

Citation: Ulusoy, H. & Tosun, N. (2020), Hekim Ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma, BMIJ, (2020), 8(1): 969-980 doi: <http://dx.doi.org/10.15295/bmij.v8i1.1338>

HEKİM VE HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA TUTUMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

Hatice ULUSOY¹

Nurperihan TOSUN²

Received Date (Başvuru Tarihi): 15/11/2019

Accepted Date (Kabul Tarihi): 09/03/2020

Published Date (Yayın Tarihi): 25/03/2020

ÖZ

Amaç: Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin önemli bir bileşenidir. Bu çalışma hekim ve hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan çalışmada veriler kişisel bilgi formu ve "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği" ile toplanmıştır. Çalışmaya bir devlet hastanesinde çalışmakta olan 203 hekim ve hemşire katılmıştır. Veriler SPSS 21 programında tanımlayıcı istatistikler ve parametrik olmayan testler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %37,4'ü hekim, %62,6'sı hemşiredir. Katılımcıların %29,6'sı lisans mezunu, %71,4'ü kadın, %59,6'sı 31-40 yaş aralığında olup 76,8'i dahili birimlerde, %61,1'i haftada 40 saatin altında çalışmaktadır. %53,2'sinin mesleki çalışma süresi 10 yılın altındadır. Katılımcıların tıbbi hata ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $3,55 \pm 0,36$ olup, tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım ve tıbbi hata nedenleri alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla; $3,09 \pm 0,73$; $3,56 \pm 0,46$; ve $3,70 \pm 0,45$ 'dir.

Sonuç: Hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Hata, Hastane, Hekim, Hemşire

JEL Kodları: I1, I10, M0

A STUDY ON DETERMINATION OF MEDICAL ERROR ATTITUDES OF PHYSICIANS AND NURSES

ABSTRACT

Aim: Medical errors are an important component of patient safety. This study was conducted to determine the medical error attitudes of physicians and nurses.

Method: In this descriptive and cross-sectional study, data were collected with personal information form and "Attitudes towards Medical Errors Scale". A total of 203 physicians and nurses working in a public hospital, participated in the study. Data were evaluated using descriptive statistics and nonparametric tests in SPSS.21 program.

Result: 37.4% of the participants were physicians and 62.6% were nurses. 29.6% of them are undergraduate graduates, 71.4% of them are women, 59.6% of them are between the ages of 31-40 and 76.8 of them work in internal units, 61.1% of them work under 40 hours per week. 53.2% of them have less than 10 years of professional working time. The mean score of the participants from the medical error scale was 3.55 ± 0.36 and sub-dimensions of medical error perception, approach to medical error and causes of medical error were as follows; 3.09 ± 0.73 ; 3.56 ± 0.46 ; 3.70 ± 0.45 .

Conclusion: It was found that medical error awareness of physicians and nurses was high.

Keywords: Medical Errors, Hospital, Doctor, Nurse

JEL Codes: I1, I10, M0

¹ Prof. Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, S.B.F., Sağlık Yönetimi Blm., hulusoy@cumhuriyet.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-8911-5490>

² Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, S.B.F., Sağlık Yönetimi Blm., nkarabulut@cumhuriyet.edu.tr,

<https://orcid.org/0000-0001-6548-3099>

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde yapılan hataların telafisinin olmaması nedeniyle hasta güvenliği kavramının temel unsurlarından olan tıbbi hatalar ve önlenmesi konusu günümüzde oldukça önemli bir kalite sorunudur. Sağlık hizmetlerindeki artan maliyetler, yüksek ve hızla değişen teknoloji, hasta haklarının gelişmesi ile birlikte yaygınlaşan iyi bakım talepleri ve hasta şikayetlerinde ki artış sağlık sistemlerinin daha karmaşık bir yapıya dönüşmesine neden olmuştur (Güleç, 2012).

