

ARAŞTIRMA

ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMLERİNİN İNCELENMESİ*

Didem POLAT KÜLCÜ**

Rana YİĞİT***

Alınış Tarihi: 18.09.2016

Kabul Tarihi: 27.02.2017

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin çocuk kliniklerinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden 70 hemşire ile yapılmıştır. Veri toplamada, araştırmacılar tarafınQ1dan hazırlanan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %42.9'u mesleki yaşamları boyunca hatalı tıbbi uygulama yaptıklarını, %62.9'unun ise beraber çalıştıkları hemşirelerin hata yaptığına şahit olduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %68.6'sı hatalı tıbbi uygulamalar ile ilgili eğitime katılmadıklarını ve %74.3'ü bu konuda eğitime gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin hata eğilimleri sırasıyla; hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği (4.42), ilaç ve transfüzyon uygulamaları (4.46), hastane enfeksiyonları (4.47), düşmeler (4.48) ve iletişim (4.76) olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması 4.51 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim düzeyi ile iletişim alt boyutu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleki yaşamlarında hatalı tıbbi uygulama yaptıklarını belirten hemşireler ile düşme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu söylenebilir. Hata yapma ve hataya şahit olma oranları orta düzeyde bulunmuştur. Çocuklar ile çalışan hemşireler için bu oranların yüksek olduğu düşünülmekte tıbbi hata ve eğilimin çok daha düşük olması beklenmektedir.

Anahtar kelimeler: Tıbbi hata, Hemşire, Malpraktis

ABSTRACT

Tendency of nurses working at pediatric clinics to make medical errors

Aim: The purpose in this study is to determine the tendency of nurses working at pediatric clinics to make medical errors.

Method: This cross-sectional study was performed with 70 nurses who were working at the pediatric clinics of the Mersin University, Health Research and Practice Center and who agreed to participate in the study. The data were collected using the "Personal Information Form" prepared by the investigators to reveal the descriptive characteristics of the nurses and the "Scale for Tendency to make Medical Errors in Nursing". The data were collected after the ethics committee approval, permission from the institution and personal consents had been obtained.

Results: Approximately 42.9% of the nurses stated that they had made medical malpractice during their professional life and 62.9% that they had witnessed their colleagues making errors. A total of 68.6% of the nurses stated that they had not attended any training on medical malpractice and 74.3% that they needed training on the subject. The nurses were found to have tendency to make errors mostly in the areas of patient follow-up and material safety (4.42), medication and transfusion applications (4.46), hospital infections (4.47), falls (4.48), and communication (4.76). The overall mean score obtained from the scale was 4.51. The relationship between education level of nurses' communication with the lower size was found to be statistically significant ($p<0,05$). A statistically significant difference between the defective medical practice in their professional lives that they do not fall nurses with lower size was found ($p<0.05$).

Conclusion: The said that nurses tend to have lower medical errors. To make mistakes and to witness the error rates were moderate. We think that these rates are high for nurses working with children; we would have expected much lower rate of error and tendency.

Keywords: Medical Error, Nurses, Malpractice

*15-18 Kasım 2015 tarihleri arasında Ankara'da gerçekleşen 5. Ulusal 2. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Uzm. Hem. E-posta: didempolata@gmail.com

***Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Prof. Dr. E-posta: ranayigit@yahoo.com

GİRİŞ

Hata kelimesinin, Türkçe karşılığı yanlış, yanlışlık ya da yanlış anlamalarına gelmektedir. Ayrıca istemeyerek ve bilmeyerek kasıt olmadan yapılan kusur olarak da tanımlanır (Çakmakçı 2001). Malpraktis hatalı uygulama anlamında kullanılan ve bütün meslekleri içeren bir terimdir. İnsan sağlığı için kullanılan terim medikal malpraktisdir ve bu terimin Türkçe karşılığı tıbbi uygulama hataları biçiminde tanımlanmaktadır (Yıldırım 2012). Sağlık bakımı oldukça karmaşık bir konudur ve bakım sırasında kimi zaman tıbbi hatalar yaşanabilmektedir. Bu hatalara bağlı olarak tedavinin gecikmesi, yaralanma, sakatlık ya da ölüm gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Özata, Altınkan 2010).

