

Araştırma makalesi Research article

Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumlarının Belirlenmesi



Esin KAVURAN¹, Funda ÇETİNKAYA²

ÖZ

Amaç: Tanımlayıcı türde yapılan bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve hekimlerin tıbbi hata tutumlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma verileri Eylül-Ekim 2020 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde toplanmıştır. Çalışma örneklemini 110 hemşire, 91 hekim oluşturmuştur. Veriler, birey tanım formu ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Hekimlerin %48.4'ünün 30-39 yaş aralığı, %69.2'sinin erkek olduğu, hemşirelerin %48.2'sinin 20-29 yaş aralığı ve %73.8'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin Tıbbi Hata Tutum Ölçeği, toplam puanın ortalaması 3.11±.59, hemşirelerin toplam puan ortalaması 3.06±.61 olarak bulunmuştur. Hekim ve hemşirelerin Tıbbi Hata Tutum Ölçeği alt boyutu "Tıbbi Hata Algısı" ve "Tıbbi Hata Yaklaşımı" puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Ölçek puan ortalamasının yaş, cinsiyet, çalışılan servis, çalışma şekli ve haftalık çalışma saatinden etkilenmediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Araştırmanın sonuçlarında hemşire ve hekimlerin tıbbi hata ve hata bildirim konusunda farkındalıklarının olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Hekim, hemşire, tıbbi hata, tutum

ABSTRACT

Determination of Medical Error Attitudes of Physicians and Nurses Working in a University Hospital

Aim: This descriptive study aims to determine the medical error attitudes of physicians and nurses working in a university hospital.

Materials and Methods: The research data were collected in a university hospital between September and October 2020. The study sample consisted of 110 nurses and 91 physicians. Data were collected using the individual identification form and the Attitudes towards Medical Errors Scale

Results: It was determined that 48.4% of the physicians were between the ages of 30-39, 69.2% were men, 48.2% of the nurses were between the ages of 20-29, and 73.8% were women. Physicians' Medical Error Attitude Scale mean total score was 3.11±.59, and the total mean score of the nurses was 3.06±.61. There was a statistically significant difference between physicians' and nurses' mean scores of the Medical Error Attitude Scale sub-dimension "Medical Error Perception" and "Medical Error Approach" ($p<0.05$). It was determined that the mean score of the scale was not affected by age, gender, service worked, working style, and weekly working hours ($p>0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that nurses and physicians were aware of medical errors and error reporting.

Keywords: Attitude, physician, medical error, nurse

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Erzurum/Türkiye, Tel: 0 442 231 23 15, e-mail: esinkavuran@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-3791-102X

² Doç. Dr. Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Aksaray/Türkiye, Tel: 0 382 288 2769, e-mail: funda325@hotmail.com, ORCID:0000-0003-2518-6625

Geliş Tarihi: 6 Kasım 2020, Kabul Tarihi: 13 Ocak 2022

Atıf/Citation: Kavuran E, Çetinkaya F. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumlarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2022;9(1):24-30. DOI: 10.31125/hunhemsire.1101872

GİRİŞ

Sağlık kurumları farklı disiplinlerden profesyonellerin istihdam edildiği karmaşık yapılardır. Bu kurumlarda gerekli düzenlemeler sağlanmadığında, hayati tehlike içeren ve geri dönüşü olmayan hata ve eksiklikler meydana gelebilir¹. Tıbbi hata, hastanın tedavisi ve bakımında ihtiyaç duyulan ekipmanın ve uygulamaların hatalı olarak kullanılması ya da teşhis ve tedavide eksik veya yanlış faaliyete geçirilmesi neticesinde meydana gelmektedir².

