



**HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMLARINI
DEĞERLENDİRMELERİNİN TIBBİ HATAYA EĞİLİM
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Cihan Volkan KIZILKEÇİ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Hemşirelikte Yönetim Programı**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Fatma ER**

Yüksek Lisans Tezi-2023

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

**HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMLARINI DEĞERLENDİRMELERİNİN
TIBBİ HATAYA EĞİLİM DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Cihan Volkan KIZILKEÇİ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelikte Yönetim Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Fatma ER**

**MALATYA
2023**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Dr. Öğr. Üyesi Fatma ER” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Hemşirelerin Çalışma Ortamlarını Değerlendirmelerinin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerine Etkisi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.
..../..../2023

Öğrencinin; Cihan Volkan KIZILKEÇİ
İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Çalışma Ortamı Kavramı, Tanımı ve Önemi.....	4
2.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamı	4
2.2.1. Hemşirelerin Çalışma Ortamını Etkileyen Faktörler	5
2.3. Hemşireler için Pozitif/Olumlu Çalışma Ortamları	7
2.4. Hastanelerde Olumlu ve Olumsuz Çalışma Ortamlarının Tıbbi Hataya Etkisi	9
2.5. Tıbbi Hatanın Tanımı ve Önemi.....	11
2.5.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hata Görülme Sıklığı	12
2.5.2. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	13
2.5.3. Tıbbi Hataların Nedenleri	14
2.5.4. Tıbbi Hataların Önlenmesi için Alınması gereken Önlemler	16
3. MATERYAL VE METOT	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.4. Veri Toplama Araçları	18
3.5. Verilerin Toplanması	20
3.6. Verilerin Değerlendirmesi	20
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	20
3.8. Araştırmanın sınırlılıkları	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA	32
KAYNAKLAR	41
EK-1. Özgeçmiş.....	53
EK-2. Kişisel Bilgi Formu	54
EK-3. Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği	55

EK-4. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği.....	57
EK-5. Bilgilendirici Onam Formu	59
EK-6. Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni	60
EK- 7. Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Kullanım İzni	61
EK-8. Kurum İzni	62
EK-9. Etik Kurulu Karar Formu	63



TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini vakit gözetmeksizin benimle paylaşan, yol gösteren, çalışma disiplinini her daim örnek aldığım, kendisine her danıştığımda zaman ayırıp beni dinleyen ve bildiklerini en iyi şekilde sabırla bana aktaran, eğitimim boyunca güler yüzünü ve içtenliğini benden esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma ER'e,

Tez savunma sınavıma katılan saygıdeğer jüri üyeleri Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ' ye ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN' e,

Bu çalışmaya katılan değerli meslektaşlarıma,

Her zaman yanımda olan ve desteklerini benden esirgemeyen eşime, aileme ve değerli arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

ÖZET

Hemşirelerin Çalışma Ortamlarını Değerlendirmelerinin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerine Etkisi

Amaç: Bu araştırma, hemşirelerin çalışma ortamlarını değerlendirmelerinin tıbbi hataya eğilim düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Kesitsel türde yapılan araştırmanın evrenini, “Harran Üniversitesi Hastanesi’nde” çalışan 450 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemlerinden geliş güzel örneklem yöntemi kullanıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katılan 219 hemşire araştırma kapsamına alındı. Araştırmanın verileri, Eylül 2020 – Ocak 2021 tarihleri arasında toplandı. Veriler, “Kişisel Bilgi Formu”, “Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği” ve “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma, Cronbach Alpha katsayısı, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin “Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği” toplam puan ortalaması 2.3 ± 0.57 olarak hesaplanmış ve hemşirelerin çalışma ortamına yönelik değerlendirme algıları orta düzeyde saptandı. “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” toplam puan ortalaması 227.86 ± 28.66 olarak hesaplanmış ve hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerinin düşük olduğu belirlendi. “Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği” toplam puan ortalaması ile “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Hemşirelerin çalışma ortamlarını değerlendirme algılarının orta düzeyde, tıbbi hataya eğilimlerinin ise düşük düzeyde olduğu ve çalışma ortamı değerlendirmeleri olumlu yönde artıktı tıbbi hata yapma eğilimlerinin azaldığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Çalışma ortamı, Hemşireler, Tıbbi hataya eğilim.

ABSTRACT

The Effect of Nurses' Evaluation of Working Environment on Their Levels of Tendency to Medical Error

Aim: The study was conducted in order to determine the effect of nurses' evaluation of working environment on their levels of tendency to medical error.

Material and Method: The population of the cross-sectional study consists of 450 nurses working at Harran University Hospital. Haphazard sampling method, one of the non-probability sampling methods, was used in the study. 219 nurses who voluntarily participated in the study were included in the study. The study data were collected between September 2020-January 2021 by using "Personal Information Form", "Nursing Work Index-Nursing Working Environment Evaluation Scale", and "Tendency to Medical Error Scale." In the analysis of the data, number, percentage, mean, standard deviation, Cronbach's alpha coefficient, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, and correlation analysis were used.

Results: Nursing Work Index scale total score of the participating nurses was calculated as 2.3 ± 0.57 , and the nurses' perceptions regarding evaluation of working environment were found to be at a moderate level. The nurses mean score on Tendency to Medical Error Scale was found to be 227.86 ± 28.66 , which showed a low level of nurses' tendency to medical error. There was a positive, weak and statistically significant correlation between the total score of the "Nursing Work Index Scale" and the total score of the Medical Error Tendency Scale ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that nurses' perceptions of evaluating their work environment were at a moderate level, while their tendency to medical errors was low, and as their work environment evaluations increased positively, their tendency to make medical errors decreased.

Keywords: Working environment, nurses, tendency to medical error.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANA	: American Nurses Association
AONE	: The American Organization of Nurse Executives
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GRS	: Güvenlik Raporlama Sistemi
HE	: Hastane Enfeksiyonları
HHMİ	: Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi
HİİÖ	: Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği
HİMG	: Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği
HYKTG	: Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü
ICN	: International Council of Nurses
ILO	: International Labour Organization
IOM	: Institute of Medicine
İGDKY	: İnsan gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği
İTU	: İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları
JCAHO	: The Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations
KBGHK	: Kaliteli Bakım için Gerekli Hemşirelik Kaynakları
SML	: Sağlık Meslek Lisesi
THEÖ	: Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
WHO	: World Health Organization
YHTLÖ	: Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı	21
Tablo 4.2. Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği (HİİÖ), Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (THEÖ) ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	22
Tablo 4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	23
Tablo 4.4. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.5. Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği ve Alt Boyutları (HİİÖ), Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutları (THEÖ) Arasındaki İlişki.....	30

1. GİRİŞ

İlk çağlardan beri hayatlarını idame ettirebilmek için çalışan insanlar zamanlarının üçte birini çalışma ortamlarında harcamaktadır (1, 2). Günümüzde insanların hayatının bu kadar önemli bir bölümünü geçirdikleri çalışma ortamları insanların sosyal hayatlarının önemli bir parçası olduğundan çalışanların; ekonomik, sosyal, ruhsal ve fiziksel açıdan etkilemektedir (3-5). Bu bağlamda çalışma ortamı çalışanların işe olan yaklaşımları ve iş çıktıları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir (3, 4).

Hemşirelerin de bulunduğu hastanelerde çalışan sağlık çalışanları, vardiya sisteminde, yoğun çalışma saatleri olan, hayati tehlikeleri de kapsayan ve zor çalışma ortamlarında hizmet vermektedirler. Bu durum, onların fizyolojik ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir ve tıbbi hata gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (6-8). Bu hatalar birlikte kısa veya uzun süreli sakatlıklar, tedavilerin aksaması ve ölüm gibi istenmeyen sonuçlar oluşmaktadır. Tıbbi hatalar, sağlık sektöründe devamlı artan bir sorun olmakla birlikte tüm dünyada sık görülmekte olup çalışma ortamının olumsuz koşullarıyla bağlantılı olduğu belirtilmektedir (4, 9).

Tıbbi hata kavram olarak, sağlık profesyoneli tarafından yapılması planlanan uygulamanın hedeflendiği gibi sonuçlanmaması, beklenmeyen bir durum olarak tanımlanmaktadır (10-12). Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonun'a göre tıbbi hata "sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken etik ilkelere bağlı olmadan çalışmaları, mesleki uygulamalarda yetersiz olmaları ya da ihmalkâr davranışlar sergilemeleri sonucunda hastaların zarar görmelerine neden olan eylemler" şeklinde tanımlamıştır (13) Uluslararası Tıp Enstitüsü ise; "bir amacı başarmak için yanlış bir planı uygulama ya da planlanmış bir eylemi kasıtlı olarak ihmal ederek tamamlamak" olarak tanımlamaktadır (14). Mesleki tedbirsizlik şeklinde de isimlendirilen tıbbi hata çalışanın mesleki eğitiminde akılcı ve temkinli davranışında başarısızlık şeklinde tanımlamaktadır (15).

Hemşirelerin hasta ile bire bir temasta olması, hastaların birçok sorununda ilk danıştıkları personel olması ve bağımlı-bağımsız görev çeşitliliği sebebiyle tıbbi hata yapma riskinin fazla olması, hemşireler açısından önemlidir (6, 12). Son dönemlerde ki tıbbi hata raporlarında hemşirelerle ilgili malpraktis davalarının arttığı gözlemlenmiştir (16). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin çalışma koşulları ile yatış uzunluğu, mortalite

gibi hasta çıktıları ve iş tatmini, devir hızı, kurumda tutma gibi hemşire iş çıktılarıyla ilgili olduğu gösterilmiştir (4, 17). Türkiye’de yürütülen çalışmalarda hemşirelerin çalıştıkları sağlık kurumlarının iş tatmini, kurumda tutma, devir hızının genellikle yetersiz ve orta düzeyde yeterli olduğu rapor edilmiştir (18, 19). Yine başka bir araştırmada fiziksel oranın ve malzeme eksikliğinin hasta çıktıları üzerinde önemli bir problem olduğu belirtilmiştir (20).

Yapılan diğer araştırmalarda her yıl birçok kişide tıbbi hata nedeniyle kısa veya uzun süreli sakatlık, yaralanma ve ölüm gibi sonuçların meydana geldiği belirtilmektedir (21). Makary ve Daniel tarafından yapılan araştırmada Amerika Birleşik Devletlerinde tıbbi hata üçüncü ölüm nedeni olarak belirtilmiştir (22). Dünya Sağlık Örgütü’nün bir raporunda, büyük çoğunluğu Avrupa Birliği ülkeleri olan ülkelerde hastaneye yatışların yüzde 8 ile 12’sinin tıbbi hatalar gibi istenmeyen durumlar sebebiyle oluştuğu ifade edilmektedir (23).

Tıbbi hataların ülkemizde ne düzeyde olduğu tam olarak saptanmamış olup dünyada ki diğer ülkelerle aynı düzeyde olduğu düşünülebilir (11, 12). Tıbbi hataya eğilimlerin incelendiği bir araştırmada hemşirelerin %5.8’nin tıbbi hataya neden olduğu belirlenmiştir (10). Er ve Altuntaş’ın yaptığı bir araştırmada da hemşirelerin %13.7’sinin çalışma hayatında tıbbi hata yaptığı belirtilmiştir (11). Yapılan başka bir araştırmada ise hemşirelerin yüzde 28.5’nin çalışma hayatında tıbbi hata yaptığı belirtilmiştir (6).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından hata bildirimleri için 2016 yılından beri Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) kullanılmaya başlanmıştır. GRS 2016 raporuna göre bildirilen hataların yüzde yetmiş beşin de hemşirelerin olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç; hemşirelerin sayısal olarak daha fazla olması ve hemşirelerin bildirim konusunda daha özverili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (24).

Bu konuyla alakalı ülkemizde yeterli sayıda araştırmanın yapılmadığı, yapılan literatür çalışmaları sonucunda görülmüştür. Dolayısıyla bu araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir ve hemşirelerin çalışma ortamı koşullarının tıbbi hataya eğilimini etkileyeceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin çalışma ortamlarını değerlendirmelerinin tıbbi hataya eğilim düzeylerine etkisini belirlemektir.

Bu araştırmada şu sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ne düzeydedir?
2. Hemşirelerin çalışma ortamlarını değerlendirmeleri ne düzeydedir?

3. Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri, tıbbi hataya eğilim düzeylerini etkilemekte midir?
4. Hemşirelerin çalışma ortamı değerlendirmelerinin tıbbi hataya eğilim düzeyine etkisi var mıdır? Varsa ne düzeydedir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çalışma Ortamı Kavramı, Tanımı ve Önemi

İnsanlık tarihi boyunca var olan çalışma hayatının en önemli unsuru insanların hayatının önemli bir bölümünü geçirdiği çalışma ortamıdır. Çalışma ortamı, çalışanların iletişim şekillerinden kendini gerçekleştirmelerine kadar birçok şeyi içermekte olup insan hayatının önemli bir parçasıdır (1, 2).

Çalışma ortamı, insanların sosyal hayatının bir parçası olduğundan işlerin yürütüldüğü hem insani hem de fiziksel bir alandır. Başka bir deyişle, çalışma ortamı, bir işin gerçekleştiği ortam olarak tanımlanmaktadır (25). Çalışma ortamları başka bir tanımda insanların maddi kazanç sağlamalarının yanı sıra, kendilerini geliştirdikleri, sosyal sorumluluklarını ve hayallerini gerçekleştirmelerini sağlayan, yaşamlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri sosyal alanlar olarak da tanımlanmaktadır (2).

Literatürde yer alan bilgilere göre insanların çalışma ortamları ekonomik, sosyal, ruhsal ve fiziksel açıdan yaşamlarını etkilemektedir. Bunun yanında çalışanların iş yaşamında karşılaştıkları birçok durum ve konu da (fiziksel ve ruhsal güvenlik, karşılıklı güven, ekip anlayışı, liderlik, meslektaşlarla iletişim, sosyal yaşamın sunduğu hizmetler, profesyonel kimlik, gelişim, öğrenme, özerklik vb.) çalışma ortamının içinde yer alan unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır (2, 20, 26).

Çalışma ortamının hem güvenli hem de sağlıklı bir yapıya sahip olması çalışan sağlığı ve güvenliği açısından oldukça önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir. Bunun temel nedenlerinin başında iş sağlığı ve güvenliğinin yüksek olmasının çalışanlarda iş verimliliğini arttırması, daha iyi hizmet sunumuna katkı sağlaması ve çalışanların iyilik hallerinin yükselmesi gelmektedir (27, 28).

2.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamı

Hemşirelerin de bulunduğu sağlık kurumlarının çalışma ortamlarında, vardiya sisteminde, yoğun çalışma saatleri olan, hayati tehlikeleri de kapsayan ve zor çalışma ortamlarında hizmet verilmektedir (6, 7). Bu çalışma ortamı içinde hemşirelerin kilit bir role sahip oldukları bilinmektedir. Bunun temel nedenlerinin başında hastaların ve hasta yakınlarının günün 24 saati en fazla iletişim ve etkileşim içine girdikleri grupların başında hemşirelerin gelmesi yatmaktadır. Bu durum aynı zamanda hemşirelik mesleğini yüksek

iş yüküne ve iş stresine sahip meslek dalları arasına dahil etmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşirelerde iş yaşamında strese neden olan unsurları hastalarla çalışma, rol belirsizliği, rol çatışması, hastalardan kaynaklı duygusal stres, vardiyalı çalışma sistemi, yoğun bakım hastaları ile çalışma ve hastalar ile yaşanan çatışmalar olarak sıralamıştır. (29, 30).

Hemşire çalışma ortamı özelliklerini Schalk ve ark.,; çalışma ortamı güvenliği, liderlik, özerklik, iş yükü, iş paylaşımı, gelişim olanakları ve kariyer, fiziksel yeterlilik, esnek çalışma çizelgeleri, ekip çalışması, örgütsel politikalar, ücret ve kararlara katılım, gibi özellikler şeklinde tanımlamıştır (31).

