

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN KİŞİLİK TİPİ İLE
TIBBİ HATAYA EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gönül AKAR

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

ORDU- 2019

ONAY


Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Gönül AKAR tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ danışmanlığında yürütülen “Cerrahi Hemşirelerinin Kişilik Tipi İle Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” adlı bu tez, jürimiz tarafından 01/08/2019 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....


Jüri Üyesi : Doç. Dr. Yeşim YAMAN AKTAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Giresun Üniversitesi

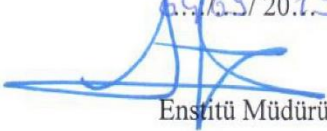
İmza.....


Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....


ONAY

29. /08/ 2019 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 04/09/ 2019 tarih ve 2019/117 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

04/09/ 2019

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Gönül AKAR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında beni destekleyen, yol gösteren, hiçbir zaman bilgisini ve yardımlarını esirgemeyen ve yanımda olduğunu hissettiren çok değerli danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'a,

Tez çalışmama değerli görüşleriyle katkıda bulunan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Tez çalışmama önerileriyle katkı sağlayan Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Yeşim YAMAN AKTAŞ'a,

Tez çalışmamın istatistiğini yapan Sayın Cantürk ÇAPIK'a,

Tez çalışma sürecinde verilerin toplanmasında destek veren ve katılan sevgi, şefkat ve hoşgörünün simgesi değerli HEMŞİRE arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca tüm süreçlerde yanımda olan, beni daima destekleyen çok kıymetli AİLEM ve manevi olarak beni destekleyen tüm ARKADAŞLARIM' a,

Sonsuz Teşekkür Ederim....

Gönül AKAR

ÖZET

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN KİŞİLİK TİPİ İLE TIBBİ HATAYA EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Amaç: Bu araştırma, cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişilik tipleri ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Giresun il merkezinde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ordu il merkezinde bulunan bir kamu hastanesinin cerrahi kliniklerinde gerçekleştirildi. Araştırma örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden 224 hemşire oluşturdu. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu”, “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ve “A Tipi Kişilik Ölçeği” kullanıldı. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ile kurum izinleri alındı. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayarda istatistik paket programı ile bir uzman tarafından değerlendirildi ve anlamlılık düzeyi 0.05 alındı.

Bulgular: A Tipi Kişilik Ölçeği toplam puan ortalaması 73.45 ± 14.35 olarak saptandı ve bu sonuç çalışmaya dahil edilen cerrahi hemşirelerinin A tipi kişilik özelliklerine daha yakın olduğunu göstermektedir. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması 230.88 ± 16.70 ve bu sonuç hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğunu göstermektedir. Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler ve İletişim alt boyut puanları ile A Tipi Kişilik Ölçeği Zamana Verilen Önem puanı arasında pozitif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.023$, $p=0.037$). Cerrahi hemşirelerinde A Tipi Kişilik Ölçeği “İşe verilen Önem”, “Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma”, “Hıza Verilen Önem”, “Zamana Verilen Önem” ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları”, “Hastane Enfeksiyonları”, “Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği” alt boyutları arasında ilişki saptanmadı.

Sonuç: Yapılan bu araştırma sonucunda cerrahi hemşirelerinde A tipi kişilik özelliklerinden az zamanda çok iş başarmak, hızlı ve özenli çalışma prensibi gibi kişilik özelliklerinin, hasta düşmelerinin önlenmesi, hasta ile ilgili kayıtların dikkatli yapılması, hastanın tüm verileri ile ekibe teslim edilmesi gibi tıbbi hataların önlenmesine yönelik konuları içeren maddelerle ilişkili olduğu sonucuna ulaşıldı. Aynı zamanda cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi Hemşiresi, Kişilik Tipi, Tıbbi Hata, Tıbbi Hata Eğilimi, Hemşirelerin Kişilik Tipi

ABSTRACT

THE DETERMINATION OF RELATIONSHIP BETWEEN MEDICAL ERROR TENDENCIES AND PERSONALITY TYPE OF SURGICAL NURSES

Aim: This study was carried out to determine the relationship between the personality types and medical error tendencies of nurses working in surgical clinics.

Material and Method: The research was conducted in the surgical clinics of a Education and Research Hospital located in Giresun city center and a public hospital in the provincial center of Ordu. The study was completed with 224 nurses who reached out and agreed to participate in the study. The data were collected by using Questionnaire Form, The Medical Error Tendency in Nursing Scale and the Type A Personality Scale. Both ethics committee and institutional approvals have been obtained for the research. The data were analyzed by the expert with statistical package program on computer and significance level was taken as 0.05.

Results: The mean total score taken from the Type A Personality Scale was 73.45 ± 14.35 and this result shows that surgical nurses included in the study were closer to type A personality traits. The mean total score taken from the Medical Error Tendency in Nursing Scale was 230.88 ± 16.70 and and this result shows that nurses' tendency to make medical mistakes is low. There was a significant, positive, low level relationship between the Medical Error Tendency in Nursing Scale "Falls" and "Communication" sub-dimension score and Type A Personality Scale "Time Obsession" sub-dimension score ($p=0.023$, $p=0.037$). There was no correlation surgical nurses Type A Personality Scale "importance to the job", "estrangement from social activities", "importance to the speed", "importance to time" with Medical Error Tendency in Nursing Scale "Medicine and Transfusion Practices", "Hospital Infections", "Patient Monitoring and Material Safety" between the sub-dimensions.

Conclusions: As a result of this study, it was concluded that personality traits such as achieving more work in less time, fast and attentive working principle than A type personality traits in surgical nurses, it is related that contain issues the prevent of medical errors such as prevention of patient falls, careful records of patients and submission to the team all data of the patient. At the same time, it was determined that surgical nurses' tendency to medical errors was low.

Key words: Surgical Nurse, Personality Type, Medical Error, Medical Error Tendency, Personality Type of Nurses

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kişilik Kavramı	5
2.2. Kişiliği Oluşturan Faktörler	6
2.2.1. Kalıtım ve Bedensel Yapı Faktörleri	6
2.2.2. Sosyal ve Kültürel Etmenler	7
2.2.3. Aile Faktörü.....	8
2.2.4. Sosyal Sınıf Faktörleri.....	9
2.2.5. Coğrafi ve Fiziki Faktörler	10
2.2.6. Diğer Faktörler	10
2.3. Tip Kavramı ve Tipoloji.....	11
2.3.1. Eysenck'in Kişilik Tipolojisi	12
2.3.2. Kretschmer'in Kişilik Tipolojisi	13
2.3.3. Freidman ve Rosenman'ın A ve B Tipi Kişilik Tipleri.....	14
2.3.3.1. A Tipi Davranış Biçimi	14
2.3.3.2. A Tipi Davranış Biçiminin Özellikleri	15

2.3.3.3. B Tipi Davranış Biçimi	16
2.4. Tıbbi Hata Kavramı.....	17
2.4.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar	18
2.4.2. Tıbbi Hataların Nedenleri.....	20
2.4.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	22
2.4.3.1. Kök Nedenlerine Göre Tıbbi Hatalar	22
2.4.3.2. Hata Türü Açısından Tıbbi Hatalar	22
2.4.3.2.1. İlaç Hataları	23
2.4.3.2.2. Cerrahi Hatalar	24
2.4.3.2.3. Tanı Koymada Hatalar.....	25
2.4.3.2.4. Sistem Yetersizliğine Bağlı Hatalar	25
2.4.4. Tıbbi Hataların Bildirimi.....	26
2.6.5. Tıbbi Hataların Bildirilmesinde Hemşirelerin Sorumlulukları	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Türü.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.3.1. Araştırmanın Evreni	28
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	28
3.3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	28
3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	28
3.4. Veri Toplama Araçları	29
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	29
3.4.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği.....	29
3.4.3. A Tipi Kişilik Ölçeği.....	30
3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması	30
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları	32
3.9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler.....	32
3.10. Araştırmanın Planı	33
4. BULGULAR	34

5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
6.1. Sonuçlar	72
6.2. Öneriler	76
KAYNAKLAR	77
EKLER	93
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	93
Ek 2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	94
Ek 2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Devam).....	95
Ek 3. A Tipi Kişilik Ölçeği	96
Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	97
Ek 5. A Tipi Kişilik Ölçeği Kullanım İzni	98
Ek 6. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni.....	99
Ek 7. Kurum İzni.....	100
Ek 7. Kurum İzni (Devam).....	101
Ek 7. Kurum İzni (Devam).....	102
Ek 7. Kurum İzni (Devam).....	103
Ek 8. Etik Kurul Onayı.....	104
ÖZGEÇMİŞ	105

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.1. Kretschmer'in Tip Kuramı.....	14
Şekil 3.1 Araştırma Planı.....	33



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler.....	32
Tablo 4.1. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	35
Tablo 4.2. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	37
Tablo 4.3. Cerrahi Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre A Tipi Kişilik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.4. Cerrahi Hemşirelerin Çalışma Koşullarına Göre A Tipi Kişilik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.5. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.6. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına İlişkin Özelliklerine Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.7. A Tipi Kişilik Ölçeği ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	53
Tablo 4.8. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özellikleri ve Çalışma Koşullarıyla İlgili Özellikleri İle Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve A Tipi Kişilik Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	55
Tablo 4.9. Cerrahi Hemşirelerinde A Tipi Kişilik Ölçeği ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	57

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARYB	: Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi
ATKÖ	: A Tipi Kişilik Ölçeği
CYBÜ	: Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HTHEÖ	: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
ICN	: International Council of Nursing
IOM	: Institute of Medicine
JCAHO	: The Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations
KBB	: Kulak Burun Boğaz
KVC	: Kalp ve Damar Cerrahisi
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
Ort	: Ortalama
SML	: Sağlık Meslek Lisesi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kişilik kavramı, Latince bir kavram olan “persona” kelimesinden türemiştir ve bireylerin zihinsel ve bedensel özelliklerinin birbirinden farklı olması ve bu farklı olma durumunun bireylerde davranış ve düşüncelere yansımaları şeklinde tanımlanmıştır (Avcı ve Kaya, 2010). Kişilik doğuştan getirilen ya da yaşantılar sonucu kazanılan, bireyleri birbirlerinden ayıran özelliklerin bütünü şeklinde ifade edilir. McCrae ve Costa, kişiliği bireyin farklı koşullar altında sergiledikleri davranış biçimlerini açıklayan, devamlılığı olan, kişilerarası, duygusal, motivasyonel, tecrübeye dayalı etkileşim biçimi olarak tarif etmişlerdir (Doğan, 2013). Kişilik, bireyleri diğer bireylerden ayıran özelliklerin tamamı olarak, kişinin tüm yaşantısını etkilemesi nedeniyle insanların benzer durumlar karşısında farklı algılama ve çözüm yolu geliştirmelerinin ana nedenlerinden birisinin de sahip olduğu kişilik özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir (Erkuş ve Tabak, 2009).