Tıbbi hataların hastalara zarar vermesi ile birlikte, hastanelerin hastalar için tehlikeli yerler olabileceği de fark edilmiştir³. ABD’de tıbbi hataların kalp ve kanser hastalıklarından sonra en sık üçüncü sırada ölüm sebebi olduğu tahmin edilmektedir⁴. Hastaneye kabulü yapılan her 10 hastadan 1’inin tıbbi hatalar nedeniyle zarar gördüğü belirtilmiştir⁵. ABD, Kanada, İngiltere, Danimarka, Avustralya ve Yeni Zelanda, gibi gelişmiş ülkelerde yürütülen çalışmalarda tıbbi hataların görülüş sıklığı %3.2 ile %16.6 arasında olduğunu belirtilmiştir⁴. Dünya genelinde yaklaşık her 10 hastadan 1’inin tıbbi hatalardan ciddi bir şekilde etkilendiği ve %14’ünün ölümlü, %70’inin ise sakatlıkla sonuçlandığı belirtilmiştir^{5,6}. Türkiye’de 2016 yılı içerisinde Güvenlik Raporlama Sistemi’ne (GRS) 74.380 hata bildirim yapılmıştır. Bu bildirimlerin %93,8’i laboratuvar hatalarını, %1,5’i hasta güvenliği hatalarını, %1,6’sı cerrahi hataları, %3,1’i ise ilaç hatalarını içermektedir⁷. National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı) ı kök nedenlerine göre tıbbi hataları; işleme, ihmale ve uygulamaya bağlı hatalar olarak üçe ayırır⁸.

Tıbbi hataların zamanında belirlenmesi ve önlenmesi için tıbbi hata nedenlerinin araştırılması şarttır⁹. Ankara’da yapılan bir çalışmada, katılımcıların % 69.3’ünün tıbbi hataların sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişim eksikliğinden kaynaklandığını ifade ettikleri tespit edilmiştir¹⁰. Özata ve Altunkan’ın (2010) çalışmasında sağlık profesyonellerinin tıbbi hata oranı %6.2 iken tıbbi hatalara tanıklık etme oranı %10.4 olarak belirlenmiştir¹¹. Literatürde en sık karşılaşılan hata türleri, ilaç uygulama hataları^{12,13} iletişim hataları, malzeme kullanımına bağlı hatalar olduğu belirtilmiştir¹⁴. Tıbbi hatalar, sağlık hizmetinin maliyetini etkilemektedir. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı, Amerika vatandaşlarının %42’sinin kendileri ya da herhangi bir yakınlarının tıbbi hataya maruz kaldıklarını belirtmiştir. Hataların en aza indirilmesi hem ekonomik, hem de etik zorunluluktur⁸. Tıbbi hatalar klinisyenler üzerinde de ciddi etkiye sahiptir. Çalışanları gelecekte hata yapma endişesi ve mesleki yeteneklerini kısıtlaması açısından olumsuz etkilemekte¹⁵, ve sağlık hizmeti verenlerde motivasyon kaybına, hastalarda ise sağlık profesyonellerine karşı güvensizliğe neden olmaktadır¹⁶. Daha önce hemşirelerin tıbbi hataya tutumlarının değerlendirildiği çalışmalarda hemşirelerin tıbbi hata ve bildirimlerinin önemi konusunda farkındalığın olduğu belirtilmiştir¹⁷⁻¹⁹. Bu çalışma da, hemşirelerin ve hekim tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı bir üniversite hastanesinde çalışan

hemşire ve hekimlerin tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemektir

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma, bir üniversite hastanesinde Eylül-Ekim 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihler arasında aktif olarak çalışmakta olan hemşire ve hekimlerden oluşturmuştur. Herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeden evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiş olup araştırma örneklemini araştırmaya katılmaya gönüllü olan 110 hemşire ve 91 hekim oluşturmuştur.

Verilerin Toplanması

Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması için, hekim ve hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile meslekte çalışma süreleri, haftalık çalışma saatleri ve tıbbi hataya tanık olma gibi 10 sorunun yer aldığı birey tanıtım formu ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

Tıbbi hatalarda tutum ölçeği: Ölçek, sağlık profesyonellerinin tıbbi hatalara karşı tutumlarını belirleyebilmek amacıyla Güler ve İntepeler (2013) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, tıbbi hata algısı, tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri olmak üzere 16 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam ölçek puanı alındıktan sonra elde edilen puan ölçek maddelerine bölünerek ölçeğin puanı elde edilmektedir. Alt boyutların ölçek puan hesapları da aynı şekilde yapılmaktadır. Ölçek puanı 1 ile 5 arasında değerlendirilmekte olup kesme noktası 3’tür. Ölçek puanının 3’ün altında olması tıbbi hata tutumlarının olumsuz, 3 ve üzerinde olması tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı 0.75’tir²⁰. Bu çalışmada ise 0.85 olarak tespit edilmiştir.

Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından yüz yüze veri toplama yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Araştırmanın amacı açıklanmış araştırmaya katılmayı kabul eden hekim ve hemşirelere araştırmacı tarafından veri toplama araçları mesai saatleri içinde dağıtılmış ve uygun oldukları zaman doldurmaları istenmiştir. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde, SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, aritmetik ortalama yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan değişkenlere bağımsız örnekleme t testi ve tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA), normal dağılıma uymayan veriler Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için Hemşirelik Fakültesi etik kurulundan (2020/5-6) ve araştırmanın yürütüleceği hastaneden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırma verileri toplanmaya başlanmadan önce de çalışmaya katılmayı kabul

eden hekim ve hemşireler çalışma ilgili bilgilendirilerek, çalışmadan elde edilecek olan bilgilerin üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı ve sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri pandemi döneminde toplandığı için bu sürecin katılımcıların araştırmaya ayırdıkları süre üzerinde etkili olması bu araştırmanın sınırlılığıdır.

BULGULAR

Tablo 1’de çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin sosyodemografik bulguları verilmiştir. Çalışmaya 110 hemşire, 91 hekim katılmıştır. Hemşirelerin %48.2 si 20-29, hekimlerin %41.8’i 30-39 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %79, hekimlerin ise %28’i kadındır. Meslekte çalışma sürelerine bakıldığında hemşireleri %56.4’ü, hekimlerin ise %46.2’si 1-9 yıl çalıştığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin %72.6’sı dâhiliye servislerinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %69.1’inin, hekimlerin de %78.6’sının haftalık çalışma saati 45’ten fazla olduğu tespit edilmiştir. Tıbbi hata yapma ya da şahit olma durumlarına bakıldığında çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin %72.6’sı herhangi bir tıbbi hata yapmadıklarını ya da şahit olmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve haftalık çalışma saati gibi özelliklerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşire ve Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Hemşire n=110		Doktor n=91		Toplam		Test ve p
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
20-29	53	48.2	17	18.7	70	34.8	$\chi^2=20.689$
30-39	40	36.4	44	48.4	84	41.8	p=.000
40 ve üzeri	17	15.4	30	33.0	47	23.4	
Cinsiyet							
Kadın	79	73.8	28	30.8	107	53.2	$\chi^2=33.707$
Erkek	31	33.0	63	69.2	94	46.8	p=.000
Eğitim durumu							
Lise/Ön lisans	76	69.1	-	-	76	37.8	$\chi^2=114.903$
Lisans/Lisans üstü/doktora/uzmanlık	34	30.9	91	100	125	62.2	p=.000
Meslekte çalışma süresi							
1-9 yıl	62	56.4	42	46.2	104	51.7	$\chi^2=2.388$
10-19 yıl	37	33.6	40	44.0	77	38.3	$p=.303$
20 ve üzeri	11	10.0	9	9.9	20	10.0	
Aynı kurumda çalışma yılı							
1-3 yıl	66	60.0	47	51.6	113	56.2	$\chi^2=1.411$
4 yıl ve üzeri	44	40.0	44	48.4	88	43.8	$p=.235$
Çalışılan birim							
Dâhiliye	83	75.5	63	69.2	146	72.6	$\chi^2=.971$
Cerrahi	27	24.5	28	30.8	55	27.4	$p=.325$

Tablo 1. Hemşire ve Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri (devamı)