Yapılan çalışmalarda hemşirelerde çalışma koşulları ile yatış uzunluğu, mortalite gibi hasta çıktıları ile iş tatmini, devir hızı, mesleki devam gibi hemşirelik iş çıktılarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (4, 17). Türkiye’de yürütülen çalışmalarda hemşirelerin çalıştıkları sağlık kurumlarının genellikle yetersiz ve orta düzeyde yeterli olduğu rapor edilmiştir (18, 19). “Türk Hemşireler Derneği” tarafından 2008 yılında "Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları" adı altında bir rapor yayımlanmıştır (28). 2015 yılının Temmuz ayında ise Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlıklı Çalışma Yaşamı” ve Kalite Standartları-Hastane Versiyon 5 raporlarında bu konulara değinilmiştir. Raporlarda ele alınan toplam 12 standart bütün sağlık çalışanlarını kapsamaktadır (18). Bunun yanında raporlarda yer alan standartlar hemşirelerin iş yaşam koşullarını ve ortamlarını iyileştirmeye yönelik bilgileri içermektedir.

2.2.1. Hemşirelerin Çalışma Ortamını Etkileyen Faktörler

Hemşirelerin çalışma ortamını etkileyen faktörler aşağıda belirtilmiştir.

• Hemşire İş Yükü

Hemşireler görevini yerine getirirken; yoğun, stresli, karmaşık bölümü olan, insan hayatını kurtarmayı amaçlayan, acil girişimlerin değerlendirildiği, tedavi ve bakımının yapıldığı acil servislerde çalışma, hızlı hasta devirleri, hasta kayıpları, ekipman yetersizliği, uzun vardiyalar, personel arasındaki çatışmalar, acil tanı ve tedavi edilmesi gereken hayati riski olan hastalar ve hasta yakınları ile iletişim halinde olma gibi iş yükünü artıran durumlarla karşılaşmaktadır (32, 33).

• Geliştirme ve Kariyer Planlama

Bakım ve sağlık hizmeti gibi konulara kolay ulaşılabilmesi, insanların kaliteli bakım ve tedavi alma isteklerini artırmaktadır. (34). Bu durum hemşirelerin gelişimini sağlamak, performansını iyileştirmek ve çalışanların kariyer planlamalarını destekleyerek

kararlarda aktif rol almasını sağlayıp ve devamlı gelişmeye sevk ederek sağlanmaktadır (35).

• İş Sağlığı ve Güvenliği

İş güvenliği; iş yerinde çalışanların herhangi bir kaza, yaralanma ve mesleki hastalığa yakalanma gibi durumlarla karşılaşmasını önlemek amacıyla gerekli tedbirlerin alınması olarak ifade edilmektedir. Hemşirelerin çalışma ortamlarındaki risk faktörleri; fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psiko-sosyal risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır (4).

- **Fiziksel faktörler;** Çalışma ortamında delici-kesici alet yaralanmaları, gürültü, radyasyon, aydınlanma sorunu, iklimlendirme(sıcaklık, nem ve havalandırma), ergonomik olmayan koşullar gibi sebepler hemşireler için risk faktörleri olarak gösterilmektedir(36)
- **Biyolojik faktörler;** solunum yolu hastalıkları, hasta vücut sıvılarıyla direk temas, enfeksiyonlar, delici-kesici alet yaralanmalarında bulaşan (HIV, HEPATİT) hastalıkları vb. risk faktörleridir (37, 38).
- **Kimyasal faktörler;** lateks eldiven kullanımı, el antiseptiği kullanma, antineoplastik ilaçlar gibi kimyasal madde kullanımı riskleri vardır (39).
- **Psiko-sosyal faktörler;** hemşirelerde stres, tükenmişlik, mobbing, vardiyalı çalışma gibi nedenlerden psiko-sosyal risk taşımaktadır (40).

Çalışma ortamlarından dolayı yaralanma yaşayan hemşireler, düşük iş tatmin düzeyinin görülmesi, meslekten ayrılmaların artması ve çalışma hayatında verimli olmasını olumsuz şekilde etkilediği görülmektedir (41).

• Uygun Fiziki Koşullar ve Yeterli Araç Gereç

Hemşirelerin hastane ortamında fazla zaman geçiren meslek grubu olması, bakım verirken yaşanan yoğun stres ile birleşince, hemşirelerin işle ilgili algı ve tutumlarında, hastanelerin fiziksel ortamının önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir (42).

Çalışma koşullarındaki malzeme ve ekipman eksiklikleri gibi durumlar iş doyumsuzluğuna sebep olan temel faktörlerdir ve ciddi bir problem olarak görülmektedir (43).

• Ekip işbirliği, iletişim ve takdir edilme/tanınma

Çalışma ortamının önemli bileşenleri; yeterli etkileşim, etkili karar verme, çalışanlar arası ilişki, uygun personel, doğru işbirliği ve liderlik olarak belirtilmektedir (4, 20). Yetersiz iletişim; order problemleri, hatalı ilaç uygulamaları, tedavide aksamalar,

hatalı cerrahi bölge ameliyatı gibi hataların kök nedeni olarak bilindiği ifade edilmektedir (4).

• Etkili Yönetim ve Liderlik

Yönetici hemşireler, personeli destekleyen ve hemşirelerin bakım planına katkı sunan, sağlıklı ve güvenli ortamlar oluşturmakla yükümlüdür (44). Yapılan araştırmalarda etkili liderlik bulunan hastanelerde hemşirelerin olumlu iş çıktılarının olduğu gözlemlenmiştir (4, 45, 46). Kramer ve ark. tarafından magnet özelliği taşıyan 34 hastanede yapılan araştırmada ise etkili liderlik ve iş birliğinin sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulmasında ve devam ettirilmesinde önemli olduğunu belirtmiştir (47).

2.3. Hemşireler için Pozitif/Olumlu Çalışma Ortamları

Yoğun çalışma hayatında bulunan hemşirelerin olumsuz çalışma ortamlarında işten ayrılmaları görülmektedir (48). Bu durumdan dolayı bazı kurumların çalışma ortamlarını iyileştirici magnet-uyumlu hemşire dostu hastaneler oluşturmasıyla olumlu sonuçlar alındığı görülmüştür (3, 49, 50). Özellikle hemşire eksikliğinin ve meslekten ayrılmaların 1980’li yıllarda, bazı hastanelerin bu olumsuz durumlardan çok etkilenmediği görülmüştür.

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA), hemşirelerin kendilerini güvenli bir ortamda hissetmelerini sağlayan, iş doyumlarını arttıran ve hemşireleri güçlendiren bir çalışma ortamını “olumlu çalışma ortamı” olarak tanımlamıştır. Diğer bir çalışmada ise olumlu çalışma ortamı “hemşirelerin klinik uygulama alanlarındaki performansını geliştiren, sağlık sistemi içindeki kaynakların verimli kullanılmasına katkı sağlayan, sağlıkta prosedür ve uygulamaların örgütsel hedeflere yönelik hazırlandığı, hemşirelerin iş yaşamından doyum alarak çalıştıkları ortam” şeklinde tanımlanmıştır (51, 52).

Olumlu çalışma ortamı bazı özellikleri içinde barındırmakta olup, söz konusu özellikler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Gerek işe alma gerekse de işte tutma süreçlerinde yenilikçi politikaların uygulanması,
- Çalışanların hem kişisel gelişimlerini hem de eğitim süreçlerini destekleyen stratejiler uygulama,
- Çalışanların yaptıkları işlerin karşılığında hak ettikleri bedelleri almaları,
- Bilinçlenme programlarının uygulanması,
- Donanım ve malzemelerin yeterli düzeyde olması,

- Çalışma ortamında her türlü güvenlik önleminin alınması olarak belirtilmektedir (43).

Kavram olarak mıknatıs hastane hemşireleri kuruma çeken ve kurumda tutan hastaneler olarak tanımlanmaktadır (39, 49). Mıknatıs hastanelerin sahip olduğu Magnetik Güç özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Hemşire Liderliğinin Kalitesi: Personelini destekleyen, güçlü, donanımlı ve bilgili hemşire liderlerini tanımlamaktadır. Hemşirelik bakımında yol gösterici felsefeyi göstermektedir (3, 39, 49, 50).

2. Organizasyon yapısı: Hastane organizasyonları; değişime duyarlı, her birimin ve komitenin kendi bağımsız işlevlerine göre karar verdiği merkezi olmayan dinamik ve duyarlı organizasyonlardır (49, 50).

3. Yönetim Biçimi: Yönetimin her kademesinin yönetime direk etki edip katkı sunan, yönetici ve lider hemşireler tarafından geri bildirimin teşvik edildiği yönetim şekli benimsenmektedir (3, 49, 50).

4. Personel Politikaları ve Programları: Personel katılımı ile oluşturulan rekabetçi program ve politikalar benimsenmektedir (39, 50).

5. Profesyonel Bakım Modelleri: Hemşirenin hastanın ihtiyacına göre uygun hemşirelik bakım modelini belirleyip uyguladığı ve bunun sorumluluğunu aldığı ifade edilmektedir (3, 49).

6. Bakımın Kalitesi: Hemşire liderleri ve hastane yönetimi, hemşirelerin çalıştıkları birimlerde olumlu hasta çıktılarını ve hizmet sunum kalitesini teşvik edecek ortamları sağlamakla mesuldür (49, 50).

7. Kalite Geliştirme: Hasta bakım kalitesini artırmak için kalite geliştirme aktiviteleri düzenli olarak devam etmelidir (3, 50).

8. Konsültasyon ve kaynaklar: Hemşirelere donanımlı ve uzman meslektaşları tarafından uygun ve yeterli kaynaklarla danışmanlık hizmeti verilmesidir (39, 50).

9. Özerklik: Hemşirelerin mesleki yeterliliği ve uzmanlığı ile bilgi ve becerileri doğrultusunda doğru hasta değerlendirmesi ve bağımsız hasta bakımı verebilmesidir (3, 39, 49, 50).

10. Hastane ve Toplum: Hastane, toplumun sağlık sorunlarını belirleyen ve kurumda hemşireleri tutabilen, toplumsal organizasyonlardır (49)

11. Eğitici Hemşireler: Hemşirelik bakımında hasta ve ailesine, meslektaşlarına ve diğer sağlık profesyonellerine karşı eğitici rol üstlenmektedirler (3, 49, 50)

12. Hemşireliğin imajı: Hemşirelerin hasta bakımında ki önemli yerinden dolayı gerekli saygı ve değeri görüp diğer sağlık profesyonellerinin yanında yerini almasıdır (49, 50)

13. Disiplinler arası ilişkiler: Hemşireler ve diğer sağlık personeli arasında olumlu ilişkiler kurulmasıdır (3).

14. Mesleki Gelişim: Organizasyonların uyum eğitimi, hizmet içi eğitim ve kariyer gelişimini desteklemesidir (49, 50)

2.4. Hastanelerde Olumlu ve Olumsuz Çalışma Ortamlarının Tıbbi Hataya Etkisi

Çalışma ortamının olumlu bir yapıya sahip olması çalışanlarda iş doyumunu arttıran bir unsur olmanın yanında sağlık sistemi içinde hastalara sunulan hizmetlerin daha sağlıklı olmasına kadar birçok açıdan avantaj sağlamaktadır. Bu noktada çalışma ortamının belirli standartlara uygun hale getirilmesi önemli bir konu olarak karşımız acıkmaktadır. Bu kapsamda 2007 yılında International Council of Nurses (ICN) tarafından iş ortamının olumlu bir yapıya kavuşturulması için eylem planı hazırlanmıştır (43). Bu planda temel olarak hemşire ve diğer sağlık çalışanlarında yüksek performans elde edebilmek ve mesleki bağlılıkları arttırmak için yapılan gereken uygulamalara yer verilmiştir. Yapılan akademik çalışmalarda da çalışma ortamının hem iş doyumuna hem de hastaların tedavi süreçlerine etki ettiği rapor edilmiştir (53). 2007 yılında Andrea Bauman tarafından ICN adına hazırlanan eylem planında (olumlu çalışma ortamı eylem planı) dünya genelinde hemşirelerin iş yaşamında birçok sorunla karşılaştıkları, bunun temel nedenlerinin başında hemşirelerin performanslarını düşüren ve iş yaşamından uzaklaşmalarına neden olan olumsuz koşulların geldiği vurgulanmıştır (43).

Gerek güvenli gerekse de sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturulması, çalışanın hem sağlığını hem güvenliğini hem de iş verimini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Dolayısı ile sosyal ortamından emek verdiği çalışma alanına kadar, iyilik halinin süreklilik göstermesi iş verimine katkı sağlamaktadır (28). Yapılan pek çok çalışmada çalışma ortamlarının niteliği araştırılmıştır. Sonucunda olumlu ve sağlıklı bir yapıya sahip çalışma ortamında emek harcayan çalışanların daha kaliteli bakım verdiği, hizmeti verende de, alanda da artan memnuniyet izlenmiştir (54).

Sağlık sistemi içerisinde örgütsel başarının sağlanmasına destek olan grupların başında yönetici hemşireler gelmektedir. Etkin ve kaliteli liderlik, iş tatmininin sağlanması, profesyonel iş ve çalışma koşullarının oluşturulması, çalışanlarda işte kalma

niyetinin artırılması hasta güvenliğini de olumlu yönde etkilemektedir. Bu kapsamda sağlık sistemlerinde görev yapan çalışanlara güvenli bir iş ortamı sağlanması oldukça önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir (55). Literatür çalışmaları değerlendirildiği zaman, hemşirelerin çalıştıkları ortamdaki unsurların iyi hale getirilmesi ile birlikte hemşireler profesyonel niteliklerini de kullanmaya başlamaktadır. Bunu yanında güvenli çalışma ortamı hemşirelerde mesleki tükenmişlik düzeyini azaltmaktadır. Söz konusu gelişmeler hastalara ilişkin sonuçları olumlu yönde etkilemekte, kaliteli hasta bakımını geliştirmekte ve mortaliteyi azaltmaktadır (56).

Çalışma ortamı ile ilişkili unsurların ele alındığı çalışmalar incelendiği zaman güvenli ve olumlu çalışma ortamının çalışanların daha nitelikli hizmet vermelerine katkı sağladığı görülmektedir. Bu durum, gerek hizmet veren gerekse de hizmet alan kişilerin genel memnuniyet düzeylerini arttıran bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar olumlu çalışma ortamının iş yaşam kalitesini de arttıran bir olgu olduğunu göstermektedir. İş yaşam kalitesi olgusu da özünde çalışanların hem işlerinden hem de çalışma ortamından ve yöneticilerden memnun olmaları ile yakından ilişkili bir olgudur. Olumlu, güçlendirici ve destekleyici bir çalışma ortamı çalışanların iş streslerinin en aza inmesine, işlerini daha fazla sevmelerine, yüksek örgütsel bağlılık ve iş motivasyonuna katkı sağlamaktadır (57).

Çalışma ortamında bazen olumsuz koşullar da söz konusu olabilmektedir. Olumsuz çalışma koşulları çalışanların iş performanslarını düşüren ve iş doyumunu azaltan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Örgütsel açıdan ele alındığı zaman iş ortamında karşılaşılan problemler de iş veriminin azalmasına, çalışanlarda dikkat ve yoğunlaşma eksiğinin ortaya çıkmasına, ekonomik açıdan zayıflamaya ve bakım alanların risk altında olmalarına neden olmaktadır. Söz konusu olumsuzluklar zaman içerisinde sağlık kurumlarının bakım kalitesini düşürmektedir (58). Hemşirelerin yoğun çalışma şartlarının olması, hayati riski olan hastalara bakması, yoğun duygusal stres, çalışma koşullarının olumsuzluğu ve zorunlu prosedürlerin fazlalığı daima hata yapma ihtimalini olduğunu göstermektedir. Ayrıca hemşirelerin bu tarz olumsuz çalışma koşullarında hastalara yeterli zaman ve bakımın verilmemesinden kaynaklı hemşireler üzerinde baskı oluşmaktadır (59). Bu tarz olumsuz koşullar hemşirelerde tıbbi hata yapma ihtimalini artırabilmektedir (60).

2.5. Tıbbi Hatanın Tanımı ve Önemi

Sağlık sektöründe sık karşılaşılan tıbbi hata kavram olarak, yapılması planlanan uygulamanın sağlık personeli tarafından kasıtsız hatalı uygulanması veya uygulanamaması ve bu uygulama sonucunda hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlanmaktadır. (6, 10, 11, 61). Dünya genelinde yapılan çalışmalar incelendiği zaman tıbbi hata kavramının “malpraktis” terimi ile ifade edildiği göze çarpmaktadır. Tıbbi hata kavramının Latince’de ise yanlış ve hatalı işlem manasına gelen “mala” ile “praxis” (“mala praxis”) kelimelerinden türediği belirtilmektedir (62). Kavramın kökeninin İngilizce’deki “malpractice” kelimesinden geldiği ve Türkçe’ye kötü ya da hatalı uygulama şeklinde geçtiği belirtilmektedir (63).

“Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu” tıbbi hata kavramını; “sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken etik ilkelere bağlı olmadan çalışmaları, mesleki uygulamalarda yetersiz olmaları ya da ihmalkâr davranışlar sergilemeleri sonucunda hastaların zarar görmelerine neden olan eylemler” şeklinde tanımlamıştır (64). Uluslararası Tıp Enstitüsü ise tıbbi hata kavramını “herhangi bir amaca ulaşma sürecinde yanlış planı kullanma ya da planlı bir eylemi ihmal ederek tamamlama” olarak tanımlamıştır (65).

Tıbbi hatalar sağlık sektörü için önemli problemdir ve hastalar açısından ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle yapılan araştırmalarda her yıl birçok insanın tıbbi hatalar yüzünden zarar gördüğü belirlenmiştir. Bu yüzden yapılan tıbbi hataların önceden tespit edilip önlenmesi hasta güvenliği açısından önemli olmaktadır (12, 66, 67). Hemşirelerin gerek bağımlı gerekse de bağımsız olarak gerçekleştirdikleri görev türlerinin fazla olması, hastaların bakım süreçlerinde aktif rol almaları, hastaların sorunlarıyla ilk karşılaşan ve danışılan personel olması sebebiyle tıbbi hata yapma ihtimali ve tıbbi hata kavramı hemşirelik mesleğinde önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir (11, 12).

Hemşirelik mesleğinin karakteristik özellikleri incelendiği zaman yoğun iş yüküne sahip bir meslek olarak belirtilmektedir. Hemşirelik mesleğini zor hale getiren unsurların başında; aşırı iş yükü, vardiya sistemi ile çalışma, hastaların problemleri ile uğraşmanın beraberinde getirdiği yoğun stres, terminal dönemdeki hastalara ve yoğun bakım hastalarına bakım vermenin yaşattığı stres gelmektedir. (11, 12, 60). Söz konusu unsurlar aynı zamanda hemşirelerde çalışma koşullarını zorlaştıran unsurlar arasında yer

almaktadır. Bu kapsamda hemşirelerin olumsuz çalışma koşullarında çalışmaları, tıbbi hata yapma oranlarını da arttıran bir unsur olarak belirtilmektedir (6, 10, 68).

2.5.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hata Görülme Sıklığı

Yapılan araştırmalara göre, tıbbi hatalarla Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 250 000 insanın hayatını kaybettiği ve bunun ülkede üçüncü önde gelen ölüm nedeni olduğu ifade edilmektedir (22). Hollanda’da 21 hastanede yapılan incelenmede tıbbi hatalara %61 insan faktörünün sebep olduğu ve hastaneye yatan yüzde onunu tıbbi hatalar sebebiyle hasara uğradığı görülmüştür (69). Kanada’da her yıl 5000 ile 10000 arasında insan ve İngiltere’de 40.000 insan tıbbi hata nedeniyle yaşamını yitirdiği belirtilmiştir. İngiltere’de hastaneye yatışların %10’unda, Avustralya’da ise hastaneye yatışların %16.6’sında tıbbi hata olduğu belirtilmiştir (70, 71).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2019 yılında yayımladığı raporda;

- Güvenli olmayan cerrahi prosedürler yüzünden her yıl 7 milyon insanın zarar gördüğü bunların 1 milyonunun hayatını kaybettiği,
- Sağlık hizmetiyle ilgili enfeksiyonların gelişmişliği fark etmeksizin birçok ülkede hastaneye yatırılan hastaların yüzde 7 ile 10 arasında görüldüğü,
- Riskli enjeksiyon uygulamaları yüzünden her yıl dünya çapında sakatlık ve ölüm nedeniyle kaybedilen yaşamın 9.2 milyon olduğu,
- Günü birlik tedavi ortamlarında yetişkinlerin yaklaşık yüzde beşinde teşhis hataları meydana geldiği ve bunların yüzde ellisinden fazlasına önemli problemler oluşturma ihtimali olduğu saptanmış bulunmaktadır
- Hastanelerde yatan hastalarda sık karşılaşılan yatış komplikasyonları arasında olan venöz tromboembolizmi (toplardamarda kan pıhtısı), yatış komplikasyonlarının üçte birini oluşturmakta olup gelişmiş ülkelerde 3.9 milyon az gelişmiş ülkelerde 6 milyon vaka olduğu ifade edilmektedir (72).

Tıbbi hataların ülkemizde ne düzeyde olduğu tam olarak saptanmamış olup dünyada ki diğer ülkelerle aynı düzeyde olduğu düşünülmektedir (11, 12, 39). Yapılan bir araştırmada hemşirelerin yüzde 5.8’nin tıbbi hataya neden olduğu saptanmıştır (10). “Er ve Altuntaş tarafından yapılan bir araştırmada da” hemşirelerin %13.7’sinin mesleki hayatında tıbbi hata yaptığı belirlenmiştir (11). Başka bir araştırmada da hemşirelerin yüzde 28.5’nin mesleki çalışma süresinde tıbbi hata yaptığı belirtilmiştir (6).

2.5.2. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hatalar, kök nedene bağlı hatalar ve hata türleri kapsamında olmak üzere iki farklı şekilde sınıflandırıp, incelenmektedir (59, 67).

Kök Nedene Bağlı Hatalar

- Yürütülen işlemlere ilişkin hatalar: Yanlış tıbbi işlemlerin uygulanması
- Görevli personelin ihmalinden kaynaklı hatalar: Yanlış tıbbi işlemin uygulanması
- Uygulama süreci ile ilgili hatalar: Doğru bir işlemin yanlış olarak uygulanması (59, 67, 74).

Yapılan Hata Türleri;

- İlaç Uygulamalarında Yapılan Hatalar,
- Cerrahi Uygulama Süreçlerinde Yapılan Hatalar,
- Tanı Koyma Sürecinde Karşılaşılan Hatalar,
- Diğer hata türleri (hastanın düşmesi, kan transfüzyonunun yanlış uygulanması, hastane enfeksiyonları vb.) şeklinde sıralanmaktadır (59, 67).

İlaç Hataları

ABD’de “İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi” tarafından yapılan tanıma göre ilaç hataları “ilaç uygulamasının hastanın, üreticinin ve sağlık çalışanının kontrolünde olmasına karşılık, hastanın kullanılan ilaç nedeniyle zarara uğramasına ya da uygun olmayan ilaç alımına neden olan olay” şeklinde tanımlanmaktadır (59). Bütün tıbbi hatalarda olduğu gibi ilaç hatalarının da ölümle sonuçlanma ihtimali olduğu için önemli bir sorundur. Uygulama kaynaklı ilaç hatalarının %60 olduğu belirlenmiştir. Yanlış ilaç uygulamalarının %16 yanlış ilaç, %40.9 hatalı doz, % 9.5 ise hatalı uygulama ve uygulama yolu gibi nedenlerinden dolayı ölümle sonuçlandığı belirtilmiştir (75). Başka bir araştırmada ise hemşirelerin uygulama yaparken ilacın uygulama yoluna ve dozuna dikkat ettikleri ancak ilaç yan etkileri, miadı, etkileşimleri ve hastayı ilaç uygulamalarının ardından yeterince izlemedikleri belirtilmiştir (59). Güvenlik Raporlama Sistemi 2016 raporlarına göre ülkemizde en çok yapılan ilaç hatalarının; hazırlanmasından, ilaç isteminden, muhafaza edilmesinden ve uygulanmalarından kaynakladığı ifade edilmiştir (24). Yapılan bazı çalışmalarda etkin hemşirelik hizmetlerini daha etkin kullanarak diğer meslek gruplarından kaynaklanan tıbbi hatalarında önlenebileceği belirtilmiştir (74, 76). Hatalı ilaç uygulamalarını azaltmak amacıyla hemşirelerin 8 doğru doğrultusunda; doğru ilaç, doğru doz, doğru

zaman, doğru hasta, doğru ilaç şekli, doğru yol, doğru kayıt ve doğru yanıt yolunu izleyip ilacın etkisini izlemelidir (74, 76).

Hemşirelerin ilaç uygulama konusunda yetki sınırları “Hemşirelik ve Türk Hemşireler Birliği Kanun Tasarısında” belirlenmiş olup hemşirelerin yapılan uygulamalarda daha aktif rolünün olmasını sağlamıştır. İlaç uygulamalarında bilgi ve donanımını artırıp yanlış order gibi durumlarda olumsuz sonuçların önüne geçilmesinde önemli bir konuma sahip olmuştur (74).

Cerrahi Hatalar

Cerrahi hatalar temelde yanlış organ cerrahisi, cerrahi uygulamada başarısızlık, yara enfeksiyonları ve yanlış taraf cerrahisi olarak ifade edilmektedir (77). Hemşirelerden kaynaklanan cerrahi hatalarda genellikle yanlış tarafların işaretlenmesine paralel olarak ortaya çıkan hataların ön planda olduğu görülmektedir (71, 74). Cerrahi kliniklerinde yaygın olarak karşılaşılan istenmeyen durumların başında ameliyattan kliniğe ya da klinikten ameliyathaneye hasta nakli sırasında görülen sorunlar, hastalara ve yakınlarına yanlış ya da eksik bilgi aktarılması gibi problemlerin geldiği belirtilmektedir (78).

Literatürde yer alan bulgular değerlendirildiğinde, cerrahi uygulamalarında karşılaşılan tıbbi hataların ciddi birer mortalite ve morbidite kaynağı olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar, 7 milyon insanın cerrahi hatalar nedeniyle ciddi komplikasyonlar yaşadıklarını, 1 milyondan fazla insanın ise hayatını kaybettiğini göstermektedir (72).

Sistem Yetersizliğine Bağlı Hatalar

Sağlık hizmetlerinin yürütülme süreçlerinde tespit edilmesi en zor uygulamaların başında tıbbi hatalar gelmektedir. En kolay tespit edilen tıbbi hataların genellikle aletlerdeki (intravenöz sıvı pompaları, defibrilatör vb.) bozukluklar olduğu görülmekle beraber, söz konusu bozukluklar saptanana kadar ciddi sağlık sorunlarına yol açtıkları belirtilmektedir (80). Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar ancak kullanım esnasına saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçları doğurabilmektedir (80).

2.5.3. Tıbbi Hataların Nedenleri

Literatürde yer alan bilgilere göre tıbbi hatalara neden olan unsurların başında teknik ve kurumsal faktörler ile birlikte insan faktörünün yer aldığı görülmektedir (80-83). Söz konusu faktörler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

- Tıbbi hatalara neden olan ve insan faktörü ile ilişkili unsurların başında yeterli özen göstermeme, iş stresi, acemi olma, mesleki tükenmişlik, tecrübe eksikliği, yetersiz iletişim ve yorgunluk olarak sıralanmaktadır (81, 82).
- Kurumla ilişkili faktörlerin başında uygunsuz personel çalıştırma, liderlik düzeyi, finansal yapı, uygulanan politikalar ve işyerinin yapısal özellikleri gelmektedir (59, 80-83)
- Teknik faktörlerin başında ise entegrasyon eksikliği, karar verme sürecinde dikkatsiz davranma, eksik ya da yetersiz cihaz kullanımı ve yetersiz otomasyon gibi unsurlar yer almaktadır (59, 80-83).

Yoğun iş yükü, personel yetersizliği, yoğun fiziksel ve duygusal stres, görev dışı işlerin yapılması ve uzun vardiya saatleri hemşirelerde, yorgunluğa ve iletişim problemlerine sebep olduğu ve bunların sonucu olarak çalışanların dikkatinin dağılabilmesine, verimin düşmesine ve tıbbi hata oranlarının artmasına sebep olabilmektedir (11, 84).

Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmasına Neden Olan Faktörler

- Olumsuz çalışma ortamı
- Ağır iş yükü
- Gece-Gündüz çalışma sistemi
- Tecrübesizlik
- İletişim sorunları
- Çalışma sürelerinin fazla olması
- Hasta sorunlarından kaynaklı yoğun duygusal stres
- Terminal dönem hastalarla çalışma
- Mesleki görevlerin içtihatlarla tam belirtilmemesi
- Yanlış ve düzensiz kayıt tutulması
- Mesleğin sevilmemesi
- Aşırı stres
- Ekipman yetersizliği
- Hatalı order
- Yeterli yönetsel desteğin sağlanmaması
- Çok fazla prosedür olması
- Hemşire yetersizliği nedeni ile hastalara yeterli zaman ayırlamamakla beraber hastalara istenilen özenin de gösterilememesi

- Motivasyon eksikliği
- İş doyumunun az olması (6, 10, 11, 39, 61, 85, 86).

2.5.4. Tıbbi Hataların Önlenmesi için Alınması gereken Önlemler

Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi

Tıbbi hatalarda önleyici yaklaşım; “gelecekte ortaya çıkma ve hastaya zarar verme ihtimali olan olayların öngörülüp gerekli önlemlerin alınmasıdır” (87).

ICN, hasta güvenliği ile ilgili hemşirelerin görevlerini aşağıdaki gibi belirtmiştir (88):

- Herhangi bir riske karşı hastaların ve yakınlarının bilgilendirilmesini sağlamalıdır;
- Hasta güvenliğini artıracak girişimleri desteklenmelidir,
- Olumsuz olayların gerekli yerlere bildirilmesi gerçekleştirmelidir,
- Hasta bakım hizmetinin kalitesini ve güvenliğini sağlamak için sorumluluklar üstlenmelidir,
- Yönetici hemşireler yeterli hemşire istihdamının sağlanması için gerekli adımları atmalıdır,
- Tıbbi hataların azaltılması için tedavi politika ve prosedürlerinin standartlaşmasını sağlamalıdır. (88).

JCAHO hastaların sağlıkları ile ilişkili güvenliklerinin sağlanması için bazı hedefler belirlemektedir. Söz konusu hedefler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (89);

1. Kimlik doğrulama sistemlerinin daha güvenli hale getirilmesi,
2. Bakım verme işlemlerinde görevli çalışanlar arasındaki iletişimin daha etkin hale getirilmesi,
3. İlaç kullanım güvenliğine ilişkin uygulamaların geliştirilmesi,
4. Zararların en aza indirilmesi için klinik alarm sistemlerinin geliştirilmesi, alarm sistemlerinin daha etkin hale getirilmesi,
5. Sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde karşılaşılan enfeksiyon riskinin azaltılması,
6. Sağlık kurumlarında hasta popülasyonundan kaynaklanabilecek sorunların azaltılması,
7. Cerrahi kliniklerinde karşılaşılan hataların en aza indirilmesi.

Hata Bildirimi ve Raporlama Sistemi Geliştirilmesi

Sağlık hizmetlerinin sunumunun daha kaliteli hale getirilmesi amacıyla sağlık alanında görev yapan tüm personelin tıbbi hataların bildirimi konusunda gerekli özeni göstermesi önemli bir konudur. Bu nedenle tıbbi hataları bildirmeyi düşünen sağlık çalışanlarının korku ve kaygılarını gidermeye yönelik önlemler alınması oldukça önemli bir konu olarak belirtilmektedir. Bunun yanında tıbbi hataların bildirimi konusunda personelin eğitilmesi, hastalara daha kaliteli bakım verilmesi ve ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçların sağlık yöneticileri tarafından değerlendirilmesi tıbbi hataların azaltılmasına katkı sağlayacak uygulamalar arasında gösterilmektedir (67).

