

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ-KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ORTAK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
(HEMŞİRELİKTE YÖNETİM)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELER ARASI İŞBİRLİĞİNİN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA
YAPMA EĞİLİMİNE ETKİSİ

Fatma ŞAHBAZ

TEZ YÖNETİCİSİ
Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÇELİK DURMUŞ

YOZGAT-2019



**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI**

T.C.

**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

İmza

.....



T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

“Hemşireler Arası İşbirliğinin Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi” adlı Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Fatma SAHBAZ

İmza

Danışman


Doç. Öğr. Üyesi Sevil Celile Durmuş

İmza

Prof. Dr. Selma Akat

Ana Bilim Dalı Başkanı

İmza


	YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ TEZ ONAY FORMU
---	---

T.C.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 90110116011 öğrenci numaralı öğrencisi Fatma ŞAHBAZ'ın hazırladığı "Hemşireler Arası İşbirliğinin Hemşirelerin Tibbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi" başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 03/05/2019 tarihinde (saat: 10:30) yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Başkan : Dr. Öğretim Üyesi Bilgen ÖZLÜK 

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Serap ÇELİK 
(Danışman)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe SENAR TARAĞ 

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof.Dr.Yalçın ARAL
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

HEMŞİRELER ARASI İŞBİRLİĞİNİN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMİNE ETKİSİ

Fatma ŞAHBAZ

Bu araştırma hemşireler arası işbirliğinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırmanın evreni, Ankara'daki bir üniversite hastanesinde çalışan tüm hemşirelerden oluşmaktadır (n=550). Bu hastanedeki aktif çalışan ve araştırmayı kabul eden hemşireler örneklemini oluşturmaktadır (n=270). Araştırmanın etik izini, Ocak 2018 de Bozok Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir. Araştırmada veri toplama araçları; kişisel bilgileri içeren 'Kişisel Veri Formu', Çelik Durmuş ve Yıldırım (2016) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış 'Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği', Özata ve Altuncan (2010) tarafından geliştirilen 'Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği' olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. En sık kullanılan istatistiksel testler, Kolmogorov- Smirnov, Shapiro- Wilk, parametrik, non parametrik. Hemşireler arası işbirliği puan ortalamasının 2.98 ± 0.55 ile ortalamanın üzerinde ve iyi denilebilecek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları 4.69 ± 0.34 olup, tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmada, hemşireler arası işbirliği düzeyinin arttıkça, ilaç ve transfüzyon uygulamalarında, hastane enfeksiyonlarında, hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde, düşmelerde, iletişimde ve genel tıbbi hata eğilimlerinde azalma olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Araştırmada, hemşireler arası işbirliğinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerinde %15.7 anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın sonucuna göre, hasta bakım sürecinde hemşireler arası işbirliğinin yüksek olması ile olası hataların azaltılabileceği sonucuna varılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Hemşirelikte İşbirliği, Hemşirelikte Tıbbi Hata, İşbirliği, Tıbbi Hata

ABSTRACT**Master's Thesis****THE EFFECT OF COLLABORATION AMONG NURSES ON NURSES
TENDENCY TO MAKE MEDICAL ERROR****Fatma ŞAHBAZ**

This research was conducted to determine the effect of collaboration among nurses on nurses tendency to make medical error. The universe of this descriptive study consists all nurses working in a university hospital in Ankara (n=550). The sampling, to includes nurses who were active in this hospital and who accepted the research (n=270). The ethical leave of the study was given in January 2018 by Bozok University Rectorate Clinical Research Ethics Committee. The data tools collect consist in three parts in the study: "Personal Data Form" which include personal data, "Nurse-Nurse Collaboration Scale" adaptation to Turkish by Çelik Durmuş and Yıldırım (2016), "Medical Error Tendency Scale" developed by Özata ve Altunkan (2010). The most common used statistic tests Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, parametric, non-parametric, respectively. The mean score of collaboration among nurses was found to be good and above the average with 2.98 ± 0.55 . The mean score of medical error tendency scale determined 4.69 ± 0.34 , low the medical error tendency. In this study, as the collaboration among nurses increases, the drug and transfusion practices, hospital infections, patient monitoring and the safety of medical equipment, falls, communication and general medical error trend decreases ($p < 0.05$). The study, it determined the collaboration among nurses had a significant effect of %15.7 on the tendency of nurses to make medical error. According to the result of the study, it is concluded that possible error can be reduced by high cooperation among nurses in patient care process.

Key Words: nursing, collaboration in nursing, medical error in nursing, collaboration, medical error

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	i
YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI	ii
TEZ ONAY FORMU	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ÖNSÖZ	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hemşirelik Kavramı	4
2.2. İşbirliği Kavramı	4
2.3. Hemşire - Hemşire İşbirliği	6
2.4. Hemşire- Hemşire İşbirliği Kapsamı	8
2.4.1. Problem çözme.....	8
2.4.2. İletişim	10
2.4.3. Süreç paylaşımı	11
2.4.4. Koordinasyon.....	12
2.4.5. Profesyonellik.....	13
2.5. Tıbbi Hata Kavramı	15
2.6. Tıbbi Hata Nedenleri.....	16
2.7. Tıbbi Hata Sınıflandırması	16
2.7.1. İlaç ve transfüzyon uygulamaları.....	17
2.7.2. Hastane enfeksiyonları.....	18
2.7.3. Hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği	19
2.7.4. Düşmeler.....	20
2.7.5. İletişim	21
2.8. Tıbbi Hata Bildirimi ve Hemşireler Açısından Hukuki Boyutu	22

2.8.1. Tıbbi hataların bildirilmesi	22
2.8.1.1. Ülkemizdeki Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)	24
2.8.2. Hemşireler açısından tıbbi hata bildiriminin hukuki boyutu	24
2.9. Tıbbi Hataların Bildirilmesine Etki Eden Faktörler	25
2.10. Hemşireler Arası İşbirliği ve Tıbbi Hatalar.....	27
3. GEREKÇE ve YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Amacı.....	29
3.2. Araştırmanın Tipi.....	29
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	29
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	30
3.5. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması ve Verilerin Toplanması.....	30
3.5.1. Kişisel Veri Formu	30
3.5.2. Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği.....	30
3.5.3. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	31
3.6. Verilerin Değerlendirilme Yöntemi	32
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	33
4. BULGULAR	34
4.1. Hemşirelerin Kişisel Verilerine Ait Bulgular.....	34
4.2. Hemşirelerin Tıbbi Hata ile Karşılaşma Durumları ve Sonuçlarına İlişkin Bulgular	35
4.3. Hemşire- Hemşire İşbirliği ve Tıbbi Hatalarına İlişkin Bulgular.....	36
4.4. Kişisel Verilere göre Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular	38
4.4.1. Problem çözme alt boyutuyla ilgili bulgular	41
4.4.2. İletişim alt boyutuyla ilgili bulgular	41
4.4.3. Süreç paylaşımı alt boyutuyla ilgili bulgular	42
4.4.4. Koordinasyon alt boyutuyla ilgili bulgular	43
4.4.5. Profesyonellik alt boyutuyla ilgili bulgular	44
4.4.6. Genel işbirliği puanıyla ilgili bulgular	44
4.5. Kişisel Verilere göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutlarıyla İlgili Bulgular	45
4.5.1. İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutuyla ilgili bulgular.....	49

4.5.2. Hastane enfeksiyonları alt boyutuyla ilgili bulgular	49
4.5.3. Hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutuyla ilgili bulgular.....	49
4.5.4. Düşmeler alt boyutuyla ilgili bulgular	50
4.5.5. İletişim alt boyutuyla ilgili bulgular	50
4.5.6. Genel tıbbi hata eğilim puanıyla ilgili bulgular	50
4.6. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İlişkisine Ait Bulgular.....	51
4.7. Hemşireler Arası İşbirliğinin Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimi Etkisine Ait Bulgular	53
5. TARTIŞMA.....	54
5.1. Hemşire- Hemşire İşbirliği ve Tıbbi Hatalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	54
5.2. Hemşireler Arası İşbirliği ve Kişisel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması	56
5.3. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimi ve Kişisel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması	60
5.4. Hemşireler Arası İşbirliği Ölçeği ve Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması.....	64
5.5. Hemşireler Arası İşbirliğinin Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimine Etkisinin Tartışılması	68
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	69
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler	70
7. KAYNAKLAR.....	71
8. EKLER	84
Ek-1.Etik Kurul İzni	84
Ek-2. Kişisel Veri Formu	85
Ek-3. Hemşire - Hemşire İş Birliği Ölçeği.....	86
Ek-4. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği.....	87
Ek-5. Kurum İzni.....	89
Ek-6. Ölçek İzni (Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği).....	90
9. ÖZGEÇMİŞ	91

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler	32
Tablo 2. Verilerin normallik dağılım analizleri (n=270)	32
Tablo 3. Hemşirelerin kişisel verileri (n=270).....	34
Tablo 4. Tıbbi hata ile karşılaşan hemşirelerin tutumu (n=116).....	35
Tablo 5. Hemşirelerin karşılaştıkları tıbbi hataların sonucu (n=116).....	36
Tablo 6. Katılımcıların Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Hemşire - Hemşire İşbirliği Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=270).....	36
Tablo 7. Kişisel verilere göre Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması	38
Tablo 8. Kişisel verilere göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 9. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puanları ile Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	51
Tablo 10. Hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerindeki etkisinin incelenmesi	53

KISALTMALAR DİZİNİ

AACN	:Amerikan Kritik Bakım Hemşireleri Derneği
ANA	:Amerikan Hemşireler Birliği
GRS	:Güvenlik Raporlama Sistemi
GTHEÖ	:Genel Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği
HSS	:Hata Sınıflandırma Sistemleri
ICN	:Uluslararası Arası Hemşireler Birliği
IOM	:AmerikaTıp Enstitüsü
JCI	:Uluslararası Ortak Komisyon
NPSF	:Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
Ort	:Ortalama
Ss	:Standart Sapma
Min	.Minimum
Max	:Maksimum

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve araştırmam süresince, sabır ve her daim desteğini sunan, bilgi ve tecrübesi sayesinde çok şey öğrenme fırsatı bulduğum çok değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÇELİK DURMUŞ'a sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Tez çalışmama katkı saylayan değerli jüri üyelerim Dr. Öğr. Üyesi Bilgen ÖZLÜK ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENER TAPLAK, verilerin istatistiksel analizinde yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK hocalarıma şükran ve saygılarımı sunarım.

Araştırmanın yapıldığı hastanedeki bütün hemşirelere, düşünce ve katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Araştırmam süresince emeklerini esirgemeyip bana destek olan annem, babam, ablam ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu araştırma ile hastalara daha güvenli ve kaliteli bir bakım sunabilmek için hemşireler arası işbirliğini geliştirerek, hemşirelerin tıbbi hata oranlarının azaltılmasını temenni ederim.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problem Tanımı

Günümüzde birçok alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da yenilikler ve değişimler tüm hızıyla devam etmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri sunan kurumlarda, yeniliklerin takip edilmesi ve hasta bakımı için kalitenin yükseltilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmeti sunan kurumların başında yer alan hastanelerde tüm personelin bu değişimden etkilenmesinin yanı sıra, hasta ile en fazla zaman geçiren hemşirelerin, hasta bakımında meydana gelen değişimleri de kaçınılmazdır. Hemşirelerin, hastaların bakım kalitesinin yükselmesinde doğrudan etkisi olan kişiler olduğu belirtilmektedir (Aydemir Gedük, 2018; Rice, Kotti, ve Beninati, 2008; S. Swickard, W. Swickard, Reimer, Lindell, ve Winkelman, 2014). Hemşirelerin bakımdaki rol ve sorumlulukları da sağlık hizmetlerindeki değişim ve gelişimle doğru orantılı olarak artmaktadır. Bu değişimler sırasında hemşirelerin rollerine koordinasyon, ekip çalışması, iletişim, işbirlikçi yaklaşım, profesyonellik, etkin problem çözme becerisi ve karar vermedeki bağımsızlık gibi birçok yeni kavram etki etmektedir (Dougherty ve Larson, 2010; Yeager, 2005). Bu yeni rollerden biri olan işbirliği kavramı, karar verme ve iletişimi sağlayan, otorite ve güç paylaşımı üzerine temellendirilmiş birlikte çalışma eylemi olarak belirtilmektedir (Henneman, Lee, ve Cohen, 1995). Hemşireler arası işbirliği ise hasta bakımında etkileşimde bulunan, koordineli süreç olarak ifade edilmektedir (Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018).

Hemşireler kendi aralarında işbirliği sağlayarak, tıbbi hataları azaltabilir ya da önleyebilir (Avcı ve Aktan, 2015; Henneman ve ark., 1995), iletişimi aktif ve doğru şekilde kullanabilir (B. Lemetti, R. Lemetti, Stolt, Rickard, ve Suhonen, 2015), hızlı ve doğru kararlar verebilir, uyumlu çalışabilir ve tüm bunlar sırasında profesyonel becerilerini de sergileyebilir (Ekici, 2013). Bu becerilerden yoksun, dikkatsiz ve ihmal davranış sergileyen hemşireler, tıbbi hatalara ortam hazırlamaktadır. Hemşirelerin bu alanlarda kendilerini geliştirip hasta bakım kalitesini artırması gerekmektedir (Aydemir Gedük, 2018; Henneman ve ark., 1995).

Amerika'daki Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine [IOM], 1999) tıbbi hata kavramını, 'planlanmış bir eylemin amacına uygun şekilde tamamlanamaması veya

amaca ulaşırken yanlış plan kullanılması' olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2005a; IOM, 1999). Sağlık ekibi içinde hasta bakımı rolünü üstlenen hemşireler (Lemetti ve ark., 2015) arasındaki işbirliği, iletişim ve etkin karar vermenin tıbbi hataları önleyerek, hasta güvenliğini arttırdığı belirtilmektedir (AACN, 2005; Pronovost ve ark., 2003). Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International [JCI]) 2018 verilerinde, 2005-2017 arasında istenmeyen olayların %52 oranında ölüme sonuçlandığı saptanmıştır (JCI, 2018). Hemşireler arası işbirliğinin alt parametreleri olarak kabul edilen etkin iletişim ve koordinasyonun ise, ölüm oranlarını ciddi oranda azalttığı belirtilmektedir (Dougherty ve Larson, 2005; Knaus, Draper, Wagner, ve Zimmerman, 1986). Öncelikle hataları önlemek için hataların kabulü, hataların belirlenmesi, güvenli olmayan koşulların üzerinde durulması ve hata raporlama stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Wolf ve Hughes, 2008). Bu süreçte, tüm çalışanlarla etkileşime giren ve işbirliğinden sorumlu olan kişiler hemşireler olarak görülmektedir ve hemşireler arası işbirliği ile tıbbi hata oranlarının azaltılmasında, hayati rol aldıkları belirtilmektedir (Apker, Propp, Ford, ve Hofmeister, 2006).

Dünya literatürü incelendiğinde ilk olarak Dougherty ve Larson (2010) hemşire-hemşire işbirliği kavramını; problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon ve profesyonellik olmak üzere beş bölüme ayırmıştır. Ülkemizde ise bu konuda yapılan ilk çalışma 'Türkiye'de Hemşireler Arası İşbirliği Düzeyi'dir (Çelik Durmuş, Ekici, ve Yıldırım 2018). Hemşirelerde tıbbi hata konusu ile ilgili ilk çalışma ise, Özata ve Altuncan (2010) tarafından geliştirilmiş, 'Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizinin Yapılması'dır. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimi alt parametrelerinin ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim olduğu belirtilmektedir (Özata ve Altuncan, 2010). Sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliğinin odak noktası hastanın zarar görmemesidir. Hasta güvenliğinin temel göstergesi ise tıbbi hatalardır. Hasta güvenliğini sağlarken hemşireler arası işbirliğinin, tıbbi hata oranlarına pozitif yansıtacağı ifade edilmektedir (AACN, 2005; Dougherty ve Larson, 2010; ICN, 2018). İşbirliği alt boyutlarından olan iletişim, süreç paylaşımı, problem çözme, koordinasyon ve profesyonelliğin dolaylı yollardan hasta bakım sonuçlarına olumlu yansıdığı, hasta güvenliğini etkilediği belirtilmiş ancak dünya literatüründe bu konuyla ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmadığından (Abaan ve

Altıntoprak 2005; Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2016; Dougherty ve Larson 2010; Işık Andsoy, Kar, ve Öztürk, 2014; Özata, 2013) bu araştırmada hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata eğilimi üzerindeki etkisi incelenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemşireler arası işbirliğinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik Kavramı

Hemşirelik kavramı; 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun (2007) 4. Maddesinde "Hemşire, tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimlerini karşılayabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeldir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar." şeklinde tanımlanmaktadır (Resmi Gazete, 2007).

Günümüzde hemşireliğin, her yaştan, aileden, gruptan ve toplumdan hasta veya sağlıklı bireylerin özerk ve işbirlikçi bakımını kapsadığı belirtilmektedir. Uluslararası Arası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses [ICN], 2002) hemşirelik tanımı 'Hastalıkların önlenmesi aynı zamanda hasta, engelli ve ölmekte olan kişilerin bakımını içerir.' şeklinde ifade edilmektedir (ICN, 2002). Amerikan Hemşireler Birliği'nin (American Nurses Association [ANA], 1965) en kapsamlı tanımında ise 'Hemşirelik yardım sunan bir meslek olup, bu hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunur. Hemşireliğin, hizmet alan bireyler için yaşamsal bir önemi vardır: Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir.' şeklinde belirtilmektedir. Hemşireliğin meslek haline gelmesinde, Florence Nightingale öncülük etmiştir. Florence Nightingale 1854'de Kırım Savaşı esnasında 38 hemşire ile savaştaki askerlerin tedavisi için Kırım'a giderek, burada koordineli ve disiplinli çalışarak temizlik, sanitasyon ve beslenme alanında değişimler yaparak hemşirelik bakımının, ölüm oranlarını azaltabileceğini ilk kez göstermiştir (Biol, 2009; Kavuncubaşı, 2013).

2.2. İşbirliği Kavramı

İngilizcede 'işbirliği' anlamına gelen 'collaboration' kelimesi, Latince 'birlikte' anlamındaki 'col' ve 'iş' anlamındaki 'laborare' kelimelerinin bir araya gelmesi ile oluşmuştur. İşbirliği, karar verme ve iletişimi sağlayan, otorite ve güç paylaşımı üzerine

temellendirilmiş birlikte çalışma eylemi olarak belirtilmektedir (Dougherty ve Larson, 2005; Henneman ve ark., 1995). Hemşirelikte işbirliği ise farklı alanlardaki sağlık personellerinin hasta bakımında ortak bir hedef geliştirip, bu aşamada birbirleri ile etkileşimde buldukları koordineli bir süreç olarak ifade edilmektedir (Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018). İşbirliği, sık sık ortak hedefler ve anlaşmayla birleştirilmiş bir bağ, ekip çalışması, birlik, koordinasyon veya ortaklık ile eşit anlamda kullanılabilir (Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018; Henneman ve ark., 1995). İşbirliği karmaşık bir süreç olduğu için, bireyler arasında bağlılık, güven ve saygı önemlidir (Henneman ve ark., 1995).

İşbirliğinde sıkça söz edilen ekip çalışması ve koordinasyon kavramlarının tanımı ise şu şekildedir;

Ekip çalışması: *Çalışanların belli bir amaç çerçevesinde daha güçlü davranması ve iş sürecindeki yöntemlerini sürekli geliştirmek için birlikte hareket etmeleridir.* Olaylar karşısında birlikte hareket etmenin, çalışma sırasında daha verimli ve etkin sonuçlar vereceği ifade edilmektedir (Çelik ve Karaca, 2017; Topçu, Şen, ve Ak Özcan, 2013).

Koordinasyon: *Çalışan motivasyonunun yüksek tutularak belirlenen hedeflerin, planlı bir şekilde uygulanması sürecidir* (Ekici, 2013).

Finlandiya’da bir üniversite hastanesinde yetkinlik ölçmek için, hemşireler ve hemşire yöneticileriyle yapılan bir çalışmada işbirliği, ekip çalışması ve koordinasyon hemşireliğin yeterliliği olarak gösterilmiştir (Meretoja, Eriksson, ve Leino-Kilpi, 2002). İşbirliği hemşirelik için önemli bir kavramdır ve kötü sonuçların oluşumunu önlemede merkezi bir rol oynadığı ifade edilmektedir (Henneman ve ark., 1995). Sağlık kurumlarındaki pozitif işbirliğinin, hasta bakımı ve bakım sonuçlarını pozitif yönde etkilediği gibi, hataların en aza indirilmesinde de yerinin önemli olduğu belirtilmektedir (Dougherty ve Larson, 2005). Amerikan Kritik Bakım Hemşireleri Derneği (American Association of Critical Care Nurses [AACN], 2005) pozitif bir işbirliği için; bireylerin birbirine saygılı olmasının yanı sıra ortak hedefler geliştirmesinin, işbirliği hakkında eğitim programlarına katılıp işbirliği kültürünü oluşturmasının, işbirliği hakkındaki bilgi ve becerilerinin geliştirilmesinin gerekli olduğunu belirtmektedir.

2.3. Hemşire - Hemşire İşbirliği

AACN'in her uygulama standardında öncelikli olarak vurguladığı, işbirliği içinde çalışan bireylerin ve grupların olmasıdır (AACN, 2005). Hasta bakım sürecinde önemli bir yere sahip olan hemşireler, hastalara bütüncül ve güvenli bakım sağlayan ekibin bir parçası olarak görülmektedir (Rice ve ark., 2008; Swickard ve ark., 2014). Hemşireler bakım süresince bütün çalışanlarla etkileşime giren ve bakım süreci boyunca oluşan işbirliğinden de sorumlu olan kişiler olarak görülmektedir (Apker ve ark., 2006). Bakımdaki işbirliği süreci ise birbiri arasında hiyerarşik bir ilişki olmayan ortak çalışanlarda, müşterek katılım, ortak iletişim ve karar verme, her profesyonelin kendi özelliklerine saygı duyduğu, hastalar için sağlıklı bir yaşam hedefi sunan bir süreç olarak ifade edilmektedir (Dougherty ve Larson, 2010; Henneman ve ark., 1995). Bu süreçte hemşireler arasındaki işbirliği, olayların yönetilmesinde, yetkili hemşirelik uygulamasının en önemli göstergelerinden biridir (Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018; Meretoja ve ark., 2002). Hemşirelerin bakım esnasında, diğer çalışanlar ile olduğu gibi birbirleri arasındaki etkileşimlerinde de profesyonelliği sağlamalarının, hasta sonuçlarını iyileştirmek açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Apker ve ark., 2006; Meretoja ve ark., 2002).

Hemşireler arasındaki işbirliği sağlanırken, bilgi alış verişinin doğru yapılması için hemşirelerin profesyonel davranmaları gerekmektedir (Apker ve ark., 2006). Hemşirelerde profesyonellik davranışının, iş doyumunu artıracakları böylece hemşirelerin motivasyonu yüksek bir çalışma sergileyecekleri belirtilmektedir (Çelik, 2010). Bakımda profesyonel davranış gösteren hemşirelerin tam bir beraberlik içerisinde, ekip çalışması ile hasta sonuçlarının iyileşmesine katkı sağlayacağı ifade edilmektedir (Apker ve ark., 2006). Ekip çalışmaları, genellikle kurum yapısı demokratik olan hastanelerde desteklenip, tüm çalışanların görüşlerinin alınması ile kuruma bağlılık ve birliktelik duygusunu artırmakla oluşmaktadır. Bu sayede çalışanlar arasında iletişim ve işbirliğinde süreklilik oluşacaktır (Seren ve Baykal, 2007). Kurumlarda ekip kültürünün tam yerleşmemiş olması sebebiyle memnuniyetsiz çalışma artabilir, memnuniyetsiz çalışan hemşirelerin, kişisel çıkarlarını ön planda tutması nedeniyle hemşirelerde iletişim kopukluğu oluşup, işbirliğini ve "biz duygusu"nu terk etmelerine yol açabilmektedir (Gemlik, Manioğlu, ve Çatar, 2015).

Etkin bir ekip çalışması gerektiren işbirliğinde, iletişimin ve çalışma koşullarının da iyi olması gerekmektedir. Çalışma koşulları kötü olan ekiplerde genellikle iletişim ve işbirliği seviyesinin düşük, stres düzeyinin ise yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Önler, Kocadaş, ve Kılıç, 2016). Çalışma ortamının iyi olarak algılanması ise hemşirelerde tükenmişliği azaltıp iş doyumunu artırarak, ilişkilerini de olumlu hale getireceği ifade edilmektedir (Tan, Polat, ve Akgün Şahin, 2012).

İyi bir işbirliği aynı zamanda iyi etkileşim ve iyi bir iletişim gerektirmektedir (Kirsebom, Wadensten, ve Hadström, 2013). Koşullar ne kadar iyi olursa hemşirelerin meslektaşları ile ilişkileri o kadar olumlu yönde ilerleyecek ve işbirliğine o kadar fazla yönelim gösterecekleri ifade edilmektedir (Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018). Ancak günümüzde sağlık işlerindeki aciliyet, yoğunluk, stres, uzun çalışma saatleri, fazla sayıda hasta bakımı gibi sebepler çalışanlarda çatışmalara yol açabilmektedir. Bu çatışmaları gidermek içinde yine iyi bir ekip çalışmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir (Tan, vd., 2012; Taylan ve Alan, 2012). İş yerinde çatışmaların varlığında çalışanların işbirliğini terk edebilecekleri, iş performanslarının düşeceği ve hatalara eğilimde artmalar meydana geleceği düşünülmektedir. Dolayısıyla çatışmalara erken dönemde çözümler bulunması önem arz etmektedir (Farrell, 1997). Çözüm bulunamayan çatışmaların bireyler arasında işbirliği ve iletişimi engelleyerek ciddi sorunlara neden olacağı belirtilmektedir (Tan vd., 2012).