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin bireylere vereceği zararı önlemek için sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda görev yapan profesyoneller tarafından alınan önlemler olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca pek çok potansiyel durumu kapsayan geniş bir tanı, tedavi, ameliyat sonrası bakım ve birçok hastalığın taburculuk takibi gibi çok geniş bir alanı kapsamaktadır (Kılıç, Elbaş 2014; İntepeler, Dursun 2012). Hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkün olabilmektedir (Farquhar, Collins Sharp, Clancy 2007; Tighe Woloshynowych, Brown, Wears, Vincent 2006).

Tıbbi hatalar, temel nedenlerine göre (yanlış işlem yapma, doğru işlem yapmama, doğru işlemi yanlış uygulama) ya da hata türlerine göre (ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar, enfeksiyonlar, hasta düşmesi, yanlış kan transfüzyonu gibi) iki farklı şekilde sınıflandırılabilir (İntepeler, Dursun 2012; Akalın 2005; Larson, Elliott 2009). Tıbbi hatalar konusu tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Çünkü hemşireler hasta bakımında doğrudan görev almakta ve yaptıkları yanlış uygulamalar hastanın hayatını tehlikeye sokabilmektedir (Mete, Ulusoy 2006; Clifton-Koeppel 2008). Literatürde hemşirelik mesleği ile ilgili tıbbi hata nedenleri;

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

(Ertem, Oksel, Akbıyık 2009). Her yıl milyonlarca insan tıbbi hatalardan olumsuz etkilenebilmektedir. Almanya’da her yıl 100.000 tıbbi hatanın meydana geldiği tespit edilmiş ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişinin öldüğü belirtilmiştir (Madegowda, Hill, Anderson 2007). Türkiye’de ise 2002-2006 yılları arasında çocuklara yapılan tıbbi uygulama hataları incelenmiş 1458 vaka saptanmış ve bu vakaların %57.9’u ölümle sonuçlanmıştır (Özkaya, Özkaya, Özkara 2013).

Hastaları olası tehlikelerden korumak, işlem ve tedavilerin istenmeyen sonuçlarını önlemek ya da en aza indirmek hemşirelerin sorumlulukları arasındadır (Türkmen, Baykal, Seren, Altuntaş 2011). Çalışma ortamlarında hemşire sayısının yetersizliği, yoğun iş stresi, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, kısa zamanda çok sayıda hastaya bakım verme baskısı, çalışma süresinin uzunluğu, vardiya ile çalışma, rol belirsizliği gibi nedenler tıbbi hataya eğilimleri arttırmaktadır (Işık, Akbolat, Çetin, Çimen 2012; Demir-Zencirci 2010). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi hataların hastaya ulaşmadan önce fark edilmesi ve düzeltilmesini sağlayabilmektedir (Cebeci, Gürsoy, Tekingündüz 2012).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı olarak 16.02.2015/10.04.2015 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nin çocuk kliniklerinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden 70 hemşireyle yapılmıştır. Veri toplamada, araştırmacılar tarafından hazırlanan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” kullanılmıştır.

Araştırmada örneklem seçme yoluna gidilmemiş, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin tamamına (N=88) ulaşılmaya çalışılmıştır. Sekiz hemşireye ön uygulama yapılmış ve bu hemşireler araştırmaya dahil edilmemiştir. On hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmemiş ve çalışma 70 hemşire ile yürütülmüştür.

Veri toplamada, araştırmacılar tarafından hazırlanan, hemşirelerin kişisel özellikleri ve tıbbi hata deneyimlerine yönelik soruları içeren Tanıtıcı Özellikler Formu ile “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” (HTHEÖ) kullanılmıştır. *Tanıtıcı Özellikler Formu’nda*; hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi,

çocuk kliniğinde çalışma süresi, hatalı tıbbi uygulama yapıp yapmadığı, hatalı uygulama ile karşılaşma durumunu, bu konuda eğitim alıp almadığı ve eğitime gereksinim duyup duymadığını belirlemeye yönelik 9 soru bulunmaktadır. Bu form çocuk kliniğinde çalışan 8 hemşireye uygulanmış ve uygulama sonucunda formda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Özata ve Altuncan (2010) tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçekte 49 madde ve 5 alt boyut (ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme cihaz güvenliği, düşmeler, iletişim) yer almaktadır. Ölçek Likert tipi 5 basamaklıdır. 1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman şeklinde değerlendirilmektedir. Değerlendirme yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçekten toplam alınan en düşük puan 49, en yüksek puan 245'tir.

İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutundan alınacak en düşük puan 18, en yüksek puan 90'dır.

Hastane enfeksiyonları alt boyutundan alınacak en düşük puan 12, en yüksek puan 60'dır.

Hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutundan alınacak en düşük puan 9, en yüksek puan 45'dir.

Düşmeler alt boyutundan alınacak en düşük puan 5, en yüksek puan 25'dir.

İletişim alt boyutundan alınacak en düşük puan 5, en yüksek puan 25'dir.

Toplam puanların artması hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Hemşirelerden, ölçekte yer alan her maddenin kendileri için uygun olanı işaretlemeleri istenmektedir.

Veriler SPSS bilgisayar programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ortalama, yüzdelik dağılım ile t ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın etik boyutu: Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu'ndan yazılı onay, kurumdan yazılı resmi izin ve hemşirelerden sözlü onam alınmıştır.

Araştırmanın sınırlılığı: Bu araştırma bir hastanenin çocuk kliniklerinde çalışan

hemşireleri kapsamakta olup araştırmadan elde edilen sonuçlar tüm çocuk hemşirelerine genellenemez. Ayrıca çalışmanın araştırmaya katılan hemşirelerin bildirimine dayalı olması bu araştırmanın sınırlılığıdır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

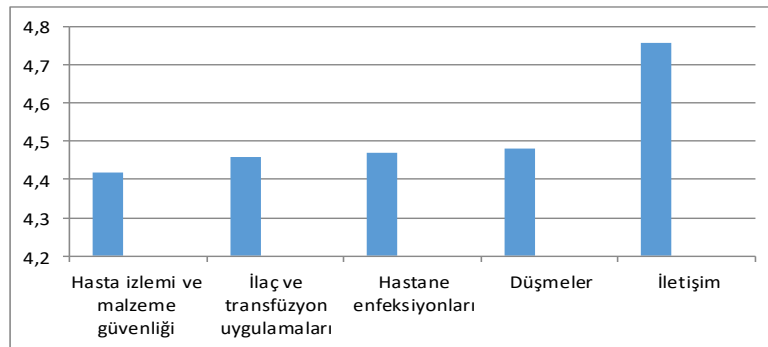
Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır. Kişisel bilgi sorularına hemşirelerin verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; %45.7'sinin 25-30 yaş arasında, %94.3'ünün kadın, %94.3'ünün lisans mezunu, %34.3'ünün meslekte 1-5 yıl arasında çalıştığı, %38.6'sının 5 yıldan fazla çocuk kliniklerinde çalıştığı, görülmektedir. Tıbbi hata deneyimleri ile ilgili sorulara hemşirelerin verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; %42.9'unun mesleki yaşamları boyunca hatalı tıbbi uygulama yaptıkları, %62.9'unun beraber çalıştığı hemşirenin tıbbi hata yaptığına şahit olduğu; %68.6'sının hatalı tıbbi uygulamalar ile ilgili eğitime katılmadığı ve %74.3'ünün bu konuda eğitime gereksinim duyduğu belirlenmiştir.