Özellikler	Hemşire n=110	Doktor n=91	Toplam	Test ve p			
Çalışma şekli							
Gündüz	28	25.5	25	27.5	53	26.4	$\chi^2=.673$
Gece	73	66.4	56	61.5	129	64.2	$p=.714$
Gündüz/gece	9	8.2	10	11.0	19	9.5	
Haftalık çalışma saati							
45 saat ve altı	34	30.9	9	9.9	43	21.4	$\chi^2=13.084$
46 saat ve üzeri	76	69.1	82	90.1	158	78.6	p=.000
Tıbbi hata yapma veya şahit olma durumu							
Evet	31	28.2	24	26.4	55	27.4	$\chi^2=.082$
Hayır	79	71.8	67	73.6	146	72.6	$p=.775$
Yapılan yâda şahit olunan tıbbi hatayı bildirme							
Evet	21	19.1	12	13.2	33	16.4	$\chi^2=1.843$
Hayır	10	9.1	12	13.2	22	10.9	$p=.398$

Hemşire ile hekimlerin tıbbi hatalarda tutum ölçeği ve alt boyutlardan aldıkları toplam puan ortalamaların karşılaştırılması Tablo 2’te verilmiştir. Hemşirelerin tıbbi hata tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan 3.06 ± 0.61 , hekimlerin aldıkları toplam puan 3.11 ± 0.59 dir. Hemşire ve hekimlerin ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Hemşirelerin ve hekimlerin tıbbi hata tutum ölçeği alt boyutu, tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım ve tıbbi hata nedenleri alt boyutlarından aldıkları puan sırası ile; 3.09 ± 0.88 , 3.16 ± 0.97 , 2.95 ± 0.71 hekimlerin puanları; 3.24 ± 0.95 , 3.25 ± 0.96 , 2.85 ± 0.70 dir. Hemşire ve hekimlerin tıbbi hata algısı ve tıbbi hayata yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$), tıbbi hata nedenleri puan ortalamaları arasında ise farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 2. Hemşire ile Hekimlerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlar Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Hemşire	Hekim	p
	$\bar{X} \pm SS.$	$\bar{X} \pm SS.$	
Tıbbi Hata Algısı	3.09 ± 0.88	3.24 ± 0.95	.003
Tıbbi Hata Yaklaşımı	3.16 ± 0.97	3.25 ± 0.96	.002
Tıbbi Hata Nedenleri	2.95 ± 0.71	2.85 ± 0.70	.120
Toplam	3.06 ± 0.61	3.11 ± 0.59	.541

Tablo 3’te hemşire ve hekimlerin tıbbi hatalarda tutum ölçeği ve alt boyutlardan aldıkları toplam puan ortalamaları ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Hemşirelerin tıbbi hata yapma ve şahit olma durumu ile tıbbi hataya yaklaşım alt boyutu ($p=0.031$, $p<0.05$) ve toplam ölçek puanı arasında ($p=0.040$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Aynı kurumda 1 ile 3 yıl arasında çalışan hemşirelerin ölçek toplam puanı 3.13 ± 0.70 , 4 yıldan fazla çalışanların ise 2.84 ± 0.65 olarak saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=.032$, $p<0.05$).