Yapılan araştırmalara bakıldığında hemşirelerin işbirliğini etkileyen etmenlerin arasında yoğun çalışma saatleri, çalıştıkları birim, çalışma deneyimleri, iletişim seviyeleri, eğitim düzeyleri gibi faktörler yer almaktadır (Çelik Durmuş vd., 2018; Nadzam, 2009; Tan vd., 2012). Hemşirelere vardiya sonunda işlerini bitirmek için yeterli zaman olup olmadığı sorulduğunda; sayıları, yoğun iş yükleri ve yeterli zamanları olmadığı için birçok işi eksik bıraktıkları belirtilmektedir (Aiken, Sloane, Bruyneel, Heede, ve Sermeus, 2013). Hemşirelerin, az sayıdaki hasta bakımında daha etkin oldukları, hasta sayısı arttıkça aralarındaki iletişimin de azaldığı belirtilmektedir (Tan vd., 2012). Hemşire başına düşen hasta sayısının az olduğu küçük birimlerde (yoğun bakım, diyaliz vb), genellikle deneyimli ve uzmanlaşmış hemşirelerin varlığı ve çalışanlar arasında yakınlık, bu birimlerde işbirliğini kolaylaştıran faktörler arasında sayılmaktadır (Knaus ve ark., 1986). Deneyimsiz ve eğitimsiz çalışanların ise, hemşire ziyaretleri esnasında hangi bilgilerin iletilmesi gerektiğini tam olarak bilmemesi gibi bazı

iletişim hataları nedeniyle, hemşire işbirliğinde problem oluşturdukları varsayılmaktadır. Hemşirelerde deneyimle beraber, yaştaki artış ile de mesleki ilişkilerinin arttığı ve işbirliğine yöneldikleri düşünülmektedir (Nadzam, 2009; Tan vd., 2012). Hemşirelerin arasındaki ilişkide, eğitim düzeyindeki artış ve iş deneyimlerinin fazla olması, işbirliğini olumlu yönde en fazla etkileyen etmenlerden biri olduğu ve hasta sonuçlarına pozitif yansıdığı belirtilmektedir (Çelik Durmuş vd., 2018). Bu bağlamda ekipte kalifiye hemşirelerin bulunmaması da işbirliğini azaltan niteliklerden biri olarak değerlendirilmektedir (Gillespie, Chaboyer, Longbottom, ve Wallis, 2010; Lemetti ve ark., 2015).

Yapılan çalışmalara bakıldığında; işbirliği, problem çözme ve üretkenliğin aynı düzeyde çalışan ekip üyeleri arasında daha iyi olduğu, hasta sonuçlarına da daha olumlu yansıdığı belirtilmektedir (Abaan ve Altıntoprak, 2005; McCallin, 2001). Hiyerarşik olan ekiplerde alt statüdekilerin yetkin karar verme gibi konularda pasif rol aldıkları vurgulanmaktadır (McCallin, 2001). Aiken ve ark.,'nın (2013) yapmış oldukları bir araştırmada ise hemşirelerin birbirleriyle takım çalışmasının daha etkin olduğu belirtilmektedir. Bunun ışığında hemşirelerde işbirliğinin, hasta sonuçları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ve aynı zamanda etkin kullanılması gereken bir davranış olduğu belirtilmektedir (AACN 2005; Lemetti ve ark., 2015).

2.4. Hemşire- Hemşire İşbirliği Kapsamı

Dougherty ve Larson (2010) hemşire-hemşire işbirliğini;

- Problem çözme,
- İletişim,
- Süreç paylaşımı,
- Koordinasyon
- Profesyonellik olmak üzere beş alt başlık altında toplamıştır.

2.4.1. Problem çözme

Problem, *bir amaca ulaşırken bizi engelleyen etmenlerin tümü* olarak tanımlanmaktadır. Bireysel, toplumsal veya kurumsal olarak çoğu zaman birçok problem ortaya çıkar ve bu durumlarda problemin algılanışı, probleme yaklaşım ve

çözüm bulma çabasının hayati önem taşıdığı vurgulanmaktadır (Yaman, 2014). Hasta güvenliğini artırmak ve sağlık hizmetlerindeki kaliteyi iyileştirmek için ise problem; tahmin edilebilir, ortaya çıkması önlenemez ve gerçek nedenin anlaşılıp tekrar oluşumunun engellenebilir olması gerekmektedir (Avcı ve Aktan, 2015). Bu sebeple sağlık gereksinimlerini karşılamakla yükümlü olan hemşirelerin, problem çözme becerilerinin geliştirilmesiyle, sağlıkta yaşam kalitesi düzeyinin artacağı belirtilmektedir. Bu aşamada ilk olarak, kendi öz değerlendirmeleri ile diğer profesyoneller ile işbirliği halinde kendilerinden ne beklendiğine yönelik çözümleri belirlemeleri gerekmektedir (Abaan ve Altıntoprak, 2005).

Problem çözerken öncelikle, problem çözme aşamasını takip etmek gerekmektedir. Bu aşamalar; problemin tanımlanması, veri toplanması, uygulanması ve değerlendirilmesi şeklinde basamaklara ayrılmaktadır. Problem çözme aşamaları, hemşirelik bakım sürecinde yer alan verileri toplama, tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamasına benzerlik gösterip, hemşireler için sık başvurulan bir çalışma şekli olduğu için etkin kullanılabilir nitelikte olduğu belirtilmektedir (Biol, 2009; Yaman, 2014). Her ne kadar sık kullanılan bir plan süreci olsa da, bütün hemşirelerin problemi çözümlerken, problem hakkındaki bilgi ve becerilerini de bu sürece yansıtmaları beklenmektedir. Problem çözmenin ilk aşaması olan problemin tanımlanma aşaması büyük önem arz etmekle beraber bu aşamada deneyimli kişilerden faydalanmanın, onlar ile işbirliği yapmanın çözüme daha kolay götüreceği ve zamandan tasarruf ettireceği ifade edilmektedir (Yaman, 2014). Problem çözme konusunda bunlara ek olarak hemşirelerin problem çözerken işbirliğine yaklaşımları, eğitim düzeyleri, güven vermeleri, problemin üzerine gitmeleri gibi davranışlarının da hasta bakımını olumlu etkilediği belirtilmektedir (Abaan ve Altıntoprak, 2005).

Abaan ve Altıntoprak (2005) yaptıkları bir araştırmada hemşirelerin problem aşamasında kullandığı yeteneklerinden etkin karar vermesinin ve işbirliği içinde olmasının, sonuca ulaşmada olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir. Problem çözerken karşıdaki ile yapılan işbirliği, ortak ve doğru görüşe varılmasını sağlayarak işleri kolaylaştırmaktadır. Bu bağlamda çözüme ulaşmak için en sağlıklı seçenekler belirlendikten sonra uygulanması sürecinde de işbirliğine devam ederek, hızlı bir şekilde sonuca ulaşım sağlanması gerekmektedir (İnal ve Akgün, 2003; Yaman, 2014). Hemşirelerin problem çözme sürecindeki bu etkin işbirliği davranışlarının, hasta bakım

kalitesini yükselterek, hasta güvenliğini desteklediği belirtilmektedir (Titzer, Swenty, ve Hoehn, 2011).

2.4.2. İletişim

İletişim; *insanların inanç, tutum, her türlü duygu ve düşüncesini sözlü, yazılı ve sözsüz olarak iletmesi* olarak tanımlanmaktadır. İletişimin; bilgi akışı, karar alma, motivasyon, bölüm içi bütünleşme, işbirliği ve koordinasyonun sağlanması amacıyla gerçekleştiği ifade edilmektedir (Ekici, 2013). Bu bağlamda bireylerin, bütün güçlerini bir araya getirerek, işbirliği içerisinde belli amaç doğrultusunda ilerlemelerinde iletişimin yeri büyüktür (Timuroğlu ve Balkaya, 2016). İletişim, her bireyin yaşamında önemli bir yere sahip olmakla beraber, her alanda kullanılan temel etkileşim faktörlerinden biri olarak nitelendirilmektedir (Biol, 2009). Her alanda olduğu gibi insanların çok yoğun olduğu sağlık alanında da iletişimin önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir. Sağlık alanında hasta ile en fazla etkileşime giren hemşireler, mesleğini icra ederken sadece hasta ve yakını ile değil kendi meslektaşları ile de sürekli iletişim halindedir. İletişimin hemşireler arasındaki bağları kuvvetlendirerek, hasta bakım sürecine pozitif katkılar sağladığı belirtilmektedir (Taylan ve Alan, 2012; Üstün, 2005). Bu bağlamda iletişimin hemşireler arasındaki işbirliğini kuvvetlendirdiği, hızlı, güvenli ve daha az stresli bir çalışma ortamı sunduğu belirtilmektedir (Başol, 2018; Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018). Hemşirelerdeki yanlış iletişimin ise hastalarda tıbbi hataya yol açması sebebiyle, iletişimin öneminin herkes tarafından anlaşılmış olması gerekmektedir. İletişimin tam anlamı ile anlaşılması, güvenli ve yüksek kalitede bir hasta bakımı sunma esnasında büyük önem arz etmektedir (Lemetti ve ark., 2015; Leonard, Graham, ve Bonacum, 2004).

Çalışanlar arasındaki etkili iletişim ile, işbirliği içerisinde tam bir ekip çalışması yapılabileceği ve uygun zamanda gerekli bilgi paylaşımının oluşacağı belirtilmektedir (Kumcağız, Yılmaz, Balcı Çelik, ve Aydın Avcı, 2011; Nadzam, 2009). Ekipteki bu iletişim, belirlenen hedefte başarıya ulaşmak için ekibin bütün üyelerinin bilgi, beceri ve deneyimlerini birbirine aktardığı süreç olarak belirtilmektedir. Bu bağlamda iletişim bir ekip işi olup, hemşirelerin çalışırken bu ruh ile çalışması gerektiği ifade edilmektedir. Ekip ruhu ile artan, iletişim ve işbirliği sayesinde hemşirelerin bakım kalitesinde daha yüksek performans sergilediği belirtilmiştir (Gillespie ve ark., 2010; Pehlivan, Lafçı,

Demiray, ve Yaman, 2015; Timuroğlu ve Balkaya, 2016).

2.4.3. Süreç paylaşımı

Karar verme, *amaca ulaşılacak yollar arasında seçim ve tercihlerin yapıldığı bir süreç* olarak tanımlanmaktadır (Eren, 2016). Karar verme süreci problemlerin çözülmesinde en önemli aşama olarak belirtilmektedir. Problemin sonucunu etkileyen önemli bir aşama olduğu için, en iyi çözüm şekli olarak da ifade edilmektedir (Yaman, 2014). Problem sürecinde hedefler belirlenip ne yapılması gerektiği tam olarak açıklığa kavuşturulursa, karar verme aşamasının da daha etkin bir süreçte tamamlanacağı belirtilmektedir. Karar aşamasında, tek başına karar almak her zaman doğru olmayıp, işbirliği içerisinde olmak daha güvenilir ve hızlı bir süreç oluşturacaktır. Birçok problemi içinde barındıran, karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık kurumlarında ise insan hayatı tehlikeye girebileceği için karar verme aşamasının daha hızlı ve etkin olması gerekmektedir. Karar veren kişilerin bilgi, tecrübe, yetenek ve duygularının da kararın değerlendirilmesinde, yorumlanmasında ve etkinliğinde önemli yere sahip olduğu ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde, hasta ile en fazla vakit geçiren, sürekli yanında bulunan, bakımından sorumlu olan hemşirelerin ise, karar sürecini yönetmede daha etkin olacakları belirtilmektedir (Eren, 2016; Yaman, 2014). Bu bağlamda hasta bakımındaki profesyonel uygulamaları, özerklik, yüksek otonomi ve karar verme yetilerinin yüksek olması sebebiyle, hastalarda olumsuz olay oranını da azaltacağı için, süreç değerlendirmesini hemşirelerin yapmalarının gerekli olduğu ifade edilmektedir (Ritter-Teitel, 2001; N. Kaya, Aştı, Acaroğlu, H. Kaya, ve Şendir, 2006).

Otonomi; *çalışanların işlerini nasıl yaptıkları, neyi ne zaman yapacakları bir işi yapmak için karar verme sürecinde ne kadar bağımsız oldukları* olarak tanımlanmaktadır. Otonominin vermiş olduğu pozitif yöndeki sorumluluk yükünün ise çalışanlardaki motivasyonu artırarak daha kuvvetli bir bağlılık duygusu ortaya çıkardığı belirtilmektedir (Çetin, Arslan, ve Dinç, 2015; Ekici, 2013). Otonomi düzeyi yüksek olan hemşirelerin karar verme sürecinde mesleki bağlılığı yüksek olacağı için, yeterli ve doğru bilgiye ulaşırken daha fazla iletişim, ekip çalışması ve işbirliği içerisinde olacağı belirtilmektedir (Karadağ, Işık, Cankul, ve Abuhanoğlu, 2015; Kaya vd., 2006; Ritter-Teitel, 2001). Yaşamlarında danışabilecekleri birileri olan hemşirelerin, otonomi düzeylerinin yüksek olduğu, mesleki yaşamında da bu özelliğini sürdürüp işbirliğine

yöneldiği ifade edilmektedir (Kaya vd., 2006).

Hemşirelerin çalışma koşulları (yoğun iş yükü, sayı yetersizliği, hasta sayısının fazla olması vs) yeterince iyi olmadığı için stres altında çalışmalarının, çatışmalara yol açtığı belirtilmektedir. Çatışma, bireylerin veya grupların görüş ayrılığına düşmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Görüş ayrılığına düşen çalışanların çatışmalar sonucu çoğunlukla çelişkiye düştükleri ve etkin karar veremedikleri ifade edilmektedir (Aiken ve ark., 2013; Eren, 2016). Yapılan bir çalışma da hemşirelerin karar verme yetisinde eksiklikler olduğu belirtilmiştir (Aiken ve ark., 2013). Hemşirelerin karar verme yetisindeki eksiklikte en büyük etkenin, çatışmalar sebebiyle karar sürecinde çelişkiye düşmeleri olduğu ifade edilmektedir. Çelişkilerin sebebinin ise genel olarak yeterli bilgiye sahip olmamaktan kaynaklı olduğu belirtilir. Bireyleri çatışmalardan uzak tutup etkin karar vermelerini sağlamak için bilgisizliği giderip, işbirliğine yönlendirmek gerekmektedir. Çatışmayı önleyebilecek sabırlı, anlayışlı ve daha önceden bu konularda tecrübe edinmiş kişilerin olmasının da karar sürecinde faydalı olacağı ifade edilmektedir (Eren, 2016; Topçu vd., 2013).

2.4.4. Koordinasyon

Koordinasyon, *belli bir hedef doğrultusunda ekipteki tüm bireylerin ve tüm birimlerin, birbirleri arasında işbirliği yaparak ortak çalışması hareketi* olarak ifade edilmektedir (Tortop, İşbir, Aykaç, Yayman, ve Özer, 2007). Sağlık hizmetinde koordinasyon ise belirlenen amaçlara ulaşmak için çalışanların motive edilerek planların uygulanmasını sağlama süreci olarak belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin verildiği başlıca yerler olan hastanelerin gün geçtikçe daha karmaşık bir yapı haline geldiği, çalışanların ve hastaların isteklerinin sürekli değiştiği bilinmektedir. Bu değişim, hastane çalışanlardaki koordinasyon ve iletişimin artırılması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Hastane çalışanların çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin ise hem sayıca fazla olmaları hem de yetkinlikleri sebebi ile iletişim ve koordinasyonda daha ön planda olmaları gerektiği ifade edilmektedir. Koordinasyon aşamasında, hemşirelerin birbirleri ile sürekli işbirliği içerisinde olması ve ekip olarak bir bütün halinde planlı bir şekilde hareket etmeleri beklenmektedir. Hemşirenin birincil görevi olan hasta bakımında en iyi sürecin sağlanması için, koordinasyon konusunda kendilerini sürekli geliştirmeleri gerektiği önemle vurgulanan konular arasındadır (Ekici, 2013; Aydemir Gedük, 2018;

<http://www.turgutgoksu.com>).

Koordinasyonun hastanedeki amacı tüm amaçlarında olduğu gibi, hastaya kaliteli ve güvenli bir hizmet vermek, olarak ifade edilmektedir. Koordinasyon sürecinde temel bir işlevi olan ekip yaklaşımı için, hastanenin öncelikle ekip anlayışı ile personel arasında uyum sağlaması gerekmektedir. Bu süreç personelin faaliyetlerinin düzenlendiği ve hastane ile bütünleşmesini sağlayan bir süreç şeklinde de ifade edilmektedir. Kurum ile bütünleşen personelin, kuruma bağlılığı ve verimliliğinin arttığı belirtilmektedir. Koordinasyonda uyum, iletişim, işbirliği ve teşvik etmenleri temel bir yapı taşı görevi oluşturmaktadır. Hastanelerdeki birim üyelerinde koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması için, ilk olarak iletişimin açık ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Bu bağlamda birim üyelerinin kendi içerisinde ve diğer birimdekilerle koordineli çalışabilmesi için önce iletişim aşamasını tam anlamıyla planlaması gerekliliği ifade edilmektedir (Ekici, 2013; <http://www.turgutgoksu.com>)

Koordinasyon, iletişimdeki bilgi akışı ve işbirliğinin bir ürünü olarak kabul edilmektedir. Koordinasyon sağlamada en önemli noktaların ekip, iletişim ve koordinasyondan sorumlu kişiler olduğu belirtilmektedir (Eren, 2016). Bu bağlamda iletişim seviyesi yüksek, işbirlikçi bir meslek olması sebebi ile hasta bakımından, dolayısıyla koordinasyondan sorumlu kişi olan hemşireler, koordineli bir çalışma planlaması gereken kişi olarak ifade edilmektedir (Aydemir Gedük, 2018). İşbirliği içerisinde tam bir koordinasyon oluşturulmasında, uyum ve ekip kültürünün yanı sıra sosyal kültürel değerler de dikkate alınarak tam bir birlik ve beraberlik sağlanması gerekmektedir. Böylece ekiptekiler arasındaki koordinasyon ve anlayış sağlanıp işlerin yürütmesinin daha kolay olacağı ifade edilmektedir (Eren, 2016).

2.4.5. Profesyonellik

Profesyonellik; meslek ve meslekleşme kavramlarıyla eş değer olarak kullanılmaktadır. Profesyonellik ‘Bir alanda gösterilen uzmanlık, bilgi, beceri ve davranış biçimidir.’ şeklinde de tanımlanmaktadır (Altıok ve Üstün, 2014).

Profesyonel kişilerin temel hedefinin mesleki amaçları olduğu ve görevlerini mesleğin etik kuralları çerçevesinde gerçekleştirmeleri gerektiği ifade edilmektedir. Profesyonel kişiler için mesleki amacın her zaman kurum amaçlarının önünde tutulması

gerekmektedir (Baltaş, 2013). Geleneksel hemşireliğin, günümüzde sorgulayan, düşünen, inisiyatif kullanan ve bakımda bağımsız rollerini rahatlıkla ortaya koyabilen modern bir hal aldığı belirtilmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin bağımsız rollerini ortaya koyarken profesyonellikten faydalanmaları gerektiği belirtilmektedir (Taylan ve Alan, 2012). Hemşirelerin profesyonel açıdan yaklaşıtlarında mesleki amacı olan hasta bakımında en iyi düzeye ulaşmak için, planlı ve işbirlikçi bir çalışma benimsemesi gerektiği belirtilmektedir. İşbirliği yaparken profesyonel hemşirelerin diğer ekip üyeleri ile başarılı bir bilgi alışverişi yapmaları beklenmektedir (Apker ve ark., 2006).

Hemşirelerin profesyonelleşmesindeki en önemli etken, yüksek otonomiye sahip ve bağımsız karar vermeleri olarak ifade edilmektedir. Koordinasyon, karar verme ve iletişimin hemşireliğin gelişmesinde ve profesyonelleşmesinde yardımcı kaynaklar olduğu belirtilmektedir. Kararları verirken koordineli ve işbirliği içerisinde hareket ederek tam anlamda bir profesyonellik sağlamış olacakları ifade edilmektedir. Profesyonelliği sağlarken hemşirelerde etkin iletişim ve problem çözme becerilerinin de işbirliğine katkı sağladığı bilinmektedir. Bunlara ek olarak yüksek düzeyde eğitim görmüş hemşirelerinde profesyonellelikle, hasta mortalite oranlarını düşüreceği ifade edilmektedir (Aiken ve ark., 2013; Aydemir Gedük, 2018).

Hemşirelerin profesyonel ve akademik alanda daha doğru adımlar atması, kendisini daha iyi ifade etmesi, iyi anlayıp anlaşılması için etkin iletişime ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir. Profesyonel olabilmek için iletişim becerilerinin geliştirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Taylan ve Alan, 2012). Çelik ve Hisar'ın (2012) yaptığı bir araştırmada; hemşirelerin eğitim düzeylerinin profesyonellelikle ilişkili olduğu, hemşirelikte lisans mezunlarının profesyonellelik düzeyinin, lise mezunlarından ve hemşirelik dışındaki lisans mezunlarından yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu araştırmada profesyonelliğin eğitim düzeyi ile ilgili olmasının yanı sıra eğitimin, hemşirelik üzerine olmasının da önemli olduğu vurgulanmaktadır. Yine bu çalışma da profesyonellelik boyutunda hemşirelerden en yüksek puanları süpervizörler, yöneticiler ve 21-25 yıllık çalışanların aldığı belirtilmektedir. Bu durum ise çalışan deneyimin bu süreçler için gerekliliğini ifade etmektedir. Yönetimsel kesimin yüksek profesyonelliğe sahip olması ise iş yüklerinin hafif olması sebebiyle daha çok profesyonelliğe yönelmeleri olarak açıklanmaktadır. Kurumsal olarak hemşirelerin profesyonellelik davranışının ise en fazla özel hastaneler sonra üniversite hastaneleri en son da kamu

hastanelerinde olduğu, bu bağlamda kurum yapısının profesyonelliği etkilediği belirtilmiştir. Yine bu çalışmada yer alan hemşirelerin %95'i; iş doyumunu, saygınlığı ve motivasyonu artıracak için profesyonelliği önemli bulmaktadır. Bunların yanı sıra profesyonelliğin, hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini en aza indirip, tıbbi hataya eğilimlerini de azaltacağı düşünülmektedir (Çelik ve Hisar, 2012).

2.5. Tıbbi Hata Kavramı

IOM (1999) tıbbi hata kavramını, 'planlanmış bir eylemin amacına uygun şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşırken yanlış plan kullanılması' olarak tanımlamaktadır. (IOM, 1999). Çoğu zaman tıbbi hata yerine kullanılan malpraktis kavramı ise, Latince "Male" ve "Praxis" kelimelerinden türemiş olup kötü, hatalı uygulama anlamına gelmektedir. Malpraktis, profesyonel olarak işinin yapan meslek mensubunun uygulama sırasında ortaya çıkan hatalı hareketleri olarak ifade edilmektedir. Tıbbi malpraktis genellikle bir nedene bağlı olup, bunlar insan faktörü, çevresel faktör ve tıbbi cihaz faktörü olabilmektedir. Tıbbi malpraktisten söz edilmesi için sağlık çalışanının kusurlu bir hareketi olmalıdır. Bu kusur kavramı dikkatsizlik, ihmal, beceri ve bilgi eksikliği gibi durumları içermektedir. Bunlar tek başına malpraktis oluşturabildiği gibi bakım işi ekiple olduğu için birçok faktör iç içe de olabilir. (Çelik Durmuş, 2018; Çetin, 2006; IOM,1999; WHO, 2005a).

IOM'un (1999) yayınladığı ilk raporda (To Err is Human); daha düzenli ve gelişmiş bir sağlık sistemi oluşturarak, bireylerin daha tedbirli ve sorumluluklarını üstleneceği bu sistem sayesinde, hataların %50 önlenilebileceği belirtilmiştir. Önlenilebilir bu tıbbi hataların, AIDS ve meme kanseri gibi vakalardan daha fazla ölüme sebep olduğu belirtilmektedir (IOM, 1999). Bu sebepten sağlık hizmetlerindeki tıbbi hatalar, hasta güvenliği ve bakım kalitesinin göstergesi olarak önem taşımaktadır (Çelik Durmuş ve Yıldırım, 2018). Sağlık hizmeti sunanların önceliği hastaya zarar vermemek olmalıdır (Kavuncubaşı, 2013). Genel olarak bakımı sağlayan hemşirelerin, sayısının artırılmasıyla, hastalardaki ölüm oranlarının azaldığı ve hastanede kalış sürelerinin kısaldığı belirtilmektedir (Lang, Hodge, Olson, Romano, ve Kravitz, 2004). Tıbbi hataların oluşumundan meydana gelen maliyet değerinin, tıbbi hataları önlemedeki maliyet değerinden oldukça yüksek olmasının da göz ardı edilmemesi gereken konular arasında olduğu belirtilmektedir (IOM, 1999).

2.6. Tıbbi Hata Nedenleri

Amerika'daki Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation [NPSF], 1997), tıbbi hataların; ihmal ve dikkatsizlik, çok çalışma, yetersiz personel, stres, iletişim eksikliği ve yetersizliği, yetersiz eğitim, insan hatası (yorgunluk, tükenmişlik, isteksizlik vs), tanı ve reçete hataları gibi ana sebeplerden kaynaklandığını belirtmektedir (NPSF, 1997). Tıbbi hataların genel sebebi olan; iş yükünün fazlalığı, personel sayısındaki yetersizlik, görev dışı sorumluluk yüklenmesi, stres ve uzun çalışma saatlerinin ise çalışanlarda, yorgunluğa ve iletişim sorunlarına sebep olduğu belirtilmektedir (Er ve Altuntaş, 2016; Özata ve Altuncan, 2010). Bunların sonucu olarak çalışanların dikkati dağılabilir, verimi düşebilir ve tıbbi hata oranları artabilir (Ekici, 2013).

Sağlık hizmetinde yapılan hatalar kök nedenler olarak üçe ayrılmaktadır:

- İşleme bağlı hatalar (yanlış işlem yapma),
- İhmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama),
- Uygulamaya bağlı hatalardır (doğru işlemi yanlış yapma) (Akalin, 2005).

2.7. Tıbbi Hata Sınıflandırması

Tıbbi hatalar çeşitlerine göre, yanlış tanı ve tedavi, ilaç hataları, tıbbi işlem hataları, yönetsel hatalar, iletişim hataları, araç gereç arızası, yanlış laboratuvar sonuçları gibi kişisel ve kurumsal birçok faktörden oluşabilmektedir (NPSF, 1997). Olumsuz bu olaylar araç-gereç, uygulama, prosedür ve sistemsel tüm kaynaklardan oluşabilmektedir (WHO, 2005a). Bu bağlamda tıbbi hatalar çalışanlar tarafından yapılsa bile tek sorumlu olarak onlar görülmemelidir. Kurumların da kişilerle beraber sorumlulukları vardır. Bu sebepten de yapılan hataların her zaman bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir (Avcı ve Aktan, 2015).