Tıbbi hataların azaltılması için hemşirelerin hasta bakım süreçlerinin her aşamasında hasta güvenliğine önem vermeleri gerekmektedir. Bunun yanında hasta yakınlarının da tedavi süreçleri hakkında bilgilendirilmeleri hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların azaltılmasında oldukça önemlidir (11).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından hata bildirimleri için 2016 yılından beri Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) kullanılmaya başlanmıştır. GRS 2016 raporuna göre bildirilen hataların yüzde yetmiş beşin de hemşirelerin olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç; hemşirelerin sayısal olarak daha fazla olması ve hemşirelerin bildirim konusunda daha özverili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (24).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, hemşirelerin çalışma ortamlarını değerlendirmelerinin tıbbi hataya eğilim düzeylerine etkisini belirlemek için kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Şanlıurfa il merkezinde bulunan “Harran Üniversitesi Hastanesi’nde” Haziran 2020-Ağustos 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. “Harran Üniversitesi Hastanesi”, toplamda 684 hasta yatak kapasitesine sahip olup, 450 hemşire ile hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, “Harran Üniversitesi Hastanesi’nde”, genel tanı-tedavi ve bakım hizmetleri sunulan yataklı ve ayaktan tedavi birimlerinde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır (N=450). Evrenin tümü üzerinde çalışılması amaçlandığından herhangi bir örnekleme büyüklüğü hesaplanmamıştır. Araştırmada, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişmiş güzel örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan 219 hemşire ile araştırma tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmaların verileri, “Kişisel Bilgi Formu”, “Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği” ve “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, hemşirelerin “yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, pozisyon, hemşirelikte çalışma yılı, aynı hastanede çalışma yılı, çalıştığı servis/birim gibi sosyo-demografik ve çalışma özelliklerine ilişkin 12 soruyu içermektedir

Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği

Ölçek, Amerika Birleşik Devletleri’nde Lake tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir (51). 2011 yılında Türkmen ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanan ölçek, 31 maddeden ve beş alt boyuttan oluşan 4’lü Likert (1- kesinlikle katılıyorum, 2-

katılıyorum, 3- katılmıyorum, 4- kesinlikle katılmıyorum) tiptedir. Ölçeğin alt boyutları; “Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü”, “Kaliteli Bakım için Gerekli Hemşirelik Kaynakları”, “Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri”, “İnsan gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği” ve “Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi” olarak belirtilmektedir. Ölçek puanları değerlendirilirken kodlanan sayılar tersine çevrilmektedir ve alt boyut puanları hesaplanmaktadır. Her bir alt boyutun ortalama puanı ise alt boyut puanlarının madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Toplam ölçek puanı hesaplanırken, alt boyutların ortalama puanı toplanıp 5’e bölünmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması çalışma ortamına yönelik tutumların olumlu olduğunu göstermektedir (90). Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı Türkmen ve arkadaşlarının çalışmasında ölçek toplamı için 0.94, alt boyutların ise 0.80 ile 0.87 arasında bulunmuştur (90). Ölçeğin bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı ölçek toplamı 0.95, alt boyutları ise “Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü” 0.89, “Kaliteli Bakım için Gerekli Hemşirelik Kaynakları” 0.86, “Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri” 0.84, “İnsan Gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği” 0.81 ve “Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi” 0.74 bulunmuştur.

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilim düzeylerini ölçmek amacıyla Özata ve Altuncan tarafından 2010 yılında geliştirilen, geçerlik ve güvenirliği yapılan ölçek; 49 madde ve 5 alt boyuttan oluşan, 5’li likert (1-hiç, 2- çok nadir, 3- zaman zaman, 4- genellikle, 5- her zaman) tiptedir. Alt boyutları; “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”, “Düşmeler”, “Hastane Enfeksiyonları”, “Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği” ve İletişim” olarak belirtilmektedir (59). Ölçeğin değerlendirilmesinde puan ortalaması kullanılmakta olup; ölçekten en düşük 49, en yüksek 245 puan alınabileceği belirtilmektedir. Ölçekten alınan puanın artması, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğunu, puanın azalması ise hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin genel Cronbach Alpha katsayısı ise 0.954 olarak belirlenmiştir (59). Ölçeğin bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı ölçek toplamı için 0.98, alt boyutları “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” 0.97, “Düşmeler” 0.89, “Hastane Enfeksiyonları” 0.97, “Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği” 0.95 ve “İletişim” ise 0.93 olarak belirlendi.

3.5. Verilerin Toplanması

Bu araştırmanın verileri, Eylül 2020 – Ocak 2021 tarihleri arasında toplandı. Araştırmacı tarafından, araştırmanın yürütüldüğü hastanelerdeki hemşirelerle yüz yüze görüşülerek, gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyen hemşirelere veri toplama araçları dağıtılarak toplandı.

3.6. Verilerin Değerlendirmesi

Araştırma verilerinin analizinde “SPSS 25 (Statistical Program in Social Sciences)” paket programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu “Kolmogorov Smirnow Testi” ile analiz edildi (91). Karşılaştırma testleri için önemlilik düzeyi (p) 0.05 olarak alındı. Değişkenlerde normal dağılım sağlanmadığı için analizde parametrik olmayan test yöntemleri kullanıldı. Bağımsız ikili gruplarda karşılaştırmalar “Mann Whitney U” testi ile çoklu gruplarda karşılaştırmalar ise “Kruskal Wallis” testi ile yapıldı. Fark bulunan değişkenlerde karşılaştırma sayısının artmasına bağlı olarak p değeri artacağından “Bonferroni” düzeltmeli p değeri kullanıldı ve “(0.05/ikili karşılaştırma)” ile hesaplandı (92). Bağımsız değişkenler arasında ilişkiyi belirlemek için “Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı” kullanıldı.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için “İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan” yazılı izin (Karar No: 2020/982) alındı (EK-9). Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçek sahiplerinden e-mail ile gerekli izinler alındı (EK-6, EK-7). Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için Şanlıurfa Harran Üniversitesi Hastanesi’nden yazılı izin alındı (EK-8).

3.8. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma sonuçları araştırmaya katılan hemşirelerin öz bildirimleri ile sınırlıdır. Bu araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişmiş güzel örneklemin kullanılmış olması da araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Hemşirelerin çalışma ortamlarını değerlendirmelerinin tıbbi hataya eğilim düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (n=219)

“Tanıtıcı ve Mesleki Özellikler”	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	99	45.2
Erkek	120	54.8
Medeni Durum		
Evli	92	42.0
Bekar	127	58.0
Eğitim Düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	87	39.7
Önlisans	25	11.4
Lisans	96	43.8
Lisansüstü	11	5.0
Pozisyon		
Hemşire	207	94.5
Sorumlu Hemşire	12	5.5
Çalıştığı Birim		
Dahili Klinikler	66	30.1
Cerrahi Klinikler	46	21.0
Özel Birimler (diyaliz, acil, ameliyathane, yoğun bakım)	107	48.9
Servisten Memnuniyet Durumu		
Evet	158	72.1
Hayır	61	27.9
Uygun Ortam		
Evet	138	63.0
Hayır	81	37.0
Daha Önce Tıbbi Hata Yapma Durumu		
Evet	32	14.6
Hayır	187	85.4
	Ort ± SS	
Yaş	27.13 ± 5.99	
Haftalık Çalışma Saati	46.09 ± 9.67	
Çalışma Yılı	5.93 ± 5.58	
Aynı Hastanede Çalışma Yılı	4 ± 3.61	

Tablo 4.1’de hemşirelerin %54.8’inin erkek, %58’inin bekâr, %43.8’inin lisans mezunu olduğu, %94.5’inin servis hemşiresi pozisyonunda ve %48.9’unun özel birimlerde (diyaliz, acil, ameliyathane, yoğun bakım vb.) çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalamasının 27.13 ± 5.99, haftalık çalışma saati ortalamasının 46.09

± 9.67 , hemşirelikteki çalışma yılı ortalamasının 5.93 ± 5.58 ve aynı hastanede çalışma yılı ortalamasının 4 ± 3.61 olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma ortamı düşüncelerinde hemşirelerin %72.1'inin çalıştığı servisten memnun olduğu, % 63'ünün uygun ortamda çalıştığını düşündüğü, %58.4'ünün fiziksel ortamı yeterli bulmadığı ve %85.4'ünün daha önce tıbbi hata yapmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. “Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği (HİİÖ)”, “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (THEÖ)” ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler ve Alt Boyutları	Min-Max	Ort.± SS
Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği (Toplam)	1-4	2.3 ± 0.57
“Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü”	1-4	2.2 ± 0.65
“Kaliteli Bakım için Gerekli Hemşirelik Kaynakları”	1-4	2.39 ± 0.58
“Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri”	1-4	2.21 ± 0.71
“İnsan gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği”	1-4	2.17 ± 0.7
“Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi”	1-4	2.57 ± 0.68
Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Toplam)	93-245	227.86 ± 28.66
“İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”	27-90	84.98 ± 9.51
“Hastane Enfeksiyonları”	12-60	55.82 ± 7.96
“Hasta İzlemi ve Malzeme güvenliği”	9-45	41.23 ± 6.49
“Düşmeler”	11-25	22.76 ± 3.41
“İletişim”	5-25	23.07 ± 3.71

Tablo 4.2’de Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği toplam puan ortalaması 2.3 ± 0.57 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin ölçekten aldıkları puan arttıkça iş ortamına yönelik algılarının da olumlu yönde arttığı belirtilmiş olup, iş ortamına yönelik algıları orta düzeyde saptanmıştır. Tıbbi Hataya Eğilim ölçeğinin alt boyutları ortalama puanları 227.86 ± 28.66 olarak belirlenmiştir. Ölçek ortalama puanının yüksek olması hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğunu, ortalama puanının düşük olması ise tıbbi hata yapma eğilimlerinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Hemşirelerin tıbbi hata eğilim düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Tanıtıcı ve Mesleki Özellikler	“Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü”		“Kaliteli Bakım için Gerekli Hemşirelik Kaynakları”		“Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri”		“İnsan gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği”		“Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi”		“Hemşirelik İş İndeksi (Toplam)”	
	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)
Cinsiyet	Kadın	2.07 ± 0.59	2.11(1-3.89)	2.31 ± 0.57	2.4(1-3.7)	2.06 ± 0.66	2(1-3.8)	2.05 ± 0.68	2(1-3.5)	2.51 ± 0.67	2.67(1-3.67)	2.19 ± 0.53
	Erkek	2.32 ± 0.68	2.33(1-4)	2.45 ± 0.58	2.55(1-4)	2.33 ± 0.72	2.4(1-4)	2.27 ± 0.71	2.25(1-4)	2.62 ± 0.68	2.67(1-4)	2.39 ± 0.59
Test Değeri ^a		4574.500	5051.000	4510.500	4841.500	4510.500	4841.500	4510.500	4841.500	4510.500	4689.500	4689.500
p Değeri		0.003*	0.056	0.002*	0.018*	0.002*	0.018*	0.002*	0.018*	0.308	0.007*	0.007*
Eğitim Düzeyi	SML ¹	2.42 ± 0.67	2.44(1-4)	2.55 ± 0.57	2.6(1-4.4)	2.32 ± 0.79	2.2(1-4)	2.3 ± 0.74	2.25(1.25-4)	2.72 ± 0.66	2.67(1-4)	2.46 ± 0.6
	Önlisans ²	2.07 ± 0.6	2.11(1-3.33)	2.35 ± 0.62	2.5(1-3.3)	2.1 ± 0.66	2.2(1-3.6)	2.19 ± 0.72	2.25(1.25-3.75)	2.39 ± 0.69	2.33(1-3.67)	2.21 ± 0.54
	Lisans ³	2.07 ± 0.6	2.11(1-3.89)	2.29 ± 0.56	2.35(1-3.4)	2.15 ± 0.65	2.2(1-3.6)	2.07 ± 0.68	2.25(1-3.5)	2.51 ± 0.67	2.67(1-4)	2.2 ± 0.53
	Lisansüstü ⁴	1.95 ± 0.59	2(1-2.89)	2.15 ± 0.59	2.1(1-3)	2.15 ± 0.54	2.2(1-2.3)	1.98 ± 0.44	2(1.25-2.75)	2.39 ± 0.68	2.33(1-3)	2.09 ± 0.46
Test Değeri ^b		14.616	9.976	2.752	4.095	2.752	4.095	2.752	4.095	7.118	10.102	2.16(1.06-2.87)
p Değeri		0.002*	0.019*	0.431	0.251	0.431	0.251	0.431	0.251	0.068	0.018*	0.018*
Fark	1-3	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
	1-3	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Pozisyon	Hemşire	2.23 ± 0.65	2.22(1-4)	2.4 ± 0.58	2.5(1-4)	2.22 ± 0.72	2.2(1-4)	2.19 ± 0.71	2.25(1-4)	2.59 ± 0.67	2.67(1-4)	2.31 ± 0.57
	Sorumlu Hemşire	1.75 ± 0.53	1.67(1-2.44)	2.24 ± 0.55	2.4(1-2.8)	2.03 ± 0.52	2.2(1-2.6)	1.77 ± 0.48	1.75(1-2.5)	2.28 ± 0.72	2.17(1-3.67)	2.01 ± 0.42
Test Değeri ^a		736.500	1063.000	736.500	812.500	736.500	812.500	736.500	812.500	736.500	882.500	882.500
p Değeri		0.018*	0.401	0.492	0.043*	0.492	0.043*	0.492	0.043*	0.101	0.092	0.092
Birim	Dahili	2.12 ± 0.66	2.11(1-3.56)	2.29 ± 0.64	2.3(1-3.7)	2.16 ± 0.76	2.2(1-3.8)	1.91 ± 0.71	1.88(1-3.5)	2.69 ± 0.74	2.83(1-4)	2.21 ± 0.62
	Cerrahi	2.26 ± 0.67	2.33(1-4)	2.44 ± 0.58	2.45(1-4)	2.2 ± 0.69	2.2(1-4)	2.25 ± 0.77	2.25(1.25-4)	2.57 ± 0.7	2.67(1-4)	2.34 ± 0.57
	Özel Birim	2.23 ± 0.63	2.11(1-3.89)	2.43 ± 0.54	2.5(1-3.5)	2.4 ± 0.68	2.2(1-3.8)	2.3 ± 0.63	2.25(1-3.75)	2.5 ± 0.62	2.67(1-3.67)	2.33 ± 0.54
	Özel Birim	2.23 ± 0.63	2.11(1-3.89)	2.43 ± 0.54	2.5(1-3.5)	2.4 ± 0.68	2.2(1-3.8)	2.3 ± 0.63	2.25(1-3.75)	2.5 ± 0.62	2.67(1-3.67)	2.33 ± 0.54
Test Değeri ^b		1.320	2.566	0.496	1.621	0.496	1.621	0.496	1.621	4.300	2.025	2.29(1.03-3.61)
p Değeri		0.517	0.277	0.780	0.001	0.780	0.001	0.780	0.001	0.116	0.363	0.363
Fark	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Servisten Memnuniyet	Evet	2.36 ± 0.62	2.33(1-4)	2.52 ± 0.55	2.6(1-4)	2.38 ± 0.67	2.4(1-4)	2.31 ± 0.69	2.25(1-4)	2.73 ± 0.6	2.67(1-4)	2.44 ± 0.53
	Hayır	1.81 ± 0.54	1.78(1-3.56)	2.04 ± 0.53	2.2(1-3.4)	1.78 ± 0.6	1.8(1-3.8)	1.81 ± 0.61	1.75(1-3.5)	2.17 ± 0.69	2.33(1-3.67)	1.91 ± 0.48
Test Değeri ^a		2460.000	2520.000	2460.000	2360.000	2460.000	2360.000	2460.000	2360.000	2653.500	2211.500	2211.500
p Değeri		0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*
Ortam Uygunluğu	Evet	2.38 ± 0.62	2.39(1-4)	2.57 ± 0.51	2.6(1-4)	2.43 ± 0.66	2.4(1-4)	2.37 ± 0.63	2.25(1-4)	2.73 ± 0.59	2.67(1-4)	2.48 ± 0.51
	Hayır	1.9 ± 0.59	1.89(1-3.89)	2.08 ± 0.56	2.2(1-3.4)	1.83 ± 0.61	1.8(1-3.6)	1.83 ± 0.7	1.75(1-3.75)	2.31 ± 0.73	2.33(1-3.67)	1.98 ± 0.52
Test Değeri ^a		300.000	2942.500	300.000	2797.000	300.000	3022.000	300.000	3022.000	3786.500	2740.500	2740.500
p Değeri		0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*
Fiziksel Yeterlilik	Evet	2.46 ± 0.61	2.44(1.11-4)	2.61 ± 0.53	2.6(1.5-4)	2.45 ± 0.69	2.4(1-4)	2.47 ± 0.62	2.5(1.25-4)	2.8 ± 0.62	3(1.33-4)	2.54 ± 0.53
	Hayır	2.02 ± 0.62	2(1-3.89)	2.24 ± 0.57	2.3(1-3.5)	2.04 ± 0.67	2(1-3.8)	1.96 ± 0.68	2(1-3.5)	2.41 ± 0.67	2.33(1-4)	2.12 ± 0.53
Test Değeri ^a		3654.500	3726.500	3654.500	3927.500	3654.500	3927.500	3654.500	3927.500	3839.500	3604.500	3604.500
p Değeri		0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*
Daha Önce Tıbbi Yapma Durumu	Evet	1.98 ± 0.57	2(1-3.56)	2.14 ± 0.53	2.2(1-1.3)	1.97 ± 0.54	2(1-3.2)	1.96 ± 0.55	2(1-3.75)	2.42 ± 0.59	2.33(1-3.67)	2.07 ± 0.47
	Hayır	2.24 ± 0.66	2.22(1-4)	2.43 ± 0.58	2.5(1-4)	2.25 ± 0.72	2.2(1-4)	2.21 ± 0.72	2.25(1-4)	2.6 ± 0.69	2.67(1-4)	2.33 ± 0.58
Test Değeri ^a		2267.000	2144.500	2267.000	2302.500	2267.000	2302.500	2267.000	2302.500	2467.500	2165.000	2165.000
p Değeri		0.028	0.010*	0.037*	0.064	0.037*	0.064	0.037*	0.064	0.109	0.013*	0.013*
Yaş	Haftalık Çalışma Saati	r=-0.250 p=0.001*	r=-0.219 p=0.001*	r=-0.100 p=0.139	r=-0.284 p=0.006*	r=-0.124 p=0.066	r=-0.292 p=0.009*	r=-0.275 p=0.004*	r=-0.292 p=0.009*	r=-0.226 p=0.001*	r=-0.245 p=0.032*	r=-0.226 p=0.001*
	Çalışma Yılı	r=-0.213 p=0.002*	r=-0.202 p=0.003*	r=-0.231 p=0.053	r=-0.298 p=0.003*	r=-0.078 p=0.741	r=-0.212 p=0.002*	r=-0.290 p=0.005*	r=-0.212 p=0.002*	r=-0.219 p=0.001*	r=-0.118 p=0.082	r=-0.219 p=0.001*

a; ortalamalar arasındaki farkın önemlilik testi; (Mann Whitney U testi) b; (Kruskal Wallis testi) r; spearman sıra korelasyon katsayısı, *p<0.05; gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık vardır.