Sağlıkta kaliteli bakımın en önemli basamaklarından biri olan hasta güvenliği nitelikli sağlık sunumunun birincil ve vazgeçilmez koşuludur. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde hata olasılığını ortadan kaldıracak sistemlerin kurulmasıdır (Gökdoğan ve Yorgun, 2010; Sur ve ark, 2013). Sağlık hizmetleri sunumunda meydana gelen hatalar, her yıl dünya genelinde milyonlarca kişinin zarar görmesine ve ciddi boyutlarda ekonomik hasara yol açmaktadır (Vural ve ark., 2014). Genellikle bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik ve kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan bu hatalar sonucu ölüm, yaralanma, sakatlık veya tedavinin gecikmesi gibi durumları ortaya çıkabilmektedir (Çırpı ve ark., 2009).

Sağlık hizmetlerinde tıbbi hata kavramı her zaman var olmuştur (Myhre ve McRuer, 2000; Nolan, 2000). Türk Tabipler Birliği “tıbbi uygulamadaki bilgi-beceri eksikliği ya da ihmal nedeniyle hizmet sunulan kişinin sağlığına zarar gelmesi” şeklinde tanımlamaktadır (TTB, 2010). Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda şimdiye kadar yapılmış en kapsamlı çalışma, Institute of Medicine (2000) tarafından yayınlanan ve tüm dünyanın hasta güvenliği konusuna bakış açısını değiştiren “To Err is Human: Building a Safer Health System” adlı rapor olmuştur. Bu raporda ABD’de her yıl yaklaşık olarak 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği ve bu hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Bir tıbbi hata meydana geldiğinde, bunun hastaya, hastanın yakınlarına, hekimlere, hemşirelere, diğer sağlık çalışanlarına ve sağlık sistemlerine mali kayıplar da dahil olmak üzere pek çok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Tıbbi hataların maliyetlere olumsuz etkisi, tedavi süreçlerinin uzaması, sakatlıkların meydana gelmesi veya komplikasyonların tedavisi, kullanılan ekstra ilaçların maliyeti anlamında olumsuz etkilere yol açmaktadır. Ayrıca tıbbi hataların toplumda yarattığı manevi hasarlar da söz konusudur (Menachemi, 2002).

Sağlık hizmetleri sunumunda meydana gelen hataları tanımlamak, yapılan hataların ve ramak kala olayların nedenlerini inceleyerek bunların tekrarlamasının önlenmesine yönelik çalışmalar yapmak, bu hatalar nedeniyle hastaların zarar görmesini engellemek ve/veya zararı azaltmak için hataların rapor edilmesi yani bildirilmesi diğer bir deyişle hata raporlama

sisteminin oluşturulması önemlidir (Güleç, 2012). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı hasta ve çalışan güvenliğine yönelik pek çok çalışma yürütmektedir. Özellikle “Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı”nın yayınladığı Hizmet Kalite Standartları, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) bu çalışmalardan bazılarıdır. 2014 yılında, hastanelerde meydana gelen istenmeyen olaylardan ders çıkartmak ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engellemek amacıyla Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) de oluşturulmuştur (<https://kalite.saglik.gov.tr/TR,7107/yayinlar.html>).

Maxifield ve arkadaşları (2005) sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, önemli tıbbi hata nedenlerini arasında; iletişim ve iş birliği eksiklikleri ile takım çalışması yetersizliklerinin yer aldığını ortaya koymuşlardır. Ertem ve arkadaşlarının (2009) internet taraması ile gazete arşivlerindeki hatalı tıbbi uygulamalarla ilgili haberleri inceledikleri çalışmalarında ise tıbbi hataları yapan kişilerin büyük çoğunluğunu hekim ve hemşirelerin oluşturduğu belirlenmiştir.