Tıbbi hatalar arasında en sık karşılaşılanlar arasında hastane enfeksiyonları, ilaç yan etkileri, tedavi uygulamada gecikme veya yapmama ve tıbbi malzeme hatalarından bahsedilmektedir (Adams ve Boscarino, 2004; Bodur ve Filiz, 2009; Canatan, Erdoğan, ve Yılmaz, 2015;). Hemşirelik hizmetinde en fazla yapılan tıbbi hata türleri ise; ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği, düşmeler ve iletişim sorunudur (Leape ve ark., 1991; Özata, 2013).

2.7.1. İlaç ve transfüzyon uygulamaları

Sağlık çalışanları meslek etiğine uygun olmayan bilgi eksikliği, ihmal, görev dışı uygulama ve dikkatsizlik gibi birçok sebepten dolayı hastaya zarar verebilmektedir. Bu zararların en başında gelen, ölümlle sonuçlanabilen hataların birisi de ilaç hataları olarak belirtilmektedir (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015b; Ünal vd., 2014). İlaç hataları; yanlış ilaç seçimi, doktor istemi hataları, yanlış doz uygulanması, yanlış yoldan ilaç verilmesi, besin/ilaç etkileşimlerinin bilinmemesi, alerji özelliği, yanlış tedavi süreleri gibi birçok sebepten meydana geldiği için, tıbbi hatalar arasında en fazla yapılan hatalar arasında bilinmektedir (Adams ve Boscarino, 2004; Karataş ve Yakıncı, 2010; Philips ve ark., 2001). Her tıbbi hata gibi ilaç hataları da ölümlle sonuçlanabileceği için önem arz etmektedir. Yapılan ilaç hatalarının yaklaşık %60 oranında uygulama kaynaklı olduğu ifade edilmektedir. Ölümlle sonuçlanan ilaç hatalarında %40,9 doz , %16 yanlış ilaç, % 9,5 ise yanlış uygulama yolu olarak belirtilmektedir (Philips ve ark., 2001). Yapılan bir araştırmada hemşirelerin %57 oranıyla en sık karşılaştıkları hatanın ilaç hataları olduğu belirtilmektedir. Yapılan bu çalışmada hastaya güvenlik önlemi almanın %90,8 oranında hemşirelerin sorumluluğunda olduğu belirtilmektedir (Çırpı, Doğan Merih, ve Yaşar Kocabey, 2009).

2016 yılı GRS (Güvenlik Raporlama Sistemi) verilerinde ülkemizde en fazla yapılan ilaç hataları; ilaç istemi, hazırlanması, uygulanması ve muhafaza edilmesi olarak belirtilmiştir (GRS, 2016). Leape ve ark.,'nın (2014) yaptıkları bir araştırmada ise hemşirelerin en fazla yaptıkları ilaç hatalarının sırasıyla doz hatası (%27), yanlış teknik (%14) ve yanlış ilaç (%12) olduğu belirtilmiştir (Leape ve ark., 2014) . Yapılan başka bir araştırma da ise hemşirelerin uygulama sırasında ilaç, doz, uygulama yolu ve yapılan bölgeye yüksek oranda dikkat ettikleri ancak ilaç etkileşimleri, miadı, yan etkileri ve hastayı ilaç sonrası izlemeye yeterince önem vermedikleri belirtilmiştir (Özata, 2013). Hemşirelerin en fazla dikkat ettikleri konu olmasına rağmen hala yüksek oranda ilaç hatalarının yapılması, hemşirelerin ilaçlar hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu ile açıklanmaktadır (Akgün, 2014, Leape ve ark., 2014).

İlaç ya da transfüzyon hatalarının en sık nedenlerinde; iletişim eksikliği, bakım verenlere önemli bilgilerin aktarılmaması, ilaç erişim sıkıntıları, yetersiz denetim, personelin dikkati, eğitimi ve beceri sorunlarının olduğu görülmektedir (Akgün, 2014).

Bunlara ek olarak hekim istemlerinin dikkatli kontrol edilmesi, ilaç ile ilgili bilinmezliklerin açığa kavuşturulmasının, yapılan uygulamaların saatlik kaydedilmesinin de ilaç hatalarını azaltacağı ifade edilmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Tıbbi hata önlemede ilaç yan etkilerinin iyi takip edilmesi, iyi bir kayıt ve düzenli bir arşivleme önemli yer tutmaktadır (Canatan vd., 2015).

2.7.2. Hastane enfeksiyonları

Hastane enfeksiyonu, *hastaların dış ortamından kaynaklanmayıp, hastane kaynaklı oluşan enfeksiyonlar* olarak tanımlanmaktadır. Hastane enfeksiyonları, hastaların yatış sürelerinde uzamaya, morbidite ve mortalite oranlarında artışa sebep olabilmektedir. Hastane enfeksiyonları sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik yapılan araştırmalarda, bir kalite göstergesi olarak kabul edilmekte ve önem arz etmektedir. JCI'nın akredite olmak isteyen hastanelerde enfeksiyon kontrolü ve korunması konusunda 'hastane, hastalar ve sağlık çalışanlarında nozokomiyal enfeksiyon riskini azaltmak için koordineli bir enfeksiyon kontrol programı düzenlenmeli ve uygulanmalıdır' şartı araması bu konudaki önemi belirtmektedir. Hastaneye yatan hastalarda, gelişmiş ülkelerde %5-%10 oranında, az gelişmiş olan ülkelerde ise %25' oranında hastane enfeksiyonu olduğu belirtilmiştir. Hastane enfeksiyonlarına bağlı mortalite oranlarının ise %4-%33 olduğu belirtilmektedir (Akyurt, 2013). Nozokomiyal enfeksiyon olarak da adlandırılan hastane enfeksiyonlarına çoğu zaman neden olarak, 24 saat bakımdan sorumlu oldukları için, hemşireler gösterilmektedir (Erol, 2008; Yüceer ve Demir, 2009). Bu bağlamda hemşireler enfeksiyonlarda kilit rolde olduğundan, enfeksiyonların önlenebileceğini bilmeleri ve ona göre hareket etmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin nozokomiyal enfeksiyonları önlemede öncelikle araştırmacı, bakım verici, eğitici ve danışmanlık rollerini kullanmaları gerekmektedir. Rollerinin tam anlamıyla yerine getirilmesiyle enfeksiyon oranlarının azaltılıp, mortalite oranlarının düşebileceği belirtilmektedir (Yüceer ve Demir, 2009).

Hastane enfeksiyonlarında en sık cerrahi alan enfeksiyonları, bakteremiler, üriner sistem enfeksiyonları, pnömoni ve invaziv girişimlere rastlanmaktadır. Enfeksiyonları önlerken sıklığı, dağılımı ve hangi durumlarda ortaya çıktığının da hemşireler tarafından belirlenmesi gerekmektedir. Çalışanlara yeterli eğitim verilmesi,

hasta bakım uygulamalarının dikkatli gözlemlenmesi ve iyi bir değerlendirme yapılması ile de enfeksiyonların çoğunun önlenebileceği belirtilmektedir. Değerlendirmeler yapılırken her hastanenin hasta sayısı, uygulanan girişimleri ve risk faktörleri farklı olabileceği için başka hastanelerle kıyas yapılmayıp, kendi içerisinde değerlendirilmesi gerekmektedir (Erol, 2008).

Yapılan bir araştırmada işlem öncesi ve sonrası elleri yıkamanın, pansumanlardaki bölgesel temizliklerde sterilite ve asepsi kurallarına uygun davranmanın, kateter sürelerine dikkat etmenin, solunum veya öksürük egzersizlerinden uygun olanın yaptırılmasının enfeksiyonlar üzerinde azaltıcı etkisi olduğu belirtilmektedir (Yüceer ve Demir, 2009). Güvenli bir bakımın ancak temiz bir bakım ile sağlanabileceği ifade edilmektedir (WHO, 2009).

2.7.3. Hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği

Hasta izlemi, tıbbi hata ile ilgili davalarda hastaların yeterince izlenmemesinin sık karşılaşılan hatalar arasında olduğu belirtilmektedir. Hasta izlemlerindeki hataları önlemek için hemşireler ve diğer sağlık üyeleri, istemler doğrultusunda, hastanın ihtiyacına göre izlem sıklığı düzenlemeli ve kayıt tutmaya özen göstermelidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

Malzeme ve cihaz güvenliği, sağlık kurumlarında teşhis ve tedavi süreçlerinde kullanılan, tıbbi araç-gereçlerin izlenmesi bir çok yönüyle tehlike içerebilmektedir. Tehlikeli cihazlara maruz kalma süreleri, çalışma alanlarındaki kimyasal maddeler, patlayıcı özellikteki maddeler ve imha yöntemleri gibi tıbbi hatalara sebebiyet verecek birçok malzemenin, sağlık çalışanları tarafından sürekli kontrol altında tutulması ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Cihazların bakımının ve kullanımının, tanı-tedavi sürecinin etkinliğini, olumlu yönde artırdığı belirtilmektedir. Teknolojik cihaz veya sistemlerin kullanımı doğrudan hastanelerin verimini etkileyebilmektedir (Odacıoğlu, 2013).

WHO'nun (2005a), 'World Alliance for Patient Safety- Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı' raporunda, birçok ülkede tıbbi araç gereçlerin ortalama yarısının yeterli ve güvenli kullanılmaması, ihmal edilmesi sonucunda hastaların zarara uğradığını belirtmektedir (WHO, 2005a). Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımı hastanelerdeki en sık

yapılan ve en fazla göz ardı edilen hata çeşitlerinden birisi olarak da bilinmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000). İnsan kaynaklı oluşan bu hatalarda öncelikle cihaz bakımı ve sistemi kullanacak işgücünün yeterince eğitilmesinin gerekli olduğu belirtilmektedir. Kuruma yeni bir cihaz veya malzeme geldiğinde, tüm personele tanıtılmalı ve kullanımının anlatılması gerekmektedir. Cihazların yetkisiz ve eğitimsiz kişiler tarafından, hatalı kullanılmasının ciddi zararlara yol açabileceği belirtilmektedir (Odacıoğlu, 2013).

Cihazların çalışır durumda olması hemşireler ve diğer sağlık personelleri tarafından sürekli kontrol edilmesi gereken önemli unsurlardan biri olarak görülmektedir. Tıbbi cihazlardaki sorunlar bazen geri dönüşü olmayan, hayati olaylara yol açabilmektedir. Bu sebepten cihazların bakım ve kalibrasyonlarının düzenli yapılmasını yakından takip etmeleri, kullanım sırasındaki oluşan güvenlik sorunlarını en kısa zamanda gidermeleri gerekmektedir. Elektrokardiyografi, defibrilatör, ventilatörler gibi elektrikli cihazlardaki çarpılma riski bu sorunlara örnek olarak verilebilmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Odacıoğlu, 2013).

2.7.4. Düşmeler

JCI, 2016 verilerinde en fazla rastlanan hataların başında vücutta yabancı cisim unutulması, ikinci sırada yanlış hasta/yanlış yer/yanlış yöntem kullanılması, üçüncü sırada ise düşmeler olduğu saptanmıştır. 2017 verilerinde ise ilk sırada yine yabancı cisim unutulması, ikinci sırada düşmeler ve üçüncü sırada yanlış hasta/yanlış yer/yanlış yöntem yer almaktadır (JCI, 2018). Verilerde en fazla yapılan hatalarda, düşme hatalarının 2016 yılında üçüncü sırada iken 2017 yılında ikinci sırayı alarak artış gösterdiği belirtilmektedir. Yine GRS'nin 2016 verilerinde de, hasta güvenliği hatalarından en fazla bildirim yapılanın düşmeler olduğu belirtilmiştir (GRS, 2016). Verilere bakıldığında düşme hatalarının üzerinde durulması gereken başlıca konular arasında olduğu görülmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000; GRS, 2016).

Sağlık kurumlarında oluşan düşme sorunlarının her zaman ciddiyetini koruduğu belirtilmektedir. Bunun nedeni düşmelerde oluşabilecek ciddi travmalar, mobilite sorunları ve ölüm gibi yaşamı tehdit eden sonuçların oluşmasıdır. Mortalite ve morbiditeyi etkileyerek hasta bakım kalitesini düşüren düşmelerin çoğunun önlenabilir

hatalardan oluşması nedeniyle, bu tehlike unsurlarının ortan kaldırılabilir nitelikte olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda düşme faktörlerinin belirlenmesi ve önlenmesi ile düşmelerin önemli ölçüde azaltılabileceği belirtilmektedir (Madak, 2010). Düşmeleri önlemek için öncelikle düşme ne sıklıkla, nerede ve hangi zamanlarda gerçekleşiyorsa belirlenmesi gerekmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

Düşme nedenleri arasında kişisel faktörler (yaş, kronik hastalık vb), bilinç durumu, içsel ve dışsal etmenler (kullanılan ilaçlar, zemin sorunları, çevredeki engelleyici eşyalar vb) bulunduğu belirtilmektedir. Yapılan bir araştırmada, düşme için risk faktörlerine bakıldığında, hastaların %93 oranında kronik bir hastalığı olduğu, %95 oranında bir ilaç kullandıkları ve yürürken desteğe ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir. Bu hastaların %35,4'ünün risk faktörleri değerlendirildiğinde, yüksek oranda düşme riskine sahip olduğu belirtilmiştir. Geçmiş verilerinde ise %13,7 sinin son üç ayda düşme öyküsü olduğu belirtilmiştir. Bu olayların önlenmesi için hemşirelerin bunları değerlendirip, önlem alabilecek nitelikte olması gerekmektedir. Hastaların düşmelere maruz kalmadan güvenlik önlemlerinin alınması büyük önem taşımaktadır (Madak, 2010).

Yapılan bir araştırmada hasta transferleri sırasında hastalarda, zemindeki çatlaklar sebebiyle düşmeler meydana geldiği, hemşirelerin yönetim otoritesindeki bu olayları sorgulayamadıkları belirtilmiştir (IOM, 1999). Bu sebepten sağlık kurumlarının kişilere vereceği zararı engellemenin en iyi yolu kurumsal değil çalışan tarafından alınan önlemler olarak ifade edilmektedir (Topçu vd., 2013).

2.7.5. İletişim

İletişim, *insanların inanç, tutum, her türlü duygu ve düşüncesini sözlü, yazılı ve sözsüz olarak iletmesi* olarak tanımlanmaktadır. İletişimin bilgi akışı, karar alma, motivasyon, bölüm içi bütünleşme, işbirliği ve koordinasyonun sağlanması amacıyla gerçekleştiği ifade edilmektedir (Ekici 2013). Sağlık hizmetlerinde 1970'lerden bu yana iletişimin varlığı benimsenmiş ve bu zamana kadar devam etmiştir. İyi bir iletişim sayesinde sağlık çalışanlarının daha hızlı, daha az stresli, mutlu ve güvenli çalışabildiği belirtilmiştir. Sağlık kurumlarındaki iletişimin yetersiz ve yanlış olması sonucunda ise hasta güvenliğinin tehlikeye girdiği, hatalara eğilimin arttığı belirtilmektedir (Başol,

2018; Leonard ve ark., 2004; Timuroğlu ve Balkaya, 2016). Hasta transferi sırasındaki iletişim eksikliklerinden birçok tıbbi hata meydana gelebileceği ifade edilmektedir (WHO, 2005b).

Sağlık personelleri uygulamalarda önemli rol aldıkları için sürekli iletişim halinde bulunmaktadır (Taylan ve Alan, 2012). Sağlık kurumlarındaki çoğunluğu ve insanların aralarındaki ilişkiye dayalı bir mesleğin üyelerini oluşturan hemşirelerin işi, bütünüyle iletişim becerisine bağlı bulunmaktadır. Hemşirelerin asli görevi olan hasta bakımında, amaç ve sonuca ulaşmak için etkin ve doğru iletişimin gerekli olduğu, doyum verici ve sorun çözücü olabileceği belirtilmektedir (Kumcağız vd., 2011, Üstün, 2005). Etkin bir iletişim olmadığında ise hasta bakımının risk altında olduğu belirtilmektedir (Kumcağız vd., 2011).

Çalışanlarda iletişim hatalarına sebep olan hiyerarşı farklılıkları, çelişkili roller, sorumluluk belirsizliği ve güç mücadeleleri, hastanın bakım kalitesini bozup, sağlığı için bir risk faktörü oluşturabilmektedir (Nadzam, 2009). İletişim hataları sık sık olduğu için çalışanları engelleyerek tıbbi hatalara neden olabilmektedir (Bodur ve Filiz, 2009). Sağlık personelinin kişilerarası etkili ilişkisi ve iletişiminin, hastalar üzerinde iyileşme sürelerini azaltmak gibi olumlu sonuçlar oluşturduğu belirtilmektedir (Başol, 2018).

2.8. Tıbbi Hata Bildirimi ve Hemşireler Açısından Hukuki Boyutu

2.8.1. Tıbbi hataların bildirilmesi

Tıbbi hatalar, hasta güvenliğini tehdit ettiği için sağlık sisteminin önemli sorunları arasında yer almaktadır. Karmaşık bir yapısı olan sağlık hizmetlerinde her kurumun mutlaka tıbbi hata ile karşılaştığı belirtilmektedir. İyi bir sağlık sisteminde ise tıbbi hataların engellenmesi veya en aza indirgenmesi ile beraber hataların yönetilmesinin de gerekli olduğu ifade edilmektedir (Sirota, 2000). IOM (1999) 'To Err İs Human' raporunda: Colorado ve Utah'ta ve New York'ta yapılan çalışmalarda, tıbbi hata görülme yüzdelerinin %3,7-%6,6 ve %3,7-%13,6 arasında olduğunu belirtmektedir. Hastanelere yatırılan hastaların ise %2' sinin, sakatlanma veya hastanede kalış süresinde uzama ile sonuçlandığı ifade edilmektedir. Görülen bu tıbbi hataların yarısının ise önlenebilir hatalar olduğu belirtilmektedir (Brennan ve ark., 1991; IOM,

1999; Odacıoğlu, 2013). Hataları önlemek için hataların kabulü, hataların belirlenmesi, güvenli olmayan koşulların üzerinde durulması ve hata raporlama stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Wolf ve Hughes, 2008). Bu bağlamda tıbbi hataların bildirilmesinin, hataları en aza indirmede veya önlemede etkin bir yeri olduğu söylenebilir (Silen- Lipponen, Tossavainen, Turunen, ve Smith, 2005).

Vangeest ve Cummins'in (2003) yaptıkları araştırmada hekimlerin %81,7, hemşirelerin ise %95,2 oranında hasta güvenliğini önemli bulduğu belirtilmiştir. Bu durum sağlık çalışanları içerisinde tıbbi hata önlemi almada hemşirelerin yerinin daha önemli olduğunu belirtmektedir. Hekimlerin ise hataya eğilimli oldukları fakat raporlama konusunda aynı hassasiyeti göstermedikleri ifade edilmiştir (Bodur ve Filiz, 2009; GRS, 2016; Vangeest ve Cummins, 2003). Hasta güvenliğine dikkat konusundaki artışa rağmen bu konuda bilinçlenmede hala eksiklikler olduğu belirtilmektedir. Verilerin gizliliğinin ifşa edileceğine dair mesleki sorumluluk korkusu ve zayıf bilgi sistemleri nedeniyle, tıbbi hataların raporlanmasının engellendiği belirtilmiştir. Korku ve bilgisizlik nedeniyle, olumsuz olayların engellenmesi veya azaltılması konusunda her zaman yetersiz kaldığı ifade edilmektedir (WHO, 2005a). Tıbbi hata bildirimleri ile ilgili IOM (1999) raporu, hataya yönelik bireysel suçluluğa vurgu yapılmaması gerektiği, sadece hata azaltma strateji yapılması değil, bunun stratejinin uygulanabilirliğinin de önemli olduğunu belirtmektedir (Sirota, 2000). Hatalar sürekli tekrar etmeye meyilli olduğu için geçici önlemler değil, uygulanabilir önlemler alınması gerekmektedir (Avcı ve Aktan, 2015).

Yapılan bir araştırmada deneyimli hemşirelerde istenmeyen olayların daha fazla görüldüğu belirtilmektedir. Bunun nedeni olarak da deneyim sahibi hemşirelerin hatayı fazla yapmaları değil bildirimdeki hassasiyetleri olarak ifade edilmektedir. Deneyimli hemşirelerin ciddi olaylarla karşılaşmamak için bildirimleri veya raporları daha fazla yapma eğiliminde oldukları, deneyimi olmayan hemşirelerin ise olayları gizlediği ve raporlamadıkları ifade edilmektedir (Sears, O'Brien- Pallas, Stevens, ve Murphy, 2016). Yapılan başka bir araştırmada ise hastayı etkilemeden fark edilip düzeltilen, zarar vermeyen hata yapıldığında, raporlama oranlarının %14 olduğu belirtilmiştir (Bodur ve Filiz, 2009). Bu gibi durumları önlemek için zorunlu raporlama sistemi geliştirilerek hataların saptanmasının kolaylaştırılması gerektiği ifade edilmektedir (Bodur ve Filiz, 2009; IOM, 1999).

Bodur ve Filiz'in (2009) yaptığı araştırmada üç hastanedeki çalışanların da, hasta ile ilgili hataları yüksek oranda hiç raporlamadıkları belirtilmiştir (Bodur ve Filiz, 2009). Hata raporlamanın en yüksek cerrahi hemşirelerinde en düşük ise yoğun bakım hemşirelerinde olduğu belirtilmiştir. Yani güvenlik önlemlerinin en iyi cerrahi klinikte olduğu sonucuna ulaşılır (Rızalar, Tural Büyük, Şahin, As, ve Uzunkaya, 2016). Hasta güvenliğinde artış için düzenli raporlama sistemi oluşturulması, ulusal sistemlerin kurulması ve analiz yapılıp bunlardan ders çıkarılması gerekliliği ifade edilmektedir (WHO, 2005a).

2.8.1.1. Ülkemizdeki Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)

Ülkemizde 2016 Mart ayından itibaren hata bildirimlerinde Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) kullanılmaktadır. GRS, hata bildirimleri için Hata Sınıflandırma Sistemleri standardını kullanmaktadır. Sağlık tesislerinin ve profesyonellerin tıbbi süreçte karşılaştıkları hataları bildirmeleri, en sık karşılaşılan hata istatistiklerini öğrenmeleri ve bunlara yönelik iyileştirmeler hakkında bilgi edinmelerini sağlamaktadır. Sağlık tesislerinin hata risklerine karşı önlem almasını, çalışanların hatalar hakkında daha bilinçli olmasını amaçlayan, kalite standartlarını geliştirip hataları önlemeyi hedefleyen bir sistem olarak işlev görmektedir. Ayrıca kimliksizleştirme özelliği sayesinde hiçbir kişisel veri içermeyip, rahatlıkla bildirim yapılmasını sağlamaktadır. Dünya çapında hata bildirimlerinde odak hata olup, hatayı kimin yaptığı ile ilgilenilmemektedir. Ancak çoğu ülkede bu kimliksizleştirme yapılmadığı için güvenlik raporlama sistemi uygulamasında engellerle karşılaşılmaktadır (GRS, 2016).

GRS 2016 raporunda, en sık bildirim yapılan dört hatadan üçünün, en fazla hemşireler tarafından gerçekleştirildiği belirtilmektedir. Sebebi ise hemşirelerin sağlık alanında sayıca daha fazla olmaları, hasta bakımında uzun süre aktif rol oynaması ve bildirim konusunda farkındalık düzeylerinin yüksek olması ile açıklanmaktadır (GRS, 2016).

2.8.2. Hemşireler açısından tıbbi hata bildiriminin hukuki boyutu

Günümüzde tıbbi malpraktis davalarındaki artışlar sağlık çalışanlarını huzursuz etmekte ve Türk Ceza Kanununun yüklediği sorumluluklar bu huzursuzluğu daha da artırmaktadır (Çetin, 2006). Sistemsel hatalar hastaların yatış sürelerinin uzaması,

morbidite ve mortalite oranlarının artması, hasta ve yakınlarına rahatsızlık vererek hukuksal sorunları da yanı sıra getirmektedir (Karabıyık, 2012) . Ülkemizde malpraktis adına hemşirelere özgü bir yasa yoktur. Bu yüzden hemşirelerin malpraktis davaları giderek artış göstermektedir (Kuğuoğlu, Çövener, Kürtüncü Tanır, ve Aktaş, 2009).

Hemşirelerin sık karşılaştığı yasal durumlar şu şekildedir: İlaç hataları, uygun olmayan malzeme kullanımı, yeterli takip ve kontrol olmaması, iletişim eksikliği, düşmeler, vücutta yabancı cisim unutulmasıdır (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Tıbbi hataların bildirimlerinin zamanında yapılmasının hem cezai işlem uygulamasını önleyeceği hem de daha güvenilir bir çalışma ortamı sunacağı düşünülmektedir (Karataş ve Yakıncı, 2010). Fakat ülkemizde hasta güvenliği kültürünün yerleşmemiş olması ve hatalara cezai işlem uygulanması sebebiyle hata bildirim oranlarının düşük olduğu görülmektedir (Canatan vd., 2015).

Malpraktis davalarının hukuki boyutunda ceza ve tazminat yönünden değerlendirildiğinde Sağlık Bakanlığı düzeyinde Yüksek Sağlık Şurası, Adalet Bakanlığı düzeyinde Adli Tıp Kurumu bilirkişiliği ile mahkeme tarafından karara bağlanmaktadır. Yüksek Sağlık Şurası, tıbbi uygulamalar sonrası oluşan adli özellik kazanmış davalara bakmaktadır. Yani oluşan sonuçta sağlık personelinin bir zararı veya ihmalinin olup olmaması gibi durumların açıklığa kavuşturulmasıyla ilgilenmektedir. Adli Tıp Kurumu ise daha çok raporlama konusunda aktiftir. Savcılık mahkeme tarafında çelişkili görülen raporlarda, kriminal suçları açığa kavuşturmada rol almaktadır. Disiplin suçu kapsamındaki cezalarda etik açıdan mesleki denetlemeyi ise İl Disiplin Kurulu ve Tabip Odaları Onur Kurulları, Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu yapmaktadır. Davalarda genellikle sorgulanan ilk sorular, ihmal var mı, tıbbi beceri iyi kullanılmış mı, zarar oluşmuş mu şeklindedir. Bunlar kurum tarafından sonuca bağlanır fakat son kararı yine mahkeme vermektedir (Yorulmaz, Kır, ve Ketenci, 2006).