Hemşirelerin cinsiyet değişkeni durumuna göre HİİÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3). Evli ve bekârlar arasında HİİÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptandı ($p<0.05$). Hemşirelerin eğitim düzeyine göre Sağlık Meslek Lisesi ile Lisans arasında HİİÖ toplam puan ortalaması arasında önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.3). Hemşirelerin çalıştığı servis memnuniyetine göre servisten memnun olanlar ve olmayanlar arasında HİİÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hemşirelerin ortam değerlendirmeleri ve fiziksel yeterlilik değerlendirmelerine göre HİİÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Hemşirelerin yaşı ve çalışma yılı ile HİİÖ toplam puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3). Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile HİİÖ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet değişkenine göre “Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü” alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3). Evli ve bekârlar arasında HYKTG alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptandı ($p<0.05$). Hemşirelerin eğitim düzeyine göre Sağlık Meslek Lisesi ile Lisans arasında HYKTG alt boyutu toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.3). Hemşirelerin pozisyonuna göre HYKTG alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde, hemşire ve sorumlu hemşire arasında istatistiksel olarak önemli fark bulundu ($p<0.05$). Servis memnuniyetine göre servisten memnun olanlar ve olmayanlar arasında HYKTG alt boyutu puan ortalaması arasında önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hemşirelerin ortam değerlendirmeleri ve fiziksel yeterlilik değerlendirmeleri ile HYKTG alt boyutu arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşı, çalışma yılı ve aynı hastanede çalışma yılı ile HYKTG alt boyutu puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan önemli bir ilişki bulundu. Haftalık çalışma saati ile HYKTG alt boyutu arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Hemşirelerin medeni durum değişkeni ile “Kaliteli Bakım için Gerekli Hemşirelik Kaynakları” alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde evli ve bekârlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3). Hemşirelerin eğitim düzeyine göre Sağlık Meslek Lisesi ile Lisans arasında KBGHK alt boyutu toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3). Servis memnuniyetine göre servisten memnun olanlar ve olmayanlar arasında KBGHK alt boyutu arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu saptandı. Hemşirelerin ortam değerlendirmeleri ve fiziksel yeterlilik değerlendirmelerine göre KBGHK alt boyutu puan ortalaması arasında önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşı ve çalışma yılı ile KBGHK alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli ilişki bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Hemşirelerin cinsiyet değişkenine göre “Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri” alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3). Evli ve bekârlar arasında YHTLÖ alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptandı ($p<0.05$). Servis memnuniyetine göre servisten memnun olanlar ve olmayanlar arasında YHTLÖ puan ortalaması arasında önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hemşirelerin ortam değerlendirmeleri ve fiziksel yeterlilik değerlendirmeleri ile YHTLÖ alt boyutu puan ortalaması arasında önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Hemşirelerin cinsiyet değişkeni durumuna göre “İnsan Gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği” alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3). Evli ve bekârlar arasında İGDKY alt boyutu puan ortalaması arasında önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.3). İGDKY alt boyutu ortalama puanında hemşire ve sorumlu hemşire arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olduğu bulundu ($p<0.05$). Hemşirelerin çalıştığı birim ile İGDKY puan ortalaması karşılaştırılmasında, birimler arasında önemli farklılık bulundu ($p<0.05$). Servis memnuniyetine göre servisten memnun olanlar ve olmayanlar arasında İGDKY puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3). Hemşirelerin ortam değerlendirmeleri ve fiziksel yeterlilik değerlendirmelerine göre İGDKY alt boyutu arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Hemşirelerin yaşı ve çalışma yılı ile İGDKY puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki bulundu ($p<0.05$).

Hemşirelerin medeni duruma göre “Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi” alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde evli ve bekârlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3). Servis memnuniyetine göre servisten memnun olanlar ve olmayanlar arasında HHMİ alt boyutu arasında önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hemşirelerin ortam değerlendirmeleri ve fiziksel yeterlilik değerlendirmelerine göre HHMİ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşı, çalışma yılı ve aynı hastanede çalışma yılı ile HHMİ alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Haftalık çalışma saati ile HHMİ alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Tanıtıcı ve Mesleki Özellikler	Gruplar	“İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”				“Düşmeler”				“Hastane Enfeksiyonları”				“İletişim”				“Tıbbi Hataya Eğitim Toplam”			
		Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)	Ort ± ss	M (Min - Max)				
Cinsiyet	Kadın	85.24 ± 8.25	90(59-90)	22.99 ± 2.98	25(12-25)	56.38 ± 6.06	60(33-60)	4.63 ± 5.37	45(23-45)	23.34 ± 2.89	25(13-25)	229.59 ± 23.06	241(147-245)								
	Erkek	84.76 ± 10.46	90(27-90)	22.58 ± 3.72	25(11-25)	55.36 ± 9.24	60(12-60)	40.9 ± 7.3	45(9-45)	22.85 ± 4.27	25(5-25)	226.44 ± 32.59	243(93-245)								
Test Değeri ^a		5776.500		5907.500		5938.000		5913.000		5884.000		5753.000									
p Değeri		0.694		0.939		0.996		0.949		0.888		0.675									
Medeni Durum	Evli	83.72 ± 9.71	90(54-90)	22.14 ± 3.68	24.5(12-25)	55.05 ± 7.2	59(24-60)	40.45 ± 5.94	44(18-45)	22.68 ± 3.52	25(10-25)	224.04 ± 27.07	238.5(147-245)								
	Bekâr	85.89 ± 9.3	90(27-90)	23.21 ± 3.13	25(11-25)	56.38 ± 8.46	60(12-60)	41.8 ± 6.83	45(9-45)	23.35 ± 3.83	25(5-25)	230.63 ± 29.56	245(93-245)								
Test Değeri ^a		5008.500		4914.000		4721.500		4836.000		5021.500		4653.500									
p Değeri		0.043*		0.027*		0.008*		0.016*		0.038*		0.007*									
Eğitim Düzeyi	SML ¹	86.87 ± 6.62	90(61-90)	23.48 ± 2.33	25(15-25)	57.69 ± 4.01	60(43-60)	42.95 ± 3.75	45(31-45)	24.02 ± 2.12	25(15-25)	235.02 ± 16.42	243(172-245)								
	Ön lisans ²	80.96 ± 13.61	89(54-90)	21.32 ± 4.56	23(12-25)	51.36 ± 16.18	60(12-60)	38.12 ± 11.49	45(9-45)	20.72 ± 6.52	23(5-25)	212.48 ± 50.91	232(93-245)								
	Lisans ³	84.07 ± 10.38	90(27-90)	22.44 ± 3.7	25(11-25)	55.14 ± 7.28	60(24-60)	40.43 ± 6.46	45(18-45)	22.75 ± 3.63	25(10-25)	224.82 ± 28.44	242(105-245)								
	Lisansüstü ⁴	87 ± 6.62	90(68-90)	23.18 ± 3.87	25(12-25)	57.18 ± 4.94	58(43-60)	41.64 ± 5.26	44(28-45)	23.73 ± 3.35	25(14-25)	232.73 ± 23.15	239(165-245)								
Test Değeri ^b		4.845		4.415		3.245		5.767		13.790		4.489									
p Değeri		0.184		0.220		0.355		0.124		0.003*		0.213									
Fark		Yok		Yok		Yok		Yok		1-2		Yok									
Pozisyon	Hemşire	85.07 ± 9.44	90(27-90)	22.77 ± 3.36	25(11-25)	55.87 ± 8.03	60(12-60)	41.25 ± 6.51	45(9-45)	23.11 ± 3.69	25(5-25)	228.08 ± 28.61	242(93-245)								
	Sorumlu Hemşire	83.33 ± 11.02	90(59-90)	22.58 ± 4.29	25(12-25)	54.92 ± 7.03	59.5(43-60)	40.83 ± 6.35	44.5(28-45)	22.5 ± 4.27	25(14-25)	224.17 ± 30.59	240.5(165-245)								
Test Değeri ^a		1180.500		1173.000		1129.500		1153.000		1210.000		1170.000									
p Değeri		0.747		0.721		0.564		0.644		0.860		0.724									
Birim	Dahili	85.58 ± 8.56	90(54-90)	22.5 ± 3.46	25(13-25)	55.14 ± 10.35	59(12-60)	40.23 ± 8.41	44.5(9-45)	22.62 ± 4.61	25(5-25)	226.06 ± 33.66	239.5(93-245)								
	Cerrahi	87.59 ± 4.84	90(70-90)	23.59 ± 2.14	25(17-25)	58.2 ± 3.34	60(48-60)	43.02 ± 4.08	45(30-45)	24.11 ± 1.84	25(17-25)	236.5 ± 13.44	245(194-245)								
	Özel birim	83.49 ± 11.21	90(27-90)	22.57 ± 3.77	25(11-25)	55.22 ± 7.54	60(24-60)	41.07 ± 5.85	45(18-45)	22.91 ± 3.64	25(10-25)	225.26 ± 29.61	244(105-245)								
Test Değeri ^b		1.378		1.496		5.037		5.528		3.334		4.052									
p Değeri		0.502		0.473		0.081		0.063		0.189		0.132									
Servisten Memnuniyet	Evet	86.09 ± 7.46	90(59-90)	23.16 ± 3.11	25(12-25)	56.73 ± 6.06	60(24-60)	41.87 ± 5.32	45(18-45)	23.49 ± 2.96	25(10-25)	231.33 ± 22.42	245(147-245)								
	Hayır	82.1 ± 13.09	90(27-90)	21.74 ± 3.91	23(11-25)	53.48 ± 11.25	59(12-60)	39.57 ± 8.68	44(9-45)	22 ± 5.05	25(5-25)	218.89 ± 39.45	238(93-245)								
Test Değeri ^a		4097.000		3645.500		3889.500		3978.500		4079.000		3688.500									
p Değeri		0.054		0.002*		0.016*		0.027*		0.039*		0.005*									
Ortam Uygunluğu	Evet	85.12 ± 10.15	90(27-90)	23.03 ± 3.44	25(11-25)	55.57 ± 9.19	60(12-60)	41.4 ± 6.91	45(9-45)	23.01 ± 4.17	25(5-25)	228.14 ± 31.64	243(93-245)								
	Hayır	84.73 ± 8.36	90(54-90)	22.31 ± 3.32	23(12-25)	56.25 ± 5.27	59(41-60)	40.94 ± 5.75	45(27-45)	23.17 ± 2.78	25(14-25)	227.4 ± 22.88	240(165-245)								
Test Değeri ^a		5053.500		4741.500		5075.000		5197.500		5112.000		4993.500									
p Değeri		0.185		0.038*		0.214		0.338		0.216		0.169									
Fiziksel Yeterlilik	Evet	85.31 ± 8.7	90(59-90)	22.93 ± 3.4	25(12-25)	56.18 ± 7.03	60(24-60)	41.87 ± 5.48	45(18-45)	23.24 ± 3.35	25(10-25)	229.53 ± 25.32	243(147-245)								
	Hayır	84.74 ± 10.08	90(27-90)	22.64 ± 3.42	25(11-25)	55.57 ± 8.58	60(12-60)	40.77 ± 7.11	45(9-45)	22.95 ± 3.96	25(5-25)	226.68 ± 30.86	242(93-245)								
Test Değeri ^a		5423.000		5415.000		5547.000		5269.000		5550.500		5519.000									
p Değeri		0.330		0.328		0.512		0.183		0.487		0.490									
Daha Önce Tıbbi Hataya Yapma Durumu	Evet	81.06 ± 10.48	88(61-90)	21.66 ± 4.35	23(12-25)	51.59 ± 9.4	54(24-60)	38.59 ± 6.76	41(18-45)	21.34 ± 4.33	23(10-25)	214.25 ± 32.2	229.5(147-245)								
	Hayır	85.65 ± 9.2	90(27-90)	22.95 ± 3.19	25(11-25)	56.55 ± 7.48	60(12-60)	41.68 ± 6.36	45(9-45)	23.37 ± 3.52	25(5-25)	230.19 ± 27.43	244(93-245)								
Test Değeri ^a		2119.000		2423.500		1802.000		1853.500		2030.500		1776.500									
p Değeri		0.003*		0.058		0.001*		0.001*		0.001*		0.001*									
Yaş		r=-0.235	p=0.001*	r=-0.236	p=0.001*	r=-0.128	p=0.060	r=-0.246	p=0.030*	r=-0.236	p=0.045*	r=-0.292	p=0.004*								
	Haftalık Çalışma Saati	r=0.213	p=0.002*	r=0.275	p=0.001*	r=0.250	p=0.027*	r=0.282	p=0.007*	r=0.271	p=0.011*	r=0.238	p=0.002*								
Çalışma Yılı		r=-0.265	p=0.015*	r=0.201	p=0.003*	r=0.094	p=0.166	r=0.007	p=0.090	r=-0.098	p=0.148	r=-0.238	p=0.042*								
	Aynı Hastanede Çalışma Yılı	r=-0.225	p=0.001*	r=0.222	p=0.001*	r=0.265	p=0.015*	r=-0.087	p=0.199	r=-0.079	p=0.246	r=-0.277	p=0.009*								

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durum değişkenine göre THEÖ puan ortalaması incelendiğinde evli ve bekârlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.4). Hemşirelerin servis memnuniyetine göre THEÖ puan ortalaması incelendiğinde servisten memnun olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Hemşirelerin yaşı, çalışma yılı ve aynı hastanede çalışma yılı ile THEÖ toplam puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Haftalık çalışma saati ile THEÖ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Hemşirelerin medeni durum değişkenine göre “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde evli ve bekârlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.4). Servis memnuniyetine göre servisten memnun olanlar ve olmayanlar arasında İTU alt boyutu arasında önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşı, çalışma yılı ve aynı hastanede çalışma yılı ile İTU alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli ilişki bulundu ($p<0.05$). Haftalık çalışma saati ile İTU puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde önemli ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Hemşirelerin medeni durum değişkenine göre “Düşmeler” puan ortalaması incelendiğinde, evli ve bekârlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.4). “Düşmeler” alt boyutu puanı ile çalıştığı birimden memnun olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.4). Hemşirelerin ortam uygunluğu değişkeni ile “Düşmeler” alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hemşirelerin yaşı, çalışma yılı ve aynı hastanede çalışma yılı ile “Düşmeler” alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.4). Haftalık çalışma saati ile “Düşmeler” alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde önemli ilişki bulundu ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durum değişkenine göre “Hastane Enfeksiyonları” alt ölçek puan ortalamasında evli ve bekârlar arasında önemli farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.4). Çalıştığı birimden memnun olan hemşireler ve olmayanlar ile “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutu arasında istatistiksel olarak önemli fark saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.4). Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak

önemli ilişki bulundu ($p<0.05$). Aynı hastanede çalışma yılı ile “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde önemli ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Hemşirelerin medeni durum değişkenine göre “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt ölçek puan ortalaması incelemesinde evli ve bekârlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.4). HİMG alt boyutu ile çalıştığı klinikten memnun olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yaş ile HİMG puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde önemli ilişki bulundu ($p<0.05$). Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile HİMG puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Hemşirelerin medeni durum değişkeni ile “İletişim” alt boyutu incelendiğinde evli ve bekârlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.4). Hemşirelerin eğitim düzeyi değişkenine göre “İletişim” alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde, Sağlık Meslek Lisesi ve Ön Lisans arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). Hemşirelerin servis memnuniyetine göre “İletişim” alt ölçek puan ortalaması incelemesine göre çalıştığı servisten memnun olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hemşirelerin yaş ile “İletişim” puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde önemli ilişki bulundu ($p<0.05$). Haftalık çalışma saati ile “İletişim” alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde önemli ilişki bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Tablo 4.5. “Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği” ve Alt Boyutları (HİİÖ), “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ve Alt Boyutları (THEÖ) Arasındaki İlişki Ölçekler ve Alt Boyutları

		THEÖ (Toplam Puan)	“İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”	“Hastane Enfeksiyonları”	“Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği”	“Düşmeler”	“İletişim”
HİİÖ (Toplam Puan)	r	0.258	0.098	0.129	0.209	0.204	0.238
	p	0.020*	0.149	0.057	0.002*	0.002*	0.041*
“Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü”	r	0.119	0.070	0.093	0.268	0.264	0.097
	p	0.078	0.299	0.169	0.013*	0.015*	0.151
“Kaliteli Bakım için Gerekli Hemşirelik Kaynakları”	p	0.282	0.131	0.260	0.208	0.206	0.275
	p	0.007*	0.052	0.018*	0.002*	0.002*	0.009*
“Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri”	r	0.109	0.043	0.078	0.288	0.263	0.084
	p	0.109	0.529	0.250	0.005*	0.015*	0.215
“İnsan Gücü ve Diğer kaynakların Yeterliliği”	r	0.118	0.050	0.092	0.291	0.275	0.090
	p	0.082	0.465	0.173	0.004*	0.010*	0.184
“Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi”	r	0.254	0.129	0.233	0.243	0.286	0.253
	p	0.023*	0.056	0.047*	0.034*	0.006*	0.024*

r: “Spearman Korelasyon Analizi”

HİİÖ toplam puan ortalaması ile THEÖ toplam puanı ve “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği”, “Düşmeler” ve “İletişim” alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.5).

“Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü” alt ölçek puan ortalaması ile “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” ve “Düşmeler” alt boyutu arasında pozitif yönde istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

“Kaliteli Bakım için Gerekli Hemşirelik Kaynakları” alt boyutu puan ortalaması ile THEÖ toplam puanı, “Hastane Enfeksiyonları”, “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği”, “Düşmeler” ve “İletişim” alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli ilişki saptandı ($p<0.05$).

“Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri” alt boyutu ile “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” ve “Düşmeler” alt boyutu puanı arasında pozitif yönde önemli ilişki bulundu ($p<0.05$).

“İnsan Gücü ve Diğer kaynakların Yeterliliği” alt boyutu ile THEÖ’nün “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” ve “Düşmeler” alt boyutu puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde önemli ilişki saptandı ($p<0.05$).

“Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği’nin” “Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi” alt boyutu puan ortalaması ile “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” toplam puanı, “Hastane Enfeksiyonları”, “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği”, “Düşmeler” ve “İletişim” alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.5).

5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Ölçekten alınan puanın yüksek olması çalışma ortamına yönelik algının olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Türkmen ve ark. tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada, Hemşirelik İş İndeksi Ölçeği toplam puan ortalaması ortalamanın üzerinde bulunmuştur (90). Lake tarafından 2002 yılında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının çalışma ortamını değerlendirilmelerinin orta düzeyde olduğu ifade edilmektedir (51). Farklı araştırmacılar tarafından yapılan araştırmalarda da hemşirelerin iş ortamına yönelik değerlendirilmelerinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (93-102). Yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin çalışma ortamını değerlendirmeleri ortalamanın biraz üzerinde bulunmuştur (1, 103). Yapılan bazı araştırmalarda ise HİİÖ'nin "İnsan Gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği" alt boyutunun puan ortalamasının ortalamanın altında olduğu ifade edilmektedir (90, 93, 95-98). Bu sonuç; hemşirelere destek hizmetler gibi kendi görevleri dışında olan başka işlerde de sorumluluk verilmesinden ve hemşire sayısının yetersizliğinden kaynaklandığını düşündürülebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.2.). Sivrikaya ve Kara'nın bir üniversite hastanesinde 434 hemşire ile gerçekleştirdiği bir araştırmada hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu belirlenmiştir (10). Karacabay ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada da cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır (104). Farklı araştırmacılar tarafından yapılan başka araştırmalarda da hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu bulunmuştur (12, 59, 60, 66, 86, 107-109). Bu araştırmada Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyut puanlarının diğer araştırmalarla paralellik gösterdiği saptanmıştır (10, 60, 66, 86, 104-109). Şahin ve Özdemir'in 210 hemşire katılımı ile yaptığı bir araştırmada ise hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır (6). Bu farklılığın, araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki tecrübesiyle alakalı olduğu düşünülebilir.

Bu araştırmada kadın ve erkek hemşireler arasında Hemşirelik İş İndeksi Ölçek puanı farklılık göstermekte olup, erkeklerin HİİÖ puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Ulusoy ve Polatkan tarafından yapılan bir araştırmada da erkek hemşirelerin hemşirelik iş indeksi puanı yüksek bulunmuştur (98). Erdağı ve Özer'in

yaptığı bir araştırmada, kadın ve erkek hemşirelerin çalışma ortamı değerlendirmeleri arasında önemli bir farklılık saptanmadığı belirtilmiştir (1). Yapılan başka çalışmalarda ise kadın hemşirelerin iş indeksi puanları erkeklere göre yüksek bulunmuştur (110, 111). Bu farklılığın; araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet dağılım yüzdesinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi puanının medeni durum değişkenine göre karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmuş olup, bekâr hemşirelerin “Hemşirelik İş İndeksi” puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Yapılan diğer bir araştırmada da benzer sonuçlar olduğu belirtilmiştir (112). Tambağ ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptığı bir araştırmada ise medeni durumun çalışma ortamı değerlendirmelerini etkilemediği belirlenmiştir (5).

Hemşirelerin “Hemşirelik İş İndeksi” puanının eğitim düzeyi değişkenine göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunduğu belirlendi. SML ile lisans mezunu hemşireler arasında önemli farklılık bulunmuş olup, SML mezunu hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlar görüldüğü belirtilmektedir (96, 110, 113). Yapılan diğer çalışmalarda ise hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi puanının eğitim düzeyine göre karşılaştırılmasında, aralarında önemli bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (1, 98). Üniversite düzeyinde eğitim alan hemşirelerin eğitim düzeyine göre daha iyi koşullarda çalışma ortamı beklentilerinin olması, Sağlık Meslek Lisesi mezunlarına göre çalışma ortamı değerlendirmelerinin daha düşük olduğunu düşündürebilir.

Araştırma sonucunda hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi puanının daha önce tıbbi hata yapma durumuna göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunduğu belirlendi (Tablo 4.3). Daha önce tıbbi yapma durumuna hayır diyen hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan diğer araştırmalarda da benzer sonuçlar olduğu belirtilmektedir (114, 115). Hemşirelerin daha önceden tıbbi hata yapmaması, mesleğe ilişkin daha olumlu bir tutum sergilemelerini sağlayarak, çalışma ortamını daha pozitif/olumlu değerlendirdiklerini düşündürebilir.

Hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi puanının yaş değişkenine göre karşılaştırılmasında aralarında negatif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki bulunmuştur. Yapılan diğer araştırmalarda da benzer sonuçlar görülmektedir (1, 115). Ancak; Özbey ile Ulusoy ve Polatkan tarafından yapılan araştırmalarda ise Hemşirelik İş İndeksi puanının yaş değişkenine göre önemli farklılık göstermediği belirtilmiştir (98, 113). Bu

sonuç, yaşla birlikte mesleki tecrübenin artması hemşirelerin çalışma ortamını daha objektif olarak değerlendirmelerini sağlamasından kaynaklanabilir.

Araştırma sonucunda, hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi puanı ile haftalık çalışma saatinin karşılaştırılmasında, pozitif yönde istatistiksel olarak önemli ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.3). Hemşirelerin vardiya ve nöbet sistemi ile çalışması, çalışma ortamında geçirdikleri sürenin fazla olmasına neden olup, bu durumu etkileyebilmektedir.

Hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi puanı ile çalışma yılı arasında, negatif yönde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar olduğu belirtilmiştir (1, 111, 112, 115, 116).

Hemşirelerin “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” puanının medeni durum değişkenine göre karşılaştırılmasında evli ve bekârlar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuş olup, bekâr hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Türe tarafından yapılan bir araştırmada da yoğun bakım ünitelerinde çalışan bekâr hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu belirlenmiştir (117). Baştürk, Sivrikaya ve Kara, Üstüner Top ve Çam, ve Öztürk ve ark. tarafından yapılan diğer araştırmalarda ise evli ve bekâr hemşireler arasından önemli bir farkın bulunmadığı belirtilmiştir (10, 118, 119). Bu durum; çalışmanın yapıldığı hastanede ki bekâr hemşirelerin çoğunun yaşının küçük olması, yani mesleki tecrübelerinin az olmasından dolayı daha temkinli ve dikkatli olmalarından kaynaklanabilir.

Hemşirelerin “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” puanı servis memnuniyeti değişkenine göre karşılaştırıldığında, çalıştığı birimden memnun olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur. Çalıştığı servisten memnun olanların tıbbi hata eğilimlerinin daha düşük çıktığı belirlendi. Karacabay ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada cerrahi hemşirelerinin çalıştıkları servisteki memnuniyeti ve servisteki kalma istekleri azaldıkça tıbbi hata eğilimlerinin arttığı belirlenmiştir (104). Türe tarafından yapılan başka bir araştırmada ise servis memnuniyeti değişkenine göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puanında önemli fark görülmediği belirtilmiştir (117). Hemşirelerin çalışma ortamlarından memnun olmaları iş çıktıları üzerinde de olumlu sonuçlar doğuracağı düşünüldüğünden tıbbi hataya eğilimlerinin daha düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Bu araştırma sonucunda hemşirelerin “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” puanının daha önce tıbbi hata yapma durumuna göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak önemli bir

farklılık bulunduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.4). Daha önce tıbbi hata yapma durumuna hayır cevabı veren hemşirelerin tıbbi hata eğiliminin daha düşük olduğu belirlendi. Yapılan diğer araştırmalarda da daha önce tıbbi hata yapmayan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (118, 121, 122). Kandemir ve Yüksel tarafından yapılan araştırmada ise daha önce tıbbi hata yapma durumu ile “Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği” toplam puanı arasında önemli farklılık bulunmadığı belirlenmiştir (105).

Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimi ile yaş değişkeni arasında negatif yönde istatistiksel olarak önemli bir ilişki ($p<0.05$, Tablo 4.4) bulunmuş olup, yaşları ilerledikçe tıbbi hataya eğilimlerinin azaldığı belirlendi. Kandemir ve Yüksel’in 2020 yılında yaptığı bir araştırmada, 35 yaş üzeri hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (106). Öncan’ın 2020 yılında pediatri hemşirelerinde yaptığı bir araştırmada da hemşirelerin yaş ortalaması arttıkça tıbbi hata yapma eğilimlerinin azaldığı ifade edilmektedir (121). Yapılan bir araştırmada da “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark taşıdığı belirtilmektedir (123). Hemşirelerin yaşı ilerledikçe mesleki deneyimi, bilgi ve beceresi artacağı için tıbbi hataya eğilimlerinin de azalacağı düşünülmektedir. Yapılan başka araştırmalarda ise hemşirelerde yaşa göre “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ortalama puanları arasında önemli fark olmadığı saptanmıştır (10, 63, 117, 118, 122).

Hemşirelerin “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” puanı haftalık çalışma saati değişkenine göre karşılaştırıldığında, aralarında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli ilişki saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.4). Cebeci ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada da hemşirelerin çalışma saati ile tıbbi hata puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (12). Yapılan başka bir araştırmada da hemşirelerin “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” puanı ile haftalık çalışma saati arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunduğu belirlenmiştir (109). Hemşirelerin çalışma saatlerinin fazla olması, onlarda fiziksel ve zihinsel yorgunluğa bağlı olarak dikkatsizliğe sebep olup, tıbbi hataya eğilimlerinin artmasına neden olabilir. Yapılan diğer araştırmalarda ise hemşirelerin “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” puanı ile haftalık çalışma saati arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (63, 104, 122).

Araştırma sonucunda hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ile çalışma yılı arasında negatif yönde istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuş olup, çalışma yılı arttıkça tıbbi hataya eğilimlerinin azaldığı belirlendi. Yapılan diğer araştırmalarda da hemşirelerin hizmet yılı arttıkça tıbbi hataya eğilimlerinin azaldığı belirlenmiştir (104, 117). Hemşirelerin çalışma yılı arttıkça mesleki tecrübesi, deneyimi, bilgi ve becerisi de artacağı

için tıbbi hataya eğilimlerinin de azalacağı düşünülebilir. Yapılan bazı diğer araştırmalarda ise hemşirelerin hizmet yılı ile “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmadığı belirlenmiştir (105, 118, 122). Koralay tarafından 2021 yılında yapılan bir araştırmada ise cerrahi hemşirelerinin meslekte toplam çalışma süresine göre “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” toplam puanı istatistiksel olarak önemli saptanmış olup, meslekte çalışma yılı bir yıldan az olan cerrahi hemşirelerinin tıbbi hataya eğilimlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (63).

Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimi ile aynı hastanede çalışma yılı değişkeni arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuş olup, aynı hastanede çalışma yılı arttıkça tıbbi hataya eğilimin azaldığı belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.4). Türe tarafından 2019 yılında yapılan bir araştırmada da yoğun bakımda çalışan hemşirelerin meslekte çalışma süresi arttıkça tıbbi hata yapma eğiliminin azaldığı saptanmıştır (117). Aynı hastanede çalışma yılı arttıkça ortama, kuruma, çalışma arkadaşlarına alışma daha fazla olacağı için hemşirelerin kendilerini güvende hissetmelerini sağlayarak, tıbbi hata yapma eğilimlerini de azaltabileceğini düşündürmektedir. Yapılan diğer araştırmalarda ise bulundukları birimlerde ki çalışma yılına göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçek puanlarının önemli farklılık göstermediği belirlenmiştir (63, 122).

Araştırmaya katılan hemşirelerin “Hemşirelik İş İndeksi” ve alt ölçek puanları ile “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ve alt ölçek puanları arasında ilişki incelendiğinde; “Hemşirelik İş İndeksi” puanı ile “Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği” toplam puanı, “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği”, “Düşmeler” ve “İletişim” alt ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.5). Hemşirelerin çalışma ortamlarını değerlendirmeleri pozitif anlamda arttığında tıbbi hataya eğilimin azaldığı görülmektedir. Lake ve ark. tarafından yapılan 21 örneklemden oluşan 17 makalede toplamda 165.024 hemşire ile yapılan meta analizde daha iyi çalışma ortamlarının daha az olumsuz hemşire sonuçlarını sağladığını belirlemiştir (124). Yine yapılan bazı araştırmalarda da hemşirelerin çalışma ortamlarının iyileştirmesi ile olumsuz iş sonuçlarının önüne geçilebileceğini belirtilmiştir (115, 127-128). Yapılan araştırmalarda da görüldüğü gibi hemşirelerin çalışma koşullarının ve bunu değerlendirmelerinin tıbbi hata gibi hemşirelik iş çıktılarına etki ettiği görülmektedir.