Tablo 3. Hekim ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlardan Aldıkları Toplam Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Tıbbi Hata Algısı			Tıbbi Hata Yaklaşım			Tıbbi Hata Nedenleri			Ölçek Toplam		
	Hemşire	Hekim	p*	Hemşire	Hekim	p*	Hemşire	Hekim	p*	Hemşire	Hekim	p*
Yaş												
20-29	3.02±0.09	3.11±0.97	p=.839	3.31±1.04	3.32±0.89	p=.711	2.97±0.78	2.86±0.72	p=.361	3.12±0.75	3.09±0.63	p=.837
30-39	3.20±0.85	3.25±0.92	p=.844	2.99±0.94	3.39±1.02	p=.073	2.97±0.62	2.82±0.76	p=.266	3.01±0.67	3.12±0.72	p=.433
40 ve üzeri	3.05±0.80	3.31±1.00	p=.420	3.09±0.78	3.00±0.89	p=.601	2.83±0.69	2.88±0.60	p=.911	2.97±0.62	2.98±0.61	p=.748
p**	p=.573	p=.231		p=.316	p=.599		p=.651	p=.987		p=.561	p=.645	
Cinsiyet												
Kadın	3.10±0.84	3.48±1.40	p=.129	3.14±0.95	3.29±0.98	p=.329	2.97±0.07	2.87±0.81	p=.484	3.06±0.68	3.13±0.72	p=.551
Erkek	3.06±0.98	3.14±0.89	p=.534	3.20±1.04	3.23±0.96	p=.687	2.89±0.79	2.83±0.65	p=.433	3.05±0.76	3.04±0.64	p=.732
p*	p=.490	p=.099		p=.668	p=.969		p=.780	p=.806		p=.770	p=.478	
Meslekte çalışma süresi												
1-9 yıl	3.15±0.92	3.19±0.91	p=.957	3.31±1.02	3.36±1.01	p=.591	2.97±0.76	2.86±0.66	p=.250	2.97±0.76	3.12±0.67	p=.861
10-19 yıl	3.05±0.84	3.27±0.98	p=.549	2.91±0.85	3.15±0.96	p=.270	2.99±0.62	2.83±0.77	p=.269	2.99±0.62	3.03±0.68	p=.694
20 ve üzeri	2.90±0.80	3.38±1.11	p=.316	3.11±0.94	3.15±0.72	p=.356	2.68±0.68	2.85±0.61	p=.787	2.68±0.68	3.05±0.59	p=.761
p**	p=.618	p=.048		p=.195	p=.716		p=.441	p=.719		p=.338	p=.858	
Aynı kurumda çalışma yılı												
1-3 yıl	3.18±0.90	3.23±0.95	p=.945	3.26±0.97	3.18±0.98	p=.806	2.97±0.74	2.84±0.69	p=.078	3.13±0.70	3.04±0.67	p=.339
4 yıl ve üzeri	2.81±0.76	3.26±0.96	p=.206	2.83±0.92	3.31±0.95	p=.036	2.86±0.60	2.85±0.72	p=.993	2.84±0.65	3.10±0.66	p=.115
p*	p=.174	p=.763		p=.074	p=.493		p=.079	p=.774		p=.032	p=.715	
Çalışılan birim												
Dahiliye	3.19±0.94	3.29±0.94	p=.161	3.30±0.99	3.22±0.97	p=.281	3.03±0.75	2.86±0.69	p=.207	3.17±0.72	3.07±0.68	p=.698
Cerrahi	2.94±0.76	3.14±0.98	p=.220	2.94±0.92	3.37±0.92	p=.835	2.83±0.63	2.80±0.75	p=.662	2.89±0.64	3.06±0.62	p=.806
p*	p=.060	p=.115		p=.060	p=.923		p=.334	p=.613		p=.071	p=.647	
Çalışma şekli												
Gündüz	3.05±0.93	3.56±0.95	p=.100	3.31±0.87	3.25±1.04	p=.681	2.98±0.64	2.76±0.60	p=.252	3.13±0.59	3.08±0.69	p=.675
Gece	3.50±0.79	3.05±0.49	p=.240	3.60±0.84	3.11±0.69	p=.412	2.73±0.68	2.77±0.48	p=.711	3.20±0.55	2.95±0.40	p=.390
Gündüz/gece	3.06±0.87	3.14±0.99	p=.891	3.04±1.01	3.27±0.97	p=.142	2.96±0.74	2.90±0.77	p=.373	3.01±0.75	3.09±0.70	p=.681
p**	p=.335	p=.145		p=.276	p=.583		p=.457	p=.792		p=.869	p=.662	
Haftalık çalışma saati												
45 saat ve altı	3.19±0.77	2.83±0.50	p=.082	3.19±1.01	3.26±0.98	p=.708	2.85±0.70	2.82±0.71	p=.589	3.04±0.70	3.02±0.64	p=.742
46 saat ve üzeri	3.05±0.92	3.29±0.98	p=.155	3.14±0.96	3.24±0.96	p=.348	2.99±0.71	2.85±0.70	p=.135	3.06±0.70	3.08±0.67	p=.926
p*	p=.222	p=.210		p=.972	p=.492		p=.310	p=.894		p=.749	p=.608	
Tıbbi hata yapma veya şahit olma durumu												
Evet	3.30±0.64	3.16±1.03	p=.163	2.83±0.86	3.09±1.03	p=.144	2.75±0.68	3.01±0.65	p=.198	2.86±0.65	3.07±0.69	p=.158
Hayır	3.01±0.95	3.27±0.92	p=.105	3.28±0.99	3.30±0.94	p=.734	3.02±0.71	2.79±0.71	p=.018	3.14±0.71	3.07±0.66	p=.571
p*	p=.073	p=.546		p=.031	p=.371		p=.058	p=.109		p=.040	p=.968	
Yapılan yada şahit olunan tıbbi hayı bildirme												
Evet	3.33±0.61	2.95±0.86	p=.105	2.77±0.83	3.26±1.16	p=.734	2.68±0.68	3.09±0.65	p=.018	2.80±0.63	3.15±0.76	p=.571
Hayır	3.25±0.71	3.37±1.18	p=.090	2.97±0.95	2.92±0.90	p=.124	2.90±0.68	2.94±0.67	p=.106	2.97±0.70	3.40±0.64	p=.120
p*	p=.707	p=.527		p=.611	p=.622		p=.718	p=.621		p=.832	p=.583	