Çoğunlukla Avrupa Birliği Üye Devletleri’nden alınan Avrupa verilerine göre hastaneye yatışların %8 ila %12’sinde tıbbi hatalar ve sağlık bakımıyla ilgili istenmeyen olaylardan gerçekleştiği görülmektedir. Birleşik Krallık’ta 2000 yılında yayımlanan bir rapora göre; yılda 850.000 istenmeyen olay meydana gelmektedir. İspanya, Fransa ve Danimarka’da da rakamlar benzer şekildedir. Yapılan çalışmalarda Avrupa Birliği vatandaşlarının %3’ü tıbbi hatadan doğrudan etkilendiklerini iddia ederken, %18’i hastanede ciddi bir tıbbi hata yaşadıklarını ve %11’i yanlış ilaç reçete edildiğini iddia etmektedir. Tıbbi hataların %50 ila %70,2’sinin hasta güvenliği çerçevesinde kapsamlı ve sistematik yaklaşımlarla önlenebileceği belirtilmektedir. Yalnızca Avrupa Birliği’ndeki istenmeyen olay oranını azaltma stratejileri ile yılda 750.000’den fazla zarar getiren tıbbi hataların önlendiği ve bunun da 3,2 milyondan daha az hastaneye yatış gününe, 260.000’den daha az kalıcı sakatlık ile sonuçlanan olaya ve yılda 95.000’den daha az ölüm ile sonuçlandığı saptanmaktadır (www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics).

Sağlık çalışanları bilgi ve becerileri, konuyla ilgili düşünce ve davranışlarıyla tıbbi hatalara karşı belirli tutumlar sergilemektedirler. Ancak genellikle sağlık çalışanları, oluşan olumsuzluğun “sonucuna” odaklanarak, istenmeyen bir olayla sonuçlanmayan durumları "hata" olarak tanımlamamakta dolayısıyla da raporlama oranları da yetersiz kalmaktadır (Tütüncü, Küçükusta ve Yağcı, 2007; JCAHO, 2003). Oysa, raporlama sayesinde, öngörülen hatalar belirlenir ve zararın azaltılması veya hatanın önlenmesine yardımcı olacak faaliyetler planlanabilir (Kennedy ve ark., 2008; Canatan ve ark., 2015). Çakır ve Tütüncü’nün (2009) sağlık personelleri ile yapmış olduğu bir çalışmada, çalışanların tıbbi hata bildirimlerini

yeterince yapmadığı ve hata bildiriminde bulduklarında cezalandırılacakları veya ekipten dışlanacakları endişesi ile hata raporu doldurmadıkları saptanmıştır. Yine aynı çalışmada katılımcıların %19'u herhangi bir hatanın hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltilmesi halinde (ramak kala olaylarda) bu durumu raporlamadıkları belirtmiştir. Benzer şekilde Dönmez'in (2017) Sivas'ta bir Devlet Hastanesinde toplam 280 hekim ve hemşire ile yaptığı bir çalışmada da katılımcıların %75,4'ünün hastanede çalıştıkları süre boyunca hasta güvenliği ile ilgili hiç bildirimde bulunmadıkları (olay raporlamadıkları) saptanmıştır. Aynı çalışmada çalışılan süre içinde 3 veya daha fazla olay bildiriminde bulunduğunu ifade edenlerin oranı ise yalnızca %5,4 olarak belirtilmiştir.

Türkiye'de hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nın, üniversitelerin, değişik kamu kurum kuruluşlarının ve özel sektörün çeşitli çalışmaları mevcuttur. Ancak sağlık kurumlarında tıbbi hataların önlenmesi ve güvenli ortamın sağlanması adına sağlık profesyonellerinin tutumlarının genel olarak istendik düzeyde olduğunu söylemek oldukça güçtür. Konuyla ilgili yapılan bilimsel çalışmaların sayısı giderek artmakla beraber hekimler üzerinde yapılmış çalışmaların sayısı oldukça azdır. Sivas'ta bir devlet hastanesinde yapılan bu çalışmanın amacı sağlık çalışanları içinde sayısal olarak en büyük grubu oluşturan hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumlarının belirlenmesidir. Bu çalışmanın sonuçlarının tıbbi hatalar konusunda uygun politikaların benimsenerek gerekli düzenlemelerin yapılması konusunda hastaneye yol gösterici nitelikte olacağı da düşünülmektedir.

2. YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yürütülmüş olup hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Sivas'ta bir devlet hastanesinde çalışan hekim ve hemşireler oluşturmuştur. Çalışmada herhangi bir örneklem seçimi yöntemine gidilmeden, belirlenen tarihlerde aktif olarak çalışanların tamamına (N=243) ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın sonunda ise 76 hekim ve 127 hemşire olmak üzere toplamda 203 kişiye ulaşılmıştır, anketleri cevaplama oranı %83,5'dir.

Veri toplama aracı olarak, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan "kişisel bilgi formu" ve Güleç ve İntepeler (2013) tarafından geliştirilen 16 soru ve 3 alt boyuttan oluşan "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. 5'li Likert tipinde yapılandırılan Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin alt boyutları "tıbbi hata algısı", "tıbbi hataya yaklaşım" ve "tıbbi hata nedenleri"dir. Ölçekteki 10. ve 13. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 3'tür. Ölçek ortalaması 3'ün altında olan çalışanların tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri olan çalışanların tıbbi hata tutumları ise olumlu olarak

değerlendirilmektedir. Güleç ve İntepeler'in çalışmasında (2013) ölçeğin Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı 0,75 bulunurken, bu çalışmada 0,71 olarak bulunmuştur.

Veriler SPSS 21. programında değerlendirilmiş olup gruplar arası normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Simirnov ile test edilmiş ve normal dağılıma uygunluk göstermediği saptanmıştır. Veriler; tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Veriler toplanmadan önce Sivas Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Veriler, 1-27 Ağustos 2015 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak hastanede katılımcıların sözel onamları alınarak toplanmıştır.

3. BULGULAR

Tablo 1. Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Değişkenler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş		
20-30 yaş arası	49	24,1
31-40 yaş arası	121	59,6
41 ve üzeri	33	16,3
Cinsiyet		
Kadın	145	71,4
Erkek	58	28,6
Meslek		
Hekim	76	37,4
Hemşire	127	62,6
Eğitim		
Lise	10	4,9
Ön Lisans	44	21,7
Lisans	60	29,6
Yüksek Lisans	15	7,4
Tıpta Uzmanlık	74	36,5
Çalışılan Birim		
Dâhili	156	76,8
Cerrahi	47	23,2
Haftalık Çalışma Saati		
40 saat ve altı	124	61,1
40 saat ve üstü	79	38,9
Toplam Mesleki Çalışma Süresi		
10 yıl ve altı	108	53,2
11-19 yıl	60	29,6
20 yıl ve üstü	35	17,2
TOPLAM	203	100

Tablo 1'de hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Buna göre çalışmaya katılanların %59,6'sı 31-40 yaş aralığındadır. Katılımcıların %71,4'ü kadındır, %37,4'ü hekim, %62,6'sı hemşiredir. Katılımcıların %29,6'sı lisans mezunu, 76,8'i dâhili birimlerde

görev yapmakta ve %61,1'i haftada 40 saatin altında çalışmaktadır. Katılımcıların %53,2'sinin mesleki çalışma süresi 10 yıl ve altındadır.

Tablo 2. Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Alt Boyutların Puan Ortalaması

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Ort ± Ss	Min-Max
Tıbbi Hata Algısı	2	3,09±0,73	1-5
Tıbbi Hataya Yaklaşım	7	3,56±0,46	2-5
Tıbbi Hata Nedenleri	7	3,70±0,45	2-4
Ölçek Toplam Puanı	16	3,55±0,36	3-5

Tablo 2’de katılımcıların tıbbi hata ölçeği ve alt boyutlarına verdikleri puanların ortalamaları verilmiştir. Katılımcıların tıbbi hata ölçeğinden aldıkları toplam puan 3,55±0,36 iken, tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım ve tıbbi hata nedenleri alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla; 3,09±0,73, 3,56±0,46, 3,70±0,45’dir.

