EAA, El-Bialy GG.** Nurses’ Perceptions of Safety Climate and Barriers to Report Medication Errors. Life Science Journal 2013, 10(1), 2160-2168.

**Haw C, Stubbs J, Dickens GL.** Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2014, 21, 797-805.

**Heard GC, Sanderson PM, Thomas RD.** Barriers to Adverse Event and Error Reporting in Anesthesia. Anesthesia-Analgesia 2012, 114(3), 604-614.

**Helmreich RL, Merritt AC.** Culture at Work: National, Organizational and Professional Influences. Aldershot, UK: Ashgate, 1998.

**Hogg S, Baird N, Richards J.** Developing surgical site infection surveillance within clinical governance. Clinical Governance: An International Journal 2005, 10(1), 24–36.

**Howie WO.** Mandatory Reporting of Medical Errors: Cratfing Policy and Integrating It Into Practice. The Journal for Nurse Practitioners 2009, 5(9), 649-654.

**Hutchinson A, Young TA, Cooper KL, Mclntosh A, Karnon JD, Scobie S, Thomson RG.** Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. Quality & Safety in Health Care 2009, 18(1), 5-10.

**IOM.** Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. The National Academies Press. Washington, 2001.

**IOM.** Improving Diagnosis in Health Care, Washington, 2015.

**Jahromi ZB, Parandavar N, Rahmanian S.** Investigating Factors Associated with not Reporting Medical Errors From the Medical Team’s Point of View in Jahrom, Iran. Global Journal of Health Science 2014, 6(6), 96.

**Joolae S, Hajibabaee F, Peyrovi H, Haghani H, Bahrani N.** The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions. International Nursing Review 2011, 58(1), 37-44.

**Jordan S.** Managing adverse drug reaction: an orphan task. Journal of Advanced Nursing 2002, 38(5), 437-448.

**Kalra J, Kalra N, Baniak N**. Medical Error, disclosure and patient safety: A global view of quality care. Clinical Biochemistry 2013, 46, 1161-1169.

**Kahriman İ, Öztürk H.** Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. Journal of Clinical Nursing 2016, 25, 2884-2894.

**Kapborg I, Svennson H.** The Nurse’s Role in Drug Nurse Perceptions of Medication Errors. Journal of Advanced Nursing 1999, 30(4), 950-957.

**Karan İ.** Hastanelerde Fiziksel Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1999.

**Karataş M, Yakıncı C.** Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010, 17(3), 233-236.

**Kardaş Özdemir F, Akgün Şahin Z.** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars ili örneği. ODÜ Tıp Dergisi 2015, 2, 139-144.

**Kochanek KD, Murphy SL, Xu J, Tejada-Vera B.** Deaths: Final Data for 2014.National Vital Statistics Reports, 65(4).

**Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS.** To err is human: Building a safer health system. Washington: Academy Press; 2000.

**Koohestani HR, Baghcheghi N.** Barriers to the reporting of medication administration errors among nursing students. Australian Journal of Advanced Nursing 2009, 27(1), 66-74.

**Kuğuoğlu S, Çövener Ç, Kürtüncü Tanır M, Aktaş E.** İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009, 2(2), 86-93.

**Lawton R, Parker D.** Barriers to incident reporting in a healthcare system. Quality & Safety in Health Care 2002, 11, 15-18.

**Leape LL, Berwick DM.** Five years after to err is human: what have we learned?. JAMA. 2005, 293, 2384-2390.

**Leape L.** Error in medicine. JAMA 1994; 272:1851-1857.

**Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG.** Preventing medical injury. Quality Review Bulletin 1993, 19(5), 144-149.

**Leape LL.** Why should we report adverse incident? Journal of Evaluation Clinical Practice 1999, 5(1), 1-4.

**Liekweg AL, Westfeld M, Jaehde U.** From oncology pharmacy to pharmaceutical care: new contributions to multidisciplinary cancer care. Support Care Cancer 2004, 12, 73-79.

**Lisby M, Nielsen LP, Mainz J.** Erros in the medication process: frequency, type, and potential. International Journal for Quality in Health Care 2005, 17(1), 15-22.

**Mack P.** Patient Safety and Medical Errors- A Singapore Perspective. Singapore Medical Journal 2002, 43(5), 263-264.

**Maddox P, Wakefield M, Bull J.** Patient safety and the need for professinal and educational change. Nursing Outlook 2001, 49, 8-13.