* Mann-Whitney U testi. ** Kruskal-Wallis H testi.

Hekimlerin meslekte çalışmaları süreleri ile tıbbi hata algısı alt boyutu ($p=0.048$, $p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Aynı kurumda 4 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin puan ortalaması (2.83 ± 0.92) ile hekimlerin puan ortalaması (3.31 ± 0.95) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.036$, $p<0.05$).

TARTIŞMA

Nitelikli sağlık sunumunun temel ve vazgeçilmez koşulu olan hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumunda meydana gelebilecek tıbbi hata olasılığını önleyecek ya da ortadan kaldıracak sistemlerin kurulmasıdır²¹. Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan tıbbi hatalar, dünya genelinde her yıl milyonlarca hastanın zarar görmesine neden olmakla birlikte ciddi ekonomik hasarlara da yol açmaktadır^{22,23}. Hemşire ve hekimlerin tıbbi hata tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmış olan çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Hemşirelerin ve hekimlerin ölçek toplam puanlarına bakıldığında her iki grupta tıbbi hata algısı, yaklaşımı ve nedenleri konusunda farkındalıklarının olduğu görülmektedir (Tablo 2). Hemşire ve hekimlerin ölçek alt boyut puan ortalamalarına göre tıbbi hata ve hata bildirim konusunda farkındalığa sahip olduğu görülmektedir. Ulusoy ve Tosun (2020) hekim ve hemşirelerin tıbbi hata tutumlarını değerlendirdikleri çalışmada hemşire ve hekimlerin tıbbi hatalara yönelik farkındalığın yüksek olduğunu göstermişlerdir²⁴. Korhan ve arkadaşlarının (2017) hemşirelerin tıbbi hata nedenleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapmış oldukları çalışmada da benzer şekilde, hemşirelerin “tıbbi hata algısı”, “tıbbi hataya yaklaşım” ve “tıbbi hata nedenleri” alt boyut tutumlarının olumlu olduğunu belirlemişlerdir²⁵. Araştırma sonucunun daha önce yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik gösterdiği görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak Güven ve arkadaşlarının (2019) hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin “tıbbi hata algısı” alt boyut tutumunun olumlu olmadığı belirtilmiştir²⁷. Özlük (2020) çalışmasında tıbbi hata tutumları tüm alt boyutlarında tıbbi hata tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir²⁶.