Ersun ve ark.'nın (2013) 123 çocuk hemşiresi ile yaptıkları çalışmada; benzer şekilde hemşirelerin yarısından fazlasının (%61) tıbbi hata ile karşılaştığı ve bu hataların yarıya yakını (%48.5) hemşirelerin yaptığına şahit oldukları ifade edilmektedir. Özata ve Altuncan'ın (2010) farklı hastanelerin dahili ve cerrahi kliniklerinde çalışan 240 hemşire ile yaptıkları çalışmada; hemşirelerin hata yapma oranı %6.2, hataya şahit olma oranı %10.4 olarak saptanmıştır. Alan ve Khorsthd'in (2016) bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %50.7'sinin tıbbi hata ile karşılaştığı belirlenmiştir. Kahrman ve Öztürk'ün (2016) çalışmalarında da hemşirelerin %22'sinin tıbbi hata yaptığı ve %4'ünün tıbbi hata sonucunda bir hastayı yaraladığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmaların bulguları (Özata ve Altuncan 2010; Alan ve Khorsthd 2016; Kahrman ve Öztürk 2016) ile bu çalışmanın bulguları karşılaştırıldığında hemşirelerin tıbbi hata ile karşılaşma durumlarında farklılık olduğu görülmektedir. Bu durumun çalışılan kliniklerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çocukluk döneminde fizyolojik ve bilişsel gelişim hızlıdır ayrıca çocuklar sağlık gereksinimlerinin karşılanması için yetişkinlere bağımlıdır. Bu farklılıklar tıbbi hataların çocuklarda erişkinlere kıyasla daha fazla yaşanmasına neden olabilmektedir.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
18-24	18	25.7
25-30	32	45.7
31-35	15	21.4
36 ve üstü	5	7.1
Cinsiyet		
Kadın	66	94.3
Erkek	4	5.7
Eğitim		
Lisans programı	66	94.3
Yüksek lisans ve üstü	4	5.7
Meslekte çalışma süresi		
1 yıldan az	15	21.4
1-5 yıl arası	24	34.3
6-10 yıl	19	27.1
11-15 yıl	12	17.1
Çocuk kliniğinde çalışma süresi		
1 yıldan az	17	24.3
1-3 yıl	16	22.9
3-5 yıl	10	14.3
6 yıl ve üstü	27	38.6
Meslek hayatınızda HTU yaptınız mı?		
Evet	30	42.9
Hayır	40	57.1
Meslek hayatınızda beraber çalıştığınız hemşirelerin HTU yaptığını gördünüz mü?		
Evet	44	62.9
Hayır	26	37.1
HTU ile ilgili herhangi bir eğitime katıldınız mı?		
Evet	22	31.4
Hayır	48	68.6
HTU'ları önleme ile ilgili eğitime gereksinim duyuyor musunuz?		
Evet	52	74.3
Hayır	18	25.7

Hemşirelerin hata eğilimleri sırasıyla; hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği (4.42), ilaç ve transfüzyon uygulamaları (4.46), hastane enfeksiyonları (4.47), düşmeler (4.48) ve iletişim (4.76) olarak bulunmuştur (Grafik 1). Ölçekten alınan toplam puan ortalaması 4.51 olarak belirlenmiştir. Cebeci, Gürsoy ve Tekingündüz'ün (2012) çalışmasında, ilaç ve transfüzyon uygulamaları (4.80), hastane enfeksiyonları (4.81), hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği (4.63), düşmeler (4.63), iletişim (4.86) ve ölçekten alınan toplam puan ortalaması 4.74 dır. Bizim çalışmamızda hemşirelerin tüm alt boyutlarda hata eğilimleri Cebeci, Gürsoy ve Tekingündüz'ün (2012) çalışmasından daha yüksektir. Barker, Flynn, Pepper, Bates ve Mikeal (2002) ABD'de 36 sağlık merkezinde, gözlem yöntemi ile yapılan ve bir eczacı tarafından doğrulanan çalışmada tıbbi hata oranını %19 olarak bulmuştur. Bu tıbbi hataların daha çok ilaç hatalarından kaynaklandığını, %43 yanlış zaman, %30 ihmal, %17 yanlış doz %4'de etkisiz ilaç olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliğinden sonra ikinci sırada ilaç ve transfüzyon uygulama hatalarına eğilim olduğu görülmektedir. Kahrıman ve Öztürk (2016) hemşirelerin tıbbi hata olarak %23'ünün tedaviyi geciktirdiğini, %20'sinin ise cihazları kontrol etmeden kullanılmasının tıbbi hataya neden olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da hemşirelerin hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği hatalarına eğilimi diğer alt boyutlardan daha yüksek bulunmuştur.