**Mahajan RP.** Critical incident reporting and learning. British Journal of Anaesthesia 2010, 105(1), 69-75.

**Manian FA.** Surveillance of surgical site infections in alternative settings: Exploring the current options. American of Journal Infection Control1997, 25, 102–105.

**Martone WJ, Jarvis WR, Culver DH, Haley RW.** Incidence and nature of endemic and epidemic nosocomial infections. In: Bennett JV, Brachman PS, Eds. Hospital Infections. Boston: Little, Brown, and Company 1992, 577–596.

**Mattie AS, Ben-Chitrit R.** Patient safety legislation: a look at health policy development. Policy Politics & Nursing Practice 2007, 8, 251-261.

**Mayo AM, Duncan D.** Nurse Perceptions of Medical Errors. Journal of Nursing Care Quality 2004, 19(3), 209-217.

**Milch CE, Salem DN, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J.** Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events an analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals. Journal of General Internal Medicine 2005, 21, 165-170.

**Morse MJ.** Enhancing The Safety of Hospitalization by Reducing Patient Falls. American Journal of Infect Control 2002, 30(6), 376-380.

**Mrayyan MT, Shishani K, Al-Faouri I.** Ratei causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses’ perspectives. Journal of Nursing Management 2007, 15, 659-670.

**Nerich V, Limat S, Demarchi M, Borg C, Rohrlich PS, Deconinck E, Westeel V, Villanueva C, Woronoff-Lemsi MC, Pivot X.** Computerized physician order entry of injectable antineoplastic drugs: An epidemiologic study of prescribing medication errors. International Journal of Medical Informatics 2010, 79, 699-706.

**Osborne J, Blais K, Hayes JS.** Nurses’ Perceptions: When is it a Medication Error? Journal of Nursing Administraton 1999, 29(4), 33-8.

**Ovretveit J, Sachs MA.** Patient safety and quality problem- what is the cost? Lakartidningen 2005, 102, 140-142.

**Owens CD, Stoessel K.** Surgical site infections: epidemiology, microbiology and prevention. Journal of Hospital Infection 2008, 70(S2), 3-10.

**Öktemer S.** Hasta Düşmelerini Önleme Programı. İn: Bulun M. (edt) Hasta Güvenliği İyi Uygulamalar. SAGE Yayınları:4, Ankara, 2009.

**Özata M, Altunkan H.** Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 2010, 8(2), 100-111.

**Özdemir­ N,­ Soysal­ A,­ Bilgen­ H,­ Çulha­ G,­ Bakır­ M,­ Özek E.­** Marmara­ Üniversitesi­ Tıp­ Fakültesi­ yenidoğan­ yoğun bakım ­ünitesi­ 2001­ Yılı ­nozokomiyal ­infeksiyonları.­ Hastane İnfeksiyonları­ Dergisi­ 2004, 8, 256-260.

**Özkan S, Kocaman G, Öztürk C.** Çocuklarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesine yönelik yöntemlerin etkinliği. Türk Pediatri Arşivi 2013, 299-302.

**Öztürk R.** Hastane Enfeksiyonları, Sorunlar, Yeni Hedefler ve Hukuki Sorumluluk, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi 2008, 60, 23-29.

**Parlak E, Kahveci H, Köksal Alay H.** Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki hastane enfeksiyonları. The Journal of Current Pediatrics. 2014, 1, 1-8.

**Pittet D, Allegranzi B, Storr J, Nejad SB, Dziekan G, Leotsakos A, Donaldson L.** Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. Journal of Hospital Infection 2008, 68, 285-292.

**Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Morlock LL.** Defining and measuring patient safety. Critical Care Clinics 2005, 21, 1-19.

**Prot S, Fontan JE, Alberti C, Bourdon O, Farnoux C, Macher MA, Foureau A, Faye A, Beaufils F, Gottot S, Brion F.** Drug administration errors and their determinants in pediatric in-patients. International Journal for Quality in Health Care 2005, 17(5), 381-389.

**Reason J.** Human error*.* Cambridge: Cambridge University Press; 1990.

**Rosenthal J, Takach M.** 2007 Guide to State Adverse Event Reporting Systems. State Health Policy Survey Report 2007, 1(1), 1-20.