Kişilik kavramı genel bir ifade olarak, bireyin yaşama şeklidir. Nasıl kültür, bir toplumun yaşam şeklini temsil ediyorsa, kişilik de bireylerin yaşam şeklini temsil etmektedir. Kişiliğin aynı zamanda bireyin çalıştığı işini ve çevresini idrak etmesi ve değerlendirmesi üzerinde önemli bir etkisi vardır. Bireylerin davranışlarının içinde yaşadığı ortamdaki ve bu ortamdaki bireylerin birbirlerini karşılıklı olarak etkilemeleri sonucunda bireylerin kişiliği iş çevresinden etkilenmekte, benzer şekilde birey de kişiliği ile iş çevresini etkisi altına almaktadır (Sudak ve Zehir, 2013). Yapılan araştırmalar kişilik özelliklerinin iş performansı ile etkileşim halinde olduğunu ortaya çıkarmıştır (Gözel ve ark., 2017). Bireyler, kişilik özelliğiyle ilişkili olarak çalışma çevrelerinde yüksek düzeyde çalışma motivasyonu gösterirler (Yelboğa, 2006).

Yıldız (2001) çalışmasında insanların kişilik özelliklerinin, sahip olduğu yeteneklerin ve ilgi alanlarının çalıştıkları meslek ile uyum göstermesi durumunda çalışma hayatlarında başarı ve mutluluğu yakalayacağından ve doyuma ulaşacağından bahsetmiştir (Yıldız, 2001). Çalışanların kişilik özelliklerinin bilinmesi mesleklerinde sergileyecekleri başarı ve performansın belirlenmesine yardımcı olacaktır. Bireyin kişiliğine uygun işlerde çalışması kendisinin olduğu

kadar çalıştığı kurumlarda da verimliliği artıracaktır. Diğer yandan çalışanların kendilerine uygun olmayan işlerde çalıştırılması ciddi sorun oluşturabilecek bir duruma gelmeye başlamıştır. Bu nedenden dolayı günümüzde pek çok kurum hem işin öğretilmesi, hem de kurumun geleneklerinin öğrenilip uyum sağlamanın kolaylaştırılması amacıyla personeli seçmek için kişilik testlerini yaygın bir şekilde çalışanlarına uygulamaktadır. Bu da günümüzde rekabet halindeki kurumların çalışan seçiminde yaptıkları hata nedeniyle zaman ve kaynak kaybetmelerinin önlenmesine yardım sağlayacaktır (Özer, 2004).

Hemşirelik, iş ortamından kaynaklanan olumsuz faktörler nedeniyle yoğun iş yükü olan bir meslek grubu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşirelik mesleğinde yoğun iş yükü, hasta bireylerin problemleri sebebiyle yaşanması muhtemel duygusal stres, yoğun bakıma gereksinim duyan ve terminal dönemde olan hasta bireylerle çalışmak ve nöbet usulü çalışmak, hasta sayısının fazla olması, sağlık personelinin ise sayıca yetersiz olması gibi pek çok neden hemşirelerin çalışma koşullarının zorlaşmasına yol açmaktadır. Dolayısıyla bu zorlu koşullar altında çalışmak, hemşirelik girişimleri esnasında dikkat azlığı ve muhakeme bozukluklarına yol açabilir. Bunlara ek olarak yorgunluk, iletişim sorunları, zamansızlık, yanlış karar, tartışmalı kişilik, dikkatsizlik, tedbirsizlik, mesleki acemilik, mantık hatası, özen eksikliği, bakım standardını uygulama yetersizliği, değerlendirme ve izlem yetersizliği, yetki sınırlarının aşılması, ameliyat sırasında hasta vücudunda yabancı cisim unutulması, eksik-yetersiz kayıt tutma, kayıt tutmaya özen göstermeme ve kayıtların uygun biçimde korunmaması, meslekten memnun olmama, emir ve yönetmeliğe uymamak tıbbi hatalara neden olabilmektedir (Çetinkaya, 2016).

Hata kelimesinin, Türkçe karşılığı yanlış, yanlışlık ya da yanılğı anlamında kabul edilmektedir. Ayrıca istemeden ve bilmeden, kasıt olmayarak yapılan kusur olarak da ifade edilir (Polat Külcü ve ark., 2017). Tıbbi hata, hastaya verilen sağlık bakım hizmeti esnasında kasıt olmadan yapılan bir aksamanın sebep olduğu beklenilmeyen sonuç şeklinde tanımlanmıştır (Cebeci ve ark., 2012).

Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu (The Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) tıbbi hatayı; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki

uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” biçiminde tanımlamıştır. Uluslararası Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) ise tıbbi hatayı, “bir amacı başarmak için yanlış bir planı kullanma ya da planlanmış bir eylemi kasıtlı olarak ihmal ederek tamamlamak” biçiminde tanımlamıştır (Er ve ark., 2016). Sağlık alanında karşılaşılan tıbbi hata konusu zamanla artan bir sorun olmuştur. Tütüncü ve Küçükusta tıbbi hatalar nedeniyle İngiltere’de senede 40.000, Kanada’da 5.000 ile 10.000 arasında insanın hayatını kaybettiğine işaret etmiştir. Almanya’da ise yılda 100.000 hatalı uygulama ortaya çıkmakta ve bu hataların neticesinde 25.000 insan yaşamını yitirmektedir (Tütüncü ve Küçükusta, 2006; Özata ve Altuncan, 2010). Dünyada her sene yaklaşık 98.000 kişinin hatalı uygulamalar sonucunda yaşamını yitirdiği iddia edilmektedir (Karayurt ve ark., 2017). ABD’de yapılmış olan araştırma sonuçları hatalı tıbbi uygulamaların beşinci ölüm nedeni olduğunu ortaya çıkarmıştır (Çırpı ve ark., 2009). Bu sayılar trafik kazasından, meme kanserinden ve AIDS’den ölen bireylerden sayıca fazlalık göstermektedir. Ülkemizde ise tıbbi hataların kapsamı gerçek anlamda bilinmemesine rağmen, dünya ülkeleri ile benzerlik gösterdiği sanılmaktadır (Avşar ve ark., 2016).

Sağlık kuruluşlarında tıbbi hataların önüne geçilmesinde en büyük görev hemşirelerindir. Çünkü hemşireler sağlık kurumlarında hasta sağlığını geliştirme ve hastalık durumunu iyileştirmek için yapılan çabaların hemen her evresinde görev yapmaktadır. Bu nedenle işini yaparken çok dikkatli ve özenli davranan, işleri düzgün yapan, denetimin olmadığı zamanlarda bile kurallara uymaya çalışan, kendisini geliştirme isteği olan, hastalara ve iş arkadaşlarına yardımcı olan, mesleğini isteyerek icra eden ve hata oluşmasını engellemek için gayret eden kişilik yapısına sahip hemşirelerin daha az tıbbi hataya yol açacağı söylenebilir (Öztürk ve Özata, 2013). Ülkemizde hemşirelerin kişilik özellikleri ve özellikle tıbbi hata eğilimleri ile ilgili ayrı ayrı çalışmalar yapılmış olmakla birlikte, hemşirelerinin kişilik tipi ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlendiği araştırmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle cerrahi hemşirelerinin kişilik tipi ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişki belirlenerek tıbbi hataların daha fazla görüldüğü cerrahi kliniklerinde çalışmakta olan veya çalıştırılacak olan hemşirelerin kurum içi dağılımında kişilik tiplerinin göz önünde bulundurulması ile tıbbi hataların azaltılmasında katkı sağlaması

amaçlanmıştır. Ayrıca çalışma sonuçlarının yapılacak benzer çalışmalara katkı sağlaması hedeflenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, hastanelerde iş gücünün önemli bir parçası olan hemşirelerin kişilik özellikleri ile tıbbi hatalara eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Cerrahi hemşirelerinin kişilik tipi ile tıbbi hataya eğilimleri arasında ilişki var mıdır?
- Cerrahi hemşirelerinin kişilik tipi ile tıbbi hataya eğilimlerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kişilik Kavramı

Kişilik kelimesi, Latince bir kelime olan ‘persona’ kökünden gelmektedir. Klasik Roma tiyatrosu oyuncularını, sahnede canlandırdıkları özelliğe uygun maske takıp, kendi rollerini bu maske vasıtasıyla sahnede sergiliyorlardı. Yüzlerine taktıkları bu maskelere ‘persona’ ismi veriliyordu (Zel, 2011). İnsanları birbirlerinden ayıran en önemli özellik kişiliktir. Kişilik karmaşık bir yapıdır. Kişilik; deneyimler, davranışlar ve alışkanlıklar sonucu oluşur. Davranışlar, ödüllendirme ya da cezalandırma yolu ile pekiştirilir ve alışkanlık haline gelirse kişiliği oluşturur (Şahinöz, 2016). Kişilik, bireyin sosyal ve psikolojik yönden oluşturduğu tepkiye verilen isim olarak açıklanır. Bununla birlikte bir kişinin kendine has belirgin bir özelliğe sahip olmasıdır veya bireyi diğerlerinden ayıran tüm ayırıcı özellikleri onun kişiliğini oluşturmaktadır. Kişiliğin psikolojik süreçlerle ilişkili olduğunu ve genetik faktörlerin kişilik özelliklerinde önemli bir rol oynadığına dair sağlam kanıtlar vardır (Kentsu, 2007; Parks ve Guay, 2009).

Kişilik, bireyin kendisine mahsus olan; dış görünüş, zihinsel özellik, takıntı, alışkanlık, tavır, tutum ve başta davranış olmak üzere pek çok özelliklerini kapsayan bir bütün olarak ele alınmaktadır. Başka bir ifade ile kişilik, insanın dünyayı yorumlamak, olayları muhakeme etmek için kullandığı bir süzgeç ve kendine has ve nispeten tutarlı duygu, düşünce ve davranış biçimleri şeklinde tanımlanmıştır (Karabacak, 2010; Taşdemir ve ark., 2016).