Tablo 3. Tıbbi Hatalar Tutum Ölçeği’ni Oluşturan Maddelerin Puan Ortalamaları

İfadeler	Ort	Ss
THT1	2,46	1,03
THT2	3,73	0,92
THT3	4,44	0,61
THT4	3,06	1,03
THT5	3,11	1,03
THT6	3,24	1,05
THT7	4,43	0,80
THT8	3,86	0,85
THT9	4,56	0,51
THT10	1,90	0,75
THT11	4,20	0,85
THT12	4,32	0,73
THT13	2,64	1,26
THT14	3,32	1,05
THT15	3,67	0,84
THT16	3,83	0,96

THT: Tıbbi Hata Tutum Ölçeğini oluşturan maddeler

Tablo 3’de katılımcıların Tıbbi Hatalar Tutum Ölçeği’ni oluşturan ifadelerine verdikleri puan ortalamaları verilmiştir. Katılımcıların en yüksek değerlendirdikleri ifade 4,56±0,51 ortalama ile “günlük çalışma saatinin fazla olması tıbbi hatayı artırır.” (THT9) iken en düşük değerlendirdikleri ise 1,90±0,75 “yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum.” (THT10) ifadesidir. Katılımcılar ramak kala olayların bildirilmesini değerlendiren “Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.” (THT13) ifadesine ise 2,64±1,26 ortalama ile katılmışlardır.

Tablo 4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaş	N	Tıbbi Hata Algısı	Tıbbi Hataya Yaklaşım	Tıbbi Hata Nedenleri	Ölçek Toplam Puanı
20-30 yaş	49	2,93±0,50	3,52±0,66	3,75±0,29	3,55±0,34
31-40 yaş	121	3,20±0,84	3,61±0,40	3,78±0,42	3,61±0,38
41 yaş ve üzeri	33	2,93±0,55	3,44±0,25	3,32±0,55	3,32±0,23
Sonuç		X ² =3,62 p=0,162	X ² =3,02 p=0,220	X ² =21,29 p=0,000*	X ² =21,21 p=0,000*
Cinsiyet					
Kadın	145	2,95±0,62	3,54±0,40	3,68±0,46	3,50±0,30
Erkek	58	3,45±0,88	3,62±0,58	3,75±0,41	3,66±0,47
Sonuç		U= 2799,00 p=0,000*	U= 3304,50 p=0,017*	U=3878,00 p=0,384	U=3393,00 p=0,031*
Meslek					
Hekim	76	3,12±0,71	3,52±0,50	3,73±0,47	3,55±0,38
Hemşire	127	3,08±0,75	3,58±0,43	3,68±0,44	3,55±0,36
Sonuç		U=4685,50 p=0,722	U=4624,50 p=0,617	U=4433,50 p=0,329	U= 4748,00 p=0,847
Eğitim					
Lise	10	3,30±0,82	3,85±0,48	3,82±0,40	3,74±0,46
Ön Lisans	44	3,22±0,79	3,47±0,52	3,66±0,37	3,50±0,34
Lisans	60	2,99±0,78	3,58±0,43	3,65±0,49	3,53±0,36
Yüksek Lisans	15	2,86±0,29	3,74±0,47	3,84±0,35	3,63±0,27
Tıpta Uzmanlık	74	3,14±0,72	3,52±0,50	3,72±0,47	3,55±0,38
Sonuç		X ² =3,884 p=0,274	X ² =4,722 p=0,193	X ² =3,332 p=0,343	X ² =3,884 p=0,274
Çalışılan Birim					
Dâhili	156	3,14±0,77	3,58±0,40	3,75±0,45	3,58±0,36
Cerrahi	47	2,94±0,58	3,47±0,61	3,54±0,41	3,45±0,37
Sonuç		U=3241,00 p=0,217	U=3297,50 p=0,294	U=2541,50 p=0,001*	U=3160,00 p=0,151
Haftalık Çalışma Saati					
40 saat ve altı	124	3,13±0,80	3,57±0,50	3,75±0,43	3,56±0,38
40 saat ve üzeri	79	3,05±0,62	3,56±0,39	3,62±0,46	3,52±0,33
Sonuç		U=4858,00 p=0,920	U=4215,50 p=0,093	U=4117,00 p=0,054	U=4860,50 p=0,927
Mesleki Çalışma Yılı					
10 yıl ve altı	108	3,15±0,78	3,52±0,53	3,78±0,37	3,58±0,38
11-19 yıl	60	3,13±0,70	3,71±0,39	3,76±0,42	3,63±0,34
20 yıl ve üzeri	35	2,85±0,61	3,41±0,23	3,35±0,56	3,31±0,22
Sonuç		X ² =1,156 p=0,693	X ² =4,941 p=0,026*	X ² =1,235 p=0,266	X ² =4,846 p=0,028*