**Rosenthal VD, Maki DG, Salomao R, Moreno CA, Mehta Y, Higuera F, Cuellar LE, Arikan OA, Abouqal R, Leblebicioglu H.** Device-associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. Annals of Internal Medicine 2006, 145, 582-591.

**Sandars J, Cook G.** ABC of Patient Safety. Massachusett: Blackwell Publising Ltd, 2007, 1-4.

**Sanghera IS, Franklin BD, Dhillon S.** The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. Journal Compilation the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 2007, 62, 53-61.

**Saravi BM, Mardanshahi A, Ranjbar M, Siamian H, Azar MS, Asghari Z, Motamed N.** Rate of medical errors in affiliated hospitals of mazandaran university of medical sciences. Materia socio-medica, 2015, 27(1), 31.

**Sayek F.** İlaç yonetimi ve ilaç ile ilişkili hatalar. Hasta Guvenliği: Turkiye ve Dunya. Ankara Turk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2010; 42-48.

**Seren İntepeler Ş, Dursun M.** Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012, 15(2), 129-135.

**Shamsaei M, Hejazizade H, Arefi M.** Medical Error Reporting. Journal of Fundamental and Applied Sciences 2016, 8(3S), 2506-2518.

**Smyth ETM, Emmerson AM.** Surgical site infection surveillance. Journal of Hospital Infection 2000, 45, 173-184.

**Tansüyer T.** Hasta Güvenliği ve Tıbbi hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2010, 60.

**Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, Zbar BIW, Howard KM, Williams EJ, Brennan TA.** Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado. Inquiry 1999, 36(3), 255-264.

**Tural Büyük E, Güdek E, Güney Z, Yıldırım S, Akkoca S.** Pediatrik onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerin kemoterapi ilaçları ile ilgili deneyimledikleri ilaç uygulama hataları. The Journal of Pediatric Research 2014, 1(4), 207-211.

**Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K.** Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007, 9(1), 519-533.

**Uzun Ş, Arslan F.** İlaç uygulama hataları. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri 2008, 28, 217-222.

**Vaismoradi M, Jordan S, Turunen H, Bondas T.** Nursing students’ perspectives of the cause of medication errors. Nurse Education Today 2014, 34, 434-440.

**Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M.** Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. Journal of Evaluation in Clinical Practice 1999, 5, 5-12.

**Vural F, Çiftçi S, Vural B.** Sık karşılaşılan ilaç uygulama hataları ve ilaç güvenliği. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014, 5(4), 271-275.

**Wakefield J, Uden-Holman T, Wakefield S.** Development and validation of the medication administration error reporting survey. Advances in Patient Safety 2004, 4, 475-489.

WEB\_1. (2014). 10 facts on patient safety. <http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/> (13.02.2016)

WEB\_2. (2016). Patient Safety Dictionary. <http://www.npsf.org/?page=dictionarynz&hhSearchTerms=%22Patient+and+Safety%22> (11.12.2016)

WEB\_3. (2016).Reporting Medical Malpractice Payments <https://www.npdb.hrsa.gov/resources/aboutGuidebooks.jsp?page=EMMPR.jsp> (17.12.2016)

WEB\_4. (2016). TC SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ YILLIĞI 2015. <http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf> (20.10.2017)

WEB\_5. (2017). The Free Dictionary. <https://www.thefreedictionary.com/diagnosis+error> (18.10.2017)

WEB\_6. **(**2008). Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/menu/hemsirelik-yayinlari/yayinlar/turkiyede-hemsirelerin-calisma-kosullari.aspx> ( 20.12.2016)

**Weinstein RA.** Nosocomial infection update. Emerging Infectious Disease Journal 1998, 4, 416-420.

**Wiegmann DA, ElBardissi AW, Dearani JA, Daly RC, Sundt TM.** Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors: An exploratory investigation. Surgery 2007, 142(5), 658-665.

**Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J, Cohen H, Cohen M.** Responses and concern of healthcare providers to medication errors. Clinical Nurse Specialist 2000, 14(6), 288-290.

**Wong J, Beglaryan H.** Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A REview of the Research. The Change Foundation. Toronto, Ontario, 2004.

**Yalçın Ş, Acar A.** Avrupa Birliği ülkelerinde hasta güvenliği ve güvenli hastane ilişkisi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-1 Mayıs 2010, Ankara.