Kişilik, çocukluk döneminden başlayıp şekillenen ve hayatın sonraki aşamalarında ufak fırça darbeleriyle son şeklini alan daimi özelliklerin bütünüdür. Kişilik bugünden yarına değişen bir kavram değildir (Sayar, 2018). Kişilik kavramını açıklayan farklı bakış açıları bulunmaktadır. Örneğin; Colman, kişiliği insana özgü olan davranışsal ve zihinsel özellikler toplamı olarak ele almıştır (Topcu, 2015). Köknel’e göre kişilik ise, bir bireyi nesnel ve öznel yönleriyle diğer bireylerden ayıran duygu, düşünce, tutum ve davranış özelliklerinin tamamı olarak ifade etmiştir (Özyeşil, 2011). Burger kişilik için bireylerin kendisinden kaynaklı tutarlı davranış biçimleri ve kişilik içi süreçler (bireylerin nasıl davranacağına ve hissedeceğine etki eden ve bireylerin içinde gelişen duygusal, güdüsel ve biçimsel süreçlerin tamamı)

olduğundan bahsetmiştir (Horzum ve ark., 2017). Rogers kişiliği, bireyin deneyimleri ile şekillenen örgütlenmiş kendilik algısı olarak açıklamıştır (Yiğit ve Deniz, 2012). Atkinson ve arkadaşları kişiliği, insanların sahip oldukları düşünce, duygu ve davranış kalıplarının ayırt edici bir görüntüsü şeklinde tanımlamışlardır (Erdinç, 2018).

Son dönem psikologlarından Piedmont'a göre kişilik ise bireyin zamanla değişmez bir nitelik kazanan ve her türlü olaya karşı tutarlı olan içsel ve uyarlanabilir bir yapısıdır (Ulu ve Bulut, 2017). Dolayısıyla araştırmacıların çoğu tarafından kabul gören kişilik tanımı şu şekilde ifade edilebilir: *Kişilik*, bireylerin türlü durumlarda gösterdiği kendine has davranışlar ile ifade edilen yapısal ve dinamik özelliklerin tümüdür. Bu özellikler o bireyi diğer bireylerden farklılaştıran, sürekliliği ve tutarlılığı olan davranışlarını oluşturmaktadır (Sağlam, 2017).

2.2. Kişiliği Oluşturan Faktörler

Kişiliğin, belirli bir zaman içerisinde olan davranış biçimi olarak görülmesi, doğru değildir. Kişilik geçmiş zaman, şimdiki zaman ve gelecek zaman arasında oluşan bir bütündür. Bireyler, alışkanlıklarında devam isteyen yapılara ve geleceğe uymak isteyen özelliklere sahiptirler. Sonuç olarak kişiliğin, geçmişteki izler, içinde bulunulan zamandaki uygulamalar ve gelecekteki temel eğilim ile oluşması mümkündür. Aynı zamanda kişiliği, bireylerin yaşam sürecindeki alışkanlık ve özelliklerinin davranış kalıplarına yansıyan gözlemlenebilir tarafı olarak görmek mümkün olmaktadır (Zel, 2011).

Kişilik, somut olmayan davranış motifleri ile somut insan davranış kalıpları arasındaki araç olarak görülür. Tüm davranış motifleri, her bireyin kişilik süzgecinden geçmekte fiili davranış halini almaktadır. Kompleks bir yapısı olan kişilik kavramının oluşmasına etki eden faktörler beş temel grup adı altında incelenmiştir (Zel, 2011).

2.2.1. Kalıtım ve Bedensel Yapı Faktörleri

Birçok davranış özelliğinin temeli de olan kalıtım, tüm psikolojik özelliklerde önemli bir etken olarak görülmektedir. Genetik özelliklerin kişilik belirleme derecesi insandan insana farklılık göstermektedir. Zihinsel özelliklerin ve davranış

eğilimlerinin ortaya çıkmasında yöresel ya da coğrafi özellikler büyük bir faktör iken, değer yargılarının oluşması, ideallerin belirlenmesi ve inanç sisteminin oluşması gibi durumlarda gensel özellikler tek başına çok da fazla etkili olmamaktadır. Bireylerin kalıtımla getirdiği özellikler ne kadar iyi olursa olsun, olumsuz çevre koşullarının etkileri de olumsuz olacaktır. Kalıtımsal özelliklerin olumsuz olup çevre koşullarının olumlu olması durumunda da kalıtımın olumsuz özellikleri onun gelişimini olumsuz olarak etkileyecektir (Bozkurt, 2006; Karaca, 2015).

Kişiliğin oluşmasında ve gelişmesinde genetik mirasın mı, yoksa bireyin çevresinin mi daha etkili rol oynadığı konusu halen tartışılmakta olan konulardan biridir. Genetik mirasın ve çevrenin kişilik yapısı üzerine etkisi, hayvan deneyleri ve tek yumurta ikizleri üstünde yapılmış araştırmalar aracılığıyla ortaya çıkarılmıştır. Tek yumurta ikizleri, benzer kromozom ve genleri taşır ve cinsiyet, beden yapısı, ruhsal durum yönünden birbirine benzerler. Bunların, olgunlaşıp büyüdükçe, kişilik özellikleri yönünden de birbirlerine benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Bundan dolayı, tek yumurta ikizlerinin, gençliğinde ya da sonraki yaşam periyotlarında, kişilik yapıları arasında fark olursa, bunun çevrenin etkisiyle oluştuğu bilinmelidir. Bu konu açısından önemli araştırmalar yapan Shields, doğumdan sonra farklı çevrelerde yetişmiş sayıca fazla tek yumurta ikizi üzerinde, farklı psikometrik yöntemler kullanarak zeka ve kişilik özelliği yönünden incelemiş benzerlik oranını, birlikte aynı çevre ortamında yetişmiş kardeşlerden ve çift yumurta ikizlerinden daha çok olduğu sonucuna ulaşmıştır (Çetin ve Beceren, 2007).

2.2.2. Sosyal ve Kültürel Etmenler

Kişilik gelişimi açısından en önemli faktörlerden birisinin de sosyal çevre olduğu ileri sürülmüştür. Bireyler belirli bir toplum içinde diğer bireylerle etkileşim içinde yaşarlar. Her toplumun diğerinden ayrı olan bir kültürü, bilgisi, tutumları, amaçları ve ideallerinin olduğu bilinmektedir. Bireylerin belirli bir kültürle sınırlandırılmış bir toplulukta büyümesi kişilik yapısını etkilemektedir. Kültür bireye ne öğretilmesi gerektiğini belirlemekte ve kısıtlamaktadır. Bütün kültürlerin bireylerden birtakım beklentileri bulunmaktadır ve bireylere üyesi olduğu grup tarafından onaylanacak davranış biçimlerini öğretirler. Her kültür kendine has ayırt

edici değerlere, ahlak anlayışına ve davranış tarzlarına sahiptir. Böylelikle her kültürün toplumsallaşma sürecinde kişilik gelişimine etkisi bulunurken, kişiliğın geliştireceğı birçok özelliğı de tayin eder (Yurtsever, 2009).

Kişiliğımız üzerinde etkisi olan ve bireysel olarak öğrendiklerimizi etkileyen gruplar arasında, aile ve arkadaş grupları bulunmaktadır. Kùltürler arasında norm farklılıkları bulunmasına rağmen, bireylere doğru, yanlış, iyi, kötü, norm davranışları ve otoriteyi ilk öğreten ve tanıtanın yakın çevreleri olduğı söylenebilir. Kişilik gelişiminde katkı sağlayan diğer etmenler olarak din ve eğitimi sayabiliriz. Bireylerin birlikte yaşadığı insanlar, gruplar, sosyal çevre, din ve eğitim ne düşündüklerini, nasıl davrandıklarını etkilemektedir. Bireylerin içinde yaşadıkları ortamla uyum içinde olması, bir öğrenme süreci neticesinde meydana gelmektedir. Bireyler soyut olan kültürel değerleri birer dış uyaran olarak algılayarak hafızasına yerleştirmekte ve davranışlarına yansıtma yoluyla somutlaştırmaktadır. Yalnız bireylerin algılama sistemlerinin farklı olmasından dolayı bunların, bireylerin davranışlarına yansıma biçimleri farklı olmaktadır. İnsanların içinde yaşadıkları sosyo-kültürel çevre, onların birbirlerine benzer davranış kalıpları benimsemelerinde oldukça etkili olmaktadır. Benzer davranış biçimlerinin benimsenmesi durumu ise, insanların ortak bir karakter yapısına sahip olmasına sebep olmaktadır. Ortak karakter, bir toplum içinde yaşamakta olan insanların yarısından fazlasının ortak kişilik özelliklerine sahip olmalarında ortaya çıkan bir durumdur. Ortak karakter, “milli karakter” olarak da isimlendirilmektedir. Milli karakter, insanların birbirini daha iyi anlamasına ve birbirini tamamlamasına yardımcıdır. Bu duruma Japonlar’ın çalışkan olması, Almanlar’ın ise disiplinli olmalarıyla bilinmesi örnek verilebilir. Kısaca özetlemek gerekirse, bireyleri çevrelemekte olan sosyal kurumlar, içinde büyüdükleri kültür, bir üyesi oldukları sosyal gruplar onların kişiliğının gelişmesindeki önemli etkenlerdir (Yıldızoğlu, 2013).

2.2.3. Aile Faktörü

Bireyin ilk gelişim dönemlerinden kimlik kazanma evresinde, anne ve babanın rolü büyüktür. Anne-babanın çocuk yetiştirirken uyguladığı yöntemler, çocuklarının kişiliğinin nasıl olacağıının belirlenmesinde büyük öneme sahiptir. Çocuğın doğduğı ve yetiştiğı aile ortamının her yönden kişiliğın biçimlenme sürecine özellikle

gelişimin ilk aşamalarına etkisi büyüktür ve bu etkinin, bireyin daha sonraki yetişkinlik evrelerinde davranışları biçimlendiren kişiye ait özelliklerde kendini gösterdiği belirlenmiştir. Çocuklar genel tutum ve özel davranış kalıplarını anne-babayı model alma yoluyla öğrenmektedirler. Demokratik bir ailede yetişen bir çocuk, eşitlik duygusu kazanmakta, akılcı davranmakta ve zamanla daha aktif olup daha kolay sosyal bağlar kurmaktadır ve yine ebeveynlerin, çocuğun zihinsel yapısının biçimlenmesinde de etken olduğu tespit edilmiştir. Yalnızca anne-babanın değil, ailenin oluşmasını sağlayan başka bireylerinde (kardeş, nine, dede vb.) kişiliğin oluşumuna etkileri vardır (Savi, 2008; Damar, 2015).