2.9. Tıbbi Hataların Bildirilmesine Etki Eden Faktörler

Sağlık kurumlarında çalışan personellerin, çeşitli nedenlerden dolayı olumsuz gelişen olayları üst düzey yöneticisine bildirmekten çekindikleri belirtilmektedir (Lawton ve Parker, 2002). Sağlık kurumlarında çoğunluğu temsil eden hemşirelerin

yapılan hataları hastaya zarar vermediği için %50 oranında bildirmediği belirtilmiştir (Er ve Altuntaş, 2016). Hemşirelerin çalışma sürelerinin, aldıkları eğitimin ve çalıştıkları birim gibi birçok faktörün hata raporlamasına etki ettiği; iş kaybetme, saygınlık yitirme, küçük düşürülme ve dava edilme gibi korkularının olması sonucu hata bildirimden uzaklaştıkları ifade edilmektedir (Bodur ve Filiz, 2009; Er ve Altuntaş, 2016; Lawton ve Parker, 2002). Aldıkları eğitimin yüksek oranda olmasına rağmen hata raporlama seviyelerinin hala düşük oranda olduğu belirtilmektedir (Ertürk, Dönmez, ve Özmen, 2016). Bu bağlamda iyi bir hata raporlama sisteminde bireyin cezalandırılmayacağı ve güven altında olacağı sistem benimsetilmelidir. Korku faktörü ortadan kaldırılarak, bildirimler sayesinde daha kaliteli ve güvenli bir bakım sunumu sağlanmalıdır (İntepeler ve Dursun, 2012).

Ünsal Atan vd.'nin (2013) yaptıkları çalışmada hemşirelerin, %83.1'inin birimlerinde son bir senedir tıbbi hata raporlamasıyla ilgili bir raporlama yapmadığı, %2,7'sinin raporlamaları yaptığı, %8,1'inin raporlamadan korktuğu bu yüzden genel olarak raporlama yapmadıkları, %5,5'inin ise sistemin işlerliği olmadığı için raporlamayı önemsemediği, %3,4'ünün ise olayların raporlanmasından yana olduğu belirtilmiştir. Bu durum, hemşirelerin hasta güvenliği bilincinin olmaması ve hataların cezalandırmasından korkmalarından dolayı raporlamadan uzaklaşmaları ile açıklanmaktadır. Bildirimdeki engellerin, öncelikli nedeninin ceza alma, dışlanma, kariyerinin etkilenmesi gibi korkulardan, ikinci nedeninin ise iletişim eksikliği ve ekip çalışmasındaki eksikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Ünsal Atan, Dönmez, ve Taşçı Duran, 2013).

Örneklemin yarısını hemşirelerin oluşturduğu bir araştırmada tıbbi hataları raporlama konusunda ihmalkar davrandıkları fakat diğer sağlık çalışanlarına göre raporlama konusunda daha bilinçli oldukları belirtilmektedir. Fakat yine de bu konuda isteksiz davrandıkları ifade edilmektedir (Lawton ve Parker, 2002). Zorunlu bir raporlama sistemi ile de devamlılık ve sürekliliğin sağlanması gerektiği, ancak bu şekilde tıbbi hata bildirimlerinin yönetilmesinin mümkün olacağı belirtilmektedir (Bodur ve Filiz, 2009; IOM, 1999).

2.10. Hemşireler Arası İşbirliği ve Tıbbi Hatalar

ICN (2018) hasta güvenliği müfredatı kılavuzunda ‘Hemşirelik bakımı, tüm bakım hizmetlerini kapsadığından, hemşirelerin hastaya zarar gelmesini önlemek, sağlık hizmetinin kalitesini ve güvenliğini artırmak için merkez konumundadır.’ şeklinde ifade etmektedir. İyi bir iletişim ve profesyonel bir ekip çalışması ile kalite ve güvenli ortam oluşturulacağı belirtilmektedir. Bunları sağlamak için ise uygun eğitim, beceri, deneyim ve yeterli sayıda hemşireye ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır. Bu bilgileri destekler nitelikte AACN (2005), hemşirelerin hasta güvenliğini artırmaya yönelik bakımda; işbirliği, iletişim ve etkili karar vermenin gerekliliğini belirtmektedir (Titzer ve ark., 2011). Etkili karar verirken, her zaman iyi bir iletişim ve işbirliği gerekmektedir (AACN, 2005). İşbirliğinin, tıbbi hataları azaltmak ve hasta bakımında optimal düzeye ulaşmak için önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Dougherty ve Larson, 2010).

İşbirliği, hataları en aza indirecek temel iletişim stratejilerinden biri olarak ele alınmaktadır (Dougherty ve Larson, 2005). İşbirliği kültürüyle hemşirelerin kalite ve etkin hasta bakımında, hayati bir rol aldıkları belirtilmektedir (Pronovost ve ark., 2003). Etkin hasta bakımı için, işbirliği, etkin karar verme, iletişim becerisi ve liderlik gibi özelliklerin gerekli olduğu belirtilmektedir (AACN, 2005). Bunlar arasından iletişim konusu, hem tıbbi hata hem işbirliği açısından hataların kök nedenini oluşturduğu için öncelik ve önem arz etmektedir (Topçu vd., 2013). Hemşirelerin gün içerisinde oluşan vardiya değişimlerinde olaylardan haberdar olmasının, ekiptekilerin iletişiminin, bilgi ve beceri düzeylerinin tıbbi hataları etkilediği ifade edilmektedir (Silen- Lipponen vd., 2005). IOM’a (1999) göre tıbbi hataları önlemek için yapılacakların en başında hasta güvenliği kültürü oluşturmak ve ekip çalışmasındaki etkin iletişimi sağlamanın olduğu belirtilmektedir (Akgün, 2014). Knauss ve ark. (1986), farklı yoğun bakım hastalarında ölüm oranının, çalışan iletişim ve koordinasyondaki farklılıklardan kaynaklandığını belirtmektedir. Bunun sebebi küçük birimlerde, bireyler arasındaki iletişim ve yakınlığın daha fazla olması ile açıklanmaktadır (Dougherty ve Larson, 2005; Knaus ve ark., 1986). Ekip ile koordineli çalışma sonucu hemşirelerin daha verimli olduğu, hata oranlarının ise azaldığı belirtilmektedir (Dougherty ve Larson, 2005). Başka bir çalışmada koordinasyon ve iletişimin tıbbi hata oranlarını önemli derecede azalttığı yönünde bir ilişki kurulmaktadır (Çelik Durmuş vd., 2018). Sağlık kurumlarında en

aktif rolü olan hemşirelerin, ekip çalışmasındaki özelliklerinin yetersiz olmasının, bakımdaki etkinliği ve verimi etkileyeceği için ciddi hatalara sebebiyet verebileceği ifade edilmektedir (Çelik ve Karaca, 2017).

Sağlık hizmetlerinde hasta bakım kalitesini ve güvenliğini artırmak için sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliği ve ekip çalışmasının önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir (Titzer ve ark., 2011). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile ekip davranışları arasında zayıfta olsa anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin sergilediği ekip davranışlı pozitif ilişkilerin, tıbbi hatalara olan eğilimi azalttığı belirtilmektedir (Öztürk ve Özata, 2013). Tıbbi hataların azaltılması, kaliteli ve güvenli bakım vermek için çalışanlarda işbirliğinin gerekli olduğu belirtilmektedir (Wolf ve Hughes, 2008). Dougherty ve Larson'ın (2010) yapmış oldukları araştırmada ise hemşireler arası işbirliğinin hasta güvenliğini olumlu yönde etkileyeceği ifade edilmektedir.

3. GEREKÇE ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemşireler arası işbirliğinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.3. Araştırma Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, Ankara'da bir üniversite hastanesinde çalışan tüm hemşireleri kapsamaktadır.

Araştırmanın örnekleme, Ankara'da bir üniversite hastanesinde aktif çalışan ve araştırmayı kabul eden hemşirelerden oluşmaktadır.

Araştırma için kurum izinleri Ankara Üçüncü Bölge Genel Sekreterlik birimi aracılığı ile yapılmış, ancak kurumlardaki yeniden yapılandırılma, taşınma, hemşire sayısındaki yetersizlik ve tıbbi hata kelimesinden duyulan rahatsızlık gibi nedenlerle, araştırma kamu ve özel hastaneler tarafından kabul edilmemiştir.

Üniversite hastanesinde çalışan toplam hemşire sayısı yaklaşık 550'dir. 550 örneklemlili bu araştırmada, yaklaşık 150 hemşire yıllık izin, rapor, doğum izni, refakat izni, eğitim ve başka kurumlarda görevlendirme gibi sebeplerden dolayı araştırma dışında kalmıştır. Geri kalan 400 hemşireye anketler dağıtılmış olup 270 hemşirenin doldurduğu anketler analize dahil edilmiştir. 130 hemşire ise, hemşire sayısındaki yetersizlikleri nedeniyle yoğun çalışmaları, hastanede aynı anda birden fazla araştırmacının veri toplaması, zamanlarının yetersiz olması, soruları fazla buldukları için ankete katılmada isteksizlik, anket doldurmamayı gereksiz görmeleri, hastane içerisindeki bir takım servis düzenlenme/taşınma gerekçeleri ile anketleri ya eksik ya da hiç doldurmamıştır. Bu doğrultuda araştırma 270 hemşire ile tamamlanmış olup, örneklemin evreni temsi oranı % 67.5'dir.

Örnekleme için yapılan güç analizinde, 0.05 anlamlılık seviyesinde, %95 güven

aralığında çalışmanın gücünün 0.99 olduğu belirlenmiştir (n=270, r=0.34). Bu sonuçlar örneklem büyüklüğünün yeterli olduğuna işaret etmektedir (Çapık, 2014).

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma, Ankara'daki bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Yaklaşık 1000 yatak ve 550 hemşire kapasiteli üniversite hastanesi bünyesinde, aktif çalışan yaklaşık 400 hemşire bulunmaktadır. Yatan hasta servislerinde, çalışma saatleri çalışılan kliniğe göre fark etmektedir. Kliniklerin bir kısmının çalışma saatleri 08:00-16:00, 16:00-00:00 ve 00:00-08:00 olarak üç vardiya şeklinde, diğer kısmının ise 08:00-16:00, 16:00-08:00 şeklinde iki vardiya olarak değişmektedir. Gerekli durumlarda ise 24 saat nöbet şeklinde çalışılmaktadır. Poliklinikler ise hafta içi 08:00-17:00 şeklinde çalışmaktadırlar.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması ve Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Ocak 2018 tarihindeki etik kurul iznini takiben, Şubat-Mayıs 2018 tarihlerinde toplanmıştır (Ek-1). Araştırma verileri, hemşirelerin sözel onamlarının alınması üzerine, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırma araçları; yaş, eğitim, çalışma süresi gibi kişisel bilgileri içeren bir Kişisel Veri Formu (Ek-2), Dougherty ve Larson (2010) tarafından geliştirilmiş, Çelik Durmuş ve Yıldırım (2016) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği (Ek-3), Özata ve Altuncan (2010) tarafından geliştirilen Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Ek-4) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

3.5.1. Kişisel Veri Formu

Kişisel veri formu soruları araştırmanın amacına yönelik olarak oluşturulmuştur. Veri Formu, iki açık uçlu (tıbbi hata ile karşılaşma durumları ve sonucu) ve on iki çoktan seçmeli (yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, çalışma süresi, çalışma şekli vs.) olmak üzere toplam on dört sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği

Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği; Dougherty ve Larson (2010) tarafından geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkçe uyarlaması Çelik Durmuş ve Yıldırım (2016)

tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu 26 madde beş boyuttan (problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon, profesyonellik) oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının cronbach alfa katsayısı 0.93'dür. Bu araştırmada ise cronbach alfa değerleri; problem çözme 0.85, iletişim 0.76, süreç paylaşımı 0.85, koordinasyon 0.79, profesyonellik 0.93, genel işbirliği için ise 0.95 olarak bulunmuştur.

26 sorudan oluşan ölçek kodları 1.3, 1.4, 1.7, 2.1, 2.2, 2.4, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.1, 4.3, 4.4, 4.5, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7 şeklindedir. Ölçekte bulunan beş alt boyut ise problem çözme (1.3, 1.4, 1.7), iletişim (2.1, 2.2, 2.4, 2.6, 2.7), süreç paylaşımı (3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6), koordinasyon (3.7, 3.8, 4.1) ve profesyonellik (4.3, 4.4, 4.5, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7) olarak belirlenmiştir. Ölçek değerlendirmesi her maddede 1-4 arasında değişmektedir. Değerlendirme 1= tamamen katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3=katılıyorum, 4=tamamen katılmıyorum şeklinde ifade edilmektedir. Altboyutlarındaki her boyuttaki maddeler ayrı ayrı toplanıp, ortalaması alınarak hemşireler arası işbirliği belirlenmektedir. Ölçeğin kesme noktası ise 2.5 olup, bire yaklaştıkça hemşireler arasında işbirliğinin azaldığı, dörde yaklaştıkça ise hemşirelerdeki işbirliğinin arttığı belirtilmiştir.

3.5.3. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, 2010'da Özata ve Altuncan tarafından geliştirilmiş olup, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, enfeksiyonların önlenmesi, hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği, düşmelerin önlenmesi ve iletişim olmak üzere beş alt boyut ve 49 maddeden oluşmaktadır. Ölçek cronbach alfa katsayısı 0.95'dür. Bu araştırmada ise cronbach alfa değerleri; ilaç ve transfüzyon uygulamaları 0.92, hastane enfeksiyonları 0.88, hasta izlemi ve malzeme güvenliği 0.84, düşmeler 0.85, iletişim 0.82 ve genel tıbbi hata için ise 0.96 olarak bulunmuştur.

49 maddenin sorulara göre alt boyutu ilaç ve transfüzyon uygulamaları (1-18 maddeler), hastane enfeksiyonları (19-30 maddeler), hasta izlemi ve malzeme güvenliği (31-39 maddeler), düşmeler (40-44 maddeler), iletişim (45-49 maddeler) şeklindedir. Değerlendirme de 1=hiç, 2=çok nadir, 3=zaman zaman, 4=genellikle, 5=her zaman şeklinde beşli likert tipi cevaplandırma kullanılmıştır. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin azaldığı, işlerini daha dikkat ve özenle

yaptıkları sonucu varsayılmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilme Yöntemi

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

Verilerin normallik dağılımı	- Shapiro Wilk Testi, Kolmogorov Simirnov
İç tutarlılık	- Cronbach α katsayısı
Çapraz tablolar	- İkili grupların karşılaştırılmasında veri normal dağılıyorsa, bağımsız gruplarda t testi, veri normal dağılmıyorsa, Mann Whitney-U testi, - Çoklu grupların karşılaştırılmasında veri normal dağılıyorsa, Varyans Analizi, veri normal dağılmıyorsa, Kruskal Wallis Analizi.
İlişkisel çıkarımlar	- Spearman korelasyon analizi.
İleri analizler	Varyansların homejen olmadığı parametrik testlerde Dunnet C testi, Varyansların homejen olduğu parametrik testlerde LSD analizi, Parametrik olmayan analizlerde Mann Whitney – U analizi kullanılmıştır.

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Verilerin normallik dağılım analizleri (n=270)

Veriler	Çarpıklık (Skewness)		Basıklık (Kurtosis)	
	İstatistik	Std. Hata	İstatistik	Std. Hata
Problem çözme	-0.50	0.14	0.10	0.29
İletişim	-0.09	0.14	0.02	0.29
Süreç paylaşımı*	-0.30	0.14	1.09	0.29

Tablo 2 devamı. Verilerin normallik dağılım analizleri (n=270)

Veriler	Çarpıklık (Skewness)		Basıklık (Kurtosis)	
	İstatistik	Std. Hata	İstatistik	Std. Hata
Koordinasyon	-0.46	0.14	0.86	0.29
Profesyonellik	-0.40	0.14	0.48	0.29
Genel işbirliği	-0.17	0.14	0.28	0.29
İlaç ve transfüzyon uygulamaları*	-2.2	0.14	6.56	0.29
Hastane enfeksiyonları*	-1.62	0.14	2.79	0.29
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği*	-1.07	0.14	0.76	0.29
Düşmeler*	-2.00	0.14	6.02	0.29
İletişim*	-1.84	0.14	4.20	0.29
Genel tıbbi hata eğilimi*	-1.63	0.14	3.14	0.29

* Normal dağılmayan verilerdir.

Verilerin korelasyon ilişkisine bakılırken;
 $r < 0.20$ ise çok zayıf ilişki veya ilişkinin olmadığı,
 $0.20-0.39$ arasında ise zayıf ilişki,
 $0.40-0.59$ arasında ise orta düzeyde ilişki,
 $0.60-0.79$ arasında ise yüksek düzeyde ilişki,
 $0.80-1.00$ ise çok yüksek ilişki olduğu yorumu yapılmıştır (Cohen, 2013).

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik izini, Ocak 2018 de Bozok Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir (Ek-1). Hastane izini, etik kurul onayı ile birlikte kuruma bizzat başvuru ile yapılmıştır (Ek-5). Ölçek izni, ölçek sahibinden mail yolu ile alınmıştır (Ek-6).

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Kişisel Verilerine Ait Bulgular

Araştırma sonucunda elde edilen kişisel bulgular aşağıdaki gibidir.

Tablo 3. Hemşirelerin kişisel verileri (n=270)

Değişkenler	n	%
Yaş	19-25	11.9
	26-32	31.8
	33-39	27.4
	40 ve üzeri	28.9
Cinsiyet	Kadın	91.1
	Erkek	8.9
Medeni durum	Evlü	75.9
	Bekar	24.1
Öğrenim düzeyi	Sağlık meslek lisesi	9.6
	Ön lisans	16.7
	Lisans	63.7
	Lisans üstü	10.0
Kadro durumu	4/a kadrolu	93.3
	4/b sözleşmeli	6.7
Haftalık ortalama çalışma süresi(saat)	40-44	48.1
	45-49	22.2
	50-54	14.1
	55 ve üzeri	15.6
Günlük ortalama baktığı hasta sayısı	0-5	31.5
	6-10	17.4
	11-15	13.0
	16-20	17.8
	21 ve üzeri	20.4
Mesleki memnuniyet düzeyi	Memnun değil	38.9
	Kararsız	21.5
	Memnun	39.6
Görev yaptığı klinik	Dahiliye/Göğüs/Nefroloji/Üroloji	13.3
	Cerrahi/ Ortopedi/ Kadın Doğum/ Plastik ve rekonstrüktif	24.8
	Çocuk/ Yenidoğan	11.1
	Acil/ Ameliyathane/ Yoğun bakım	33.7
	Diğer *	17.0
Çalışma şekli	Vardiyalı	56.7
	Sürekli gündüz	24.8
	Sürekli gece	4.1
	24 saat nöbet usulü	5.9
	Diğer **	8.5
Daha önce tıbbi hata yapma durumu	Evet	23.3
	Hayır	76.7

Tablo 3 devamı. Hemşirelerin kişisel verileri (n=270)

Değişken		n	%
Daha önce tıbbi hata ile karşılaşma durumu	Evet	115	42.6
	Hayır	155	57.4

Diğer * : Psikiyari, diyaliz, kalp-damar, nöroloji, fizik tedavi vb klinikleri ifade etmektedir.

Diğer ** : Hem vardiya hem de nöbet usulü çalışanlar ve hem gece hem de 24 saat nöbet usulü çalışanları ifade etmektedir.

Tablo 3’de görüldüğü gibi, hemşirelerin %31.8’i 26-32 yaş, %91.1’i kadın, %75.9’u evli, %63.7’si lisans mezunu ve %93.3’ü 657’ye tabi (4/a) kadrolu çalışmaktadırlar. Hemşirelerin %48.1’inin haftalık ortalama çalışma süresi 40-44 saattir, %31.5’i günlük 0-5 hasta bakmaktadır, %39.6’sı meslekten memnundur ve %33.7’si yoğun bakım/acil/ameliyathane kliniklerinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %56.7’si vardiyalı çalışmaktadır, %76.7’si daha önceden tıbbi hata yapmamıştır, %57.4’ü ise tıbbi hata ile hiç karşılaşmamıştır.

4.2. Hemşirelerin Tıbbi Hata ile Karşılaşma Durumları ve Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4. Tıbbi hata ile karşılaşan hemşirelerin tutumu (n=116)

Değişken	n	%
Arkadaşımı uyardım	26	22.4
Doktora haber verdim	45	38.8
Sadece gözlemledim	18	15.5
Müdahale edildi	27	23.3

Tıbbi hata ile karşılaşan hemşirelerin (%43), %22.4’ü arkadaşını uyarılmış, %38.8’i sorumlu doktora haber vermiş, %15.5’i sadece gözlem yapmış, %23.3’ü ise hastaya kendisi müdahalede bulunmuştur (Tablo 4). Tıbbi hata yapan veya tıbbi hata ile karşılaşan hemşirelerin, %38.8 oranında yetkili yerlere haber verip müdahale ettikleri, %61.2 oranında bildirim yapmayıp kendi aralarında sonuca ulaştırdıkları bulunmuştur.

Tablo 5. Hemşirelerin karşılaştıkları tıbbi hataların sonucu (n=116)

Değişken	n	%
Hasta zarar gördü	11	9.5
Olay müdahale ile düzeltildi	56	48.3
Hastada sıkıntı olmadı	49	42.2

Meydana gelen tıbbi hataların sonucunda; %9.5 oranında hasta zarar görmüş, %48.3 oranında olaylar müdahale ile düzeltilmiş, %42.2 oranında ise hastada bir sıkıntı olmamıştır (Tablo 5).

4.3. Hemşire- Hemşire İşbirliği ve Tıbbi Hatalarına İlişkin Bulgular

Hemşirelerin işbirliği ve tıbbi hatalarına ilişkin ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 6'da verilmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Hemşire - Hemşire İşbirliği Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=270)

	Ort.	Ss.	Min.	Max.
Problem çözme	2.98	0.71	1.00	4.33
İletişim	2.85	0.60	1.20	4.00
Süreç paylaşımı	2.93	0.58	1.00	4.00
Koordinasyon	3.01	0.62	1.00	4.00
Profesyonellik	3.05	0.62	1.00	4.00
Genel iş birliği	2.98	0.55	1.08	4.00
İlaç ve transfüzyon uygulamaları	4.76	0.33	2.94	5.00
Hastane enfeksiyonları	4.71	0.38	3.00	5.00
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	4.57	0.46	2.89	5.00
Düşmeler	4.62	0.52	1.80	5.00
İletişim	4.72	0.44	2.20	5.00
Genel tıbbi hata eğilimi	4.69	0.34	3.00	5.00

Tablo 6’da görüldüğü gibi hemşireler, problem çözme alt boyutundan 2.98 ± 0.71 , iletişimi alt boyutundan 2.85 ± 0.60 , süreç paylaşımı alt boyutundan 2.93 ± 0.58 , koordinasyon alt boyutundan 3.01 ± 0.62 , profesyonellik alt boyutundan 3.05 ± 0.62 , genel iş birliği 2.98 ± 0.55 , ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutundan 4.76 ± 0.33 , hastane enfeksiyonları alt boyutundan 4.71 ± 0.38 , hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutundan 4.57 ± 0.46 , düşmeler alt boyutundan 4.62 ± 0.52 , iletişim alt boyutunda 4.72 ± 0.44 puan ve genel tıbbi hata eğilimi toplamından 4.69 ± 0.34 puan almışlardır.