**You MA, Choe MH, Park GO, Kim SH, Son YJ.** Perceptions regarding medication administration errors among hospital staff nurses of South Korea. International Journal for Quality in Health Care 2015, 27 (4): 276-283.

**Yung HP, Yu S, Chu C, Hou I-C, Tang FI.** Nurses’ attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. Journal of Nursing Management 2016, 24(5), 580-588.

**EKLER**

**EK-1.** Anket Formu

**HEMŞİRE TANITIM FORMU**

|  |
| --- |
| “Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar **tamamen gizli tutulacak**, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten (Hilal Hatice GÜLLÜDERE, 0530 080 4496, [hilalgulludereakdeniz@hotmail.com](mailto:hilalgulludereakdeniz@hotmail.com)) uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla sorabilirsiniz. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 10 dakika olabilir”  **Adnan Menderes Üniversitesi**  **Aydın Sağlık Yüksekokulu**  **Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı**  **Doç. Dr. Gülengün TÜRK**  **Arş. Gör. Hilal Hatice GÜLLÜDERE** |

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )
3. Eğitim Durumunuz: Lise ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( )
4. Çalışma Yılınız:
5. Bu Hastanedeki Çalışma Yılınız:
6. Çalıştığınız Klinik: Yoğun Bakım ( ) Dahili Klinikler ( ) Cerrahi Klinikler ( ) Hemodiyaliz ( ) Ameliyathane ( ) Acil Servis ( )
7. Klinikte Çalışma Pozisyonunuz: Sorumlu Hemşire ( ) Vardiyalı Hemşire ( )

Diğer ( ) (Lütfen Belirtiniz)……….

1. Haftalık Çalışma Saatiniz:
2. Bir Vardiyada Çalıştığınız Saat:
3. Bir Çalışma Vardiyasında Bakım Verdiğiniz Ortalama Hasta Sayısı:
4. Mezuniyet sonrası tıbbi hatalar ile ilgili eğitim programına katıldınız mı? Hayır ( ) Evet ( )
5. Tıbbi hatalara ilişkin literatürü takip ediyor musunuz? Hayır ( ) Evet ( )
6. Tıbbi hatalar konusunda yararlandığınız bilgi kaynakları nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

|  |  |
| --- | --- |
| Kitap, dergi ( ) | Meslektaşlar ( ) |
| İnternet ( ) | Ekip üyeleri ( ) |
| Bilimsel etkinlikler (Kongre, Sempozyum, vb.) ( ) | Diğer (Lütfen Belirtiniz)……… |
| Hizmet içi eğitimler ( ) |  |

1. Tıbbi hatalarla karşılaşıyor musunuz? Hayır ( ) Evet ( ) *(Cevabınız hayır ise lütfen 15.*

*sorudan itibaren cevaplamayız)*

1. Tıbbi Hatalarla hangi sıklıkta karşılaşıyorsunuz? (Lütfen Belirtiniz)……….…… (Defa/Yıl)
2. Karşılaştığınız tıbbi hataların türü nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