Aile içindeki bireyler, çocuğa çeşitli yollar aracılığıyla tecrübelerini aktardıklarından dolayı ailelerin çocuk büyütme şekli kişilik için belirleyici bir etken olmaktadır. Sonuç olarak aile bireyleri arasındaki ilişkilerin ve aile ortamının, orada yetişen çocukların kişilik özellikleri üzerindeki belirleyici rolü oldukça fazladır (Kaşlı, 2009).

2.2.4. Sosyal Sınıf Faktörleri

Birçok araştırma bireylerin mensup olduğu sosyal sınıfın, onun tutumlarını ve değerlerini etkileyeceğini göstermiştir. Sosyal bilimlerde, araştırmacılar toplumu oluşturan bireyleri ekonomik seviyeleri, meslek ve eğitim durumlarına bağlı olarak gruplara ayırma eğilimindedirler. Ayrılan bu “sosyal sınıflar” aynı mesleki, eğitimsel ve ekonomik özelliklere sahip bireylerin oluşturduğu gruptur. Ülkemiz gibi gelişmekte olan bir ülkede, her ne kadar toplumsal değişimin hızı yüksekse de ve ülkemizde bir kısım bireyler kısa sürede ekonomik seviyelerini yükseltip yaşamlarını daha iyi hale getiriyorlarsa da, her toplum gibi toplumumuzda da sosyal tabakalaşma vardır. Sosyal sınıf veya sosyal tabakalaşma kendi içinde eşitsizlikler taşır. Genel olarak toplumdaki bireyler farklı eğitimlere, farklı mesleklerde ve farklı gelirlerdedir. Bu farklılıklar toplumdaki imkanları kontrol etmede, ayrıcalıkların kazanılmasında, resmi kurumları etkilemede kullanılabilir (Kulaksızoğlu, 2008).

Bireyin kişiliğinin birçok yönü sadece o kişinin ait olduğu grup referans alınarak anlaşılabilir. Kişinin sosyal grubu (alt sınıf veya üst sınıf, çalışan sınıf veya profesyonel) özellikle önemlidir. Sosyal sınıf faktörleri bireyin statüsünü, ortaya koyduğu rolleri, yapmak zorunda oldukları görevleri ve keyfini sürdükleri

ayrıcalıkları belirlemeye yardım eder. Bu faktörler; bireyin kendini nasıl gördüğünü, diğer sosyal sınıfların üyelerini nasıl algıladıklarını ve aynı zamanda da nasıl para kazanıp harcadıklarını etkiler. Araştırmalar sosyo-ekonomik statünün bireyin bilişsel ve duygusal gelişimlerini etkilediğini göstermektedir. Kültürel faktörler gibi sosyal sınıf faktörleri de, insanların kapasiteleri ve eğilimlerini etkiler ve onların durumları nasıl gördüklerini ve onlara nasıl tepki verdiklerini şekillendirir (Cervone ve Pervin, 2016).

2.2.5. Coğrafi ve Fiziki Faktörler

En katı biyolojik yönelimli psikologlar bile kişiliğin önemli bir derecede çevre tarafından şekillendirildiğini kabul ederler. Bir topluluk içerisinde diğer insanlar ile birlikte büyümeseydik, kişi bile olamayacaktık. Bizim öz kavramımız, hayattaki amaçlarımız ve bize rehber olan değerler sosyal dünya içerisinde gelişirler. Bazı çevresel belirleyiciler insanları birbirine benzer yaparken; bazıları ise bireysel farklılıklara ve bireysel özgünlüğe kaynaklık etmektedir. Kişilik gelişiminde önemli oldukları ispatlanmış bazı çevresel belirleyiciler arasında kültür, sosyal sınıf, aile ve akranlar sayılabilir (Cervone ve Pervin, 2016).

Coğrafi ve fiziki çevrenin dolaylı etkilerinin direkt etkilerinden daha çok olduğu söylenebilir. Bu nedenle ki, insanların kişilik yapısının şekillenmesinde etkisi olan diğer faktörler üzerinde, özellikle de toplum, kültür ve antropolojik yapısında coğrafya etkilerinin görülmesi bilindik bir mevzudur. Örnek olarak, denize kıyısı olan kesimlerde yaşamakta olan kişilerle, kara bölgeleri ve dağlık bölgelerde, sıcak veya soğuk iklim bölgelerinde yaşayanlarının birbirlerinden farkları olduğu gözlenmiştir. Bu kapsamda, soğuk iklim şartları altında yaşamakta olan kişilerin sert ve donuk mizaca sahip olduğu, buna karşın sıcak iklimde ve kıyı kesimde yaşamakta olan insanların ise hızlı değişebilen duygusal tutum ve daha yumuşak, gevşek mizaca sahip oldukları biçiminde genel bir yargı mevcuttur (Zel, 2011).

2.2.6. Diğer Faktörler

Kişiliğin oluşum süreci yalnız genetik, kültürel, yapısal, sınıfsal ve ailesel faktörlerden etkilenmemektedir. Bu faktörlerden hariç pek çok başka faktörde kişilik oluşumunu etkiler (Güney, 2018).

a. Kitle İletişim Araçları

Kitle iletişim araçlarının kişilik biçimlenme sürecinde bariz etkileri bulunmaktadır. Kitle iletişim araçlarından faydalanan ve faydalanmayan insanların kişilik özelliklerinin farklılıklar gösterdiği bilinen bir gerçektir. Kitle iletişim araçları (kitap, dergi, televizyon vs.) çocuğun yetişmesi ve genç bireyin yeni davranış biçimleri kazanması sürecine katkı sağlamaktadır (Güney, 2018).

b. Yetişkinler Grubu

Bireylerin bulunduğu sosyal gruplar içinde yer alan yetişkinlerde, kişilik oluşmasına etki eden faktörler arasındadır. Zira sosyal hayatta birey idealini belirleme ve davranışını düzenleme sürecinde çevresinde bulunan yetişkin bireylerden bazısını kendisine örnek almaktadırlar (Güney, 2018).

c. Doğum Sırası

Alfred Adler'e göre, bireylerin doğum sırası da kişiliğin oluşmasına etki etmektedir. Adler'in bu konu üzerinde yapmış olduğu araştırmanın sonucuna göre, doğum sırası, bireylerin zeka ve yetenek düzeylerine etki etmektedir. Adler'in doğumdaki sıra kuramında, ilk doğan çocuk daha zeki ve yetenekli olmaktadır ve çevresi ile kolayca iletişim kurmaktadır. Aile içindeki çocuk sayısının artması, ilk doğan çocuk ile son doğan çocuk arasındaki zeka seviyesi ve ilişki kurma yeteneği yönünden önemli farklılıklara neden olmaktadır (Güney, 2018).

Doğum sırasının çocuk kişiliği üzerindeki durumu konusu üzerine yapılmış araştırma sonuçları Adler'in bu düşüncelerini yüzde yüz desteklemediklerini ortaya çıkarmıştır. Çünkü ailelerin çocuklarına yaklaşım tarzı birbirinden oldukça farklılıklar gösterebilmektedir (Burger, 2016).

2.3. Tip Kavramı ve Tipoloji

Tip kavramı, belirli bir fiziki ve fizyolojik yapı özelliğini temsil etmektedir. Bireyin fiziksel ve zihinsel özelliklerinin değerlendirilebilir yönü denilebilir. Davranış açısından geniş anlamda tip kavramından söz edildiğinde, kişilik özelliklerine göre gruplanmış davranışların ve sosyal olgular topluluğunun tip olduğu şeklinde tanımlanmıştır. Belirli bir sosyal ortam içinde pek çok insan bulunmaktadır

ve insanların davranışlarını özel bir yapı içinde toplanmak her zaman kolay olamamaktadır. Kişilik özelliklerinin çeşitlilik göstermesi, davranışların neden ve sonuçlarının insanlar arasında özel farklılıklar göstermesi, bireysel özelliklerden tipolojik sınıflamalara gitmeyi önemli ölçüde güçleştirmektedir (Zel, 2011; Eroğlu, 2017).

Kişilik kavramını tipolojik yönden incelemiş oldukça çok araştırma mevcuttur. Bu çalışmalarda bireyin davranışlarını, düşüncelerini, fiziki özelliklerini, psikolojik ve karakteristik özelliklerini içeren çok farklı ölçütlerden yararlanılmıştır (Zel, 2011).

2.3.1. Eysenck'in Kişilik Tipolojisi

Kişilik özelliklerinin beyin işlevlerindeki bireysel farklılıklar açısından ele alındığı en etkili biyolojik ve fizyolojik tabanlı kişilik teorisini Eysenck tanımlamıştır. Kısaca Eysenck kişiliğin büyük oranda kalıtsal olduğunu ileri sürmektedir (Şişman, 2012; Oktar, 2018). Kişilik tipleri bireylerin davranış örüntülerini ifade eder. Kişilik tiplerinin her birisinin güçlü ve zayıf yönleri olmakla birlikte ve hiçbir kişilik tipinin bir diğerine üstünlüğü bulunmamaktadır. Eysenck'in kişilik teorisi ilk haliyle nörotisizm-stabilite ve dışadönüklük-içedönüklük boyutlarını içeriyorken daha sonra teorisine psikotisizm boyutunu da ilave etmiştir. Eysenck nevrotizizm, dışadönüklük ve psikotizm özellikleri arasındaki ilişkilerin kalıtsal ve biyolojik kökenli olduğunu izah etmiştir (Karancı ve ark., 2007; Sarı, 2011; Tunç ve Aliyev, 2015).