Çalışmada hekimlerin tıbbi hata tutum ölçeği alt boyutu “tıbbi hata algısı” ve “tıbbi hata yaklaşımı” puan ortalaması hemşirelere göre daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur. Hekimlerin tıbbi hataya yaklaşım alt boyutunda ortalama değerinin üzerinde bir tutuma sahip olduğu görülmüştür. Çalışma bulgularına paralel olarak Garbutt ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında hekimlerin tıbbi hataların hasta ya da hasta yakınlarına bildirilmesi gerektiği gibi meslektaşlarıyla da her türlü hatayı tartıştıklarını belirlemişlerdir²⁷. Bu çalışmada ayrıca tıbbi hataya yaklaşım alt boyutu puan ortalamasının hemşire ve hekimlerde 3’ün üzerinde olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar tıbbi hataların bildiri konusunda yüksek farkındalık olduğunu göstermektedir. Çalışma sonuçlarından farklı olarak; Güleç (2012) tarafından yapılan çalışmada hekim ve hemşirelerin tıbbi hataların ortaya çıkması durumunda hasta ya da hasta yakınlarına

bildirilmesi yönündeki tutumlarının olumlu seviyede olduğu ancak tıbbi hata bildirimine yönelik tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir²⁸. Hemşirelerin diğer sağlık profesyonellerine göre hata bildirim konusunda daha yetenekli olduğu ve hata bildirimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir²⁹. Johnson (2016) çalışmasında hemşirelerin hekimlerden 9 kat daha fazla bildirim yaptığını tespit etmiştir³⁰. Bu çalışmada ise hekimlerin tıbbi hata algısı ve tıbbi hata yaklaşımı puan ortalaması hemşirelerden yüksek olarak bulunmuştur.

Çalışmada ölçek puan ortalamasının yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, çalıştığı birim, çalışma şekli ve haftalık çalışma saatinden etkilenmediği saptandı. Konu ile ilgili benzer çalışmalar incelendiğinde cinsiyet, medeni durum, çalışılan bölüm, gün içerisinde bakım verilen hasta sayısı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı gösterilmiştir^{18,31,32}.

Çalışmaya katılan hemşirelerin 1-3 yıl arasında aynı kurumda çalışanların Tıbbi Hata Tutum Ölçeği puan ortalamaları 4 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerden daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu çalışmadan elde edilen sonuç, tıbbi hatalara karşı farkındalığın oluşturulması ve tıbbi hataların önlenmesine yönelik hastanelerin hasta güvenliği çalışmalarını artırması ve hizmet iç eğitimlerle yeni iş deneyiminde bulunan hemşirelerin bilinçlendirilmesi sonucunda, iş deneyimi az olan hemşirelerin tıbbi hatalara karşı tutumlarının olumlu olması beklenmesiyle açıklanabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin Tıbbi Hata Algısı alt boyutundan aldıkları puan meslekte çalışma yılı ile doğru orantılı bir şekilde artmakta ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=.048$, $p<0.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda, hekimlerin çalışma yılının artmasıyla birlikte bilgi ve becerileri kazanımlarının artması tıbbi hatalara karşı algıda farkındalık düzeyini de artırmış olabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bulgular, hemşirelerin ve hekimlerin ölçek toplam puanlarına göre her iki grupta tıbbi hata algısı, tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri konusunda farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermiştir. Bu doğrultuda, hemşire ve hekimlerin konuyla ilgili tıbbi hataya yaklaşım ve hata bildirimine davranışa dönüştürülüp bunların uygulamada yapılıp yapıldığını değerlendiren çalışmalar yapılması önerilebilir.

Etik Kurul Onayı: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu’ndan alınmıştır (2020/5/6)

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: EK

Veri toplama: EK

Literatür araştırması: FÇ

Makale yazımı: EK

Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from the Ethics Committee of Ataturk University Nursing Faculty (2020/5/6)

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from all participants.

Author contributions:

Study design: EK

Data collection: EK

Literature search: FC

Drafting manuscript: EK

Acknowledgement: We would like to thank all participants.