*Anlamlılık Seviyesi p<0,05

Tablo 4'te hekim ve hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslek, eğitim, çalışılan birim, haftalık çalışma saati ve toplam mesleki çalışma yılına göre tıbbi hata tutum ölçeğinin alt boyutlarının ve ölçek toplam puanının puan ortalamaları verilmiştir.

Tıbbi hata algısı alt boyutu ile yaş, meslek, eğitim, çalışılan birim, haftalık çalışma saati, mesleki çalışma yılı değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken, cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre erkeklerin tıbbi hata algıları kadınlara göre anlamlı derece daha yüksektir. Ayrıca kadınların tıbbi hata algılarına ait puan ortalamaları 2,95 ile 3'ün altında kalmıştır. Bu durum da tıbbi hataların ve hata bildiriminin önemi konusunda farkındalıklarının düşük olduğunu göstermektedir.

Tıbbi hataya yaklaşım alt boyutu ile değişkenler incelendiğinde; cinsiyet ve mesleki çalışma yılı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkeklerin ve mesleki çalışma yılı 11-19 yıl arasında olanların tıbbi hataya yaklaşım alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tıbbi hata nedenleri alt boyutu ile değişkenler incelendiğinde; yaş ve çalışılan birim arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). 31-40 yaş grubunda olanların ve dahili birimlerde çalışanların tıbbi hata nedenleri alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir.

Ölçek toplam puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, mesleki çalışma yılı arasında anlamlı bir farklılık saptanırken ($p<0,05$), diğer değişkenlerle arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. 31-40 yaş arasında grubunda olanların, erkeklerin, mesleki çalışma yılı 11-19 yıl arasında olanların tıbbi hata tutum puan ortalamalarının başka bir ifade ile tıbbi hataların ve hata bildiriminin önemi konusunda farkındalıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4. TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağlık sistemleri içerisinde her gün, ciddi yıkıcı etkileri olan ve önlenbilir tıbbi hatalar meydana gelmektedir. Sağlık profesyonelleri ve hastaneler için hasta güvenliğinin temelini oluşturan tıbbi hataların raporlama sistemleri önem kazanan konulardan biridir (Institute of Medicine, 2000). Tıbbi hata raporlama sistemlerinin etkinliği açısından sağlık profesyonellerinin tutumu belirleyici rol oynamaktadır. Hekim ve hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, katılımcıların tıbbi hata tutumlarının, ölçek toplam puanları açısından değerlendirildiğinde, genel olarak olumlu olduğu, tıbbi hata ve hata bildiriminin önemi konusunda farkındalığın da yüksek olduğu görülmektedir. Alt boyutlar açısından ele alındığında “tıbbi hataya yaklaşım” alt boyut puanı ($3,84\pm 0,53$) en yüksek düzeyde iken “tıbbi hata algısı” alt boyut puanı ($3,10\pm 0,74$) en düşük düzeyde bulunmuştur ve üç alt boyutta da katılımcıların tutumları olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin tıbbi hata ve hata bildiriminin öneminin farkındalığının yüksek olduğu saptanırken; Dikmen ve ark.'nın (2014), Andsoy ve ark.'nın (2014), Cebeci ve ark.'nın (2012), Özata'nın (2009), Karaca Sivrikaya ve Kara'nın (2019) çalışmalarında da hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır.