Eysenck'in dışadönüklük boyutundaki bireyler, sempati, duygusal destek, özgecilik ve işbirliği gösterme eğilimindedir ve başkaları ile ve uyum içinde olmak isterler. Başkaları tarafından kolayca sevilen, güven veren ve hoşgörülü insanlardır. Kısaca dışadönüklük dışsal dünyayla belirgin bir ilişki ve yüksek sosyallik, konuşkanlık, enerji ve atılganlık ile karakterize edilir (Litvinova ve ark., 2015; Mitchell and Kumari, 2016). İçedönük boyutundaki kişiler sessizdir, insanlarla tanışmak ve başkalarıyla konuşmak yerine kendi halinde ve okumaktan hoşlanırlar. Az sayıda ama yakın arkadaşları vardır ve genellikle heyecandan kaçınırlar. İçedönük kimselerin iç dünyasında olup bitenler daha çok önemli, dışadönük kimselerde ise dış dünyada olup bitenler önemlidir (Zafar and Meenakshi, 2012; Cüceloğlu, 2017). Eysenck'in Nörotisizm/Duygusal İstikrar boyutu, karamsarlık ile

ilişkilidir, bireyin istikrarsızlık veya duygusallaşma eğilimini ifade eder yani duygusal olarak sabit kalma eğilimini ifade eder. Nörotisizm, depresyon, anksiyete, düşmanlık, dürtüsellik ve strese karşı savunmasızlık gibi olumsuz etkilerin ve duygusallığın çeşitli yönlerini kapsayan geniş tanımlanmış bir kişilik boyutudur (Hu ve ark., 2000; Ahmad ve ark., 2016). Psikotizm boyutundaki bireyler ise ben-merkezci, dürtüsel, yalnızlıktan hoşlanan, uyumsuz, saldırgan, bencil kişilerdir (Tekin Çatal ve Kumcağız, 2015).

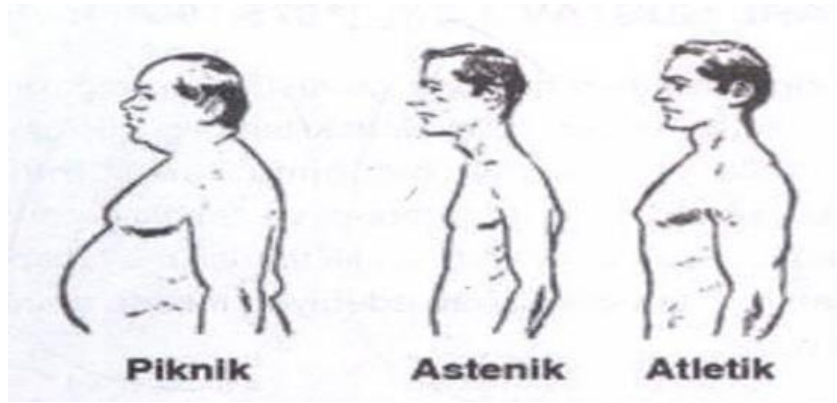
2.3.2. Kretschmer'in Kişilik Tipolojisi

E. Kretschmer 20. yüzyılın başlarında insan beden yapısı özellikleri ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiden yola çıkarak atletik, astenik ve piknik tip olarak üç kişilik tipini tanımlamıştır (Soysal, 2008; Yıldız ve ark., 2012).

Atletik Tip: Uzun boylu veya ortalama değer üstünde boyu olan, göğüs kafesi kaslı ve geniş, yüzü oval ve uzun, lider olma eğilimi kuvvetli, gösterişi seven, spor yapmayı ve macerayı seven bireylerdir (İnanır, 2012; Tiryaki ve Aykaç, 2013).

Astenik Tip: Uzun ince yapısı olan bireylerdir. Beslenme şart ve şekilleri ne olursa olsun zayıf kalmaktadırlar. Yüzü üçgen, solgun ve zayıftır. Uzun ve sivri burunludur. Astenik tipe sahip insanların bazıları güçsüz olmakla beraber, bazıları da çok güçlü bir canlılığa sahiptir. Soğukkanlı, inatçı, içe dönük, alıngan, yalnız kalmayı seven, duygularını frenleyen, idealist olan, alaycı, kindar ve intikamcı, kötümser, çekingen genellikle gururlu, dikkat toplama yeteneği güçlü ve dış hayat zevklerine pek önem vermezler (Eroğlu, 2017).

Piknik Tip: Orta boylu, şişman, kasları yumuşak bireylerdir. Yüzü boynu ve gövdesi kalın bir yağ tabakasıyla örtülüdür. Vücut genel görünümü doldun ve yuvarlaktır. Dış dünyaya açık, toplumcu, yaşamaktan mutluluk duyan, gerçekçi, dost canlısı, sempatik, yufka yürekli, kin tutmayan, yemeyi içmeyi seven, iyimser, alçak gönüllü bireylerdir (Tiryaki ve Aykaç, 2013; Eroğlu, 2017).



Şekil 2.1: Kretschmer'in Tip Kuramı

Kaynak: <http://www.nkfu.com/temel-egilim-kuramlari>. Erişim Tarihi: 10.12.2018

2.3.3. Freidman ve Rosenman'ın A ve B Tipi Kişilik Tipleri

A Tipi ve B Tipi kişilik farklılığının ortaya çıkması 20. yüzyılın ortalarına denk gelmektedir. 1950'lerde Freidman ve Rosenman muayenehane bekleme salonlarındaki sandalyeleri onaran ustadan gelen faturalarda, yapılmış tamirin büyük çoğunluğunun sandalyelerin ön tarafına ve uçlarına ait olduğunu fark etmişlerdir. Sonunda Freidman, muayene olmaya gelmiş hasta kişilerin hayatlarının mücadele dolu olduğunu ve sabırsız kişiler oldukları yolundaki ilk işareti aldığını söylemiştir (Baltaş ve Baltaş, 2018). Dr. Friedman ve Rosenman tarafından 1950'lerin sonuna doğru bazı davranış özellikleri ile kalp hastalıklarının arasında ilişki olup olmadığının araştırılması sonucunda A Tipi ve B Tipi kişilik tiplerinin varlığı ortaya çıkarılmıştır (Özsoy, 2013).

2.3.3.1. A Tipi Davranış Biçimi

A tipi davranış özelliği sergileyen kişiler, sürekli belirli konuya odaklanmış, kendilerine yüksek düzeyde hedefler koyan, kendilerini başkaları ile sürekli bir yarış içinde hisseden, genellikle kendilerini yalnızca işlerine odaklandıran ve çevresini ihmal eden kişiler oldukları şeklinde tarif edilmektedirler (Avcı ve Kaya, 2010).

A tipi kişilik özelliği içinde olan kişilerde başka bireylerle yarışma isteği, heyecanlı olma, zamanla devamlı bir yarış içinde olma, işlerini aceleyle bitirme, hareketlerinin ve konuşmalarının hızlı olması, kişisel ve sosyal yaşam için ayrılmış zamanın az oluşu, başkalarının sözlerini keserek müdahalede bulunma gibi çeşitli davranışsal özellikleri olmakla birlikte bu bireylerin kalp krizi geçirme riski de yüksek bulunmuştur (Eren Gümüştekin ve Gültekin, 2009). Rekabetçi, saldırgan ve

zamanla yarış halinde olan tutumlarından dolayı A tipi olarak tanımlanmış kişilerin, basit olayları bile stres verici olarak algıladıkları ve strese daha yatkın oldukları üzerinde durulmaktadır (Hisli Şahin ve ark., 2009).

A-tipi kişiliğe sahip insanların öfkelenmeye uygun yapıları olduğu yaygın olarak kabul edilen bir görüştür (Arslan ve ark., 2011). A tipi kişilik özelliği gösteren bireylerdeki baskın özelliğin öfkeyi ifade etmeye yönelik uygunsuz tepkilerin olduğu görülmüştür. Bu kimselerin uzun süreli ilişkiler kuramadıkları ve özellikle ailedeki iletişimlerinde zorluklar yaşadıkları yapılan araştırmalarla ortaya çıkarılmıştır (Soysal ve ark., 2009).

Bu tür kişilik özelliği olanlar, hem kalp hastalıklarına daha yatkın hem de kalp hastalıklarını tetikleyen sigara içme, aşırı yemek yeme gibi davranışlara yönelerek kalp-damar rahatsızlıklarına yakalanma olasılıklarını artırmaktadırlar (Yöndem, 2015).

2.3.3.2. A Tipi Davranış Biçiminin Özellikleri

1. Hareketlilik: A tipi davranış özelliği sergileyen bireylerin kesin bir konuşma tarzları olmakla birlikte bu bireyler konuşmalarını belirli bir noktaya yönelik sürdürmekte ve bazı kelimeleri patlayıcı olarak vurgulamakta, sık ve kuvvetli jestlerle konuşmaktadırlar (Durna, 2005).

2. Dürtü ve ihtiras: A tipi davranış özelliklerine sahip bireyler, kendileri ve başkaları için yüksek bir beklenti düzeyi koymakta ve bunun gerçekleşmediği durumlarda çoğunlukla rahatsızlık duymaktadırlar. Bu bireylere başarıları az ve kısa mutluluk verir (Torun ve Şenel Tekin, 2014).

3. Rekabet, saldırganlık ve düşmanlık duyguları: A tipi davranış biçimindeki kişiler hem başkaları, hem kendileri hem de yakınları ile sürekli rekabet içindedirler. Bu rekabet duygusu onların bütün yaşamlarını kapsadığından ister istemez stres içine girmekte, çaba göstermelerine rağmen, düşmanlık, öfke duygu ve davranışlarını kolayca sergilemektedirler (Tokat ve ark., 2013; Baltaş ve Baltaş, 2018).

4. Zaman baskısı: A tipi davranış biçimindeki bireyler, kendisini zaman baskısı altında hissedip her işe yetişmeye çalışan, az zamanda daha çok iş yapmak

isteyen yapıya sahip bireylerdir. Zamanını çok iyi yönettikleri söylenemez. A tipi davranış biçimindeki bireyler, hızlı konuşan, diğer insanlar konuşurken acele eden, hızlı yemek yiyen, sırada beklemeyi sevmeyen, uzun saatler boyunca işlerini bir an önce bitirme baskısı altında ve fazla iş yüklenerek çalışan, zamanın boşa harcanmasından nefret eden, çok yavaş kişilere karşı sabırsız ve dinlenmek için çok az zaman ayıran kişilerdir (Ok, 2006; Pelit ve ark., 2010; Başak ve ark., 2017).