4.4. Kişisel Verilere göre Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

Tablo 7. Kişisel verilere göre Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması

	n	Problem çözme		İletişim		Süreç paylaşımı		Koordinasyon		Profesyonellik		Genel işbirliği		
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	
Yaş	19-25	32	2.57 (a)	0.81	2.52 (a)	0.64	2.75 (a)	0.54	2.89 (a)	0.51	2.83 (a)	0.61	2.73 (a)	0.55
	26-32	86	2.91 (b)	0.65	2.82 (b)	0.50	2.83 (b)	0.56	2.95 (b)	0.63	2.93 (b)	0.59	2.89 (b)	0.49
	33-39	74	3.03 (c)	0.70	2.82 (c)	0.63	2.94	0.59	2.97 (c)	0.59	3.09	0.55	2.99	0.53
	40 ve üzeri	78	3.18 (d)	0.68	3.04 (d)	0.57	3.09 (c)	0.59	3.18 (d)	0.65	3.21 (c)	0.68	3.15 (c)	0.58
Test/p			F=6.28 p=0.00 a<b=c=d		F=6.59 p=0.00 a<b=c=d		x ² _{kw} =14.89 p=0.00 c>a=b		F=2.67 p=0.04 d>a=b=c		F=4.17 p=0.00 c>a=b		F=5.56 p=0.00 c>a=b	
Cinsiyet	Kadın	246	3.01	0.69	2.87	0.59	2.95	0.58	3.04 (a)	0.61	3.08 (a)	0.60	3.00 (a)	0.54
	Erkek	24	2.64	0.87	2.64	0.64	2.72	0.63	2.68 (b)	0.62	2.70 (b)	0.78	2.68 (b)	0.62
Test/p			t=2.05 p=0.05		t=1.80 p=0.07		U=2332.00 p=0.08		t=2.77 p=0.00 a>b		t=2.31 p=0.02 a>b		t=2.74 p=0.00 a>b	
Medeni durum	Evli	205	3.08 (a)	0.68	2.94 (a)	0.57	3.01 (a)	0.56	3.07 (a)	0.62	3.14 (a)	0.60	3.06 (a)	0.53
	Bekar	65	2.68 (b)	0.73	2.58 (b)	0.60	2.68 (b)	0.59	2.85 (b)	0.60	2.77 (b)	0.63	2.71 (b)	0.54
Test/p			t=4.04 p=0.00 a>b		t=4.41 p=0.00 a>b		U=4696.00 p=0.00 a>b		t=2.50 p=0.01 a>b		t=4.22 p=0.00 a>b		t=4.54 p=0.00 a>b	
Öğrenim düzeyi	Sağlık meslek lisesi	26	2.87	0.90	2.85	0.70	2.98	0.65	3.05	0.55	3.09	0.67	3.00	0.62
	Ön lisans	45	2.93	0.76	2.96	0.66	2.99	0.68	2.99	0.73	3.17	0.76	3.05	0.67
	Lisans	172	3.03	0.66	2.84	0.55	2.93	0.52	3.04	0.56	3.03	0.56	2.97	0.49
	Lisans üstü	27	2.84	0.75	2.71	0.67	2.79	0.76	2.84	0.83	2.93	0.70	2.84	0.65
Test/p			F=0.94 p=0.41		F=1.04 p=0.37		x ² _{kw} =2.25 p=0.52		F=0.85 p=0.46		F=0.99 p=0.39		F=0.81 p=0.48	
Kadro	657'ye tabi(4/a)	252	3.00	0.71	2.85	0.60	2.93	0.59	3.01	0.64	3.05	0.64	2.98	0.56
	4/b sözleşmeli	18	2.76	0.79	2.89	0.56	2.91	0.51	3.00	0.34	3.04	0.38	2.95	0.39
Test/p			t=1.36 p=0.17		t=-0.27 p=0.78		U=2258.00 p=0.97		t=0.08 p=0.93		t=0.10 p=0.92		t=0.21 p=0.83	
Haftalık çalışma süresi (saat)	40-44	130	3.15 (a)	0.69	2.92	0.61	3.02 (a)	0.63	3.10	0.65	3.16 (a)	0.63	3.08 (a)	0.57
	45-49	60	2.91 (b)	0.67	2.86	0.57	2.89	0.53	3.01	0.52	3.00	0.52	2.94	0.47
	50-54	38	2.71 (c)	0.72	2.67	0.49	2.77 (b)	0.49	2.89	0.65	2.85 (b)	0.54	2.79 (b)	0.48
	55 ve üzeri	42	2.81 (d)	0.75	2.78	0.64	2.85	0.57	2.87	0.61	2.94 (c)	0.73	2.87 (c)	0.60
Test/p			F=5.39 p=0.00 a>b=c=d		F=2.06 p=0.10		x ² _{kw} =8.26 p=0.04 a>b		F=2.07 p=0.10		F=3.43 p=0.01 a>b=c		F=3.73 p=0.01 a>b=c	

Tablo 7 Devamı. Kişisel verilere göre Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması

		n	Problem çözme		İletişim		Süreç Paylaşımı		Koordinasyon		Profesyonellik		Genel İşbirliği	
			Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Günlük hasta sayısı	0-5	85	2.70 (a)	0.61	2.61 (a)	0.47	2.68 (a)	0.48	2.81 (a)	0.55	2.73 (a)	0.55	2.70 (a)	0.42
	6-10	47	3.05 (b)	0.75	2.86	0.53	2.99 (b)	0.54	3.04	0.56	3.18 (b)	0.60	3.05 (b)	0.53
	11-15	35	3.19 (c)	0.70	2.94	0.66	3.11 (c)	0.56	3.15 (b)	0.60	3.24 (c)	0.62	3.14 (c)	0.57
	16-20	48	3.14 (d)	0.67	3.00 (b)	0.58	3.01 (d)	0.57	3.13 (c)	0.56	3.24 (d)	0.51	3.13 (d)	0.49
	21 ve üzeri	55	3.08 (e)	0.77	3.03 (c)	0.70	3.08 (e)	0.68	3.10 (d)	0.76	3.15 (e)	0.67	3.10 (e)	0.63
Test/p			F=5.27 p=0.00 a<b=c=d=e		F=5.89 p=0.00 a<b=c		x ² _{kw} =25.56 p=0.00 a<b=c=d=e		F=3.56 p=0.00 a<b=c=d		F=9.58 p=0.00 a<b=c=d=e		F=8.66 p=0.00 a<b=c=d=e	
Mesleki memnuniyet	Memnun değil	105	2.94	0.83	2.88	0.70	2.97	0.66	3.03	0.73	3.03	0.73	2.98	0.65
	Kararsız	58	2.95	0.61	2.80	0.58	2.89	0.57	2.86	0.62	2.98	0.56	2.91	0.53
	Memnun	107	3.04	0.63	2.85	0.49	2.91	0.52	3.07	0.48	3.11	0.53	3.01	0.45
Test/p			F=0.63 p=0.53		F=0.27 p=0.75		x ² _{kw} =1.06 p=0.58		F=2.47 p=0.08		F=0.93 p=0.39		F=0.63 p=0.53	
Klinik	Dahiliye/göğüs/ nefroloji/üroloji	36	2.79 (a)	0.69	2.77 (a)	0.59	2.86 (a)	0.62	2.99	0.53	3.02 (a)	0.47	2.91 (a)	0.50
	Cerrahi/ortopedi/ kadın doğum/ plastik ve rekonstrüktif	67	3.19 (b)	0.72	3.12 (b)	0.64	3.16 (b)	0.62	3.17 (a)	0.64	3.36 (b)	0.58	3.23 (b)	0.55
	Çocuk/yenidoğan	30	3.18 (c)	0.79	2.96	0.50	3.03	0.48	3.16	0.60	3.23	0.68	3.12	0.55
	Yoğunbakım/acil/ ameliyathane	91	2.82	0.70	2.71 (c)	0.58	2.82	0.49	2.92 (b)	0.56	2.83 (c)	0.57	2.81 (c)	0.50
	Diğer *	46	3.01	0.61	2.74 (d)	0.49	2.79	0.65	2.90 (c)	0.74	2.94 (d)	0.66	2.88 (d)	0.55
Test/p			F=3.93 p=0.00 a<b=c		F=5.83 p=0.00 b>a=c=d		x ² _{kw} =17.11 p=0.00 a<b		F=2.47 p=0.04 a>b=c		F=9.00 p=0.00 b>a=c=d		F=7.27 p=0.00 b>a=c=d	
Çalışma şekli	Vardiyalı	153	2.97 (a)	0.72	2.83 (a)	0.60	2.89 (a)	0.59	2.99	0.65	3.02 (a)	0.61	2.95 (a)	0.56
	Sürekli gündüz	67	3.12 (b)	0.65	3.00 (b)	0.60	3.09 (b)	0.55	3.12	0.56	3.17 (b)	0.57	3.11 (b)	0.50
	Sürekli gece	11	2.30 (c)	0.78	2.42 (c)	0.57	2.42	0.64	2.58	0.70	2.52 (c)	0.58	2.46 (c)	0.46
	24 saat nöbet usulü	16	3.00 (d)	0.58	2.85	0.49	2.85	0.55	3.00	0.69	3.01 (d)	0.67	2.95 (d)	0.52
	Diğer **	23	2.93 (e)	0.74	2.77	0.60	2.99	0.48	3.04	0.44	3.14 (e)	0.71	3.00 (e)	0.56
Test/p			F=3.25 p=0.01 c<a=b=d=e		F=2.67 p=0.03 c<a=b		x ² _{kw} =15.83 p=0.00 c<a=b=d		F=1.99 p=0.09		F=2.89 p=0.02 c<a=b=d=e		F=3.63 p=0.00 c<a=b=d=e	

Tablo 7 Devamı. Kişisel verilere göre Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması

		n	Problem Çözme		İletişim		Süreç paylaşımı		Koordinasyon		Profesyonellik		Genel İşbirliği	
			Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Önceki tıbbi hata durumu	Evet	63	2.91	0.69	2.77	0.53	2.79 (a)	0.53	2.94	0.67	2.98	0.57	2.89	0.48
	Hayır	207	3.00	0.72	2.88	0.62	2.97 (b)	0.60	3.04	0.60	3.07	0.64	3.00	0.57
Test/p			t=-0.89 p=0.37		t=-1.21 p=0.22		U=5194.00 p=0.01 b>a		t=-1.10 p=0.26		t=-0.99 p=0.32		t=-1.36 p=0.17	
Tıbbi hata ile karşılaşma	Evet	115	2.98	0.67	2.78	0.56	2.90	0.58	2.97	0.68	3.01	0.63	2.94	0.52
	Hayır	255	2.98	0.75	2.90	0.62	2.95	0.59	3.05	0.57	3.08	0.62	3.00	0.57
Test/p			t=-0.01 p=0.99		t=-1.71 p=0.08		U=8485.50 p=0.49		t=-1.00 p=0.31		t=-0.87 p=0.38		t=-1.02 p=0.30	

Diğer * : Psikiyari, diyaliz, kalp-damar, nöroloji, fizik tedavi vb klinikleri ifade etmektedir.

Diğer ** : Vardiya, gece, gündüz ve 24 saat nöbet usulü çalışanları ifade etmektedir.

Tabloda gösterilen a,b,c,d ve e değerleri her verinin kendi alanındaki ilişkisini göstermektedir. Değerlerin yükselmesi hemşireler arasındaki işbirliğinin arttığını, değerlerin düşmesi ise hemşireler arasındaki işbirliğinin azaldığını göstermektedir.

4.4.1. Problem çözme alt boyutuyla ilgili bulgular

Tablo 7’de görüldüğü gibi, yaş, medeni durum, haftalık çalışma süresi, günlük hasta sayısı, klinik ve çalışma şekline göre problem çözme alt boyut puan ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Evlilerin puan ortalaması daha yüksektir.

Yaş için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 19-25 yaş grubu puan ortalamalarının diğer tüm yaş gruplarından daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Haftalık çalışma süresi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 40-44 saat çalışanların puan ortalamalarının, 45-49, 50-54 ve 55 saat ve üzeri çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Günlük hasta sayısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); günlük 0-5 hastaya bakanların puan ortalamalarının, 6-10, 11-15, 16-20 ve 21 ve üzeri hasta bakanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Klinik için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); dahiliye/göğüs/nefroloji/üroloji servisinde çalışanların puanlarının, cerrahi/ ortopedi/kadın doğum/plastik ve rekonstrüktif servisleri ile çocuk/yenidoğan servislerinde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışma şekli için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); sürekli gece çalışanların puanlarının, diğer tüm çalışma şekillerinde olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, öğrenim düzeyi, kadro, meslek memnuniyeti, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre problem çözme puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.4.2. İletişim alt boyutuyla ilgili bulgular

Tablo 7’de görüldüğü gibi, yaş, medeni durum, günlük hasta sayısı, klinik ve çalışma şekline göre iletişim alt boyut puan ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Evlilerin puan ortalaması daha yüksektir.

Yaş için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri

analizde (LSD); 19-25 yaş grubu puan ortalamalarının diğer tüm yaş gruplarından daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Günlük hasta sayısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); günlük 0-5 hastaya bakanların puan ortalamalarının, 16-20 ve 21 ve üzeri hasta bakanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Klinik için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); cerrahi/ortopedi/kadın doğum/plastik ve rekonstrüktif servisinde çalışanların puanlarının, dahiliye/göğüs/nefroloji/üroloji servisleri ile yoğun bakım/acil/ameliyathane ve diğer servislerde çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma şekli için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); sürekli gece çalışanların puanlarının vardiyalı ve gündüz çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, öğrenim düzeyi, kadro, haftalık çalışma süresi, meslek memnuniyeti, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre iletişim puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.4.3. Süreç paylaşımı alt boyutuyla ilgili bulgular

Tablo 7’de görüldüğü gibi, yaş, medeni durum, haftalık çalışma süresi, günlük hasta sayısı, klinik, çalışma şekli ve önceki tıbbi hata durumuna göre süreç paylaşımı alt boyut puan ortalama farkı, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Evlilerin ve önceden tıbbi hata yapmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Yaş için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 40 ve üzeri yaş grubu puan ortalamalarının 19-25 ve 26-32 yaş gruplarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Haftalık çalışma süresi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); 40-44 saat çalışanların puan ortalamalarının, 50-54 saat çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Günlük hasta sayısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); günlük 0-5 hastaya bakanların puan ortalamalarının, 6-10, 11-15, 16-20 ve 21 ve üzeri hasta bakanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Klinik için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); dahiliye/göğüs/nefroloji/üroloji servisinde çalışanların puanlarının, cerrahi/ ortopedi/kadın doğum/plastik ve rekonstrüktif servislerinde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışma şekli için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); sürekli gece çalışanların puanlarının vardiyalı, gündüz ve diğer çalışma şeklinde olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, öğrenim düzeyi, kadro, meslek memnuniyeti ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre süreç paylaşımı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.4.4. Koordinasyon alt boyutuyla ilgili bulgular

Tablo 7’de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, günlük hasta sayısı ve kliniğe göre koordinasyon alt boyut puan ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların ve evlilerin puan ortalaması daha yüksektir.

Yaş için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 40 ve üzeri yaş grubu puan ortalamalarının diğer tüm yaş gruplarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Günlük hasta sayısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); günlük 0-5 hastaya bakanların puan ortalamalarının, 11-15, 16-20 ve 21 ve üzeri hasta bakanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Klinik için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); cerrahi/ortopedi/kadın doğum/plastik ve rekonstrüktif servisinde çalışanların puanlarının, yoğun bakım/acil/ameliyathane ve diğer servislerinde çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öğrenim düzeyi, kadro, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre koordinasyon puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.4.5. Profesyonellik alt boyutuyla ilgili bulgular

Tablo 7'de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, haftalık çalışma süresi, günlük hasta sayısı, klinik ve çalışma şekline göre profesyonellik alt boyut puan ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların ve evlilerin puan ortalaması daha yüksektir.

Yaş için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 40 ve üzeri yaş grubu puan ortalamalarının 19-25 ve 26-32 yaş gruplarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Haftalık çalışma süresi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 40-44 saat çalışanların puan ortalamalarının, 50-54 ve 55 saat ve üzeri çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Günlük hasta sayısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); günlük 0-5 hastaya bakanların puan ortalamalarının, 6-10, 11-15, 16-20 ve 21 ve üzeri hasta bakanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Klinik için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); cerrahi/ortopedi/kadın doğum/plastik ve rekonstrüktif servisinde çalışanların puanlarının, dahiliye/göğüs/nefroloji/üroloji servisleri ile yoğun bakım/acil/ameliyathane ve diğer servislerinde çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma şekli için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); sürekli gece çalışanların puanlarının diğer tüm çalışma şeklinde olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Öğrenim düzeyi, kadro, meslek memnuniyeti, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre profesyonellik puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.4.6. Genel işbirliği puanıyla ilgili bulgular

Tablo 7'de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, haftalık çalışma süresi, günlük hasta sayısı, klinik ve çalışma şekline göre genel iş birliği puan ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların ve evlilerin puan ortalaması daha

yüksektir.

Yaş için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 40 ve üzeri yaş grubu puan ortalamalarının 19-25 ve 26-32 yaş gruplarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Haftalık çalışma süresi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 40-44 saat çalışanların puan ortalamalarının, 50-54 ve 55 saat ve üzeri çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Günlük hasta sayısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); günlük 0-5 hastaya bakanların puan ortalamalarının, 6-10, 11-15, 16-20 ve 21 ve üzeri hasta bakanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Klinik için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); cerrahi/ortopedi/kadın doğum/plastik ve rekonstrüktif servisinde çalışanların puanlarının, dahiliye/göğüs/nefroloji/üroloji servisleri, yoğun bakım/acil/ameliyathane ve diğer servislerde çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma şekli için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); sürekli gece çalışanların puanlarının diğer tüm çalışma şekillerinde olanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Öğrenim düzeyi, kadro, meslek memnuniyeti, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre genel işbirliği puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.5. Kişisel Verilere göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyutlarıyla İlgili Bulgular

Kişisel verilere göre tıbbi hataya eğilim ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Kişisel verilere göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	n	ilaç ve transfüzyon uygulamaları		Hastane Enfeksiyonları		Hasta izlemi ve malzeme güvenliği		Düşmeler		İletişim		Genel tıbbi hata eğilimi		
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	
Yaş	19-25	32	4.69	0.36	4.70	0.38	4.53	0.49	4.56	0.52	4.75	0.42	4.65	0.37
	26-32	86	4.74	0.33	4.69	0.43	4.52	0.50	4.63	0.46	4.71	0.48	4.67	0.35
	33-39	74	4.77	0.34	4.72	0.33	4.61	0.43	4.64	0.50	4.71	0.44	4.71	0.32
	40 ve üzeri	78	4.77	0.30	4.71	0.35	4.60	0.41	4.59	0.60	4.71	0.40	4.70	0.32
	Test/p		$\chi^2_{kw}=1.50$ p=0.68		$\chi^2_{kw}=0.50$ p=0.91		$\chi^2_{kw}=0.97$ p=0.80		$\chi^2_{kw}=0.78$ p=0.85		$\chi^2_{kw}=1.29$ p=0.72		$\chi^2_{kw}=0.67$ p=0.88	
Cinsiyet	Kadın	246	4.76	0.33	4.72	0.38	4.59 (a)	0.45	4.63 (a)	0.53	4.73	0.45	4.70 (a)	0.34
	Erkek	24	4.68	0.31	4.64	0.41	4.40 (b)	0.52	4.46 (b)	0.46	4.65	0.36	4.59 (b)	0.33
	Test/p		U=2276.50 p=0.05		U=2554.00 p=0.26		U=2218.50 p=0.04 a>b		U=1963.00 p=0.00 a>b		U=2317.50 p=0.05		U=2206.00 p=0.04 a>b	
Medeni durum	Evli	205	4.78	0.30	4.73	0.36	4.62	0.41	4.64	0.52	4.73	0.43	4.72	0.31
	Bekar	65	4.68	0.40	4.65	0.45	4.41	0.56	4.54	0.55	4.70	0.47	4.61	0.41
	Test/p		U=592.00 p=0.16		U=6174.00 p=0.36		U=5185.00 p=0.30		U=5964.00 p=0.17		U=6586.00 p=0.87		U=5792.50 p=0.11	
Öğrenim düzeyi	Sağlıkmeslek lisesi	26	4.75	0.36	4.77	0.32	4.65	0.34	4.69	0.38	4.78	0.38	4.74	0.32
	Ön lisans	45	4.71	0.35	4.66	0.39	4.49	0.50	4.48	0.65	4.68	0.46	4.63	0.37
	Lisans	172	4.78	0.29	4.71	0.39	4.57	0.46	4.64	0.50	4.72	0.45	4.70	0.33
	Lisans üstü	27	4.68	0.45	4.73	0.33	4.66	0.46	4.64	0.57	4.73	0.40	4.69	0.38
	Test/p		$\chi^2_{kw}=2.57$ p=0.46		$\chi^2_{kw}=2.47$ p=0.47		$\chi^2_{kw}=2.68$ p=0.44		$\chi^2_{kw}=2.84$ p=0.41		$\chi^2_{kw}=0.95$ p=0.81		$\chi^2_{kw}=2.09$ p=0.55	
Kadro	4/a	252	4.75	0.33	4.70	0.39	4.57	0.46	4.61	0.53	4.71	0.45	4.68	0.34
	4/b	18	4.84	0.28	4.86	0.28	4.67	0.40	4.78	0.38	4.84	0.33	4.81	0.28
	Test/p		U=1791.50 p=0.12		U=1679.00 p=0.05		U=1961.50 p=0.32		U=1839.50 p=0.15		U=1818.00 p=0.11		U=1689.00 p=0.07	
Haftalık çalışma süresi	40-44	130	4.76	0.37	4.71	0.41	4.59	0.44	4.62	0.57	4.72	0.45	4.69	0.37
	45-49	60	4.74	0.31	4.68	0.40	4.54	0.51	4.52	0.52	4.68	0.51	4.66	0.34
	50-54	38	4.75	0.27	4.72	0.32	4.55	0.49	4.67	0.49	4.79	0.36	4.70	0.30
	55 ve üzeri	42	4.79	0.25	4.74	0.33	4.60	0.43	4.71	0.36	4.69	0.38	4.72	0.26
	Test/p		$\chi^2_{kw}=1.55$ p=0.67		$\chi^2_{kw}=0.47$ p=0.92		$\chi^2_{kw}=0.28$ p=0.96		$\chi^2_{kw}=2.50$ p=0.47		$\chi^2_{kw}=2.06$ p=0.55		$\chi^2_{kw}=0.94$ p=0.81	

Tablo 8 Devamı. Kişisel verilere göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	n	ilaç ve transfüzyon uygulamaları		Hastane enfeksiyonları		Hasta izlemi ve malzeme güvenliği		Düşmeler		İletişim		Genel tıbbi hata eğilimi		
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	
Günlük hasta sayısı	0-5	85	4.70	0.35	4.65	0.39	4.48	0.50	4.63	0.53	4.64	0.53	4.63	0.36
	6-10	47	4.77	0.33	4.76	0.33	4.58	0.47	4.57	0.54	4.69	0.45	4.70	0.34
	11-15	35	4.86	0.16	4.76	0.32	4.60	0.39	4.63	0.39	4.80	0.33	4.76	0.23
	16-20	48	4.80	0.29	4.75	0.37	4.69	0.45	4.70	0.45	4.83	0.36	4.76	0.31
	20 ve üzeri	55	4.73	0.39	4.69	0.44	4.59	0.43	4.55	0.63	4.72	0.40	4.67	0.37
	Test/p		$\chi^2_{kw}=6.88$ p=0.14		$\chi^2_{kw}=6.55$ p=0.16		$\chi^2_{kw}=8.67$ p=0.07		$\chi^2_{kw}=2.23$ p=0.69		$\chi^2_{kw}=6.95$ p=0.13		$\chi^2_{kw}=7.81$ p=0.09	
Meslek memnuniyeti	Memnun değil	105	4.78 (a)	0.33	4.77 (a)	0.38	4.59	0.50	4.67	0.49	4.72	0.49	4.73 (a)	0.36
	Kararsız	58	4.66 (b)	0.34	4.56 (b)	0.44	4.48	0.50	4.47	0.72	4.61	0.48	4.58 (b)	0.38
	Memnun	107	4.78 (c)	0.31	4.73 (c)	0.32	4.61	0.39	4.64	0.41	4.77	0.35	4.72 (c)	0.28
	Test/p		$\chi^2_{kw}=9.52$ p=0.00 b<a=c		$\chi^2_{kw}=16.83$ p=0.00 b<a=c		$\chi^2_{kw}=3.05$ p=0.21		$\chi^2_{kw}=3.41$ p=0.18		$\chi^2_{kw}=6.00$ p=0.05		$\chi^2_{kw}=9.47$ p=0.00 b<a=c	
Klinik	Dahiliye/göğüs/nefroloji/üroloji	36	4.72	0.43	4.76	0.32	4.66	0.40	4.51	0.44	4.67	0.45	4.69	0.35
	Cerrahi/ortopedi/kadın doğum /plastik ve rekonstrüktif	67	4.79	0.28	4.77	0.33	4.64	0.44	4.65	0.47	4.75	0.40	4.74	0.30
	Çocuk/yenidoğan	30	4.83 (a)	0.28	4.69	0.37	4.59	0.48	4.61	0.55	4.83	0.31	4.73	0.34
	Yoğun bakım/ acil/ameliyathane	91	4.70 (b)	0.32	4.65	0.42	4.51	0.48	4.62	0.61	4.68	0.49	4.64	0.36
	Diğer *	46	4.79	0.34	4.70	0.40	4.51	0.48	4.64	0.45	4.72	0.46	4.70	0.35
	Test/p		$\chi^2_{kw}=11.48$ p=0.02 a>b		$\chi^2_{kw}=6.13$ p=0.18		$\chi^2_{kw}=4.99$ p=0.28		$\chi^2_{kw}=4.68$ p=0.32		$\chi^2_{kw}=3.93$ p=0.41		$\chi^2_{kw}=5.51$ p=0.23	
Çalışma şekli	Vardiyalı	153	4.75	0.31	4.71	0.39	4.55	0.45	4.63	0.46	4.72	0.45	4.69	0.33
	Sürekli gündüz	67	4.76	0.37	4.72	0.33	4.66	0.41	4.61	0.56	4.70	0.45	4.71	0.33
	Sürekli gece	11	4.72	0.25	4.52	0.45	4.30	0.61	4.58	0.39	4.71	0.44	4.58	0.37
	24 saat nöbet usulü	16	4.71	0.47	4.71	0.48	4.60	0.55	4.50	0.97	4.65	0.49	4.66	0.51
	Diğer **	23	4.82	0.26	4.75	0.36	4.57	0.50	4.64	0.49	4.80	0.32	4.74	0.28
	Test/p		$\chi^2_{kw}=4.40$ p=0.35		$\chi^2_{kw}=3.66$ p=0.45		$\chi^2_{kw}=6.39$ p=0.17		$\chi^2_{kw}=1.73$ p=0.78		$\chi^2_{kw}=1.03$ p=0.90		$\chi^2_{kw}=3.36$ p=0.49	

Tablo 8 Devamı. Kişisel verilere göre Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	n	İlaç ve transfüzyon uygulamaları		Hastane enfeksiyonları		Hasta izlemi ve malzeme güvenliği		Düşmeler		İletişim		Genel tıbbi hata eğilimi		
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	
Önceki tıbbi hata durumu	Evet	63	4.75	0.33	4.71	0.38	4.57	0.50	4.58	0.66	4.71	0.46	4.69	0.37
	Hayır	207	4.76	0.33	4.71	0.38	4.57	0.45	4.63	0.48	4.72	0.43	4.69	0.33
	Test/p		U=6365.00 p=0.77		U=6288.50 p=0.66		U=6388.00 p=0.80		U=6292.00 p=0.65		U=6487.50 p=0.94		U=6413.50 p=0.84	
Tıbbi hata ile karşılaşma	Evet	115	4.74	0.33	4.68	0.40	4.53	0.51	4.54	0.65	4.70	0.45	4.66	0.37
	Hayır	155	4.77	0.33	4.73	0.37	4.61	0.41	4.67	0.40	4.73	0.44	4.72	0.31
	Test/p		U=8223.00 p=0.26		U=8069.50 p=0.17		U=8472.50 p=0.47		U=8443.50 p=0.43		U=8508.00 p=0.47		U=8228.00 p=0.27	

Diğer * : Psikiyari, diyaliz, kalp-damar, nöroloji, fizik tedavi vb klinikleri ifade etmektedir.

Diğer ** : Vardiya, gece, gündüz ve 24 saat nöbet usulü çalışanları ifade etmektedir.

Tabloda gösterilen a,b,c,d ve e değerleri her verinin kendi alanındaki ilişkisini göstermektedir. Değerlerin yükselmesi hemşirelerin tıbbi hata eğiliminin azaldığını, değerlerin düşmesi ise hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin arttığını göstermektedir.

4.5.1. İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutuyla ilgili bulgular

Tablo 8’de görüldüğü gibi, meslek memnuniyeti ve kliniğe göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyut puan ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Meslek memnuniyeti için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); mesleğinde kararsız olanların puanlarının mesleğinden memnun ve memnun olmayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Kliniğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); çocuk/yenidoğan servisinde çalışanların puanlarının, yoğun bakım/acil/ameliyathane servislerinde çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, kadro, haftalık çalışma süresi, günlük hasta sayısı, çalışma şekli, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre ilaç ve transfüzyon uygulamaları puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.5.2. Hastane enfeksiyonları alt boyutuyla ilgili bulgular

Tablo 8’de görüldüğü gibi, meslek memnuniyetine göre hastane enfeksiyonları alt boyut puan ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Meslek memnuniyeti için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); mesleğinde kararsız olanların puanlarının mesleğinden memnun ve memnun olmayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, kadro, haftalık çalışma süresi, günlük hasta sayısı, klinik, çalışma şekli, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre hastane enfeksiyonları puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.5.3. Hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutuyla ilgili bulgular

Tablo 8’de görüldüğü gibi, cinsiyet ve medeni duruma göre hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyut puan ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların puan ortalamaları erkeklerden yüksektir.

Yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, kadro, haftalık çalışma süresi, günlük hasta sayısı, meslek memnuniyeti, klinik, çalışma şekli, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre hasta izlemi ve malzeme güvenliği puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.5.4. Düşmeler alt boyutuyla ilgili bulgular

Tablo 8'de görüldüğü gibi cinsiyete göre düşmeler alt boyut puan ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların puan ortalamaları daha yüksektir.

Yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, kadro, haftalık çalışma süresi, günlük hasta sayısı, meslek memnuniyeti, klinik, çalışma şekli, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre düşmeler puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.5.5. İletişim alt boyutuyla ilgili bulgular

Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, kadro, haftalık çalışma süresi, günlük hasta sayısı, meslek memnuniyeti, klinik, çalışma şekli, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre iletişim puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.5.6. Genel tıbbi hata eğilim puanıyla ilgili bulgular

Tablo 8'de görüldüğü gibi, cinsiyet ve meslek memnuniyetine göre genel tıbbi hata eğilimi ölçeği (GTHEÖ) toplam puan ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların puan ortalaması daha yüksektir.

Meslek memnuniyeti için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); mesleğinde kararsız olanların puanlarının mesleğinde memnun ve memnun olmayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, kadro, haftalık çalışma süresi, günlük hasta sayısı, klinik, çalışma şekli, önceki tıbbi hata durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumuna göre tıbbi hata eğilimi toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

4.6. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği ve Alt Boyut Puanları İlişkisine Ait Bulgular

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puanları ile Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği ve alt boyut puanları ilişkisi Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puanları ile Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		İlaç ve transfüzyon uygulamaları	Hastane enfeksiyonları	Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	Düşmeler	İletişim	GTHEÖ
Problem çözme	r	0.20	0.19	0.22	0.31	0.17	0.24
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
İletişim	r	0.20	0.19	0.24	0.26	0.16	0.25
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Süreç paylaşımı	r	0.30	0.20	0.28	0.35	0.27	0.33
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Koordinasyon	r	0.36	0.32	0.33	0.39	0.35	0.40
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Profesyonellik	r	0.26	0.25	0.29	0.33	0.28	0.33
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Genel işbirliği	r	0.29	0.26	0.30	0.35	0.28	0.34
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Tablo 9’da görüldüğü gibi, problem çözme alt boyut puanı ile ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ puanları arasında istatistiksel olarak zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Problem çözme alt boyut puanı arttıkça ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve genel tıbbi hataya eğilim puanları da artmaktadır.

İletişim alt boyut puanı ile ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ puanları arasında istatistiksel olarak zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). İletişim alt boyut puanı arttıkça ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ

puanları da artmaktadır.

Süreç paylaşımı alt boyut puanı ile ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ puanları arasında istatistiksel olarak zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Süreç paylaşımı alt boyut puanı arttıkça ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ puanları da artmaktadır.

Koordinasyon alt boyut puanı ile ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ puanları arasında istatistiksel olarak zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Koordinasyon alt boyut puanı arttıkça ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ puanları da artmaktadır.

Profesyonellik alt boyut puanı ile ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ puanları arasında istatistiksel olarak zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Profesyonellik alt boyut puanı arttıkça ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ puanları da artmaktadır.

Genel iş birliği toplam puanı ile ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ puanları arasında istatistiksel olarak zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Genel iş birliği puanı arttıkça ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve GTHEÖ puanları da artmaktadır.

4.7. Hemşireler Arası İşbirliğinin Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimi Etkisine Ait Bulgular

Tablo 10. Hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerindeki etkisinin incelenmesi

Değişken	B	Standart hata	β	t	p
Sabit	3.97	0.10	-	38.02	0.00
Toplam işbirliği	0.24	0.03	0.39	7.06	0.00

$$R=0.39 \quad R^2=0.15 \quad F=49.88 \quad p=0.00$$

Araştırmada regresyon analizi sonucunda hemşireler arası işbirliğinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Hemşirelerin tıbbi hata eğilimine ilişkin toplam varyansın %15.7'sinin hemşireler arası işbirliği ile açıklandığı söylenebilir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma, bir üniversite hastanesinde çalışan 270 hemşireye uygulanmıştır.

Sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliğinin odak noktası hastanın zarar görmemesidir. Hasta güvenliğinin temel göstergesi ise tıbbi hatalardır. Hasta güvenliğini sağlarken hemşireler arası işbirliğinin, tıbbi hata oranlarını azaltmada etkisinin pozitif yönlü olacağı ifade edilmektedir (AACN, 2005; Dougherty ve Larson, 2010; ICN, 2018). Bu araştırmada hemşirelerde işbirliğinin alt parametreleri (problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon ve profesyonellik) ve hemşirelerin tıbbi hataya eğilimi parametreleri (ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim) ilişkisine bakılmıştır. Araştırmamızda hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata eğilimi üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Bu araştırmada hemşirelerin tıbbi hatalara karşı durumları ve sonuçları incelendiğinde, hemşirelerin çoğunun bildirim yapmadığı ve olayı kendi bilgileriyle halletmeye çalıştığı görülmektedir (Tablo 4, Tablo 5). Tıbbi hataların bildirilmesinin, hataları en aza indirmede veya önlemede etkin bir yeri olduğu düşünülmektedir (Silen- Lipponen ve ark., 2005). Hasta güvenliğine dikkat konusundaki artışa rağmen bu konuda bilinçlenmede hala eksiklikler olduğu ancak korku ve bilgisizlik gibi nedenlerle bu konuda her zaman yetersiz kaldığı ifade edilmektedir (WHO, 2005a). Araştırmadaki hemşirelerin bildirim konusunda ihmalkar davranmalarının nedeni, hastaya zarar vermeyecek ufak hatalar yaptıklarını düşünmeleri ve yoğunluk nedeniyle bildirim süreci ile uğraşmak istememeleri olarak düşünülmektedir.

5.1. Hemşire- Hemşire İşbirliği ve Tıbbi Hatalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada hemşireler arası işbirliğinin Tablo 6'daki alt boyutlarının puan ortalaması incelendiğinde; profesyonellik 3.05 ± 0.62 , koordinasyon 3.01 ± 0.62 , problem çözme 2.98 ± 0.71 , süreç paylaşımı 2.93 ± 0.58 ve iletişimin 2.85 ± 0.60 olduğu görülmektedir. Genel işbirliğinin ise 2.98 ± 0.55 ile ortalamanın üzerinde, iyi denilebilecek düzeyde olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin genel anlamda işbirliğinin iyi

olduğu, profesyonellik ve koordinasyonunun yüksek ancak iletişimlerinin diğer özelliklerine göre düşük olduğu bulunmuştur. Benzer olarak Çelik Durmuş vd.'nin (2018) yaptığı çalışmada, hemşirelerin işbirliğinde en yüksek puan ortalamasını, profesyonellik ve koordinasyondan aldıkları belirtilmektedir. Yine bu çalışmada, bizim araştırmamıza benzer olarak hemşireler arası genel işbirliği düzeyinin iyi (3.09) olduğu belirtilmektedir. Çelik'in (2010) yapmış olduğu araştırmada, hemşirelerin profesyonellikleri ve iş doyumları arasında pozitif bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. Çalışmamızdaki hemşirelerin çoğu (%39.6) işinden memnun ve profesyonellik düzeyi iyi (3.05) olduğu için iş doyumlarının yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Hemşirelerin işlerindeki doyum oranı kadar, çalışma sırasında uyumlu ve başarılı olabilecekleri belirtilmektedir. Böylece motivasyonlarının yükseleceği ve aralarında bütünleşmenin sağlanacağı düşünülmektedir (Topçu vd., 2013). Hemşireler arası işbirliğinde, işlerin etkin yürütülmesi sırasında ve bireyler arasındaki bütünlük sağlanırken, çalışma memnuniyetinin önemli olduğu belirtilmiştir (Gemlik vd., 2015; Pehlivan vd., 2015). Bu doğrultuda çalışmamızdaki hemşirelerin genel işbirliğinin iyi olması beklenen bir sonuç olmaktadır. Çalışmadaki hemşirelerin en fazla puanı profesyonellik boyutundan almaları, aralarındaki işbirliği için tüm olanakları değerlendirmede yetkin olduklarını düşündürmektedir. Hemşirelerin iletişiminin diğer işbirliği boyutlarından daha düşük olması, yoğun çalışmaları ve vakitlerinin çoğunu hastalara ayırmaları sebebiyle ekipteki diğer arkadaşlarıyla iletişim kurmaya vakitlerinin yetersiz olması olarak açıklanabilmektedir.

Bu araştırmadaki hemşirelerin, genel tıbbi hata puanının 4.69 olup, tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu bulunmuştur. Diğer boyutlarda ise puanların sırasıyla ilaç ve transfüzyon uygulamaları (4.76), iletişim (4.72), hastane enfeksiyonları (4.71), düşmeler (4.62) ve hasta izlemi ve malzeme güvenliği (4.57) olduğu görülmektedir (Tablo 6). Yani bu araştırmadaki hemşireler en yüksek hasta izlemi ve malzeme güvenliği, en az ise ilaç ve transfüzyon uygulamalarında tıbbi hataya eğilim göstermektedirler. Benzer olarak Öztürk ve Özata'nın (2013) yapmış olduğu çalışmada tıbbi hata eğiliminin en az ilaç ve transfüzyon uygulamalarında, en fazla hem hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde hem de düşmelerde olduğu belirtilmektedir. Yine Demir Dikmen vd. (2013), İşçi (2015) ve Küçükoğlu vd.'nin (2016) yapmış oldukları çalışmalarda hemşirelerin en az ilaç ve transfüzyon uygulamalarında tıbbi hataya meyilli oldukları

belirlenmektedir. Her tıbbi hata gibi ilaç hataları da ölümlerle sonuçlanabileceği için önem arz etmektedir ve yapılan ilaç hatalarının büyük oranda uygulama yapan kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Philips ve ark., 2001). Hemşirelerin uygulamada ilaç hatalarını sık yapmalarının bilgi düzeylerindeki düşüklükten kaynaklandığı belirtilmektedir (Akgün, 2014, Leape ve ark., 2014). Bu araştırmadaki hemşirelerin bu açıdan yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu ve ilaçlar hakkında yeterli farkındalıklarının olduğu düşünülmektedir. Ancak araştırmadaki hemşirelerin hasta izlemi ve malzeme güvenliği konusunda tıbbi hataya daha eğilimli oldukları bulunmuştur (Tablo 6). Işık Andsoy vd.'nin (2014) yapmış olduğu çalışmada, araştırmamıza benzer olarak, hemşirelerin en fazla tıbbi hata yapma eğilimini hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde gösterdikleri belirtilmektedir. Bu konuda tıbbi hata davalarında, hastanın yeterince izlenmemesinin büyük sorunlara yol açtığı belirtilmiştir (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Malzeme ve cihazların bakımının ve kullanımının ise, tanı-tedavi sürecinin etkinliğini, olumlu yönde artırdığı belirtilmiştir (Odacıoğlu, 2013). Yine WHO (2005a) da, tıbbi araç gereçlerin yeterli ve güvenli kullanılmaması sonucunda, hastaların zarara uğradığını belirterek bu konudaki öneme dikkat çekmektedir. Araştırmadaki hemşirelerin eğitim düzeyinin yüksek olması nedeniyle ilaç ve transfüzyon konularında yeterli oldukları düşünülmektedir. Hasta izlemede ve tıbbi malzeme kontrollerinde ise aynı özeni göstermedikleri bunun sebebinin ise hasta odaklı çalıştıkları için malzemeler konusunda yeterli bilgiyi edinemedikleri, hasta sayısının fazla olması sebebiyle de her hastayı yeterince gözlemeye zamanları olmadığı düşünülmektedir.

5.2. Hemşireler Arası İşbirliği ve Kişisel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelerin yaş faktörünün, hemşireler arası işbirliği ile ilişkisi incelendiğinde; yaştaki artışla beraber hemşirelerin işbirliği, problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon ve profesyonelliklerinin arttığı görülmektedir ($p<0.05$). Hemşirelerde, yaştaki artış ile beraber mesleki ilişkilerinin ve deneyiminin arttığı, böylece hem işbirliğine yöneldiği hem de tıbbi hata oranlarında azalma olduğu belirtilmektedir (Gillespie ve ark., 2010; Lemetti ve ark., 2015; Nadzam, 2009; Özata ve Altuncan, 2010; Tan vd., 2012). Bu araştırmada hemşirelerin, birlikteliğin hasta sonuçlarına pozitif yansımaları olduğunu yaş ile deneyimledikleri böylece işbirliğine yöneldikleri düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin cinsiyet faktörünün, hemşireler arası işbirliği ile ilişkisi incelendiğinde; kadınların genel iş birliği düzeyi, koordinasyon ve profesyonelliklerinin erkeklere göre daha iyi olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Problem çözme, iletişim ve süreç paylaşımının ise cinsiyet durumu ile ilişkili olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Ancak bu araştırmanın sonucuna zıt olarak Çelik Durmuş vd.'nin (2018) hemşireler üzerine yapmış olduğu bir araştırmada, cinsiyetin hemşireler arası işbirliği üzerinde etkisi olmadığı belirtilmektedir. Araştırmada erkek hemşirelerin, hemşirelik mesleğine geçişinin geç olması ve uyum sürecininin uzaması, sayıca az olmaları sebebi ile kadınlara göre işbirliği ve koordinasyonda daha çekimser davrandıkları düşünölmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin medeni durumunun, hemşireler arası işbirliği ile ilişkisi incelendiğinde; evli olan hemşirelerin genel işbirliği, problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon ve profesyonelliklerinin, bekar olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak bu araştırmadan farklı olarak Çelik Durmuş vd.'nin (2018) hemşireler üzerine yapmış olduğu bir araştırmada, medeni durumun hemşireler arası işbirliği üzerinde etkisi olmadığı belirtilmektedir. Bu araştırmada, evli olan bireylerin birlikte yaşamada daha uyumlu davranması ve daha fazla sorumluluk sahibi olması böylece işleri tamamlamada işbirliğinin yerinin ne kadar önemli olduğunun farkında oldukları düşünölmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin eğitim durumunun, hemşireler arası işbirliği ile ilişkisi incelendiğinde; öğrenim düzeyleri ile hemşireler arası işbirliği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu araştırmadan farklı olarak Çelik Durmuş vd.'nin (2018) yapmış olduğu araştırmada lisansüstü hemşirelerin, problem çözme, koordinasyon, profesyonellik ve genel işbirliğinin, lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Eğitim düzeyi lisansüstü olan hemşirelerin iş doyumlarının ve profesyonelliklerinin yüksek olduğu, bu sebepten işbirliğine daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Çelik, 2010; Tan vd., 2012). Sağlık kurumlarındaki teknolojik gelişim ve değişimin hızlı ilerlemesi nedeniyle, çalışanların bilgi ve becerilerini sürekli yenilemeleri gerekmektedir. Değişim ve gelişimlere ayak uydurmak için personelin eğitim düzeyinin yanı sıra, eğitiminin sürekliliğinin de önem taşıdığı belirtilmektedir. Bu eğitimlerin amacı, sağlık çalışanının gerekli donanıma sahip olması olarak görölmektedir (Topçu vd., 2013). Bu araştırmadaki hemşirelerin işbirliği

düzeyinin yüksek olması (2.98) ancak eğitim düzeyi ile ilişkisinin olmaması, hizmet içi eğitimler ile bu açığın tamamlanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin kadro durumunun, hemşireler arası işbirliği ile ilişkisi incelendiğinde; hemşirelerin kadro durumunun hemşireler arası işbirliği ile ilişkili olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Çelik Durmuş vd.'nin (2018) çalışmasında ise, 4/a ve 4/b çalışan hemşirelerin diğerlerine göre problem çözme, iletişim, profesyonellik ve işbirliğinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Araştırmadaki hemşirelerin eğitim düzeylerinin yüksek (%63.7 lisans) olmasının sonucu olarak kadro durumundan etkilenmeden, etik ilkelere uygun şekilde çalıştıkları düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin haftalık çalışma saatlerinin, hemşireler arası işbirliği ile ilişkisi incelendiğinde; haftalık 40-44 saat çalışan hemşirelerin, 50 saat ve üzeri çalışan hemşirelere göre işbirliği, problem çözme, süreç paylaşımı ve profesyonelliklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İletişim ve koordinasyonlarının ise çalışma saatleri ile ilişkili olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Hemşirelerde iş yükünün fazlalığı, sayılarındaki yetersizlik, görev dışı sorumluluk yüklenmesi sonucunda uzun çalışma saatleri, yorgunluk, stres ve çatışmalar görülebileceği için, hemşireler arası işbirliği düzeyinin de azalacağı düşünülmektedir (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir 2015a; Farrell, 1997; Önler vd., 2016). Bu durum araştırmamızı destekler niteliktedir. Araştırmada, hemşirelerin haftalık çalışma saatlerindeki artış ile beraber yorgunluk ve stres düzeylerinin de arttığı bu nedenle iletişim, karar verme ve işbirliğine vakit ayıramadıkları düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin günlük ortalama baktığı hasta sayının, hemşireler arası işbirliği ile ilişkisi incelendiğinde, günlük ortalama 0-5 hastaya bakanların, hasta sayısı fazla olanlara göre işbirliğinin daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin, servis büyüklüğüne göre aralarındaki görev paylaşımını artırarak işleri daha planlı ve sorunsuz hale getirebilecekleri belirtilmektedir. Organize şekilde hastaları paylaşmanın ve bu süreçte diğer hemşireler ile iletişim halinde olmanın hasta bakım kalitesinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir (Ekici, 2013). Hemşirelerin hasta sayısındaki artış ile beraber işleri kolaylaştırmak, hızlı ve doğru kararlar verebilmek için diğer hemşireler ile iletişim halinde olduğu, etkin bir işbirliği sergiledikleri düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin mesleki memnuniyetlerinin, hemşireler arası işbirliği ile ilişkisi incelendiğinde; hemşirelerin mesleki memnuniyetinin hemşireler arası işbirliği ile ilişkili olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). elik Durmuş vd.'nin (2018) alışmasında, mesleğinden memnun olan veya kısmen memnun olan hemşirelerin daha yüksek işbirliği içerisinde olduğu belirtilmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin çalıştığı kliniğin, hemşireler arası işbirliği ile ilişkisi incelendiğinde; çalışılan kliniğin hemşireler arası işbirliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu araştırmada; cerrahi birimde çalışan hemşirelerin genel işbirliğinin dahiliye ve özel birim hemşirelerinden yüksek olduğu, dahiliye hemşirelerinin problem çözme becerisinin cerrahi ve ocuk hemşirelerinden düşük olduğu, cerrahi hemşirelerinin iletişiminin dahiliye ve özel (acil / ameliyathane / yoğun bakım) birim hemşirelerinden yüksek olduğu, dahiliye hemşirelerinin süreç paylaşımının cerrahi hemşirelerden düşük olduğu, cerrahi hemşirelerinin koordinasyonunun özel birim hemşirelerinden yüksek olduğu, cerrahi hemşirelerinin profesyonelliğinin dahiliye ve özel birim hemşirelerinden yüksek olduğu görülmektedir. elik Durmuş vd.'nin (2018) yapmış olduğu çalışmada ise, ameliyathane ve acil servis hemşirelerinin diğer birim hemşirelerine göre daha yüksek işbirliği sergilediği belirtilmektedir. Hemşireler tarafından çalışma ortamının iyi olarak algılanmasıyla tükenmişliğin azalıp iş doyumunun artacağı ve ilişkilerinin olumlu hale geleceği belirtilmektedir (Tan vd., 2012). Bu araştırmada, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin diğerlerine göre işbirliğinin daha yüksek olması, hasta sirkülasyonun fazla olması nedeniyle hemşirelerin işbirliğine daha fazla ihtiyaç duydukları dşnlmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin çalışma şeklinin, hemşireler arası işbirliği ile ilişkisi incelendiğinde; gece çalışan hemşirelerin koordinasyon hariç, işbirliği, problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı ve profesyonelliklerinin diğer hemşirelere göre düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelere vardiya bitimlerinde işlerinin tamamının bitip bitmediği sorulduğunda, yoğun iş yükü ve yetersiz zamandan dolayı birçok işini yarım bıraktıkları belirtilmektedir (Aiken ve ark., 2013). Bu araştırmada, hemşirelerin gece nöbetlerinde sayıca az olmaları ve hastalara bile yeterli zaman ayıramadıkları için birbirleri ile olan ilişkilerinin düşük olmasının anlamlı olduğu dşnlmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin daha önce tıbbi hata yapma durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumunun, hemşireler arası işbirliğine etkisi incelendiğinde; hemşirelerin daha önce tıbbi hata yapma durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumlarının, hemşirelerin aralarındaki işbirliği ile ilişkisi bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin nceki tıbbi hatalarından deneyim sahibi olup, diğer hemşireler ile işbirliği yapmanın sonraki hatalarını engellemek açısından faydalı olacağı dşnlmektedir.

5.3. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimi ve Kişisel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelerin yaşının, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; hemşirelerin yaşı ile tıbbi hata yapmaya eğilim durumlarının ilişkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırmamıza paralel olarak zata ve Altuncan (2010), Brennan ve ark. (1991), Cebeci, Gürsoy, ve Tekingündüz (2012) ve ztrk ve zata'nın (2013) yapmış olduğu çalışmalarda, hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin yaş ile ilişkisi olmadığı belirtilmektedir. Ancak Akgün şahin ve Kardaş zdemir'in (2015a) yaptđı çalışmada hemşirelerin yaşının artıkça aralarındaki iletişimin de arttığı belirtilmektedir. Tan vd.'nin (2012) yapmış olduğu çalışmada ise yaş ile beraber hemşirelerin mesleki ilişkilerinin güçleneceği belirtilmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin yaşlarındaki artış ile deneyimlerinin artmasının, hataya olan eğilimlerini azaltacağı dşnlmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin cinsiyetinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; kadınların ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları ve iletişim aşamasında erkeklerden farklı olmadığı ($p>0.05$), ancak tıbbi hata, düşmeler, hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde hataya eğilimlerinin erkeklerden daha az olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer olarak yapılan bir çalışma da hemşirelerin cinsiyetinin ilaç hataları eğiliminde anlamlı bir ilişkisi olmadığı belirtilmektedir (Güneş, Gürlek, ve Sönmez, 2014). Cebeci vd.'nin (2012) yapmış olduğu çalışmada da cinsiyetin tıbbi hata eğilimi ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Ancak ztrk ve zata'nın (2013) yapmış olduğu çalışmada, erkeklerin kadınlara göre daha fazla tıbbi hata yaptđı belirtilmiş olup, bu durum araştırmamızla paralellik göstermektedir. Kadınların zel yaşamlarında bakım konusunda erkeklerden daha fazla

aktif olmaları sebebiyle, hata eğilimlerinin erkeklere göre daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin medeni durumunun, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; hemşirelerin medeni durumu ile tıbbi hata yapmaya eğilim durumlarının ilişkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırmamıza benzer olarak Özata ve Altuncan (2010) ve Öztürk ve Özata'nın (2013) yaptığı çalışmalarda da medeni durum ile tıbbi hata eğiliminin ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Bu araştırmadaki hemşirelerin profesyonellik düzeyinin yüksek olması (3.05) sebebiyle özel hayatlarını iş yaşamına yansıtmadıkları, böylece medeni durum ile tıbbi hata eğilim durumlarının ilişkili olmadığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin eğitim düzeyinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; hemşirelerin eğitim düzeyi ile tıbbi hata yapmaya eğilim durumlarının ilişkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırmamıza benzer olarak Demir Dikmen, Yorgun, ve Yeşilçam'ın (2013) yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi ile tıbbi hata eğilim durumunun ilişkisi olmadığı belirtilmektedir. NPSF (1999) ise, tıbbi hataların ana sebeplerinden biri olarak eğitim yetersizliğini göstermektedir. Karadağ vd.'nin (2015) yaptıkları çalışmada ise lisans mezunu hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Karadağ, Ö. Ovayolu, Kılıç, N. Ovayolu, ve Göllüce, 2015). Yine Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir'in (2015a) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeyinin arttıkça iletişimlerinin arttığı belirtilmiştir. Hemşirelerin tıbbi hata etmenlerinde ilk sıralarda yer alan iletişimin, hata oranlarını azaltmada önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir (Işık, Akbolat, Çetin, ve Çimen, 2012). Dokuz ülkedeki 300 hastanede gözlemsel nitelikte yapılan bir çalışmada, lisans mezunu hemşirelerin her %10'luk artışında ölüm oranlarının %7 azaldığı belirtilmektedir (Aiken ve ark., 2014). Ancak hemşirelerin bilgi düzeylerinin de tıbbi hataları etkileyen bir durum olduğu belirtilmektedir (Silen- Lipponen ve ark., 2005). Bu durum da hemşirelerin eğitim düzeylerinin hasta mortalite ve morbidite oranlarında etkili olduğunu söylemek mümkündür. Yüksek eğitim düzeyindeki hemşirelerin iletişim gibi özellikli dersler alması, ancak bu yetersizliklerin kurum içi eğitimlerle de tamamlanabileceği, yalnızca eğitim düzeyi ile ilişkili olmayacağı göz önünde bulundurularak tıbbi hata oranını etkilemediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin kadro durumunun, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; hemşirelerin kadro durumu ile tıbbi hata yapmaya eğilim durumlarının ilişkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Benzer olarak Öztürk ve Özata'nın (2013) çalışması da kadro durumu ile tıbbi hata eğilimi arasında ilişki olmadığı yönündedir. Hemşirelerin profesyonel çalışmaları ön planda tutularak, kadro durumları ile hata eğilimleri arasında ilişki olmadığı düşünölmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin çalışma saatinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; hemşirelerin çalışma saatleri ile tıbbi hata yapmaya eğilim durumlarının ilişkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırmamıza benzer olarak Özata ve Altuncan (2010) çalışmasında da çalışma saati ve tıbbi hata eğiliminin ilişkisi olmadığı belirtilmektedir. Bu araştırmadan farklı olarak, Er ve Altuntaş (2016) yaptıkları çalışmada, çalışma saatlerinin fazla olmasının tıbbi hatalara yol açacağını belirtmektedir. Yapılmış diğer çalışmalarda ise hemşirelerin çalışma sürelerinin arttıkaça, aralarındaki iletişimin düştüğü ve tıbbi hataya eğilimlerinin arttığı belirtilmektedir (Akgün şahin ve Kardaş Özdemir, 2015a; Cebeci vd., 2012). Hemşireler arasındaki iletişim azaldıkça tıbbi hata oranlarının artacağı ve hasta bakım kalitesinin düşeceğı belirtilmiştir (Er ve Altuntaş, 2016). Bu yönden çalışmamızdaki hemşirelerin etkin ve verimli şekilde çalıştıkları, böylece çalışma saatlerinin hatalarla ilişkili olmadığı düşünölmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin günlük ortalama baktıkları hasta sayısının, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; hemşirelerin hasta sayısı ile tıbbi hata yapmaya eğilim durumlarının ilişkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Benzer olarak Özata ve Altuncan (2010) çalışmasında hemşirelerin bakımındaki hasta sayısının, tıbbi hataları ile ilişkisi olmadığı belirtilmektedir. Bu araştırmadan farklı olarak Üstüner Top ve Çam'ın (2016) yaptıkları bir çalışmada, 10 ve altında hastaya bakım verenlerde, %39 ilaç hatası olduğı, 10'un üzerinde hastaya bakım verenlerde ise bu oranın %77 olduğı belirtilmiştir. Hemşirelerin tıbbi hata nedenlerinde en sık sayıca yetersiz olmaları sebebiyle fazla hasta bakmaları gösterilmektedir (Akgün şahin ve Kardaş Özdemir, 2015b; Canatan vd., 2015). Hasta başına düşen hemşire oranlarının, hasta bakımındaki kalite ile doğrudan ilişkili olduğı ve hemşirelerin hasta güvenliğinde tam olarak etkinliğinin buna bağlı olduğı belirtilmektedir (Aiken ve ark., 2013; Canatan vd., 2015). Hemşirelerin hasta bakımlarındaki bir saatlik artışın bile hata