**Grafik 1.** Hemşirelerin Hata Eğilimlerine Göre Ölçeğin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Tablo 2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile THEÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hemşirelerin kişisel ve HTU özellikleri	Alt Boyutlar				
	İT X±S	HE X±S	HİMG X±S	D X±S	
Yaş				i X±S	
18-24	79.00±6.15	53.72±4.33	39.44±3.94	22.27±2.44	23.77±1.80
25-30	81.34±3.68	53.50±3.39	39.62±3.87	22.59±2.83	23.96±1.53
31-35	80.60±6.40	54.40±4.15	40.73±3.97	22.53±2.87	23.20±2.00
36 ve üstü	79.00±3.67	53.40±4.77	39.80±5.01	21.40±3.78	24.80±0.44
	F= 0.964; P= 0.415	F= 0.195; P= 0.899	F= 0.340; P= 0.796	F= 0.282; P= 0.858	F= 1.342; P= 0.268
Cinsiyet					
Kadın	80.48±4.97	53.74±3.80	39.81±3.98	22.42±2.83	23.84±1.65
Erkek	79.25±7.13	53.75±5.05	40.00±3.36	22.25±1.70	23.25±2.36
	t= 0.471; P= 0.639	t= 0.004; P= 0.997	t= 0.089; P= 0.929	t= 0.121; P= 0.859	t= 0.686; P= 0.495
Eğitim					
Lisans programı	80.56±5.15	53.71±3.80	39.78±3.93	22.48±2.75	20.75±1.71
Yüksek lisans ve üstü	78.00±2.16	54.25±5.05	40.50±4.43	21.25±3.30	24.75±0.50
	t= 0.982; P= 0.329	t= 0.270; P= 0.788	t= 0.349; P= 0.728	t= 0.863; P= 0.391	t= 0.030; P= 0.015
Meslekte çalışma süresi					
1 yıldan az	80.33±6.25	54.40±4.11	40.26±3.76	22.53±2.47	24.20±1.47
1-5 yıl arası	80.37±4.50	53.70±3.38	39.04±3.70	22.66±2.37	23.62±1.86
6-10 yıl	80.05±5.12	52.78±4.07	39.63±4.27	21.78±3.40	23.31±1.85
11-15 yıl	81.16±4.95	54.50±4.14	41.16±4.10	22.75±2.95	24.50±1.00
	F= 0.118; P= 0.949	F= 0.682; P= 0.566	F= 0.855; P= 0.469	F= 0.444; P= 0.722	F= 1.616; P= 0.194
Çocuk kliniğinde çalışma süresi					
1 yıldan az	80.29±5.84	53.88±4.13	40.11±3.55	22.52±2.32	24.17±1.42
1-3 yıl	78.93±4.93	53.12±3.77	38.12±2.87	22.18±2.42	23.25±2.04
3-5 yıl	81.60±5.73	53.60±4.19	40.10±5.48	22.30±2.90	23.80±1.87
6 yıl ve üstü	80.92±4.39	54.07±3.74	40.55±3.96	22.51±3.27	23.92±1.54
	F= 0.724; P= 0.541	F= 0.209; P= 0.890	F= 1.326; P= 0.258	F= 0.061; P= 0.980	F= 0.892; P= 0.450
Mesleki yaşamında HTU yapma durumu					
Evet	79.10±5.70	53.46±3.74	38.86±3.97	21.46±3.00	23.73±1.81
Hayır	81.40±4.33	53.95±3.94	40.55±3.79	23.12±2.38	23.87±1.60
	t= 1.918; P= 0.059	t= 0.518; P= 0.606	t= 1.800; P= 0.76	t= 0.574; P= 0.012	t= 0.345; P= 0.731
Birlikte çalıştığı hemşirelerin HTU durumu					
Evet	80.68±4.95	54.18±3.94	40.15±4.10	22.15±3.10	27.70±1.86
Hayır	79.96±5.29	53.00±3.61	39.26±3.63	22.84±2.07	24.00±1.35
	t= 0.573; P= 0.569	t= 1.248; P= 0.216	t= 0.913; P= 0.364	t= 1.107; P= 0.272	t= 0.705; P= 0.483
HTU ile ilgili eğitime katılma durumu					
Evet	80.90±4.79	54.00±3.75	39.18±3.55	22.18±2.85	23.86±1.72
Hayır	80.18±5.20	53.62±3.91	40.12±4.09	22.52±2.75	23.79±1.68
	t= 0.551; P= 0.583	t= 0.377; P= 0.708	t= 0.930; P= 0.356	t= 0.472; P= 0.638	t= 0.164; P= 0.870
HTU önleme ile ilgili eğitime gereksinim duyma					
Evet	79.92±5.45	53.80±3.80	39.78±3.82	22.23±2.81	23.75±1.75
Hayır	81.83±3.41	53.55±4.06	39.94±4.35	22.94±2.66	24.00±1.49
	t= 1.390; P= 0.169	t= 0.238; P= 0.812	t= 0.144; P= 0.886	t= 0.940; P= 0.351	t= 0.539; P= 0.592