5. Tek açılı kişilik: Kendileri hakkında yüksek beklentilere sahiptirler, benmerkezci davranırlar ve sosyal açıdan sorunlu kişilik yapısındadırlar. Bu kişiler genellikle hayatın diğer yanlarını ve ailelerini ihmal ederek kendilerini işlerine adanmışlardır (Ok, 2006; Hisli Şahin ve ark., 2011).

2.3.3.3. B Tipi Davranış Biçimi

B tipi davranış biçimi sergileyen kişiler ise, A tipindeki kişilerin tam tersi kişilerdir. B tipi davranış özelliğine sahip bireyler zamanla daha az çatışma halinde ve hayata karşı daha dengeli, bir yaklaşım içerisindedirler. B tipi kişilik özelliğine sahip bireyler sabırlı, kendini övmeyen, kazanma amaçlı değil eğlenme amaçlı oynayan, kendini sıkmayan, sınırlı zamanlı işleri yapmaktan ve acele davranmaktan hoşlanmayan, yumuşak huylu, yetkilerini devredebilen bireylerdir. Gösterişe meraklı değildirler. Zamanın esiri olmaz ve ekiple kolayca çalışırlar. B tipi davranış özelliği gösteren kişilerin A tipi davranış özelliği gösteren kişilerden daha çok ya da daha az başarılı oldukları söylenemez. Yalnız B tipi kişilik özelliğine sahip kişiler başarıyı çok fazla önemli görmeyebilir. Çünkü başarı aşırı hırs yaptıkları bir konu değildir. B tipi kişilikler işleriyle ilgili olarak oldukça rahat davranmakta, yaptıkları işte kalite aramakta, kendisinden emin, sağlığına düşkün ve bolca boş vakti olan, her şeyi olduğu gibi kabul eden, bütün insanlarla dostluk içinde olmayı seven, çevresine açık ve sosyal olmayı seven özellikleri taşımaktadırlar. İşlerini zevkle yaparlar. İşleri konusunda rahat davranmaları bu kişilerde suçluluk duygusu oluşturmaz, sakin ve düzenli çalışmak taraftarıdırlar. Ayrıca B tipi davranış özelliğine sahip kişilerin, sabırlı ve metanetli olmaları nedeniyle daha başarılı oldukları gözlenmiştir. B tipi davranış biçimine sahip bireylerin birtakım zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol vb.) ya da kalıtsal kalp problemleri olsa bile daha sağlıklı bireyler olarak da adlandırılabilirler. B tipi yapısında olan bireylerin de stres yaşadıklarını, ancak

zorlamalar ve tehditler karşısında daha az panik yaptıkları belirtilmektedir (Aktaş, 2001; Batıgün Durak ve Şahin, 2006; Eren Gümüştekin ve Gültekin, 2009; İbrahimoğlu ve Karayılan, 2012; Tokat ve ark., 2013; Sarıoğlu Uğur, 2016).

2.4. Tıbbi Hata Kavramı

Tıbbi hata günümüzde çok sık karşılaşılan bir kavramdır. Tıbbi hatalar ciddi bir halk sağlığı sorununu temsil etmektedir ve hastanın güvenliği için önemli bir tehdit oluşturmaktadır (Grober ve Bohnen, 2005; Polat, 2015). Tıbbi hatalar her yıl birçok hastanın yaşamını etkilemekte ve literatür bulguları tıbbi hataların çoğunun önlenemez olduğunu öne sürmektedir (Bonney, 2014). Tıbbi hatalara bağlı zararlar hafif düzeyden kalıcı yaralanmalara veya ölüme kadar değişebilir (Kalra, 2004; Chamberlain ve ark., 2012).

Tıbbi hatalar kavramı malpraktis olarak tanımlanmıştır. Türkçeye de malpraktis olarak yerleşen bu deyim Türkçe karşılığı tıbbi uygulama hatalarıdır. Malpraktis Latince “Mala Praxis” sözcüklerinden köken almış ve ilaç kullanımından hastane enfeksiyonlarına kadar tıbbi bakımın her aşamasında oluşabilecek ve hastaya zarar verebilecek tıbbi kusur veya hataları kapsamaktadır (Polat, 2015).

Tıbbi hataların tanımı belirsiz, yetersiz ve geneldir. Artan sayıda literatüre ve tıpta hata araştırmasına rağmen, az sayıda çalışma doğrudan “tıbbi hatayı” tanımlamıştır. Bunun yerine, araştırmacılar büyük ölçüde olumsuz hasta sonuçlarına veya yaralanmaya bağlı hata ölçütlerini benimsemişlerdir. Tıbbi hatalar, sağlık uzmanları tarafından yapılan ve hastalara zarar veren hatalardır. Benzer şekilde tıbbi hata “planlanan bir eylemin amaçlandığı gibi tamamlanmaması veya yanlış bir planın kullanılması” olarak tanımlanmıştır. Diğer bir tanım da sağlık hizmeti sunumunda, altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın gelişen hasar şeklinde ifade edilmiştir (Grober and Bohnen, 2005; Alcan ve ark., 2016). Tıbbi hatalar tıp uygulamalarının kaçınılmaz bir parçasıdır ve tüm hastanelerin yaklaşık %2'sinde ortaya çıkmaktadır (Bonney, 2014).

Tıbbi hataya bağlı olumsuz durumlar, tıbbi bir müdahaleye bağlı yaralanmalardır ve ölüm, hayatı tehdit eden hastalık, taburculuk sırasında özürsüzlük, hastanede kalış süresinin uzaması gibi hastaya zarar veren durumlardır (Garrouste-Orgeas, 2012). Sağlık profesyonelleri, özellikle de hasta bakımında doğrudan görev

alan hemşireler açısından da tıbbi hatalar büyük öneme sahiptir. Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (International Council of Nursing-ICN) hasta güvenliği kapsamında ele aldığı konulardan büyük bölümünü tıbbi hatalar oluşturmaktadır (Öztürk ve Kahrıman, 2016). Tıbbi hatalar, sağlık hizmetinin kalitesini ve maliyetini etkilemektedir. Sağlık kurumu idarecileri bu tür olaylara karışan sağlık çalışanlarını ikinci mağdur olarak görmeli ve onlara profesyonel destek ve danışmanlık hizmetleri sunmalıdır (Elwahab ve Doherty, 2014).

2.4.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar

Tıbbi hata ya da hatalı uygulamalar, Milattan Önce 7000 yıllarında eski Mezopotamya’da ilan edilen Hammurabi Kanunlarında ele alınmış, daha sonra eski Mısır ve Roma kanunlarında yer almıştır. 14. yüzyıla gelindiğinde ise İngiliz kanunlarında tıbbi uygulamalar ile ilgili hata kayıtlarına rastlanmıştır, 1883 yılında bilinen ilk tıbbi hata tanımını, yargıç Tindal yapmış ve ilk ceza 1901 yılında İngiltere’de hastası konusunda ihmalkar davranan bir hekime verilmiştir. Ancak günümüzde hatalı uygulamaların gündeme gelmesi olabildiğince uzun bir zaman almış, 1970’li yılların sonunda, başta Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) olmak üzere İngiltere, Kanada gibi ülkelerde, yüksek tazminat cezaları ile gündem olmuştur. 1980-90’lı yıllara gelindiğinde konu ve tazminat davaları güncelliğini kaybetmemiştir (Öztürk ve Kahrıman, 2016).

Tıbbi hatalar, Kuzey Amerika’da önde gelen ölüm nedenidir; Tıp Enstitüsü’nün raporlarına göre, ABD’deki tıbbi hatalar, 44.000-98.000 arasında hastanın ölümüne yol açmaktadır. Tıbbi hatalar nedeniyle araç kazaları (43.458), meme kanseri (42.297) veya AIDS’ten (16.516) ölenlerden daha fazla insan hayatını kaybetmektedir. Tıbbi hataların yılda 17-29 milyar ABD doları arasında gelir kaybı, engellilik ve ek sağlık hizmetleri maliyetleri gibi maliyeti olduğu tahmin edilmektedir (Grober ve Bohnen, 2005; Filiz, 2009; Amrollahi ve ark., 2017).

Sağlık sistemlerinin daha karmaşık hale gelmesi nedeniyle tıbbi hataların giderek daha fazla görüldüğü gerçeği ABD Tıp Enstitüsü raporunda yayınlanmıştır. Aynı raporda, tıbbi hataların azaltılmasının, bakım süreçlerinde güvenliği sağlamak için sistematik bir çaba gerektireceğini belirtmiştir (David ve ark., 2013). Landrigan ve arkadaşları (2010) Kuzey Carolina eyaletindeki tıbbi yaralanmaları geriye dönük

olarak incelemiş ve yaralanma oranını yaklaşık %3 olarak belirlemişlerdir. Bu oran New York eyaletindeki yetişkin yatışlarının kayıtlarını inceleyen daha önceki bir çalışmada olduğu gibi, tüm yatışların %3.7'sinin tıbbi yaralanmalarla ilişkili olduğu sonucunu ortaya koymuştur (David ve ark., 2013). Naessens ve arkadaşları (2009), taburcu olan hastaların yaklaşık %4'ünün tedavi süreçleriyle ilişkili bir yan etki yaşadığını ve bu yan etkilerin çoğunluğunu (%43) cilt bütünlüğü sorunları, %23'ünü ilaç hataları ve %21'ini düşme ile ilgili olduğunu tespit etmişlerdir.

İngiltere'de yılda 40.000, Kanada'da 5000 ile 10000 arasında insan tıbbi uygulama hataları sonucu hayatını kaybetmiştir. Almanya'da ise yılda 100.000 hatalı uygulama ortaya çıkmakta ve bu hataların sonucu 25.000 kişi yaşamını yitirmektedir. İngiltere'de hastaneye yatan hasta bireylerin %10'undan fazlasında (bir yılda yaklaşık 850.000 hastada) istenmeyen olay görülmüş, Avustralya'da hastaneye yatan hastalar arasında istenmeyen olay hızının ise %16.6 olduğu saptanmıştır (Korkmazer ve ark., 2016; Öztürk ve Kahrıman, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2004 raporunda, ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere, Yeni Zelanda ve Danimarka'da yapılan çalışmaların sonucu, tıbbi hataların görülme sıklığının %3.2 ile %16.6 arasında olduğu; dünyada yaklaşık her 10 hastadan birinin tıbbi bakım sırasında herhangi bir nedenle yapılan hatadan ciddi biçimde etkilendiği; hatalı uygulamaların %14'ünün ölümle, %70'inin ise hastanın yaşamında kısıtlılık oluşturacak sakatlıklara neden olduğundan bahsedilmiştir (Türkmen ve ark., 2011).