Meslek ile tıbbi hata tutumu arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman hekim ve hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hekim ve hemşirelerin ölçek toplam puanları aynı olmakla beraber alt boyut puan ortalamaları da birbirine yakın olarak bulunmuştur.

Yaş, cinsiyet, mesleki çalışma yılı ile tıbbi hata tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımları arasında fark bulunurken ($p<0,05$), eğitim, çalışılan birim ve haftalık çalışma saati arasında fark bulunamamıştır ($p>0,05$). 31-40 yaş arası grubunda olanların, erkeklerin, mesleki çalışma yılı 11-19 yıl arasında olanların tıbbi hata tutumlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Öztürk ve Özata (2013) ile Yiğitbaş ve ark.'nın (2016) çalışmalarında kadın hemşirelerde hata yapma eğiliminin daha yüksek olduğu görülmüştür. Dikmen ve ark.'nın (2012) hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmalarında da mesleki deneyimi az olanların tıbbi hata eğilimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcılar, “günlük çalışma saatinin fazla olması tıbbi hatayı artırır” ifadesine en yüksek ortalama ile ($X=4,56$) katılmışlardır. Cebeci ve ark. (2012), Akbolat ve ark. (2012), Yiğitbaş ve ark. nin (2016) çalışmaları da bu bulgumuzu destekler niteliktedir. İlgili literatür incelendiğinde uzun çalışma saatlerinin, nöbetli ve vardiyalı çalışma sisteminin günlük hayatı olumsuz etkilediği, biyolojik düzeni bozduğu ve uyku problemlerine neden olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda nöbet sayılarındaki fazlalık ve uzun mesai saatlerinin kronik yorgunluk ve tükenmişlik için risk oluşturduğu da bilinmektedir (Özyurt, Hayran ve Sur, 2006; Erol, Sarıççek ve Gülseren 2007; Garrett, 2008; Günüşen ve Üstün 2010; Gök Balcı ve ark., 2013; Çam ve Engin, 2017). Tüm bu faktörlerin tıbbi hata yapma olasılığını artırması kaçınılmazdır. Ayrıca literatürde de tükenmişlik ile tıbbi hata yapma arasında anlamlı ilişkiler olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Shanafelt, 2010; Tawfik ve ark., 2018).

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin “Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur” ve “Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım” sırasıyla 2,46 ve 1,90 ortalama ile katıldıkları saptanmıştır. Ölçek değerlendirmesine göre ortalamanın 3'ün altında olması tıbbi hataların ve hata bildiriminin önemi konusunda farkındalığın düşük olduğunu göstermektedir. Bu bilgi ışığında çalışmamıza katılan hekim ve hemşirelerin bu konudaki farkındalık düzeylerinin yetersiz olduğunu söyleyebiliriz. Oysaki gerçekleşen