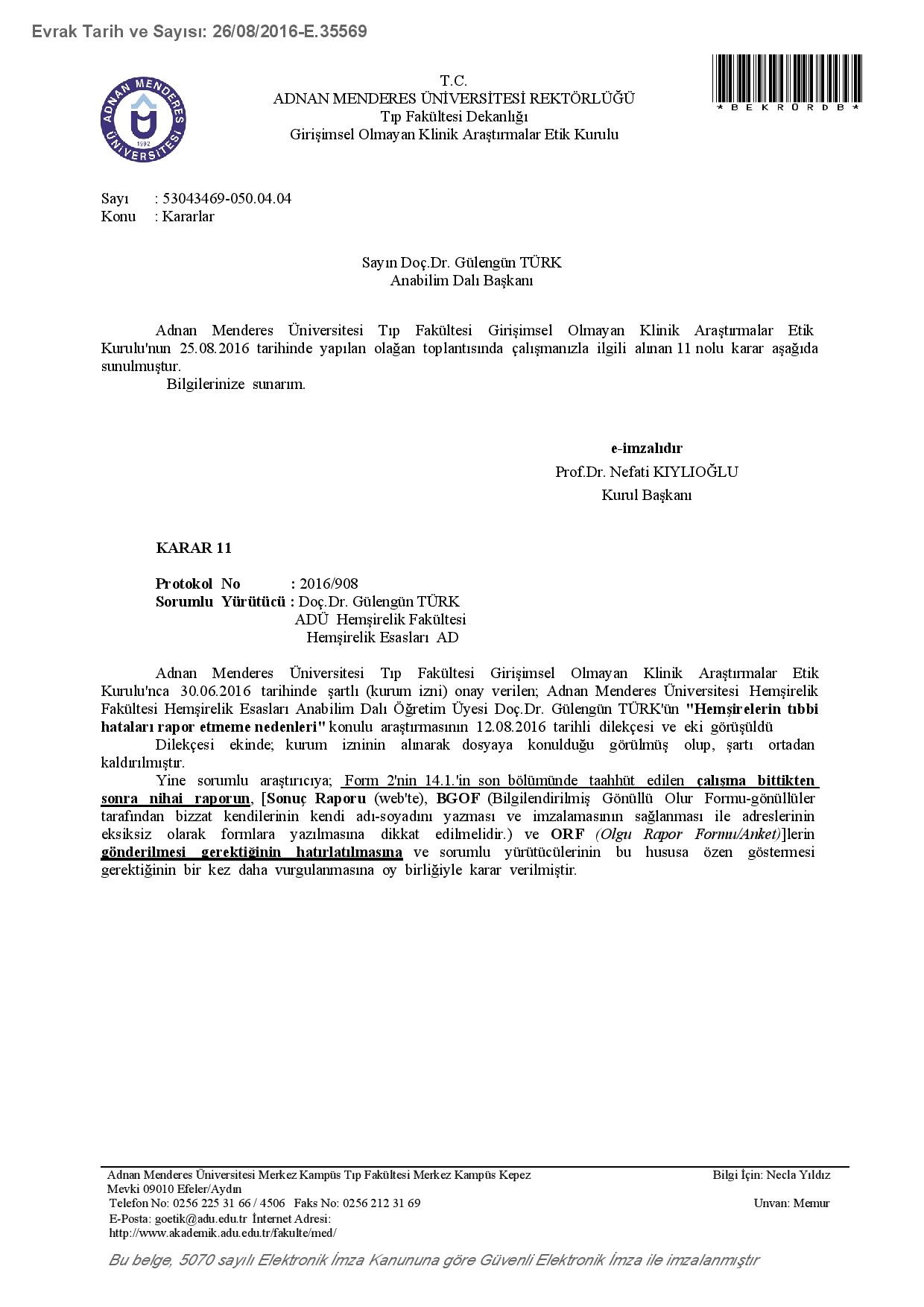
|  |  |
| --- | --- |
| İlaç hataları ( ) | Hastane enfeksiyonları ( ) |
| Düşmeler ( ) | Kayıt hataları ( ) |
| Cerrahi hatalar ( ) | Diğer ( ) (Lütfen Belirtiniz)……… |

1. Tıbbi hatalarla daha çok hangi vardiyada karşılaşıyorsunuz/ tıbbi hataların daha çok hangi vardiyada yaşandığını düşünüyorsunuz? Gündüz ( ) Gece ( )
2. Tıbbi hatalarla karşılaştığınızda rapor ediyor musunuz? Hayır ( ) Evet ( )