Avusturalya, Kanada, Yeni Zelanda, İngiltere, Amerika ve Almanya'da 2005 yılında yapılmış olan "Commonwealth Fund International Health Policy Survey"e göre hastaların; sırasıyla %13, %15, %14, %12, %15 ve %13'ünün bakım ve tedavi esnasında hatalı uygulamalara maruz kaldığı; ve yine sırasıyla %10, %10, %9, %10, %13, %10'unun yanlış ilaç ya da yanlış ilaç dozu aldığı bildirilmiştir (Demir Zencirci, 2010). Blendon ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları bir çalışma sonucunda, hekimlerin %35'i (n=831), halkın ise %42'si (n=1207) kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavilerde tıbbi hata yapıldığını gözlemlediklerini ifade etmişlerdir.

Ülkemizde ise tıbbi uygulama kusurları için özel bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Tıbbi uygulama hataları özellikle bazı gelişmiş ülkelerde yaklaşık 30 yıldır tartışılmakla birlikte Türkiye’de yaklaşık son 15 yıl içinde konu farklı boyutlarıyla tartışılmaya başlanmıştır (Çetinkaya, 2016). Türkiye’de tıbbi hatalarla ilgili yapılan çalışmaların sayısı son zamanlarda artış göstermesine rağmen, bu çalışmalar daha çok sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi, görüş, tutum ve deneyimlerinin belirlenmesine yönelik olmuştur (Yücesan ve Alkaya, 2017).

Ülkemizde tıbbi hataların kapsamı tam olarak bilinmemesine rağmen, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiğine işaret edilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının tıbbi hata yapma oranının %6.2 ve yapılan hatalara şahit olma oranının ise %10.4 olduğu saptanmıştır (Er, 2016). Yine Özkaya’nın (2008) çalışmasında sağlık hizmeti sunan çalışanların uzmanlık alanları ve görevlerine göre kusur durumu incelendiğinde, hemşire ve ebeler sayı bakımından 2. sırada yer almaktadır.

Bu sonuçlar hasta güvenliğinin ne denli önemli bir konu olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Tıbbi hataların önemli bir sağlık sorunu oluşturduğunu gören DSÖ 2004 yılında sağlık kurumlarında Hasta Güvenliği Birimi’ni oluşturmuş, böylelikle hasta güvenliğine yönelik uygulamaların daha sistematik halde yürütülmesini sağlamayı amaçlamıştır (Çırpı ve ark., 2009).

2.4.2. Tıbbi Hataların Nedenleri

Genel olarak bakıldığında, tıbbi hatalar; insan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörler nedeniyle görülmektedir (Canatan ve ark., 2015). İnsana bağlı faktörler; yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özen göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, yetersiz zaman, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik gibi insan kaynaklı durumlardan kaynaklanmaktadır (Özata ve Altuncan, 2010; Caymaz, 2015).

Genel Olarak Tıbbi Uygulamada Hata Kaynakları (Ertem ve ark., 2009)

1. Dikkatsizlik: Bir tıbbi girişimin uygulanması sırasında yapılmaması gerekenin yapılmasıdır. Örneğin; oksijen yerine karbondioksit verilmesi, kan grubunun kontrolünü yapmadan transfüzyon yapılması vb.

2. Tedbirsizlik: Önlenmesi muhtemel bir tehlikeyi önlemede yetersiz kalınması, geç kalınması şeklinde tanımlanmaktadır. Örneğin; alerji öyküsü olan bir hastada alerjiye neden olan ilacın kullanılması veya test dozunda da olsa anafilaktik reaksiyon beklenen hasta için gerekli araç-gerecin hazır bulundurulmaması.

3. Meslekte Acemilik-Yetersizlik: Meslek ve sanatın esaslarının ve optimal klasik bilgilerinin bilinmemesi, temel becerilerden yoksun olunmasıdır. Örneğin; hatalı entübasyon, fitik ameliyatında femoral damarın yaralanması, hatalı ilaç girişimlerinde bulunulması vb.

4. Özen eksikliği: Evrensel tıp değerlerini uygulamaya sokmamak şeklinde açıklanır. Örneğin; kanamalı, hipovolemik şoka eğilimli hastanın bekletilmesi, yakından izlenmesi gereken hastanın yeterli sıklıkla izleminin yapılmaması, eksik araştırma sonucu tanı hatalarına sebep olunması.

5. Emir ve yönetmeliklere uymamak: Kanun, tüzük, yönetmelik ve yetkili mülki amirin verdiği emirleri ihlal etmektir. Örneğin; acil hastaların bakılmaması, bilimsel tedavi dışında bir tedavinin uygulanması, işkenceye göz yumulması veya yardım edilmesi, icap nöbetine çağırıldığında gelinmemesi.

Klinik uygulamalarda insan hataları yaygındır ancak genel olarak yeterince bildirilmemektedir. Bu eksik raporlamaların sonucu olarak tıbbi hataların nedenleri ve sonuçları hakkında çok az şey bilinmektedir. Üstelik tıbbi bir hatayla yüzleşmek hiçbir zaman kolay değildir ve dolayısıyla açıklanmamaktadır. Tıbbi hataların önlenmesinde ilk adım risk faktörlerinin belirlenmesidir ve kalite bakım güvencesinin önemli bir amacıdır. Tıbbi hataların bir sonucu olarak, tüm eğitim seviyelerindeki sağlık hizmeti sağlayıcıları suçluluk, hayal kırıklığı, korku ve çeşitli derecelerde yetersizlik hissi yaşamaktadırlar (Bari ve ark., 2016).

Kuruma bağlı faktörlerin başında; işyeri yapısı, takip edilen politikalar, idari yapı, liderlik, geri bildirim konularında yetersizlik, personelin yanlış dağılımı, sorunları çözme konusunda yetersiz kalınması gibi nedenler gelir. Yetersiz otomasyon, yetersiz cihaz ve eksik cihaz gibi faktörler de teknik faktörlerdir. Tıbbi hataların temel nedeni insana bağlı olmakla birlikte sistemdeki yetersizlik ve eksikliklerden kaynaklandığı da düşünülmektedir (Karataş ve Yakıncı, 2010; Güleç, 2012).

İnsan hatasının nedeninin iki açıklayıcı modeli vardır: Bunlar kişi yaklaşımı ve sistem yaklaşımıdır. Kişi yaklaşımı, bireylerin hatalarına odaklanır ve onları unutkanlık, dikkatsizlik veya ahlaki başarısızlıkla suçlar. Sistem yaklaşımındaki temel nokta ise, insanların yanılabilir olması ve en iyi organizasyonlarda bile hatalar olmasıdır. Hatalar nedenlerden ziyade sonuç olarak görülür. Bunlar, işyerinde tekrarlayan hata tuzaklarını ve bunlara yol açan örgütsel süreçleri içerir. Sistem yaklaşımı, hem hataların kaynağını anlamak hem de hataları önlemek veya etkilerini azaltmak için savunmanın oluşturulması amacıyla, hata kaynağı olarak bireylerin çalıştıkları koşulları ve sistemleri tanımlar. Sistem yaklaşımı, klinik hataların çoğunun bireysel umursamazlık veya belirli bir grubun eylemlerinden kaynaklanmadığını kabul eder (Swaminath ve Raguram, 2011).

2.4.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hatalar kök neden ve hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırılmıştır.

2.4.3.1. Kök Nedenlerine Göre Tıbbi Hatalar

- İşe bağlı hatalar (yanlış işlem yapmak),
- İhmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmamak)
- Uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulamak) olarak üç grup altında toplanmıştır (Seren İntepeler ve Dursun, 2012).

2.4.3.2. Hata Türü Açısından Tıbbi Hatalar

- İlaç hataları,
- Cerrahi hatalar,
- Tanı koymada hatalar,
- Sistem yetersizliğine bağlı hatalar
- Diğer hatalar (hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hasta düşmesi vb.) olmak üzere beş grup altında incelenmiştir (Seren İntepeler ve Dursun, 2012).

2.4.3.2.1. İlaç Hataları

İlaç hataları hata türü sınıflamasına giren ve literatürde sıklıkla üzerinde durulan hatalar arasında yer alan ve sağlığı tehdit eden evrensel bir sorundur (Ehsani ve ark., 2013; Karaman Özlü ve ark., 2015).

İlaç hatası; ABD’de İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi tarafından “ ilacın sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenbilir bir olay” şeklinde tanımlanmaktadır (Özata ve Altuncan, 2010). Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsüne göre hastanelerde her yıl ilaç hataları nedeniyle 400.000 önlenbilir yaralanma meydana geldiği bildirilmektedir. Bu durum diğer ülkelerde de benzerdir. Avrupa, Asya ve Avustralya'dan araştırmacılar, yanlış ilaç verme ve intravenöz ilaçları uygularken aseptik teknikten sapma dahil olmak üzere, yüksek ilaç hatası insidansı bildirmişlerdir. İlaç hataları sadece hastanın ölümüne yol açmaz, aynı zamanda hastanın hastanede kalma süresini ve sağlık bakım maliyetlerini de arttırır (Chang ve Mark, 2009; Zaree ve ark., 2018).

İlaç uygulaması, hastaların tedavi ve bakım sürecinin önemli bir parçasıdır ve bir ilacın hastaya verilmesi, hemşirelik bakımının en önemli, karmaşık ancak en hayati süreçlerinden biridir. İlaç uygulamalarının güvenli bir şekilde yerine getirilmesi, hemşirelerin en önemli mesleki sorumlulukları arasındadır (Gorgich ve ark., 2016; Alemua ve ark., 2017). İlaç hatalarının önemli nedenleri arasında, stres, yorgunluk, istemlerin verilisindeki hata, ayrıntılara verilen dikkatin azalması, iş ve işyerinde memnuniyetsizlik, dürüstlük veya iş bilinci eksikliği, eğitimli personel sıkıntısı, fazla mesai, uzun çalışma saatleri, ilaçlar veya hastanın durumu ile ilgili deneyim veya bilgi eksikliği, hekimlerin kötü el yazısı, farmakolojik bilgi eksikliği, tanımlanmış protokollerle ilgili olmayan yanlış ilaç hesaplamaları, ilaçların şekil benzerlikleri, ilaç adlarındaki benzerlikler, bilgi ve beceri eksiklikleri, yetersiz iletişim, yetersiz kayıt ve nöbet değişim esnasında yetersiz bilgi paylaşımı gibi çeşitli faktörler yer almaktadır. Çevresel faktörler, yani ilaçların uygulanması sırasındaki müdahaleler ve dikkat dağınılımları da olası hatalara yol açar (Deans, 2005; Ehsani ve ark., 2013; Çavuşoğlu, 2015; Gorgich ve ark., 2016).