olayların bildirimi ve “ramak kala” olayların bildirimi kurumsal hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde büyük bir önem taşımaktadır. Katılımcıların bu ifadeye katılımlarının düşük olması olumsuz bir bulgudur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre bu çalışmada hekim ve hemşirelerin tıbbi hataların ve hata bildiriminin önemi konusunda farkındalığı, ramak kala olayların bildirimi konusu hariç, yüksek bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı kurumda hasta güvenliği komitesi ve çalışan güvenliği komitesinin bulunması, hizmet içi eğitimlerin gerçekleştirilmesi, hekimlerin mesleki sorumluluk sigortası alanındaki gelişmeler, malpraktis davalarının artması konuya olan farkındalığın artmasında bir etken olabilir. Çalışmanın Sivas ilinde tek bir hastanede yapılması ise sınırlılığını teşkil etmekte olup farklı örneklemlerde yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Canatan, H., Erdoğan, A. ve Yılmaz, S. (2015). Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane İle Anket Çalışması ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2): 82-89.
- Çakır, A. ve Tütüncü, Ö. (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 19-21 Mart, Antalya, 197.
- Çam, O. ve Engin, E. (2017). Hemşirelerde Tükenmişlik. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(51):501-507.
- Çırpı, F. ve Merih, Y.D., Kocabey, M.Y. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):27-28.
- Ertem, G., Oksel, E., ve Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, Yıl 84, Sayı 1, s. 1-10.
- Erol, A., Sarıççek, A., Gülseren, Ş. (2007). Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 8:241-7.
- Gök Balcı, U., Demir, Ş., Kurdal, Y. ve ark. (2013). Hemşirelerde Tükenmişlik Ve Yorgunluk Semptomları. *Tepecik Eğitim Hast Derg.* 23 (2): 83-87.
- Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (2), 53-59.
- Güleç, D. ve İntepeler, Seren, Ş. (2013). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3): 26-41.
- Günüşen, N.P. ve Üstün, B. (2010). Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(1):40-51.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (2000) To Err is Human: Building a Safer Health System, Editors Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS National Academy Press, Washington.
- JCI, <https://www.jointcommissioninternational.org/the-truth-about-medication-errors/> (Erişim Tarihi : 10.06.2019).
- Karaca Sivrikaya, S., Şimşek Kara, A. (2019). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8:7-14.
- Kennedy, Amanda G., Benjamin Littenberg, and John W. Senders. (2008). Using Nurses and Office Staff to Report Prescribing Errors in Primary Care. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4): 238-245.
- Maxfield, D., Grenny, J., McMillan, R., Patterson, K., & Switzler, A. (2005). Silence kills: The seven crucial conversations in healthcare. Provo, UT: VitalSmarts.
- Menachemi, N., Shewchuk, R.M., O’Connor, S.J., Berner, E.S. & Allison, J.J. (2005). Perceptions of Medical Errors by Internal Medicine Residents: Development and Validation of a New Scale, *Quality Management in Health Care*, 14 (3): 144-154.
- Myhre, B. A. ve McRuer, D. (2000). Human Error-As Significant Cause of Transfusion Mortality. *Transfusion*, 40: 879-885.

- Nolan, T.W. (2000). System Changes To Improve Patient Safety. *British Medical Journal*, 320: 771-773.
- Özata, M. (2009). Hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin ve hasta bakımında gösterdikleri özenin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*,12 (1-2):417-30.
- Öztürk, Y. E., Özata, M. (2013). Hemşirelerde örgütsel vatandaşlık davranışı ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişkinin araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(3):365-81.
- Özyurt, A., Hayran, O., Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med*, 99:161- 9.
- Seren İntepeler, Ş., Soydemir, D., Güleç, D. (2014). Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 30(1):1-18.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. et al. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 251(6):995-100019934755.
- Sur, H., Özsarı, H., Say, B. (2013). Hasta güvenliği. Sur, H., Palteki T. (Ed.). *Hastane Yönetimi*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 509-519.
- Rizzo, J. I. (2006). Medical Errors and Close Calls: Reporting Behaviors of Nurses in a Tertiary, Teaching Hospital. Unpublished Master of Science Dissertation). Faculty of D'Youville College, Division of Academic Affairs, Health Services Administration, USA.
- Tawfik, D. S., Profit, J., Morgenthaler, T.I., Satele, D.V. et al. (2018). Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(11): 1571-1580.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,7107/yayinlar.html> (Erişim tarihi: 01.02.2019).
- Türk Tabipleri Birliği. (2010). Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 22.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta D, Yağcı K. (2007) Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7: 519-533. 10
- Vural F., Çiftçi, S., Fil, Ş. ve Vural B. (2014). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Alguları ve Tıbbi Hataların Raporlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2): 152-157.
- WHO <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics> Erişim tarihi: 15.01.2017