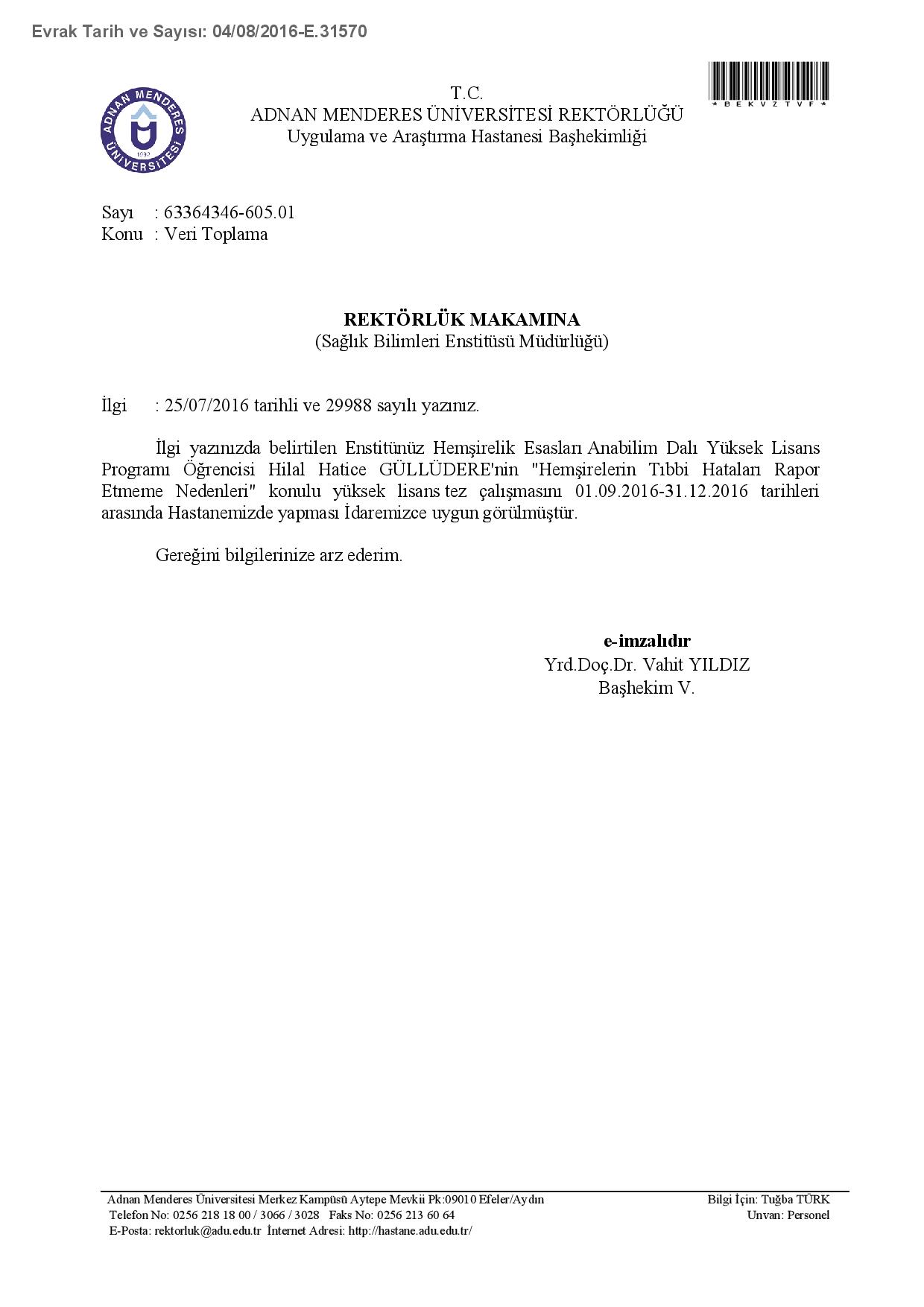
**TIBBİ HATALARI RAPOR ETMEME NEDENLERİ SORU FORMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunmamaktadır. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hangi hataları tıbbi hata olarak değerlendireceğimi bilmiyorum. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hastanenin tıbbi hata tanımı ile benim bildiğim tanım birbiri ile uyuşmamaktadır. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hataya bağlı hasta zarar görmediyse hatayı rapor etmem gereksizdir. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hata yaptığımda ekip arkadaşlarım beni kınayabilir. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hata yaptığımda ekip arkadaşlarım tarafından yetersiz olarak düşünülebilirim. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hata yaptığımda hekimlerden olumsuz tepkiler alabilirim. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hata yaptığımda hasta ve ailesi bana karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hatayı bildirdiğimde hastane yönetiminden ceza alabilirim. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hatayı bildirdiğimde işimden çıkarılabilirim | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hatayı bildirdiğimde hakkımda dava açılabilir. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hatayı bildirdiğimde, hastane yönetimi hatanın kaynağını sistemden çok kişisel olarak değerlendirebilir. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hata gerçekleştiğinde ekip arkadaşlarım hatayı rapor etmiyorlar. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Tıbbi hatayla ilgili hastada olumsuz bir durum meydana gelirse genelde hemşireler suçlanır. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hata bildirimi yapmak çok zamanımı alıyor | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Daha önce yaşadığım hata bildiriminin sonuçları bana olumsuz olarak yansıdı. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. İş yoğunluğundan dolayı hata bildirimine zaman ayıramıyorum. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hata bildirim formları çok fazla. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hata bildirim formları çok karmaşık. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Hasta güvenliği uygulamalarını geliştirmede tıbbi hataları rapor etmenin bir faydası yoktur. | Hayır ( ) | Evet ( ) |
| 1. Tıbbi hataları rapor ettiğimde bunun hastaya bir faydası bulunmamaktadır. | Hayır ( ) | Evet ( ) |