oranlarını ciddi oranda azalttığı belirtilmektedir (Ritter-Teitel 2001). Hemşirelerin baktıkları hasta sayısındaki artış ile yoruldukları ve dikkat düzeylerinin azaldığı, böylece hataya eğilimlerinin arttığı, ancak çalışmada bu açıdan eksiklikler olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin mesleki memnuniyetinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; mesleğinde kararsız olan hemşirelerin mesleki yaşamında ilaç, enfeksiyon ve tıbbi hata oranının, mesleğinden memnun olan ve olmayan hemşirelerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Er ve Altuntaş'ın (2016) yaptıkları çalışmada hemşirelerin mesleğini sevmemesinin az da olsa tıbbi hataya yol açtığı belirtilmektedir. Avrupa'da 12 ülke çapında, 488 hastanede, yataklı kliniklerde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise, hemşirelerin çoğunun memnuniyetsiz çalışması sebebiyle, hemşire bakımından kaynaklı bası yarası ve enfeksiyon olaylarıyla sık karşılaşıldığı belirtilmektedir (Aiken ve ark., 2013). Sağlık çalışanlarının meslekteki isteksizliklerinin, yüksek oranda tıbbi hata yapma eğilimlerini artırdığı belirtilmektedir (Canatan vd., 2015). Çalışmamızdaki hemşirelerin meslekteki kararsızlıklarının çalışma yaşamına yansıtacağı ve hasta bakımında da karar verme sorunları yaşayacakları, çelişkiye düşebilecekleri ve yanlış karar alabilecekleri böylece tıbbi hataya daha fazla eğilim gösterecekleri düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin çalıştığı kliniklerin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; çocuklarla ilgili birimlerde çalışan hemşirelerin, ilaç hatalarını özel birimlerde çalışanlara göre daha az yaptığı bulunmuştur ($p < 0.05$). Kritik bakım hemşirelerindeki yoğun iş yükünün, ekip içi koordinasyon eksikliği oluşturduğu böylece hata oranlarında artışa neden olduğu belirtilmektedir (Valiee, Peyrovi, ve Nasrabadi, 2014). Yapılan başka çalışmalarda, cerrahi hemşirelerinin, diğer klinik hemşirelerinden daha fazla tıbbi hataya meyilli olduğu belirtilmektedir (Demir Dikmen vd., 2013; Küçükoğlu, Karakaş, ve Çelebioğlu, 2016; Özata ve Altuncan, 2010). Cebeci vd.'nin (2012) yaptığı çalışmada ise tıbbi hata eğilimi ve hemşirelerin çalıştığı klinikler arasında pozitif bir ilişki olmadığı belirtilmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin çalıştığı kliniklerin kısmen de olsa tıbbi hata eğilimlerini etkilediğini söylemek mümkündür. Bu araştırmada özel birim hemşirelerinin çocuklarla ilgili birimlerdeki hemşirelere göre hata oranlarının yüksek olmasının nedeni yoğunluk, aciliyet ve yetersiz zaman olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin alışma Őekillerinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; hemşirelerin alışma Őekilleri ile tıbbi hata yapmaya eğilim durumlarının ilişkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Benzer olarak zata ve Altunkan (2010) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin alışma Őekillerinin tıbbi hata eğilimlerine etkisi olmadığı belirtilmektedir. stner Top ve am'ın (2016) yaptığı araştırmada ise gündüz çalışan hemşirelerin genel sorunu olan uykusuzluğu ile uygulama hataları arasında bir ilişki bulunmamış olup, çalışmamızı destekler niteliktedir. Yapılan bir çalışma da ise hemşirelerin nöbet değişim srelerindeki (8/ 12/ 24 saat ara ile) artışla orantılı olarak hataya eğilim yüzdelerinin arttığı belirtilmiştir (Rogers, Hwang, Scot, Aiken, ve Dinges, 2004). Fazla alışma saatlerinin hemşirelerin konsantrasyonunu bozduğu ve tükenmişliğini arttırması sebebiyle, tıbbi hata eğilimini yükselttiği belirtilmektedir (Silen- Lipponen ve ark., 2005). Çalışmamızda uzun (24 saat) alışma süresine sahip kesimin düşük (%5.9) olduğu görülmektedir (Tablo 3). Bu doğrultuda bu araştırmadaki hemşirelerin sürekli gündüz, sürekli gece, vardiya gibi çalışmalarının tıbbi hata eğilimlerini etkilemediği, ancak bu çalışma saatlerinde uzamanın tıbbi hataya eğilimlerini etkileyebileceği dşnlmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin daha önce tıbbi hata yapma durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumunun, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisi incelendiğinde; hemşirelerin daha önce tıbbi hata yapma durumu ve tıbbi hata ile karşılaşma durumlarının, tıbbi hataya olan eğilimleri ile ilişkisi bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin nceki yaptıkları ve karşılaştıkları hataların, hataya olan eğilimleri üzerinde etkisinin olmamasını, genel tıbbi hata eğilimlerinin düşük olması ve hatalar konusundaki zenleri ile açıklamak mümkündür.

5.4. Hemşireler Arası İşbirliği leği ve Tıbbi Hataya Eğilim leği İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması

Bu araştırmadaki hemşirelerin problem zme becerisinin arttıka, ilaç ve transfüzyon uygulamalarında, hastane enfeksiyonlarında, hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde, düşmelerde, iletişimde ve genel tıbbi hata eğilimlerinde azalma olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 9). Hemşirelerin problem zme becerilerindeki artış ile

sağlıkta bakım kalitesinin artacağı belirtilmektedir (Abaan ve Altıntoprak, 2005). Hemşirelerin problem çözme sürecinde etkin işbirliği yapmalarının ise, hasta bakım kalitesini yükselterek, hasta güvenliğini desteklediği belirtilmektedir (Titzer ve ark., 2011). Hemşirelerin problem çözme aşamasında aralarında işbirliği yapmasının, sorunlara geniş çerçeveden bakılıp tüm olasılıkların değerlendirilmesi ve hasta için en doğru seçimin yapılmasında önem arz ettiği düşünülmektedir.

Bu araştırmadaki hemşirelerin iletişim becerisinin arttıkça, ilaç ve transfüzyon uygulamalarında, hastane enfeksiyonlarında, hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde, düşmelerde, iletişimde ve genel tıbbi hata eğilimlerinde azalma olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 9). Hemşireler arasında güvenli ve etkin iletişim ve işbirliği sağlandığında hasta güvenliğinin artabileceği, sürekli bilgi alış verişinde olarak tıbbi hata oranının azaltılabileceği düşünülmektedir (Bodur ve Filiz, 2009; Ertürk vd., 2016). Etkin olmayan bir iletişimde ise, çalışanların dikkati dağılabilir ve verimi düşebilmektedir, böylece tıbbi hata oluşumunun kolaylaştığı belirtilmektedir (Ekici, 2013; Işık vd., 2012). Bu araştırmadaki hemşirelerin iletişim becerilerinin iyi olmasının sonucu olarak, tıbbi hata oranlarında etkisinin düşük ama anlamlı ve pozitif yansıması olduğu görülmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin iletişiminin iyi olmasının, olayların değerlendirilmesi, hataların erken sürede fark edilmesi, karışıklıkların önlenmesi gibi birçok olası sorun hakkında farkındalık oluşturarak, tıbbi hata oranlarında azalma sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmadaki hemşirelerin süreç paylaşımı becerisinin arttıkça, ilaç ve transfüzyon uygulamalarında, hastane enfeksiyonlarında, hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde, düşmelerde, iletişimde ve genel tıbbi hata eğilimlerinde azalma olduğu görülmektedir ($p<0.05$, Tablo 9). Sağlık kurumlarında hizmet direkt olarak insan hayatına sebep olduğu için sağlık çalışanının o anki karar ve eylemlerinin, hastanın hayatta kalmasını etkileyen bir süreç olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle tanı ve tedavi sürecinde yapılan hataların düzeltilmesi zor olduğu için işin ilk seferde ve doğru yapılması önem arz etmektedir (Kavuncubaşı, 2013). Karar veren kişinin bilgi, yetenek ve tecrübe yetisi olması gerektiği, hastaya ilk müdahale edecek olan hemşirelerin bu yetisinin yüksek olması gerektiği belirtilmektedir. Karar verme yetisinin, kararın değerlendirilmesi ve sonuca bağlanması sırasında olası hataları önlemesi açısından önem arz ettiği belirtilmektedir (Ritter-Teitel 2001; Eren 2016). Bu araştırmadaki

hemşirelerin ise süreç aşamasında, tıbbi hata ile düşük ama kabul edilebilir bir ilişkisi olduğu bulunmaktadır. Araştırmadaki hemşirelerin süreç aşamasında güvenilir ve hızlı kararlar verebilmek için işbirliğine başvurdukları düşünülmektedir.

Bu araştırmadaki hemşirelerin koordinasyon becerisinin arttıkça, ilaç ve transfüzyon uygulamalarında, hastane enfeksiyonlarında, hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde, düşmelerde, iletişimde ve genel tıbbi hata eğilimlerinde azalma olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 9). Hemşirelerin bakımdaki işbirliği ile ortak hareket etmelerinin, hastaların bakım sürecine olumlu yansımaları olduğu belirtilmektedir. Koordinasyonun geliştirilmesi için ise hemşirelerin iletişiminin artması ve birliktelik duygusunun olması gerektiği belirtilmektedir (Ekici, 2013; Aydemir Gedük, 2018; <http://www.turgutgoksu.com>). Böylece araştırmadaki hemşirelerin işbirlikçi, yüksek iletişim ve birliktelik davranışlarının yansımaları olarak, genel tıbbi hata eğilimlerinin düşük (4.69) olduğu görülmektedir (Tablo 6). Araştırmadaki hemşirelerin diğer hemşireler ile uyumlu ve planlı bir şekilde çalışarak hastalara daha kaliteli bakım verdikleri bunların da hasta sonuçlarına pozitif yansıdığı düşünülmektedir.

Bu araştırmadaki hemşirelerin profesyonellik becerisinin arttıkça, ilaç ve transfüzyon uygulamalarında, hastane enfeksiyonlarında, hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde, düşmelerde, iletişimde ve genel tıbbi hata eğilimlerinde azalma olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 9). Yapılan işte fonksiyonel olarak uzmanlaşmanın, profesyonelleşmenin, işin etkinlik ve verimliliğini artırdığı bilinmektedir (Eren, 2016). Hemşireler profesyonel şekilde, bakımdaki rollerini yerine getirerek, işbirliği içerisinde hasta bakımını en üst düzeye taşımaya hedeflemektedir (Apker ve ark., 2006; Taylan ve Alan, 2012). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin profesyonellik davranışları arttıkça tıbbi hataya eğilimlerinin azaldığı belirtilmektedir (İşçi, 2015). Bu bilgilerin ışığında hemşirelerdeki profesyonellik davranışının, tıbbi hataları azaltma yönünde olumlu etkiye sahip olduğunu söylemek mümkündür. Hemşirelerin profesyonelleşmeyle saygınlıklarının yükseldiği ve çalışma motivasyonunun arttığı bunlarında hasta sonuçlarına pozitif etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmadaki hemşirelerin genel işbirliği düzeyinin arttıkça, ilaç ve transfüzyon uygulamalarında, hastane enfeksiyonlarında, hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde, düşmelerde, iletişimde ve genel tıbbi hata eğilimlerinde azalma olduğu

görülmektedir ($p < 0.05$, Tablo 9). Hemşireliğin işbirliği yapan bir meslek olması sebebiyle, birbirleriyle koordineli bir çalışma planı ve profesyonel iletişim süreci ile hasta bakımında mortalite ve morbidite oranlarını düşürmeleri beklenmektedir. Koordinasyon, karar verme ve iletişimin hemşireliğin gelişmesinde ve profesyonelleşmesinde yardımcı kaynaklar olduğu belirtilmektedir. Kararları verirken koordineli ve işbirliği içerisinde hareket etmek tam anlamda bir profesyonellik sağlayacaktır. Profesyonelliği sağlarken, hemşirelerde etkin iletişim ve problem çözme becerilerinin de işbirliğine katkı sağladığı belirtilmektedir (Aiken ve ark., 2013; Aydemir Gedük, 2018). Bu bilgiler ışığında ve çalışmamızın sonucuna göre, hasta bakım sürecinde hemşirelerin işbirliğinin olası hataları engelleyebileceği sonucuna varılmaktadır. İşbirliği süreci için gerekli problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon ve profesyonelliğin her birinin tıbbi hata eğilimiyle olan düşük ancak pozitif yönlü ilişkisi, hemşirelerin aralarındaki işbirliği ile tıbbi hata eğilimlerinin azalacağını kanıtlar niteliktedir. Araştırmada hemşirelerin işbirliği içerisinde işlerini hafifletmenin yanı sıra hasta için daha güvenli ve kaliteli bir bakım sundukları, tam anlamda bir profesyonellik sergiledikleri düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerinde ilişkisi incelendiğinde, aralarında anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Genel işbirliği düzeyinde en fazla ilişkinin düşmeler konusunda, genel tıbbi hata düzeyinde ise en fazla ilişkinin koordinasyon boyutunda olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

Araştırmada hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerinde ilişkisi incelendiğinde, genel işbirliğinin en fazla düşmeler konusu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Tıbbi hataların %37,7'sinin yetersiz iletişim ve iyi olmayan bilgi alış verişinden kaynaklandığı, bunun bir sonucu olarak da düşme hatalarının ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (Uğur, Kara, Yıldırım, ve Akbal, 2016). Yapılan bir çalışmada çalışanlar, tıbbi hataların %83,1 oranında engellenebilir olduğu ve bunun %17,6 oranında iletişim ile sağlanabileceği belirtilmiştir. Bu hatalardan en sık yapılanlar arasında düşmelerin olduğu belirtilmektedir (Yücesan ve Alkaya, 2017). Bu açıdan hastaların düşmelere maruz kalmadan hemşirelerin güvenlik önlemlerini alması büyük önem taşımaktadır (Madak, 2010). Düşmeler konusu tıbbi hatalar içerisinde önem arz edip, hemşirelerin işbirliği süreci ile en fazla düşmeler olmak üzere tüm tıbbi

hataları önleyebileceklerini söylemek mümkündür.

Araştırmada hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerinde ilişkisi incelendiğinde, genel tıbbi hata eğilim düzeyinin en fazla koordinasyon konusu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Hemşirelerin aralarındaki işbirliği ile koordineli bir süreç sağlayarak hasta bakımını yükselttikleri bilinmektedir (Meretoja ve ark., 2002). Koordinasyon, yeterli bilgi transferi ve çalışanlar arasındaki iletişim hasta bakım kalitesinde etkin rol almaktadır (Clancy, Farquhar, ve Sharp, 2005; Ekici, 2013). Ancak hasta bakım hedeflerinde, en iyi düzeye ulaşabilmek için öncelikli etmenin koordinasyon olduğu belirtilmektedir (Ekici, 2013). Hemşirenin birincil görevi olan hasta bakımında en iyi sürecin sağlanması için koordinasyon konusunda kendilerini sürekli geliştirmeleri gerektiği önemle vurgulanan konular arasındadır (Ekici, 2013; Aydemir Gedük, 2018; <http://www.turgutgoksu.com>). Hemşirelerin, koordinasyon sürecindeki yeterliliklerinin tıbbi hatalara olan eğilimlerini azaltacağı ve hastaların olası risklerden korunacağını söylemek mümkündür. Araştırmada hemşirelerin uyum içerisinde planlı bir çalışma ile hasta sonuçlarını iyileştirebileceğinin mümkün olduğu düşünülmektedir.

5.5. Hemşireler Arası İşbirliğinin Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimine Etkisinin Tartışılması

Araştırmada hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerinde etkisi incelendiğinde, hemşireler arası işbirliğinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Bu nedenle hemşireler arasındaki işbirliği düzeyinin arttıkça tıbbi hata düzeylerinde azalması beklenmektedir. Araştırmada, hemşirelerin hasta bakım kalitesini artırması için aralarındaki işbirliğini, iletişimi, etkin karar vermeyi, problemlere ortak çözüm bulmayı ve tüm bunlarda profesyonel olmayı geliştirmeleri gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmanın işbirliği boyutunda; hemşirelerin genel işbirliğinin, alt boyutlarından profesyonellik ve koordinasyonunun yüksek düzeyde olduğu ancak hemşirelerin iletişim boyutunda düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Yaştaki artış ile beraber ise hemşirelerin problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon, profesyonellik ve genel işbirliğinin de arttığı bulunmuştur.

Araştırmanın tıbbi hata boyutunda; hemşireler en yüksek hasta izlemi ve malzeme güvenliğinde, en az ise ilaç ve transfüzyon uygulamalarında tıbbi hataya eğilim göstermektedirler. Yaş ile tıbbi hata yapmaları arasında ise bağlantı bulunmamıştır.

Hemşirelerin tıbbi hatalar konusunda genel olarak çözümü kendi başına hallettikleri, ilgili birimlere bildirim yapsalar bile sonuç alamadıkları dolayısıyla bildirim konusuna gerekli önemi göstermedikleri belirlenmiştir.

Araştırmadaki hemşirelerin problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon ve profesyonellik gibi özellikleri yükseldikçe, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve genel tıbbi hata eğilimlerinin aynı oranda azaldığı görülmektedir.

Hemşireler arası işbirliğinin, hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin düşmeler alt boyutunda en yüksek ilişkiye sahip olduğu, hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin ise hemşirelerin işbirliğinin koordinasyon boyutunda en yüksek ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada hemşireler arası işbirliğinin, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisi incelendiğinde; hemşireler arasındaki işbirliğinin, hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri üzerinde düşüğe olsa olumlu bir etkisi olduğu, hemşirelerin tıbbi hataları önlemek ve en aza indirmek için hemşireler arası işbirliğini artırmaları gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonucuna göre;

Hemşireler arasında işbirliği düzeyini artırmak ve tıbbi hata oranlarını azaltmak için, bireysel çatışmalar önlenip hemşirelerin bir ekip olarak profesyonel şekilde birliktelik duygusunun oluşturulması önem arz etmektedir.

Lisans eğitim düzeyindeki hemşirelerde iletişim becerilerinin geliştirilmesi için, verilen eğitimler artırılmalı ve hizmet içi eğitim ile de sürekli desteklenmelidir.

Hemşireler arası işbirliğini geliştirmeye yönelik yönetici hemşirelerin konuya duyarlılığı artırılmalı ve hemşirelere profesyonellik, iletişim, problem çözme, çatışma yönetimi, ekip olma gibi eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Hastanın yeterli izlenmesi için gerekli takiplerin yapılması, hemşirelerin bu konuda farkındalıklarının eğitim ile artırılması gerekmektedir. Gerekirse bu konularda deneyimli bir sorumlu tayin ederek, kliniklerde kontrol sağlanmalıdır.

Kliniklerdeki yeni cihazlar hakkında bütün hemşireler bilgilendirilmeli, malzemeler hakkındaki bilgi düzeylerinin sık aralıklarla denetlenmesi, uygulamalı olarak tekrar edilmesi önerilmektedir.

Hemşirelerin, tıbbi hataların önlenmesinde önemli yeri olan bildirimler konusunda bilinçlendirilmeleri, bilgilendirilme yapabilecekleri yerler konusunda eğitimlerinin verilmesi gerekmektedir.

Sık karşılaşılan ve ciddi sonuçları olan tıbbi hataların önlenmesi için hemşireler koordineli bir şekilde çalışmaya teşvik edilmeli, gerekirse ödüllendirme ile bu yöntem desteklenmelidir.

Yönetici hemşirelerin, hemşirelerin daha iyi organize olabilmesi ve işbirliği sergileyebilmesi için gerekli ortamı oluşturması, bu konuda fikirlerinin alınıp uygulanabilir çözümlere ulaşmaları önerilmektedir.

Hasta bakım ve kalitesini artırmak için hemşire-hemşire işbirliğine yönelik çalışmaların artırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abaan, S., ve Altıntoprak, A. (2005). Hemşirelerde problem çözme becerileri: Öz değerlendirme sonuçlarının analizi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 62-76.

Adams, R.E. and Boscarino, J.A. (2004). A community survey of medical errors in New York [New York'taki tıbbi hatalardan oluşan bir topluluk araştırması]. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(5), 353-362.

Aiken, L.H., Sloane, M.D., Bruyneel, L., Heede, K.V., and Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe [Avrupa'daki 12 ülkede çalışma koşulları ve hastane bakım kalitesi hemşire raporları]. *International Journal of Nursing Studie*, 50, 143-153.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Heede, K.V., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kozka, M., Lesaffre, E., Mchugh, M.D., Moreno-Casbas, M.T., Rafferty, A.M., Schwendimann, R., Scott, P.A., Tishelman, C., Achterberg, T., and Sermeus, W. (2014), Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study [Dokuz Avrupa ülkesinde hemşire personel, eğitim ve hastane mortalitesi: Geriye dönük gözlemsel bir çalışma]. Erişim tarihi: 21.01.2019. www.thelancet.com. 1-8.

Akalın, H.E. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-146.

Akgün, S. (2014). Hasta güvenliği, beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar -sentinel olaylar- sentinel events in healthcare. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 75-82.

Akgün Şahin, Z. ve Kardeş Özdemir, F. (2015a). Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 1(1), 1-7.

Akgün Şahin, Z. ve Kardeş Özdemir, F. (2015b). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 210-214.

Akyurt, N. (2013). "Sağlık Organizasyonlarında Kalite ve Akreditasyon". Sur, H. ve Palteki, T. (Ed.). *Hastane Yönetimi* (453-494). İstanbul: Nobel Matbaacılık.

American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (2005). AACN standarts for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence

[Sağlık çalışma ortamları kurmak ve sürdürmek için AACN standartları: Mükemmellik yolculuğu]. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 187-197.

Apker, J., Propp, M.K., Zabava Ford, S.W., and Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: Professional nurse communication skill sets in health care team interactions [İşbirliği, güvenilirlik, şefkat ve koordinasyon: Sağlık ekibi ilişkilerinde profesyonel hemşire iletişim becerisi setleri]. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-189.

Aştı, T. ve Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 22-27.

Avcı, K., ve Aktan, T. (2015). Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 48-54.

Aydemir Gedük, E. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Journal of Health Science and Profession* 5(2), 253-258.

Baltaş, A. (2013). “Sağlık Kurumlarını Değerlerle Yönetmek”. Sur, H. ve Palteki, T. (Ed.). *Hastane Yönetimi* (73-82). İstanbul: Nobel Matbaacılık.

Başol, E. (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*, 4(1), 76-93.

Biol, L. (2009). *Hemşirelik süreci* (9. Baskı). İzmir : Etki Yayınları. 21-50, 200-235.

Bodur, S. ve Filiz, E. (2009). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite Dergisi*, 21(5), 348-355.

Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Locaio, R., Laethers, A.G., Newhouse, J.P., Weiler, P.C., and Hiatt, H.H. (1991). Incidence of adverse event and negligence in hospitalized patients [Hastanede yatan hastalarda beklenmeyen olayların ve ihmalin görülme sıklığı]. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 370-376.

Canatan, H., Erdoğan, A., ve Yılmaz, S. (2015). 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*, 2(2),

82-89.

Cebeci, F., Gürsoy, E., ve Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.

Clancy, C.M., Farquhar, M.B., and Collins Sharp B.A. (2005). Patient safety in nursing practice [Hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği]. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 193-197.

Cohen, J. (2013). *Davranış Bilimleri için İstatistiksel Güç Analizi* (2. Basım). New York (eKitap), 150-233.

Çapık, C. (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: Temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 268-274.

Çelik, A. ve Karaca, A. (2017). Hemşirelerde ekip çalışması ve motivasyon arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 4(4), 254-263.

Çelik Durmuş, S. (2018). Tıbbi Hatalar: Nedenleri ve çözüm önerileri. *Social Sciences Studies Journal*. 4(23), 4388-4396.

Çelik Durmuş, S., Ekici, D., ve Yıldırım, A. (2018). The level of collaboration amongst nurses in Turkey [Türkiye'deki hemşireler arasında işbirliği düzeyi]. *International Nursing Review*, 65, 450-458.

Çelik Durmuş, S. ve Yıldırım, A. (2016). Adaptation to Turkish of nurse-nurse collaboration scale [Hemşire-hemşire işbirliği ölçeği türkçe uyarlaması]. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3521-3528.

Çelik Durmuş, S. ve Yıldırım, A. (2018). Hemşireler arası işbirliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(3). 210-216.

Çelik, S. ve Hisar, F. (2012). The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction [Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin profesyonellik davranışlarının iş doyumuna etkisi]. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 180-7.

Çetin, C., Arslan M.L., ve Dinç, E. (2015). *İnsan Kaynakları Yönetimi* (Baskı 4). İstanbul: Beta Yayınevi. 17-47.

Çetin, G. (2006). “Tıbbi malpraktis”. C. Yorulmaz ve G. Çetin (Ed.). *Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi* (ss. 31-42). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

Çırpı, F., Doğan Merih, Y., ve Yaşar Kocabey, M. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 27-34.

Demir Dikmen, Y., Yorgun, S., ve Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 44-56.