KAYNAKLAR

- Soydemir D, Seren Intepeler S, Mert H. Barriers to medical error reporting for physicians and nurses. *West. J. Nurs. Res.* 2017;39(10):1348-63.
- Karaağaç M, Bağlama SS. Dijital hastane sistemlerinin hemşirelerin zihinsel iş yükü ve tıbbi hataya eğilimlerine etkisi. *YÖHED.* 2020;2(7):215-26.
- Feijter J, Grave W, Muijtjens A, Scherpbier A, Koopmans R. A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths. *Plus One.* 2012;7(2):1-7.
- Makary M, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;353: i2139.
- WHO. Patient safety fact file. Patient safety and risk management service delivery and safety. September 2019. [Internet] [Erişim Tarihi 22 Eylül 2020]. Erişim adresi: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient-safety-fact-file.pdf
- Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2008;17:216-23.
- Güvenlik Raporlama Sistemi. 2016 yılı istatistik ve analiz raporu https://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016_rapor_R1.pdf (Erişim Tarihi: 04.02.2021)
- National Patient Safety Foundation (2017) https://ipfs.io/ipfs/QmXoyipzjW3WknFiJnKlWHCnL72vedxjQkDDP1mXWo6uco/wiki/National_Patient_Safety_Foundation.html (Erişim Tarihi: 04.02.2021).
- Mahajan RP. Critical incident reporting and learning. *Br J Anaesth.* 2010;105(1):69-75.
- Yücesan A, Alkaya S. Bireylerin tıbbi hatalarla ilgili görüş ve deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi.* 2017;44(1):25-34.
- Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi.* 2010;8(2):100-11.
- Bişkin S, Cebeci F. Acil servislerde ilaç uygulama hataları. *GÜSBD.* 2017; 6(4): 180-185.
- Ehsani SR, Cheraghi MA, Nejati A, Salari A, Esmaeilpoor AH, Mohammad Nejad E. Medication errors of nurses in the emergency department. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine.* 2013; 6(11). [https://doi.org/10.1016/s0733-8627\(02\)00085-8](https://doi.org/10.1016/s0733-8627(02)00085-8).
- Akgün ZŞ, Özdemir F. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2015;12 (3): 210-214.
- McLennan SR, Engel Glatte S, Meyer AH, Schwappach DL, Scheidegger DH, Elger BS. The impact of medical errors on Swiss anaesthesiologists: A cross-sectional survey. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2015;59(8):990-98.
- Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. Hemşirelerin bakışıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull.* 2012;11(4);421-30.
- Güven ŞD, Şahan S, Ünsal A. Hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumları. *İzlek Akademik Dergi.* 2019;2(2):75-85.
- Johnson CT, Choubey V, Satin AJ, Werner EF. Malpractice and obstetric practice: The correlation of malpractice premiums to rates of vaginal and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(4):545-46.
- Kandemir A, Yüksel S. Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2019; 23(2):287-297.
- Güleç D. İntepeler SŞ. Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2013;15(3):26-41.
- Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2010;13(2):53-59.
- Sur H, Özsarı H, Say B. Hasta güvenliği. Sur H. Palteki T. (Ed.). *Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevleri,* 2013;İstanbul, p: 509-19.
- Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Vural B. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014;5(2):152-57.
- Ulusoy H, Tosun N. Hekim ve hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Int. J. Bus. Manag.* 2020;8(1):969-80.
- Korhan EA, Dilemek H, Mercan S, Yılmaz DU. Determination of attitudes of nurses in medical errors and related factors. *Int. J. Caring Sci.* 2017;10(2):794-801.
- Özlük B. Farklı kuşaktaki hemşirelerin tıbbi hata tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2020,7(1), 8-14.
- Garbutt, J., Brownstein, D. R., Klein, E. J., Waterman, A., Krauss, M. J., Marcuse, E. K. et al. Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine,* 2007;161(2): 179-185.
- Güleç D. Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2012.

29. Banaz M. Hekimlerin defansif tıp ve tıbbi hata tutumlarının incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2020.
30. Jafree SR, Zakar R, Zakar MZ, Fischer F. Nurse perceptions of organizational culture and its association with the culture of error reporting: A case of public sector hospitals in Pakistan. BMC Health Serv. Res. 2016;16(3):1-13.
31. Dığın F, Özkan ZK. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya yönelik tutumlarının belirlenmesi. Lokman Hekim Dergisi. 2020; 10 (1): 64-69.
32. Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 44–56
33. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(3):188-196.