**EK-2.** Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Yazısı

****

**EK-3.** Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Yazısı

****

**ÖZGEÇMİŞ**

**Soyadı, Adı** : ÜLKÜ, Hilal Hatice

**Uyruk** : Türkiye Cumhuriyeti

**Doğum yeri ve tarihi** : Rize- 01.01.1987

**Telefon** : 0 530 080 4496

**E-mail** : [hilalgulludereakdeniz@hotmail.com](mailto:hilalgulludereakdeniz@hotmail.com)

**Yabancı Dil** : İngilizce

**EĞİTİM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Derece** | **Kurum** | **Mezuniyet tarihi** |  |
| Doktora | -- |  |  |
| Y. Lisans | Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı | --- |  |
| Y. Lisans | Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı | 2017 |  |
| Lisans | Gazi Üniversitesi Kırşehir Sağlık Yüksekokulu | 2009 |  |

**BURSLAR ve ÖDÜLLER:**

**Güllüdere, HH.** (2013). Acil serviste triyaja yönelik hasta memnuniyet düzeyi. 2. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi. Sözlü Bildiri 3.’lük Ödülü.

**Güllüdere, HH., Senol, Y.** (2014). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uygulanan Özel Çalışma Modülleri'nin Logic Model ile değerlendirilmesi. 8. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi. Poster Bildiri 3.’lük Ödülü.

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yıl** | **Yer/Kurum** | **Ünvan** |
| 2017-Halen | Adnan Menderes Üniversitesi  Buharkent Meslek Yüksekokulu  Çocuk Gelişimi Programı | Öğretim Görevlisi |
| 2014-2017 | Adnan Menderes Üniversitesi  Hemşirelik Fakültesi  Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı | Araştırma Görevlisi |
| 2013-2014 | Akdeniz Üniversitesi  Tıp Fakültesi  Tıp Eğitimi Anabilim Dalı | Araştırma Görevlisi |
| 2009-2013 | Akdeniz Üniversitesi Hastanesi | Hemşire |
| 2009 (1 ay) | Hacettepe Üniversitesi Hastanesi | Hemşire |

**AKADEMİK YAYINLAR**

**1.** **MAKALELER**

**Ülkü, HH.,** Şenol, Y. (2017) Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Profesyonalizm ve İletişim Becerilerinin 360 Derece Değerlendirme Yöntemiyle Belirlenmesi. Tıp Eğitimi Dünyası. 16(49):28-38.

**Güllüdere, HH**., Yardım, S., Sezik, M., Şenol, Y. (2014) Akran Yardımıyla Eğitimin Tıp Eğitiminde Kullanımı. Tıp Eğitimi Dünyası. 13(39):19-25.

**2. PROJELER**

Yok

**3. BİLDİRİLER**

**A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler**

**Ülkü HH.** Suriye Göçü ve Eğitim İhtiyacı. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. 29 Haziran- 1 Temmuz 2017. Aydın. (Sözlü Bildiri)

**Ülkü HH,** Acar GB. İntern Hemşirelerin Simülasyona Dayalı Eğitime Yönelik Algıları. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. 29 Haziran- 1 Temmuz 2017. Aydın. (Sözlü Bildiri)

**Ülkü HH,** Oktav T, Ural M. Sağlık Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanım Amaçları. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. 29 Haziran- 1 Temmuz 2017. Aydın. (Sözlü Bildiri)

Ural M, Oktav T, **Ülkü HH.** Teletıp ve Yeni Uygulama Alanları. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. 29 Haziran- 1 Temmuz 2017. Aydın. (Sözlü Bildiri)

Oktav T, **Ülkü HH,** Ural M. Sağlık Öğrencilerinin Manevi Destek Algıları. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. 29 Haziran- 1 Temmuz 2017. Aydın. (Sözlü Bildiri)

Ural M, Oktav T, **Ülkü HH.** Üniversite Sağlık Öğrencilerinin Sosyal Medyaya İlişkin Tutumları. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. 29 Haziran- 1 Temmuz 2017. Aydın. (Sözlü Bildiri)