Dougherty, B.M. and Larson, E.L. (2005). Review of instruments measuring nurse- physician collaboration [Hemşire-doktor işbirliğini ölçen araçların incelenmesi]. *JONA*, 35(5), 244-253

Dougherty, B.M. and Larson, E.L. (2010). The nurse-nurse collaboration scale [Hemşire-hemşire işbirliği ölçeği]. *The Journal of Nursing Administration*, 40(1), 17-25.

Ekici kitap Ekici, E. (2013). *Sağlık bakım hizmetinin yönetimi* (2. Baskı). Ankara: Sim Matbaası. 150-251.

Er, F. ve Altuntaş, S. (2016). Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 132-139.

Eren, E. (2016). *Yönetim ve organizasyon (Çağdaş ve küresel yaklaşımlar* [Baskı 12]). İstanbul: Beta Yayınevi.

Erol, S. (2008). “Hastane enfeksiyonları surveyansı”. R. Öztürk, N. Saltoğlu ve G. Aygün (Ed.). *Hastane enfeksiyonları: korunma ve kontrol* (ss. 43-51). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

Ertürk, C., Dönmez, P., ve Özmen, D. (2016). Manisa il merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. *Ege*

Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 32(1). 19-33.

Farrel, G.A. (1997). Aggression in clinical settings: nurses' views [Klinik ortamlarda saldırganlık: Hemşirelerin görüşleri]. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 501-508.

Gemlik, N., Manioğlu, Y., ve Çatar, Ö. (2015). Geert Hofstede'in örgüt kültürü modeline göre sağlık meslek gruplarının incelenmesi ve kamu ve özel hastanelerinde karşılaştırmalı bir araştırma. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, (1)1, 8-12.

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Longbottom, P., and Walis, M. (2010). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study [Cerrahide örgütsel ve bireysel faktörlerin ekip iletişimine etkisi: Nitel bir çalışma]. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 732-741.

Göksu, T. (t.b.). Yönetim fonksiyonları. Erişim Tarihi: 29.12.2018. <http://www.turgutgoksu.com/FileUpload/ks7441/File/yonetiminfonksiyonlari12.pdf>.

Güneş, Ü.Y., Gürlek, Ö., ve Sönmez, M. (2014). Factors contributing to medication errors in Turkey: nurses' perspectives [Türkiye'de ilaç hatalarına katkıda bulunan faktörler: Hemşirelerin bakış açıları]. *Journal of Nursing Management*, 22, 295-303.

Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS). Erişim tarihi: 23.12.2018. <https://grs.saglik.gov.tr>

Hemşirelik kanununda değişiklik yapılmasına dair kanun. (2007). T.C. Resmi Gazete, 26510, 2 Mayıs 2007.

Henneman, E., Lee, J.L., and Cohen, J. (1995). Collaboration: A concept analysis [İşbirliği: Kavram analizi]. *Journal of Advanced Nursing*, 21. 103-109.

International Council of Nurses [ICN- Uluslararası Hemşireler Birliği]. (2002). Erişim tarihi: 21.01.2019. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.

International Council of Nurses [ICN- Uluslararası Hemşireler Birliği]. (2018). Patient safety global ministerial summit 2018 International Council of Nurses statement. Erişim tarihi: 23.12.2018. <https://www.icn.ch/person-centred-care/patient-safety>.

Institute of Medicine (IOM). (1999). To err is human: Building a safer health system [Err insandır: Daha güvenli bir sağlık sistemi kurmak]. Washington, DC: National Academy Pres. 18-19

Işık Andsoy, I., Kar G., ve Öztürk, Ö. (2014). Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 17-27.

Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., ve Çimen, M. (2012). Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4), 421-430.

İnal, S. ve Akgün, M. (2003). Hasanede yatan çocukta terapötik iletişim. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 67-76.

İşçi, N. (2015). *Hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisi*. (Yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Karabıyık, L. (2012). Yoğun bakımda sık yapılan tıbbi hatalar. *Yoğun Bakım Dergisi*, 10(1), 40-49.

Karadağ, G., Ovayolu, Ö., Parlar Kılıç, S., Ovayolu, N., ve Göllüce, A. (2015). Malpraktis in nursing: The experience in Turkey [Hemşirelikte malpraktis: Türkiye'deki deneyim]. *International Journal of Nursing Practice*, 21, 889-895.

Karadağ, M., Işık, O., Cankul, İ.H., ve Abuhanoğlu, H. (2015). Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 160-179.

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

Kavuncubaşı, Ş. (2013). "Hastane Organizasyonu". Sur, H. ve Palteki, T. (Ed.). *Hastane Yönetimi* (33-42). İstanbul: Nobel Matbaacılık.

Kaya, N., Aştı, T., Kaya, H., ve Şendir, M. (2006). Hemşire öğrencilerinin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 1-11.

Kirsebom, M., Wadensten, B., and Hedström, M. (2013). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still

in need of improvement [Yaşlıların bakım evleri ve hastane arasında geçişleri sırasında hala iletişim ve koordinasyon geliştirmeye ihtiyaç olması]. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 886–895.

Knaus, W., Draper, E., Wagner, D., and Zimmerman, S. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers [Büyük tıp merkezlerinde yoğun bakımdan elde edilen sonuçların değerlendirilmesi]. *Annals of Internal Medicine*, 104, 410-418.

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

Kumcağız, H., Yılmaz, M., Balcı Çelik, S. ve Aydın Avcı, İ. (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 49-56.

Küçükoğlu, S., Ası Karakaş, S., ve Çelebioğlu, A. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, September/ October/ November/ December Summer Autumn, 8, 88-102.

Lang, T.A., Romano, P.S., Hodge, M., Kravitz, R.L., and Olson, V. (2004). Nurse-patient ratios: A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes, *JONA*, 34(7/8), 326-337.

Lawton, R. and Parker, D. (2002). Barriers to incident reporting in a healthcare system [Bir sağlık sisteminde olay raporlamanın önündeki engeller]. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 15-18.

Leape, L.L., Bates, D.W., Cullen, D.J., Cooper, J., Demonaco, H.J., Gallivan, T., Hallisey, R., Ives, J., Laird, N., Laffel, G., Nemeskal, R., Petersan, L.A., Porter, K., Servi, D., Shea, B.F., Small, S.D., Sweitzer, B.J., Thompson, T., and Vliet, M.V. (1994). System analysis of adverse drug events [Olumsuz ilaç olaylarının sistem analizi]. *JAMA*, 274(1), 35-43.

Leape, L.L., Brennan, T.A., Laird, N., Lawthers, a.g., Localio, A.R., Barnes, B.A., Hebert, L., Newhouse, J.P., Weiler, P.C., and Hiatt, H. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients results of the Harvard medical practice study II

[Hastanede yatan hastalarda istenmeyen olayların niteliği, Harvard tıbbi uygulama çalışması sonuçları II]. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 377-384.

Lemetti, T., Stolt, M., Rickard, N., and Suhonen, R. (2015). Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review [Hastane ve birinci basamak hemşireleri arasındaki işbirliği: Bir literatür taraması]. *International Nursing Review*, 62, 248–266.

Leonard, M., Graham, S., and Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care [İnsan faktörü: Etkili ekip çalışması ve iletişimin güvenli bakım sağlamadaki kritik önemi]. *Quality and Safety in Health Care*, 13(1), 85-90.

Mccallin, A. (2001). Interdisciplinary practice- a matter of teamwork: An integrated literature review [Disiplinlerarası uygulama- takım çalışması meselesi: Birleşik bir literature taraması]. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 419-428.

Meretoja, R., Eriksson, E., ve Leino- Kilpi, H. (2002). Indicators for competent nursing practice [Yetkili hemşirelik uygulamaları için göstergeler]. *Journal of Nursing Management*, 10, 95-102.

Nadzam, D.M. (2009). Nurses' role in communication and patient safety [İletişimde ve hasta güvenliğinde hemşirelerin rolü]. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3). 184-188.

National Patient Safety Foundation at the AMA (NPSF). (1997). Public opinion of patient safety issues research findings. Erişim tarihi: 10.02.2019. Web: <https://www.npsf.org/>.

Odacıoğlu, Y. (2013). “Tesis Güvenliği”. Sur, H. ve Palteki, T. (Ed.). *Hastane Yönetimi* (179-186). İstanbul: Nobel Matbaacılık.

Öner Altıok, H. ve Üstün, B. (2014). Profesyonellik: Kavram analizi [Elektronik sürüm]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), 151-155.

Önler, E., Kocadaş, S.B., ve Kılıç, M.A. (2016). Ekip çalışmasında iletişimin önemi. *Eurasia Journal Health Sciences*, 1(1). 12-16

Özata, M. ve Altuncan, H. (2010). “Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik analizinin yapılması”. H. Kırılmaz (Ed.). *II.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, Nisan 2010, (ss. 415), Antalya: Baydan Ofset.

Özata, M. (2013). Hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin ve hasta bakımında gösterdikleri özenin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 21(3), 417-430.

Öztürk, Y.E. ve 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). 365-381.

Pehlivan, S., Lafçı, D., Demiray, G., ve Yaman, M. (2015). Cerrahi kiliniğinde çalışan hemşirelerin örgüt kültürünü algılamaları, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 1(2), 12-24.

Phillips, J., Beam, S., Brinker, A., Holquist, C., Honig, P., Lee, L.Y., and Pamer, C., (2001). Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors [İlaç hatalarıyla ilişkili mortalitelerin retrospektif analizi]. *American Journal of Health System Pharmacy*, 58(19), 1835-1841.

Pronovost, P., Weast, B., Schwarz, M., Wyskiel, M.R., Prow, D., Milanovich, N.S., Berenholtz, S., Dorman, T., and Lipsett, P. (2003). Medication reconciliation: A practical tool to reduce the risk of medication errors [İlaç mutabakatı: İlaç hatası riskini azaltmak için pratik bir araç]. *Journal of Critical Care*, 18(4). 201-205.

Rızalar, S., Tural Büyük, E., Şahin, R., As, T., ve Uzunkaya, G. (2016). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 9-15.

Rice, D., Kotti, G., and Beninati, W. (2008). Clinical review: Critical care transport and austere critical care. *Critical Care*, 12(2),1-8.

Ritter- Teitel, J., and Sovie, M.D. (2001). *An exploratory study of a predictive model for nursing-sensitive patient outcomes derived from patient care unit structure and process variables.* (doktora tezi). Pensilvanya Üniversitesi. Amerika Birleşik Devletleri.

Rogers, A.E., Hwang, W., Scott, L.D., Aiken, L.H., and Dinges, D.F. (2004). The

working hours of hospital staff nurses and patient safety [Hasta güvenliği ve hastane personeli hemşirelerin çalışma saatleri]. *Health Aff (Millwood)*. July/August, 202-212.

Sears, K., O'Brien-Pallas, L., Stevens, B., and Murphy, G.T. (2016). The relationship between nursing experience and education and the occurrence of reported pediatric medication administration errors [Hemşirelik deneyimi ve eğitimi arasındaki ilişki ve rapor edilen pediatrik ilaç yönetimi hataları]. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 283-290.

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

Seren, Ş. ve Baykal, Ü. (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde örgüt kültürü ve değişime karşı tutumun incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 1-11.

Silen- Lipponen, M., Tossavainen, K., Trunen, H., and Smith, A. (2004). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses [Fin, İngiliz ve Amerikalı hemşirelerin deneyimiyle ameliyathane ekip çalışmasında olası hatalar ve önlenmesi]. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 21-32.

Sirota, R.L. (2000). The Institute of Medicine's report on medical error [Tıp Enstitüsü'nün tıbbi hatayla ilgili raporu]. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 124, 1674-1678.

Swickard, S., Swickard, W., Reimer, A., Lindell D., and Winkelman, C. (2014). Adaptation of the AACN synergy model for patient care to critical care transport [AACN sinerji modelinin hasta bakımı için kritik bakım aktarımcılığına uyarlanması]. *American Association of Critical-Care Nurses*, 34(1), 16-28.

Tan, M., Polat, H., ve Akgün Şahin, Z. (2012). Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4, 67-78.

Taylan, S. ve Alan, S. (2012). Hemşirelik roller ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(3), 66-74.

The Joint Commission (JCI). (2018). Summary data of sentinel events reviewed by the Joint Commission. Erişim tarihi: 01.21.2019. <https://www.jointcommission.org>.

Timuroğlu, M.K. ve Balkaya, E. (2016). Örgütsel iletişim ve motivasyon ilişkisi- Bir uygulama- *Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 89-113.

Titzer, J.L., Swenty, C.F., and Hoehn, W.G. (2011). An interprofessional simulation promoting collaboration and problem solving among nursing and allied health professional students [Hemşirelik ve müttefik sağlık profesyonelleri adayları arasında işbirliği ve problem çözmeyi destekleyen profesyoneller arası simülasyon]. *Clinical Simulation in Nursing*, e1-e9.

Topçu, İ., Şen, H., ve Ak Özcan, D. (2013). “Sağlık Çalışanlarının Eğitimi ve Yetiştirilmesi”. Sur, H. ve Palteki, T. (Ed.). *Hastane Yönetimi* (161-178). İstanbul: Nobel Matbaacılık.

Tortop, N., Osbir, E.G., Aykaç, B., Yayman, H., ve Özer, M.A. (2007). *Yönetim Bilimi* (Baskı: 11). Ankara: Nobel Yayınları. 1-500.

Ünal, V., Ünal, E., Çetinkaya, Z., Yener, Z., Yıldız, M.F., Şen, H., ve Çağdır S. (2014). İlaç uygulama hatası: Dört olgu sunumu. *Adli Tıp Bülteni*, 19(3), 176-179.

Ünsal Atan, Ş., Dönmez, S., ve Taşçı Duran, E. (2013). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 172-180.

Uğur, E., Kara, S., Yıldırım, S., ve Akbal, E. (2016). Medical errors and patient safety in the operating room [Ameliyathanede tıbbi hatalar ve hasta güvenliği]. *Journal of Pakistan Medical Association*, 66(5), 593-597.

Uysal Madak, K. (2010). *Hastaların düşme risk düzeylerinin ve düşme önleme uygulamalarının değerlendirilmesi*. (yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Üstün, B. (2005). Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir!. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 88-94.

Üstüner Top, F. ve Çam, H.H. (2016). Hastanede çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 15(3), 213-219.

Valiee, S., Peyrovi, H., and Nasrabadi, A.N. (2014). Critical care nurses'

perception of nursing error and its causes: A qualitative study [Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hemşirelik Hatası Algıları ve Nedenleri: Nitel bir Çalışma]. *Contemporary Nurse*. 46(2), 206-213. Erişim Tarihi: 01.04.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24787254>.

Vangeest, J.B. and Cummins, D.S. (2003). An educational needs assessment for improving patient safety result of a national study of physicians and nurses [Ulusal doktorlar ve hemşireler çalışmasının hasta güvenliği sonuçlarını geliştirmek için bir eğitim ihtiyaç analizi]. *National patient safety foundation*. White paper report 3. 1-28.

Wolf, Z.R. and Hughes, R.G. (2008). Error reporting and disclosure [Hata raporlama ve açıklama]. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*, 35(2), 355-356.

World Health Organization (WHO- Dünya Sağlık Örgütü). (2005a). World alliance for patient safety, who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems [Dünya hasta güvenliği için ittifak, Dünya Sağlık Örgütü olumsuz olay raporlama ve öğrenme sistemleri]. Geneva, Switzerland. 7-58.

World Health Organization (WHO-Dünya Sağlık Örgütü). (2005b). World alliance for patient safety/forward programme. Erişim tarihi: 30.03.2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>

World Health Organization (WHO-Dünya Sağlık Örgütü). (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care. Erişim tarihi: 13.02.2019. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=4DBAC61407CFB2A6A242209776687993?sequence=1

Yaman, E. (2014). *Etkin iletişim yetkin liderlik*. (Baskı 1). Ankara: Yargı Yayınevi.

Yeager, S. (2005). Interdisciplinary collaboration: The heart and soul of health care [Disiplinlerarası işbirliği: Sağlık hizmetlerinin kalbi ve ruhu]. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(2), 143-148.

Yorulmaz, Ç., Kır, Z., ve Ketenci, Ç. (2006). “Tıbbi uygulama hataları ve bilirkişilik”. C. Yorulmaz ve G. Çetin (Ed.). *Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi* (ss. 55-69).

İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

Yüceer, S. ve Demir S. (2009). Yoğun bakım ünitesinde nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi ve hemşirelik uygulamaları. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 226-232.

Yücesan, A. ve Ayaz Alkaya, S. (2017). Bireylerin tıbbi hatalarla ilgili görüş ve deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 44(1), 25-34.



8. EKLER

Ek-1.Etik Kurul İzni



T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ : 25. 01. 2018
TOPLANTI SAYISI : 1
DOSYA KAYIT NUMARASI : 2018-01-19
KARAR NUMARASI : 2018-KAEK-189_2018.01.25_23
ARAŞTIRMA YÜRÜTÜCÜSÜ : Yrd. Doç. Dr.Serpil ÇELİK DURMUŞ
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR : Hemşire Yüksek Lisans Öğrencisi
Fatma TAŞDEMİR

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Serpil ÇELİK DURMUŞ'un sorumluluğunda yürütülecek olan 2018-01-19 kayıt numaralı "Hemşireler Arası İşbirliğinin Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi" başlıklı çalışma dosyası "İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik", "İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu" ve "Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi" ne göre değerlendirilmiştir. Çalışmanın etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.


Yrd. Doç. Dr. Ayça ÇAKMAK (Başkan)


Doç. Dr. Murat KORKMAZ (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Yunus KANTEKİN(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Muhammet Serdar BAŞÇIL (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Rıza ÇITIL (Üye)
(Katılmadı)


Ziraat Yük. Müh. Harun ASLAN (Üye)


Av. Fatih DEMİRCİ (Üye)

Ek-2. Kişisel Veri Formu

Sayın Katılımcı,

- Anket üzerinde kimliğinizle ilgili hiçbir bilgi belirtmeniz gerekmemektedir,
- Toplanan veriler yalnızca araştırma amaçları için kullanılacaktır,
- Lütfen her soruyu eksiksiz doldurunuz,
- Katılımınız ve desteğiniz için teşekkürlerimizi sunarız.

Yard. Doç. Dr. Serpil ÇELİK DURMUŞ
Kırıkkale Üni. Sağlık Bil. Fak. Hemşirelik Böl.

Hemşire Fatma ŞAHBAZ (05416152098)
Bozok- Kırıkkale Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Y.L.

1) Yaşınız ?

- a) 19-25 b) 26-32 c) 33-39 d) 40 ve üzeri

2) Cinsiyetiniz ?

- a) Kadın b) Erkek

b) Medeni durumunuz?

- a) Evli b) Bekar

c) Öğrenim düzeyiniz?

- a) Sağlık Meslek Lisesi b) Önlisans c) Lisans d) Lisans Üstü

d) Kadro durumunuz?

- a) 657' ye Tabi(4/a kadrolu) b) 4/b Sözleşmeli

e) Haftalık ortalama çalışma süreniz?(saat olarak)

- a) 40-44 b) 45-49 c) 50-54 d) 55 ve üzeri

f) Günlük ortalama baktığınız hasta sayınız?

- a) 0-5 b) 6-10 c) 11-15 d)16-20 e)21 ve üzeri

g) Mesleki memnuniyet düzeyiniz?

- a) Memnun Değil b) Kararsızım c) Memnunum

h) Görev yaptığınız klinik?

- a) Dahiliye/göğüs/nefroloji/üroloji b) Cerrahi/ ortopedi/ kadın doğum/ plastik ve rekonstrüktif

- c) Çocuk/ Yenidoğan d) Acil/ Ameliyathane/ Yoğun bakım e) Diğer(Açıklayınız).....

10) Çalışma şekliniz?

- a) Vardiyalı b) Sürekli gündüz c) Sürekli gece d) 24 saat nöbet usulü

- e) Diğer(Açıklayınız).....

11) Daha önce hiç tıbbi hata yaptınız mı?

- a)Evet b) Hayır

12) Daha önce hiç tıbbi hata ile karşılaştınız mı?

- a) Evet b) Hayır

13) Karşılaştıysanız ne yaptınız?.....

14) Sonuç ne oldu?.....

Ek-3. Hemşire - Hemşire İş Birliği Ölçeği

Lütfen sorulara, **çalıştığınız birimi ve çalıştığınız hemşireleri düşünerek** işin olması gerektiğine inandığınız şekilde değil de **denevimize dayanarak cevap veriniz**. Her bir ifade için sütuna, cevabınız olduğunu gösteren bir **X** işareti koyunuz.

İfadeler	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.3. Çalıştığım birimde, herhangi bir sorunun olası en iyi çözümü için tüm görüşler dikkatlice değerlendirilir.				
1.4. Çalıştığım birimde tüm hemşireler, mümkün olan en iyi çözüme ulaşmak için çok çaba sarf ederler.				
1.7. Çalıştığım birimde, en iyi çözümü üretmek için, tüm hemşireler kendi deneyim ve uzmanlık alanından yararlanır.				
2.1. Çalıştığım birimde hemşirelerle açıkça konuşmak benim için kolaydır.				
2.2. Çalıştığım birimde, hemşireler arasındaki iletişim çok açıktır.				
2.4. Çalıştığım birimdeki hemşirelerle konuşmayı eğlenceli buluyorum.				
2.6. Çalıştığım birimde, hemşirelerden öneri almak kolaydır.				
2.7. Çalıştığım birimde, hemşireler arasında aktarılan bilginin doğruluğu, beklenen seviyenin çok altındadır.				
3.2. Çalıştığım birimde, beni etkileyen kararları almama izin verilir.				
3.3. Çalıştığım birimde olup bitenler hakkındaki kararların alınmasına dahil olurum.				
3.4. Çalıştığım birimde, hasta bakımı ile ilgili neler olup bittiğine dair söyleyecek çok şeyim vardır.				
3.5. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalarda ağrı yönetimine yönelik hedefler üzerinde görüşbirliği içindedir.				
3.6. Çalıştığım birimde hemşireler, birimin hasta güvenliği hedeflerinde görüşbirliği içindedir.				
3.7. Çalıştığım birimde hemşireler, hasta kimliğinin doğrulanması ile ilgili hasta güvenliği standartlarını ihlal eden uygulamaları durdurma yetkisine sahiptir.				
3.8. Çalıştığım birimde hemşireler, santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden bir uygulamayı durdurma yetkisine sahiptir.				
4.1. Çalıştığım birimde hemşireler, hasta bakımına yönelik konularda birbirleriyle doğrudan konuşurlar.				
4.3. Çalıştığım birimde, tedavi protokolleri yazılı olarak bulunmaktadır.				
4.4. Çalıştığım birimde, günlük hemşire vizitleri vardır.				
4.5. Çalıştığım birimde, bakımın koordinasyonuna ilişkin yazılı politika ve prosedürler vardır.				
5.1. Çalıştığım birimde, hemşireler arasında samimi ve saygıya dayalı bir ilişki vardır.				
5.2. Çalıştığım birimde, hemşireler birbirleri ile işbirliği yapmaya isteklidir.				
5.3. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalara istem edilen ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahiptir.				
5.4. Çalıştığım birimde hemşireler, hastaların hastalık süreçleri ile ilgili yeterli bilgiye sahiptir.				
5.5. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalara güvenli bakım sunmak için gerekli teknik becerilere sahiptir.				
5.6. Çalıştığım birimde tecrübeli hemşireler, tecrübesi daha az olan hemşireleri eğiterek ve rehberlik ederek yardımcı olurlar.				
5.7. Çalıştığım birimde, hemşirelerin liderlik davranışları işbirliğini destekler.				

Ek-4. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>					
İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI	HİÇ(1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
1. ilacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum					
2. Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum					
3. İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım					
4. Okunmuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim					
5. ilaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
6. ilaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim					
7. ilacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
8. ilacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
9. IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					
10. ilaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
11. ilaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
12. İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
13. Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
14. Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
15. Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
16. Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					
17. Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
18. Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim					
HASTANE ENFEKSİYONLARI	HİÇ (1)	ÇOK NADİR(2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
19. Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepti kurallarına dikkat ederim					
20. IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
21. Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim					
22. İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
23. infüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
24. Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm					
25. Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
26. Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
27. Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
28. Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
29. Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					
30. Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					

HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HİÇ(1)	ÇOK NADİR(2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
31. Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım					
32. Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım					
33. Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım					
34. Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim					
35. Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim					
36. Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım					
37. Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim					
38. Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım					
39. Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim					
DÜŞMELER	HİÇ (1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
40. Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm					
41. Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım					
42. Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim					
43. Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim					
44. Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım					
İLETİŞİM	HİÇ (1)	ÇOK NADİR(2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
45. Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim					
46. Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim					
47. Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim					
48. Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim					
49. Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım					

Ek-5. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/10/2017-E.41366



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 42000842-199-
Konu : Tez Çalışması

Sayın Fatma TAŞDEMİR
Ahmetefendi Mahallesi
Toki Blokları B-8 No:2
Sorgun/YOZGAT

İlgi : 25/10/2017 tarihli ve . sayılı yazı.

İlgi dilekçenizde, Bozok Üniversitesi - Kırıkkale Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı Yönetim Dalı öğrencisi olarak "Hemşirelerarası İşbirliğinin Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi" konulu tez çalışmanızı hastanemizde yapma talebinizi belirtmiş olup, bu talebiniz tarafımızca uygun bulunmuştur. Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Başhekim V.

Ek:1 Sayfa

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.hastane.gazi.edu.tr

Pin: 43912
Bilgi için :Neşe Şeniz
Sozleşmeli
Telefon No:03122024085

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır. (PIN:43912)

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Fatma ŞAHBAZ

Uyruğu : Türkiye (T.C)

Doğum yeri ve Tarihi : Sorgun- 19.09.1990

Medeni durumu : Bekar

Yazışma Adresi: Sorgun Devlet Hastanesi/Ameliyathane Sorgun/Yozgat

Email: fatmasahbazfsfs@gmail.com

Eğitim Durumu

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Lise	Yozgat Anadolu Lisesi	2008
Lisans	Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu/ Hemşirelik	2014

İş Deneyimleri

Yıl	Yer	Görev
2014	Özel Çağ Hastanesi/Ankara	Hemşire
2014-2015	Özel Sorgun Güven Hastanesi/Yozgat	Hemşire
2015-devam	Sorgun Devlet Hastanesi/Yozgat	Hemşire

Yayınlar

Çelik Durmuş S. ve Şahbaz, F (2017), Sorgun Devlet Hastanesi'ne Başvuran Adli Olgular (Bildiri), Uluslararası 3. Adli Hemşirelik Kongresi ve 2. Adli Sosyal Hizmet Kongresi, 1. Adli Gerontoloji Kongresi, 12-13 Ekim 2017, Yozgat.