Bu araştırmada “Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü” alt ölçek puanı ile “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” ve “Düşmeler” alt ölçek puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.5).

Reem N. Al-Dossary tarafından 2022 yılında Suudi Arabistan hastanelerinde hemşireler üzerine yapılan bir araştırmada olumsuz hasta çıktılarını azaltmak için hemşirelik çalışma ortamı faktörlerinden olan yönetim ve liderlik, hemşirelik bakımı, disiplinler arası ilişkiler, kaynak yeterliliği ve yönetime katılımın iyileştirilmesi gerektiğini belirtmiştir (129). Hastanelerde hastalarla en fazla zaman geçiren ve aktif iş gücünün çoğunu karşılayan meslek gruplarının en başında hemşireler gelmektedir. Bu bağlamda hemşireler hasta bakımı, ulaşılabilir malzeme güvenliği ve etkili iletişimin nasıl sağlanması gerektiğinin planlanmasında kilit role sahiptir. Bu yüzden hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücünün olması tıbbi hata başta olmak üzere birçok olumsuz durumda azalmaya yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin “Kaliteli Bakım için Gerekli Hemşirelik Kaynakları” alt ölçek puanı ile “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” toplam puanı, “Hastane Enfeksiyonları”, “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği”, “Düşmeler” ve “İletişim” alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında pozitif yönde istatistiksel olarak önemli ilişki saptanmıştır. Hemşirelerin gerekli hemşirelik kaynaklarına kolay ulaşabilmesi çıkan sonuçlarda da görüldüğü üzere tıbbi hataya yol açabilecek birçok nedeni ortadan kaldırmaya yardımcı olmaktadır. Yine Mihdavi ve ark. tarafından 570 hemşirenin katılımı ile yapılan bir araştırmada hastalara sağlanan bakımın kalitesini iyileştirmek için personel ve kaynak yeterliliği, hemşirelerin katılımı ve ilerlemesi ve iletişim tarzı gibi hemşirelik çalışma ortamının belirli boyutlarına odaklanmanın önemli olduğu belirtilmiştir (130).

Araştırmaya katılan hemşirelerin “Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri” alt ölçek puanı ile “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” ve “Düşmeler” alt ölçek puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.5). Araştırma sonucunda görüldüğü üzere yönetici hemşirelerinin hasta izlemi ve düşmeler üzerine etkisi olduğu görülmektedir. Hemşirelerin etkin liderlik modelleriyle personelin daha konforlu alanlarda çalışmasını sağlayabilir ve hemşirelerin daha iyi hasta izlemi yapmasına fırsat sağlayabilirler.

Araştırmaya katılan hemşirelerin “İnsan Gücü ve Diğer kaynakların Yeterliliği” alt ölçek puanı ile “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” ve “Düşmeler” alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde önemli ilişki olduğu belirlendi. Yoğun çalışma ortamlarında hizmet veren hemşirelerin yeterli personel ve kaynakla çalışmasının birçok olumsuz durumun önüne geçeceği düşünülmektedir. Şili’de bulunan hastanelerde hemşirelerin katılımıyla yapılan bir araştırmada da düşük hemşire hasta oranı ve iyi

Çalışma ortamlarının hasta bakımı ve hasta ıktıları üzerine etkisi olduğu belirtilmiştir (114).

Araştırmaya katılan hemşirelerin “Hekim-Hemřire-Meslektař İletişimi” alt ölçek puanı ile “Tıbbi Hataya Eėilim leėi” toplam puanı, “Hastane Enfeksiyonları”, “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliėi”, “Düřmeler” ve “İletişim” alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.5). Malinowska-Lipień ve ark. tarafından yapılan araştırmada da uygun personel, doktorlarla iyi işbirliği, yönetimin desteği ve profesyonel bağımsızlık gibi çalışma ortamı faktörleri, olumlu iř ıktıları ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu belirtilmiştir (131). Hastaların tedavi ve bakım planlanması ve uygulanmasında hemşire-hekim, hemşire-meslektaş iletişimi önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda hem hemşirelerin meslektaşlarıyla olan etkili iletişim ve bakım-tedavi planlama uygulaması hem de hekimlerle olan olumlu iletişimleri hasta ıktıları üzerinde iyi sonuçlar almasını sağlayıp tıbbi hata gibi olumsuz sonuçların oluşmasının önüne geçileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin çalışma ortamlarını değerlendirmelerinin tıbbi hataya eğilim düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Hemşirelerin; cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, servis memnuniyeti, fiziksel ortam değerlendirmeleri, daha önce tıbbi hata yapma durumu, yaş, çalışma saati ve çalışma yılı değişkenleri ile çalışma ortamlarını değerlendirmede etkili olduğu belirlendi.
- Hemşirelerin; pozisyon, çalıştığı birim ve aynı hastanede çalışma yılının çalışma ortamı değerlendirmede etkili olmadığı belirlendi.
- Hemşirelerin çalışma ortamına yönelik algılarının orta düzeyde olduğu saptandı.
- Hemşirelerin; medeni durum, servis memnuniyeti, daha önce tıbbi hata yapma durumu, yaş, haftalık çalışma saati, çalışma yılı ve aynı hastane de çalışma yılının tıbbi hataya eğilim düzeyini etkilediği belirlendi.
- Hemşirelerin; cinsiyet, eğitim düzeyi, pozisyon, çalıştığı birim, ortam uygunluğu ve fiziksel yeterlilik değişkenlerinin tıbbi hataya eğilim düzeyini etkilemediği belirlendi.
- Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyinin düşük olduğu belirlendi.
- Hemşirelerin çalışma ortamlarını değerlendirmeleri ile tıbbi hataya eğilim düzeyi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastane yönetiminin hemşirelerin çalışma ortamı değerlendirmelerini olumlu yönde artırmaya yönelik uygulamalarının (hemşire kaynaklarını artırmak, güvenli malzeme erişimini kolaylaştırmak, hemşirelerin yönetime katılımını sağlamak vb.) yapılması, buna yönelik politikaların geliştirilmesi ve hayata geçirilmesi,
- Hemşirelerin yönetime katılmasının ve lider hemşirelerin gelişimine yönelik fırsatların sağlanması,
- Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve elde edilen veriler doğrultusunda tıbbi hataya eğilimlerini azaltmaya yönelik uygulamaların artırılması,

- Hemşirelerin alışma ortamlarını değerlendirmelerinin tıbbi hataya eğilim düzeylerine etkisini daha iyi belirleyebilmek için farklı çalışma gruplarında araştırmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Erdağı S, Özer N, Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 18(2): 94-106.
2. Yıldırım A. *Sağlık Yönetim Ve Hemşirelik*, Ankara, Hedef CS Basın Yayın, 2014: 27-78.
3. Er F, Sökmen S. Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. *Int J Nurs Sci.* 2018 ,5(2):206-12.
4. Kocaman G, Arslan Yürümezoğlu H, Türkmen E, Göktepe N, İntepeler ŞS. Türkiye’de hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı standartlarının geliştirmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017, 15(1): 30-8.
5. Tambağ H, Can R, Kahraman Y, Şahpolat M. Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumuna üzerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2015, 11: 143-9.
6. Şahin Z, Özdemir F. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015, 12(3): 210-4.
7. Aksoy N, Polat C. Akdeniz bölgesindeki bir ilde üç farklı hastanenin cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin iş doyumuna ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013, 10: 45- 53.
8. Balas MC, Scott LD, Rogers AE. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Appl Nurs Res.* 2004,17(4):224-30.
9. Zhang LF, You LM, Liu K, Zheng J, Fang JB, Lu MM, Lv AL, Ma WG, Wang J, Wang SH, Wu X, Zhu XW, Bu XQ. The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nurs Outlook.* 2014, 62(2): 128-37.
10. Karaca Sivrikaya S, Şimşek Kara A. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2019, 8(1): 7-14.
11. Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2016, 3(3): 132-9.

12. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 15: 188-95.
13. Metin, B. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata (Malpraktis). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2018, 5(1): 76-8.
14. Johnson SP, Adkinson JM, Chung KC. Addressing medical errors in hand surgery. *J Hand Surg Am* 2014, 39(9):1877-82.
15. Marquis B, Huston C. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing*, 7th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins Press, 2012: 97-9.
16. Roussel L. *Management and Leadership for Nurse Administrators*. 6th ed. Burlington, Jones&Barlett Learning Press, 2013: 561-77.
17. Heinen M.M, Van Achterberg T, Schwendimann Zander B, Matthews A, Kózka, Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *Int J Nurs Stud*, 2013, 50: 174-84.
18. Samur M, İntepeler Seren Ş. Factors influencing nurses' perceptions of occupational safety. *Arch Environ Occup Health* 2017, 72(1): 45-52.
19. Arslan Yurumezoglu H, Kocaman G. Predictors of nurses' intentions to leave the organisation and the profession in Turkey. *J Nurs Manag* 2016, 24(2):235-43.
20. Altınöz Ü, Demir S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde çalışma ortamı algısı, psikolojik distres ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017, 8(2): 95–101.
21. Öztürk YE, Özata M. Hemşirelerde örgütsel vatandaşlık davranışı ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişkinin araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2009, 18(3): 365-81.
22. Makary M A, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US *BMJ* 2011, 353:i2139.
23. WHO Patient Safety. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics> Son Erişim tarihi 15 Ocak 2021.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS). <https://grs.saglik.gov.tr> Son Erişim Tarihi: 1 Eylül 2022.

25. Ören K, Yüksek H. Geçmişten Günümüze Çalışma Hayatı. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi* 2012, 11(1): 1.
26. Saygılı, M, Çelik Y. Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2011, 14(1): 39-71.
27. Parlar. Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum. *Sağlıklı Çalışma Ortamı. Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008, 7(6): 547-54.
28. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergi* 2007, 29:139-46.
29. Definition of occupational health adopted by the Joint ILO/WHO Committee Occupational Health 1950 http://www.ilo.org/safework_bookshelf/english?content&nd=857170174 Son Erişim Tarihi: 28. 01. 2023.
30. *Türk Hemşireler Derneği. 7 Gün-24 Saat/Hasta Başında. Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları, 1. Baskı, 2008: 9-13.*
31. Schalk DM, Bijl ML, Halfens RJ, Hollands L, Cummings GG. Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review. *Implement Sci.* 2010, 27: 5:34.
32. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2011, 11(2): 59-67.
33. Acun Mİ. Kamu Hastanelerinde Çalışma Ortamı Çalışma Koşulları Ve Motivasyon. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent üniversitesi, 2014.
34. Chang HY, Shyu YI, Wong MK, Friesner D, Chu TL, Teng CI. Which Aspects of Professional Commitment Can Effectively Retain Nurses in the Nursing Profession? *J Nurs Scholarsh.* 2015, 47(5): 468-76.
35. H Dargahi, J Nasle Seragi. An Approach Model for Employees’ Improving Quality of Work Life (IQWL). *Iran J Public Health.* 2007, 36(4):81-6.
36. Kaynak ÖK, Uluğtekin M N. Çalışma ortamındaki fiziksel faktörlerin ergonomik analizi: Dokuz Eylül Üniversitesi örneği. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi.* 2018, 6: 319-25.

37. İntepeler ŞS. Hasta ve Çalışan Güvenliği. İçinde: Uyer G, Kocaman G (Editörler). *Hemşirelik hizmetleri yönetimi el kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2016: 493-515.
38. Aras D, Uslu E. Hemşirelerin çalışma ortamı riskleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2015,13(2): 62-9.
39. İntepeler ŞS. Kalite Yönetimi. İçinde: Baykal ÜT, Türkmen EE (Editörler). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2014: 307-31.
40. Kırılmaz H, Yorgun S, Atasoy A. Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Kültür ve Sosyal Bilimler Dergisi* 2016, 2(1): 66-82.
41. McCaughey D, McGhan G, Walsh EM, Rathert C, Belue R. The relationship of positive work environments and workplace injury: evidence from the national nursing assistant survey. *Health Care Manage Rev* 2014, 39(1): 75-88.
42. Janakiraman R, Parish JT, Berry LL. The effect of the work and physical environment on hospital nurses' perceptions attitudes services quality and commitment. *J Healthc Qual* 2011, 18(4): 36-49.
43. Baumann A. Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care, information and action tool kit. <http://www.icn.ch/indkit> 2007.pdf Son Erişim Tarihi 19 Kasım 2015.
44. American Organization of Nurse Executives. Nurse Manager Competencies. Chicago, 2015; 2-8.
45. Brunetto, Y, Farr-Wharton, R, Shacklock K. The impact of supervisor-subordinate relationships on morale: Implications for public and private sector nurses' commitment. *Hum Resour Manag J* 2010, 20(2): 206-25.
46. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2010, 47(3):363-85.
47. Kramer M, Maguire P, Brewer BB. Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *J Nurs Manag* 2011, 19(1): 5-17.

48. Ritter D. The relationship between healthy work environments and retention of nurses in a hospital setting. *J Nurs Manag.* 2011, 19(1): 27-32.
49. Mansur F, Tombak Dizili F. Hemşireleri kuruma çeken bir hastane modeli: Mıknatıs hastaneler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2021, 24(1): 219-33.
50. Bilgin N, Özmen D, Bolat E. Mıknatıs Hastanelerin Hemşire Sonuçlarına Etkisi: Sistematik Derleme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2019, 6(3): 238-48.
51. Lake ET. Development of The Practice Environment Scale of The nursing Work Index. *Res Nurs Health* 2002, 25(3):176-88.
52. American Nurses Association (ANA). Healthy work environment. 2014. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Work-Environment> Son Erişim Tarihi: 27.11.2022.
53. Karwowski, W, Jang RL, Rodrick D, Peter MQ. “SelfEvaluation of Biomechanical Task Demands, Work Environment and Perceived Risk of Injury by Nurses: A Field Study”. *Ergonomics* 2005, 50: 13-25.
54. Tosun N. *Sağlık ekibinin karar verme sürecinde hemşirenin rolü. İç hastalıklarında karar verme*, 1.baskı. Ankara, Gata Basımevi, 2002: 100-20.
55. Warshawsky NE, Wiggins AT, Rayens MK. The Influence of the Practice Environment on Nurse Managers' Job Satisfaction and Intent to Leave. *J Nurs Adm.* 2016, 46(10): 501-7
56. Wang S, Liu Y. Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. *J Nurs Manag.* 2015, 23(3): 287-96.
57. Duygulu S, Abaan S. Örgütsel Bağlılık: Çalışanların kurumda kalma ya da kurumdan ayrılma kararının bir belirleyicisi. *Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 14(2):61-73.
58. Boston S, Köse A. Hemşirelerin yönetsel hizmetleri ve çalışma ortamlarını değerlendirmesi-Bir Üniversite Hastanesi Örneği, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2011, 1(3):178-83.

59. 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): 100–11.
60. Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2004, 44: 56.
61. Ulusoy H, Tosun N. Hekim Ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma. *An International Journal* 2020, 8: 969-80.
62. Şahin B, Alçalı Ö. Defansif Tıp Kavramı ve Defansif Tıbbi Uygulamaların Hekimin Hukuki Sorumluluğu Kapmasında Değerlendirilmesi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi* 2020, 1(41): 483-510.
63. Koralay G. Cerrahi birimde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgi, Eğilim, Tutum ve Görüşleri: Karma Yöntem Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Program. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2021.
64. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 2006 National Patient Safety Goals for critical access hospitals and hospitals. www.jcaho.org/accredited+organizations/patient+safety/06_npsg/06_npsg_cah_hap.htm. Son Erişim Tarihi: 02.15.2020.
65. Johnson SP, Adkinson JM, Chung KC. Addressing medical errors in hand surgery. *J Hand Surg Am.* 2014, 39(9): 1877-82
66. Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D. Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013, 29(2): 33-45.
67. Seren İntepeler Ş, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 15(2):129- 35.
68. Demir Zencirci A. Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010, 12(1): 67-74.
69. Smits M, Zegers M, Groenewegen PP, Timmermans DR, Zwaan L, van der Wal G, Wagner C. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. *Qual Saf Health Care.* 2010, 19(5): e5

70. Korkmazer F, Yıldız A, Ekingen E. Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2016, 4(2): 141-54.
71. Öztürk H, Kahriman İ. *Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitim Rehberi* 1. baskı. İstanbul, Medikal Sağlık ve Yayıncılık, 2016: 4-5.
72. WHO Patient Safety Fact File 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> Son Erişim Tarihi: 12.12.2022.
73. Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS). <https://grs.saglik.gov.tr> Son Erişim tarihi: 23.12.2018.
74. Uçar N, Yıldırım G, Eser D, Özçelik Z, Ayhan B, Pamuk AG. Gece ve gündüz shiftlerinde, sağlık çalışanlarının hata bildirimlerinin değerlendirilmesi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2013, 11(3): 93-100.
75. Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honig P, Lee LY, Pamer C. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. *Am J Health Syst Pharm.* 2001, 58(19):1835-41
76. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte karşılaşılan hatalı uygulamalar. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000, 4(2): 22-7.
77. Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S. Nursing and Midwifery Malpractice in Turkey Based on the Higher Health Council Records. *Nursing Ethics* 2004, 11(5): 89- 98.
78. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, Bohnen J, Orser B, Doran D, Grober E. Communication Failures in the Operating Room: An Observational Classification of Recurrent Types and Effects. *Qual Saf Health Care* 2004, 13: 330-4.
79. World Health Organization (WHO). Hasta Güvenliği Veri ve İstatistikleri. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patientsafety/data-and-statistics>. Son Erişim Tarihi: 14.04.2019
80. Akalın, H.E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi* 2005, 5(3): 141-6.

81. Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2015, 2(2): 82-9.
82. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. İnönü Üniversitesi *Tıp Fakültesi Dergisi* 2010, 17 (3): 233-6.
83. Alemdar KD, Aktaş YY. Türkiye’de hemşirelik hizmetlerinde tıbbi hata türleri ve nedenleri. *TAF Prev Med Bull* 2013, 12(3): 307-14.
84. Ekici E. *Sağlık bakım hizmetinin yönetimi*, 2. Baskı. Ankara, Sim Matbaası, 2013: 150-251.
85. Güven ŞD, Şahan D, Ünsal A. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumları, *Izlek Akademik Dergi* 2019, 2(2): 75-83.
86. Andsoy I, Kar G, Öztürk Ö. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerine Yönelik Bir Çalışma. *Journal of Health Science and Profession-HSP* 2014, 1: 17-27.
87. Ardahan M, Alp FY. Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Çalışanlarının ve Yöneticilerin Rolü. Acıbadem Üniversitesi *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 6(2): 85-8.
88. International Council of Nurses (ICN). Why is safe staffing important? Safe Staffing Saves Lives. International Nurses Day, Information and Action Tool Kit <https://www.icn.ch/news/safe-nurse-staffing-critical-patient-safety> Son Erişim Tarihi: 03.06.2023.
89. Healthcare Management 2019. What is Jcaho? <https://www.healthcare-management-degree.net/faq/what-is-jcaho/>.Jc1 Son Erişim Tarihi:12.12.2022.
90. Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. Hasta güvenliği kültürü ölçeği’nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011, 14(4): 38-46.
91. Alpar R. *Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik*. 6. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık. 2020: 333-61.
92. Aktürk Z, Acemoğlu H. *Sağlık Çalışanları İçin Araştırma ve Pratik İstatistik*, Erzurum, 2011:187-294.

93. Doğu Kökcü Ö. Terzi B. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iş indeksi-çalışma ortamı ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2018, 22: 66-72.
94. Üçgül K. Sosyodemografik ve Çalışma Ortamı Özelliklerinin Hemşirelerin Örgütsel Bağlılıkları Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Koç Üniversitesi, 2017.
95. Aydoğmuş S. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının İşten Ayrılma Niyeti İle İlişkisi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Konya. Necmettin Erbakan Üniversitesi. 2017.
96. Bitek DE, Akyol AD. Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamına ilişkin algıları ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2017, 21(1): 1-6.
97. Topçu I, Türkmen E, Badır A, Göktepe N, Miral M, Albayrak S, Kebapçı A, Serbest Ş, Özcan D. Relationship between nurses' practice environments and nursing outcomes in Turkey. *Int Nurs Rev* 2016, 63(2): 242-9.
98. Ulusoy H, Polatkan R. Hemşirelerin çalışma ortamının hemşirelik iş indeksi ölçeğine göre değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2016, 38(4): 246–57.
99. Nantsupawat A, Kunaviktikul W, Nantsupawat R, Wichaikhum OA, Thienthong H, Poghosyan L. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *Int Nurs Rev* 2017, 64(1): 91-8.
100. Samur M. Hemşirelerin İş Güvenliğini Belirleyen Etmenler: Çalışma Ortamı, Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi. İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi: 2014.
101. McHugh MD, Kelly LA, Smith HL, Wu ES, Vanak JM, Aiken LH. Lower mortality in magnet hospitals. *Med Care* 2013,51(5):382-8.
102. Liu K, You LM, Chen SX, Hao YT, Zhu XW, Zhang LF, Aiken LH. The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *J Clin Nurs* 2012, 21(9-10): 1476-85.
103. Tokça G. Akredite olmuş iki özel hastanenin magnet standartlarına uygunluğunun ve hemşirelerin çalışma ortamlarının belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. İstanbul Üniversitesi: 2016.

104. Karacabay K, Savcı A, Çömez S, Çelik N. Cerrahi hemşirelerinin iş yükü algıları ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg* 2020, 13(3): 404-17.
105. Kandemir A, Yüksel S. Cerrahi hemşirelerin tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020, 23(2): 287-97.
106. Ünsal A, Karakurt P, Sökmen S, Köse Tuncer S, Sarıkaya Ö. Examination of the Trends of Malpractice of Nurse By Some Variables. Taras Shevchenko 1st International Congress On Social Sciences. *The Book of Full Texts*, 2018, 117-27.
107. Canpolat S. Hasta Bakım Uygulamalarında Malpraktis Eğilimi: Adana Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Adana. Çukurova Üniversitesi: 2017.
108. Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A, Bulut A. Hemşirelerin Malpraktis ile İlgili Algı, Tutum ve Davranışları. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 2016, 21(3): 207-14.
109. İntepeler ŞS, Soydemir D, Güleç D. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014, 30(1): 1-18
110. Lale Mutlu B. Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin tutumları ve klinik yönetim iklimi düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. Marmara Üniversitesi. 2019.
111. Pérez-Campos MA, Sánchez-García I, Pancorbo-Hidalgo PL. Assessment of the professional practice environment by Spanish nurses who participate in Internet forums. *Enferm Clin* 2013, 23(6): 271-8.
112. Alan H, Polat Ş, Şen Tiryaki H, Öztürk Yıldırım T. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamını değerlendirmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2021, 8(2): 203-13.
113. Özbey F. Çalışma Ortamı Özellikleri İle Hemşirelerin İş Performansı Ve Hastaların Bakım Memnuniyeti Arasındaki İlişki. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul üniversitesi, 2019.

114. Simonetti M, Aiken LH, Lake ET. Nursing in Chilean Hospitals: A Research Agenda to Inform Health Policies and Improve Patient Outcomes. *Hisp Health Care Int* 2019, 17(2):79-88.
115. Smith JG, Plover CM, McChesney MC, Lake ET. Rural Hospital Nursing Skill Mix and Work Environment Associated with Frequency of Adverse Events. *SAGE Open Nurs* 2019, 14(5): 2-5.
116. Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş, Öztürk E. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011, 4(1): 12-8.
117. Türe F. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin tıbbi hata yapma eğilimine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2019.
118. Baştürk H. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2019.
119. Üstüner Top F, Çam HH. Hastanelerde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *TAF Prev. Med. Bull* 2016, 3(15): 213-9.
120. Babacan E, Öztürk H, Kahrıman İ. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Hemşirelere Yönelik Eğitimlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2015, 14(2): 57-72.
121. Öncan N. İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2020.
122. Konatake O. Hemşirelerde mesleğe bağlılık ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2020.

123. Karaağaç M. Dijital hastane sistemlerinin hemşirelerin zihinsel iş yükü ve tıbbi hataya eğilimlerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2019.
124. Lake ET, Sanders J, Duan R, Riman KA, Schoenauer KM, Chen Y. A Meta-Analysis of the Associations Between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Outcomes. *Med Care* 2019, 57(5): 353-61.
125. Gurková E, Mikšová Z, Šáteková L. Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev* 2022, 69(2):175-84.
126. Granados-Plaza M, Gea-Caballero V, Martí-Ejarque MDM, Ferré-Grau C. Association of Nursing Practice Environment on reported adverse events in private management hospitals: A cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2021, 30(19-20): 2990-3000.
127. Falguera CC, De Los Santos JAA, Galabay JR, Firmo CN, Tsaras K, Rosales RA, Mirafuentes EC, Labrague LJ. Relationship between nurse practice environment and work outcomes: A survey study in the Philippines. *Int J Nurs Pract* 2021, 27(1): e12873.
128. Ogata Y, Sato K, Kodama Y, Morioka N, Taketomi K, Yonekura Y, Katsuyama K, Tanaka S, Nagano M, Ito YM, Kanda K; rest of the WENS-J project team. Work environment for hospital nurses in Japan: The relationships between nurses' perceptions of their work environment and nursing outcomes. *Nurs Open* 2021, 8(5): 2470-87.
129. Al-Dossary RN. The effects of nursing work environment on patient safety in Saudi Arabian hospitals. *Front Med (Lausanne)* 2022, 9:872091.
130. Mihdawi M, Al-Amer R, Darwish R, Randall S, Afaneh T. The Influence of Nursing Work Environment on Patient Safety. *Workplace Health Saf* 2020, 68(8):384-90.
131. Malinowska-Lipień I, Micek A, Gabrys T, Kózka M, Gajda K, Gniadek A, Brzostek T, Fletcher J, Squires A. Impact of the Work Environment on Patients' Safety as Perceived by Nurses in Poland-A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18(22): 12057.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz nedir? () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? () Evli () Bekâr
4. Eğitim düzeyiniz nedir? () Sağlık Meslek Lisesi () Önlisans () Lisans () Lisansüstü
5. Pozisyonunuz nedir? () Hemşire () Sorumlu Hemşire
6. Çalıştığınız birim/servis/klinik?
() Dahili klinikler
() Cerrahi klinikler
() Özel birimler (Yoğun bakım, acil, diyaliz vb.)
7. Haftalık çalışma saatiniz ne kadardır?
8. Hemşirelikteki çalışma yılınız ne kadardır?
9. Aynı hastanede çalışma yılınız ne kadardır?
10. Çalıştığınız serviste hastalara güvenli bakım vermek için uygun ortama sahip misiniz?
() Evet () Hayır
11. Çalıştığınız ortamı fiziksel olarak yeterli buluyor musunuz? (Aydınlatma, ısı, havalandırma, giyinme odası, dolap vb.)
() Evet () Hayır
12. Daha önce herhangi bir tıbbi hata yaptınız mı?
() Evet () Hayır

EK-3. Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği

**HEMŞİRELİK İŞ İNDEKSİ- HEMŞİRELİK ÇALIŞMA ORTAMI
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

MADDELER	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hastanedeki destek hizmetlerinin yeterliliği sayesinde hastalarımı yeterli zaman ayırabiliyorum.				
2. Hastanemizde, hekim ve hemşireler arasında iş ilişkileri iyidir.				
3. Yönetici hemşireler, hemşirelere destek oluyorlar.				
4. Hemşireler için aktif personel geliştirme ve sürekli eğitim programları vardır.				
5. Kurumumuzda, kariyer geliştirme ve klinik alanda ilerleme için olanak vardır.				
6. Hemşireler, hastane politikaları belirlenirken alınan kararlara katılırlar.				
7. Yönetici hemşireler, yapılan hataları, eleştiri sebebi olarak değil öğrenme fırsatı olarak değerlendirirler.				
8. Hemşirelerin, hastalarının bakımı ile ilgili sorunlarını/ gereksinimlerini diğer hemşirelerle tartışmak için yeterli zaman ve olanakları vardır.				
9. Kaliteli hasta bakımı için hemşire sayısı yeterlidir.				
10. Yönetici hemşirem iyi bir yönetici ve liderdir.				
11. Hemşirelik hizmetleri müdürü her an göz önündedir ve gereken her durumda kendisine kolaylıkla ulaşılabilir.				
12. İşleri tamamlanması için hemşire sayısı yeterlidir.				
13. Başarı ile tamamlanan işler/görevler için hemşireler takdir edilir ve ödüllendirilir.				
14. Yöneticiler tarafından, hemşirelerden yüksek standartlarda ve kaliteli hemşirelik bakımı verilmesi beklenir.				

15. Hemşirelik hizmetleri müdürü, hastanedeki diğer tepe yöneticileri (genel müdür, başhekim gibi) ile aynı düzeyde otorite ve güce sahiptir.				
16. Hemşireler ve hekimler pek çok alanda ekip olarak çalışırlar.				
17. Hemşirelerin, mesleki alanda yükselme olanakları vardır.				
18. Kurumumuzun, hasta bakımı ile ilgili açık ve net bir hemşirelik felsefesi vardır.				
19. Kurumumuzda, nitelikli hemşirelerle çalışırız.				
20. Yönetici hemşire, kurumda yaşanan anlaşmazlıklar ile ilgili karar verirken hemşirelerin arkasında yer alır (anlaşmazlık bir hekim ile olsa bile).				
21. Yönetici hemşireler, çalışanların görüşlerini ve kaygılarını dinler ve dikkate alır.				
22. Kurumumuzda, aktif bir kalite geliştirme programı vardır				
23. Hemşireler, hastanedeki komitelerde görev alarak yönetime katılırlar (etik komite, enfeksiyon kontrol, kalite geliştirme vb).				
24. Kurumumuzda, hemşireler ve hekimler arasında ortak çalışma ve işbirliği vardır.				
25. Yeni işe alınmış hemşireler için klinik rehber hemşirelik (preseptörlük) programı vardır.				
26. Kurumumuzda, hemşirelik bakımı tıbbi modelden çok hemşirelik modellerine dayalıdır (bütüncül bakım, hemşirelik süreci, hemşirelik tanıları gibi).				
27. Kurumumuzda, yatak başında çalışan hemşireler de hastane ve hemşirelik komitelerinde yer alır.				
28. Yönetici hemşireler, hemşirelik hizmetleri ile ilgili uygulamalar ve sorunlarda hemşirelerin de fikrini alırlar.				
29. Kurumumuzda, tüm hastalar için yazılı ve sürekli güncellenen hemşirelik bakım planları kullanılır.				
30. Kurumumuzda, bakımın devamlılığını gözetten bir görev dağılımı vardır (Hemşirenin ard arda iki gün aynı hastaya bakım vermesi gibi).				
31. Kurumumuzda, bakımın planlanmasında hemşirelik tanıları kullanılır.				

EK-4. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

HEMŞİRELİKTE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

Alt boyutlar	Madde no		Hiç	Çok Nadir	Zaman Zaman	Genellikle	Her Zaman
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	1	IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					
	2	Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum					
	3	Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					
	4	Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
	5	İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum					
	6	İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
	7	Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
	8	Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
	9	İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
	10	Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
	11	İlacın hazırlanması ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
	12	Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim					
	13	Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim.					
	14	İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.					
	15	İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
	16	İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım					
	17	İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
	18	İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
Düşmeler	1	Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm					
	2	Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlarım					
	3	Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim					
	4	Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlandırıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim					
	5	Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.					

H	1	İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında					
---	---	--	--	--	--	--	--

		kontamine olmamasına dikkat ederim						
	2	Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim						
	3	Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim						
	4	IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim						
	5	Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım						
	6	İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim						
	7	Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim						
	8	Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.						
	9	Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.						
	10	Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim						
	11	Uriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim						
	12	Serum şişeleri ve setlerini 24 saat'de bir değiştiririm						
Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	1	Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim.						
	2	Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.						
	3	Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.						
	4	Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yaparım						
	5	Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemini gerektiği gibi yapmaya çalışırım						
	6	Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım						
	7	Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.						
	8	Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.						
	9	Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim						
İletişim	1	Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım						
	2	Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.						
	3	Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim						
	4	Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.						
	5	Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.						

EK-5. Bilgilendirici Onam Formu

BİLGİLENDİRİCİ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi ‘Hemşirelerin Çalışma Ortamlarını Değerlendirmelerinin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerine Etkisi’ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. 18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin, Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen Araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. Bir şahısa verilmeyecektir.

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

**EK-6. Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme
Ölçeği Kullanım İzni**



EK- 7. Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği Kullanım İzni



EK-8. Kurum İzni



EK-9. Etik Kurulu Karar Formu