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, çocuk kliniğinde çalışma süresi, hatalı tıbbi uygulamaya şahit olma durumları, bu konuda eğitime katılmaları ya da böyle bir eğitime gereksinim duymaları hatalı tıbbi uygulamalara olan eğilimlerini etkilememektedir. Cebeci, Gürsoy ve Tekingündüz'ün (2012) çalışmasında, hemşirelerin cinsiyet, haftalık çalışma saati, uzun çalışma saatleri, yaş, meslekte çalışma süresi, günlük çalışma saati, mezun olunan okul ile tıbbi hataya eğilim arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışma Cebeci, Gürsoy ve Tekingündüz'ün (2012) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyi ile iletişim alt boyutu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça iletişim alt boyutunda hata eğilimi azalmaktadır. Meslek yaşamlarında hatalı tıbbi uygulama yaptıklarını belirten hemşireler ile düşmelerin önlenmesi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hatalı

tıbbi uygulama yaptıklarını belirten hemşirelerin düşmeler alt boyutunda hata eğilimleri daha düşük bulunmuştur (Tablo 2).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin çocuk kliniğinde hata yapma (%42.9) ve hataya şahit olma (%62.9) oranları orta düzeyde bulunmuştur. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları 4.51 olarak bulunmuştur. Çocuklar ile çalışan hemşireler için bu oranların yüksek olduğu düşünülmektedir. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin hata eğiliminin çok daha düşük olması gerekmektedir. Uzman hemşirelerin iletişim alt boyutunda hata eğilimi puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Bu nedenle özellikle çocuk kliniklerinde alanında uzman hemşireler çalıştırılmalıdır. Çalışanlarda hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerini belirlemeye ve azaltmaya yönelik çalışmalar artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

Akalın EH. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi.* 2005; 5(3): 141-6.
Alan N. Khorsthd L. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2016; 32(1):1-18.
Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities. *Archives of Internal Medicine:* 2002; 162(16): 1897-903.
Cebeci F. Gürsoy E. Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012; 15(3):188-96.
Clifton-Koeppel R. What Nurses Can Do Right Now To Reduce Medication Errors İn The Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 2008; 8(2): 72-82.
Çakmakçı M. Tıbbi hatalar: tanımlar ve konunun önemi. *Antibiyotik ve Kemoterapi Dergisi.* 2001; 15(3): 247-9.
Demir-Zencirci A. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2010; 12(1): 67-74.
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.
Ertem G. Oksel E. Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi.* 2009;84(1):1-10.
Farquhar M. Collins Sharp BA. Clancy CM. Patient safety in nursing practice. *AORN Journal* 2007; 86(3): 455-7.

Işık O. Akbolat M. Çetin M. Çimen M. Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2012; 11(4): 421-30.
İntepeler ŞS. Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 15(2): 129-35.
Kahrıman İ. Öztürk H. Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. *Journal of Clinical Nursing,* 2016, DOI: 10.1111/jocn.13341
Kılıç HS. Elbaş NÖ. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgileri ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 17(2): 97-104.
Larson K, Elliott R. Understanding Malpractice: A Guide for Nephrology Nurses. *Nephrology Nursing Journal* 2009; 36(4): 375-7.
Madegowda B, Hill PD, Anderson MA. Medication errors in a rural hospital. *MEDSURG Nursing* 2007; 16(3):18-25.
Mete S. Ulusoy E. Hemşirelikte ilaç uygulama hataları. *Hemşirelik Forum Dergisi.* 2006; 6: 36-41.
Özata M. Altınkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2010; 8 (2) :100 -11.
Özkaya N. Özkaya H. Özkara E. Pediatric malpractice: An overview of Turkey. *Pediatrics International* 2013; 55(5): 637-40.
Tighe C, Woloshynowych M, Brown R, Wears B, Vincent C. Incident reporting in one UK accident and

emergency department. Accident Emerg Nurs 2006; 14(1): 27-37.

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.

Yıldırım Ö. Tıbbi uygulama hatalarına yol açan süreçler. *TJO* 2012: 42; Özel Sayı, s:16.