Türk G, Karagözoğlu Ş, Adana F, **Güllüdere HH**. Autonomy Levels and Professional Attutides of Nurse Educators. 3. Annual International Conference on Nursing. 1-4 May 2017. Athens, GREECE. (Sözlü Bildiri)

**Güllüdere HH,** Adana F, Türk G, Yeşilfidan Duygu. Healthy Lifestyle Behavior of First Year Students in Nursing School. 3. Annual International Conference on Nursing. 1-4 May 2017. Athens, GREECE. (Sözlü Bildiri)

**Güllüdere, HH**., Alimoğlu, MK. (2014). Short and Long Term Effectiveness of a Course on Writing Better MCQs. 2014 AMEE Conference. 30 August- 3 September. Milan, ITALY. (e-poster)

Alimoğlu, MK., Özgönül, ML., Akman Karakaş, A., Alparslan D., Saraç, B., **Güllüdere HH**. (2014). Preliminary Results of a Pilot Project for Team Based Learning Application in Clinical Clerkships: In-class learner engagement and student satisfaction. 2014 AMEE Conference. 30 August- 3 September. Milan, ITALY. (e-poster)

**B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler**

Türk G, **Güllüdere HH**. (2015). Uygulamada gözardı edilen bir durum: Neredeyse hata, 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Erzurum. (Poster Bildiri)

Türk G, Karagözoğlu Ş, Adana F, **Güllüdere HH**. (2015). Hemşire akademisyenlerin otonomi düzeyleri ve mesleki profesyonel tutumları, 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Erzurum. (Sözlü Bildiri)

**Güllüdere, HH**., Şenol, Y. (2014). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde Uygulanan Özel Çalışma Modüllerinin Logic Model ile Değerlendirilmesi. 8. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi. 7-9 Mayıs. İSTANBUL. (Poster Bildiri)

Alimoğlu, MK., **Güllüdere HH**., Akman Karakaş, A., Alparslan D., Saraç, B. (2014) Dermatoloji Stajında Takım Çalışmasına Dayalı Öğrenme Uygulaması: Pilot Projeye Ait İlk Sonuçlar. 8. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi. 7-9 Mayıs. İSTANBUL. (Poster Bildiri)

Özgönül, ML., Alimoğlu, MK., **Güllüdere HH**. (2014) Tıbbi Etik Derslerinde Takım Çalışmasına Dayalı Öğrenme: İlk Sonuçlar. 8. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi. 7-9 Mayıs. İSTANBUL. (Poster Bildiri)

Özgönül, ML., Alimoğlu, MK., **Güllüdere HH**. (2014) Anatomi Uygulama ve Teorik Ölçme ve Değerlendirme Sonuçlarının, ÖSYM Giriş Puanlarıyla Karşılaştırılması. 8. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi. 7-9 Mayıs. İSTANBUL. (Poster Bildiri)

Mamaklı, S., Alimoğlu, MK., Şenol, Y., **Güllüdere, HH**., Gürpınar, E. (2014) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem III Mesleksel Beceri Uygulamaları Hakkındaki Öğrenci Geri Bildirimleri. 8. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi. 7-9 Mayıs. İSTANBUL. (Poster Bildiri)

**Güllüdere, HH.** (2013). Acil Serviste Triyaj Algısı ve Hasta Memnuniyet Düzeyi. 2. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi. 9-21 Nisan. Kuşadası- AYDIN (Sözel Bildiri)

Gürpınar, E., **Güllüdere HH**. (2013). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 5 Öğrencilerinin Acil Tıp Stajına Yönelik Memnuniyet Düzeyleri ve Buna Etki Eden Faktörler. Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Sempozyumu. 2-3 Mayıs. KOCAELİ. (Poster Bildiri)

**Güllüdere, HH.,** Asar, E., Gündüz, ES. (2012)Acil Servis Çalışanlarının Sedasyon, Analjezi ve Sedoanaljeziye İlişkin Bilgi ve Yaklaşımları. 2. Hemşirelik Sempozyumu. 16-19 Şubat. İZMİR. (Poster Bildiri)

**Güllüdere, HH.,** Gündüz, ES. (2011). Acil Servis Çalışanlarının Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutumları. 1. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi. 30 Eylül- 2 Ekim. Kuşadası- AYDIN (Sözel Bildiri)