İlaç isimlerinin karıştırılması DSÖ'nün tanımladığı ilaç hatalarının en yaygın nedenlerinden biridir (Kosari, 2018). Hemşirelerin ilaç hataları konusundaki görüşlerine yönelik yapılan kesitsel bir çalışmada, hemşireler tarafından farmakolojik bilgi eksikliği ve mesleki deneyim eksikliğinin ilaç hatalarının önde gelen nedeni olduğu bildirilmiştir (Cheragi ve ark., 2013). Bu konuda yapılan bazı araştırmalarda deneyimsiz doktor ve hemşirelerin daha fazla ilaç hatası yaptığı bildirilmektedir (Allard ve ark., 2008). Eşer ve arkadaşlarının (2007) hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına neden olabilecek faktörleri inceledikleri araştırmada; hemşirelerin %91.7'si ilaç hazırlarken genellikle telefonlara cevap vermek zorunda kaldıklarını, %43.7 ilaç uygulamalarında fizik koşullarla ilgili güçlüklerle karşılaşmalarını dış ortamla ilgili faktörler olarak belirtmişlerdir.

Hemşire kaynaklı ilaç uygulama hataları, genellikle yanlış ilaç vermek, ilacı yanlış dozda vermek, ilacı yanlış yolla vermek, ilacı yanlış zamanda vermek, ilacı yanlış hızda vermek, ilacı yanlış hastaya vermek, ilacı hiç vermemek, uygulanan ilacı kayıt altına almamak, uygulanan ilacın etkisini gözlemlememektir (Aslan ve Ünal, 2005; Uzun ve Arslan, 2008).

Hastaların güvenlik seviyesinin yükseltilmesindeki önemli aşamalardan biri, ilaç hatalarının ve nedenlerinin belirlenmesidir. Hata oluşturan nedenler gibi hatanın oluşmasına zemin hazırlayan etkenlerde vardır. Hatanın oluşmasını tetikleyen etkenlerin bilinmesi hata oluşturan etkenlerin ortamdaki uzaklaştırılmasına yardımcı olur. Bu faktörler gece saatlerinde çalışılması, sabahın erken saatlerinde çalışılması, mesleki deneyimi az olan personellerle çalışılması, iş yükü artışı ve çalışanın yorgun olması olarak bildirilmektedir (Aygin ve Cengiz, 2011; Ehsani ve ark., 2013).

2.4.3.2.2. Cerrahi Hatalar

Cerrahi yetkinlik, iyi karar verme (ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası), takım performansı ve iletişimi (cerrahi, anestezi, hemşirelik ve diğer gerekli personel üyeleri) ve teknik beceriyi içerir (Sarker ve Vincent, 2005). Cerrahi hatalar; yanlış taraf cerrahisi, yara enfeksiyonları, cerrahi başarısızlık, yanlış organ cerrahisi gibi hatalardır. Araştırmalar cerrahi hataların her 50 hastadan birisinde görüldüğünü ortaya çıkarmıştır. Cerrahi hatalarda, hemşirelik grubu ile ilişkili hatalar daha çok yanlış taraf işaretlenmesi ile ilişkili hatalardır (Uçar ve ark., 2013; Öztürk ve

Kahriman, 2016). Ayrıca yine ameliyat sırasında hasta vücudunda yabancı cisim unutulması özellikle ameliyathane hemşirelerinin ve invazif işlemlerde görev alan hemşirelerin karşı karşıya kaldıkları önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Çoğunlukla her hastanenin veya kurumun kendine özgü alet, ped ve benzeri sayım yöntemleri bulunmaktadır. Yabancı cisim bırakılması ile ilgili hataların önlenmesi ve en aza indirilmesi için; yapılan herhangi bir işlemin sonunda çıkarılması gereken tüm cisimlerin tam ve eksiksiz olarak çıkarıldığı doğrulanmalı, hemşire çıkarılması istenen bir aleti veya malzemeyi tanıdığından, nasıl çıkarılacağını bildiğinden ve çıkarma yetkisinin kimde olduğundan emin olmalı, özellikle ameliyathanede alet ya da malzeme sayımı ve kontrolü ile ilgili kurallar bilinmeli ve uyulmalı, hemşirelik yasalarındaki görev ve yetkilerin dışına çıkılmamalıdır (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

2.4.3.2.3. Tanı Koymada Hatalar

Hastalık tanısının konulmasına ilişkin olarak; tanı koymada gecikmenin yaşanması, bilimsel, güncel olmayan veya eksik yöntemler ile tanı konulması, tanının konulamaması, hastaya uygulanan testten kaynaklı hatalar ile hastaya zarar verilmesi durumları tanı hatası kapsamında değerlendirilmektedir. Teşhiste gecikme veya hata olması, belirtilen testlerin yapılmaması, eski test veya terapilerin kullanılması, gözlem veya test sonuçlarına göre davranılmaması birer tanı hatasıdır. Ayrıca, deneyimsiz kişilerce yapılan tetkikler tanısal hatalar kapsamında olmakla birlikte deneyimsiz sağlık çalışanlarının yaptıkları bu hata türüne sık rastlanılmaktadır (Çakmak ve ark., 2018).

2.4.3.2.4. Sistem Yetersizliğine Bağlı Hatalar

Sağlık hizmeti sunumu esnasında sistemde ortaya çıkan ve tespit edilmesi oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçları olabilmektedir (Akalin, 2005).

2.4.3.2.5. Diğer Hatalar

Tanı ve tedavi dışında bu süreci olumsuz etkileyen nedenlere, iletişim yetersizliğinden doğan hatalar, hastane infeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu ve diğer sistem yetersizlikleri örnek verilebilir (Uçar ve ark., 2013; Koç, 2014).

2.4.4. Tıbbi Hataların Bildirimi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, hasta güvenliği “sağlık bakımı sürecinde hastaya önlenemez zararın olmaması” olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliğini arttırmak için tıbbi hataların sıklığını, ciddiyetini ve nedenlerini anlamak gerekir. Bu tür bilgiler, hata raporlama sistemleri aracılığıyla toplanan verilerin analizi ile elde edilir. Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak için; hasta ve çalışanlara zarar veren veya zarar vermesi muhtemel olaylar kontrol altına alınmalı ve benzer olayların tekrar görülmemesi için etkin bir güvenlik raporlama sistemi kurulmalı ve etkin bir şekilde yönetilmelidir. Bu hedeften yola çıkarak Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Nisan 2011’de Güvenlik Raporlama Sistemi’ni yürürlüğe koymuştur. Güvenlik Raporlama Sistemi; hastanelerde ortaya çıkan olaylardan ders çıkartılması ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engelleme amacıyla oluşturulmuş bir sistem olup sistem içinde ana öge, çalışanların meydana gelen olayların bir daha yaşanmasını engellemek için yaptıkları bildirimleridir. (Kaldjian ve ark., 2008; Suzuki Yamamoto ve ark., 2011; İstanbullu ve ark., 2012). Bu tür hataları önleyebilmek hasta güvenliği ekibinin tıbbi hataların sıklığını, ciddiyetini ve nedenlerini bilmesi ve raporlaması ile mümkün olacaktır. Hastanelerde tıbbi raporlama oranları çok düşüktür. Sağlık çalışanları, kınama, yasal işlemler ve iş yerindeki profesyonel imajlarının bozulması dahil olmak üzere meslektaşlarının ve yöneticilerinin geri bildirimleri nedeniyle hatalarını bildirmekten korkmaktadırlar. Bildirimi yapılmayan tıbbi hatalar hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla yapılan çalışmaları aksatmakta ve sağlık hizmeti sürecinde iyileşmelere engel olmaktadır (Yıldız, 2015; Bairami ve ark., 2016).

2.6.5. Tıbbi Hataların Bildirilmesinde Hemşirelerin Sorumlulukları

Hemşirelik mesleği ile ilgili tıbbi uygulama hataları, en çok bakım standartlarını uygulamada yetersizlik, kayıt tutmada yetersizlik, hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili uygulamalarda yetersizlik, izlem ve iletişim yetersizliği, dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik, emir ve yönetmeliklere uymamak, hemşire başına düşen hasta sayısı fazlalığı, hemşire sayısının yetersiz olması gibi durumlardan kaynaklanmaktadır. Ayrıca hemşirelik mesleğindeki aşırı iş yükü ve

hemşirelerin vardiya sistemiyle çalışıyor olması ve çalışma koşullarının zorluğu da hata yapma olasılıklarını artırabilen nedenler arasındadır (Er ve Altuntaş, 2016).

Sağlık hizmeti sunumundaki önemi fazla olan hemşirelerin hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesindeki rolü büyüktür. Hemşireler tıbbi hataya neden olan faktörler ve bu hataların bildirilmesi konusunda hekimlere göre daha etkin pozisyonda yer almaktadır. Özellikle hekimlerin disiplin cezası almaktan korkmaları, aynı zamanda kendilerine karşı açılacak davalardan dolayı hata bildiriminde çekingen davranmaktadırlar. Hemşirelerde ise durum biraz daha farklıdır. Hemşireler ilaç hatalarını disiplin cezası korkusu olmadan bildirim yapmalarına karşın diğer hataların bildirilmesi konusunda ihmalkar hareket etmektedirler (Er, 2016, Metin, 2018).

Hemşireler, bakımın her safhasında hasta güvenliğine önem vermeli, hastaları ve yakınlarını hasta güvenliği ile ilgili riskler ve risklerin azaltılması konusunda bilgilendirmeli, hasta güvenliğini savunmalı ve istenmeyen hatalı tıbbi uygulamaları rapor etmelidir. Hemşireler hem yasalar hem de mesleki etik ilkeleri gereği, hastanın güvenliğini sağlama noktasında önlemler almalı, tüm önlemlere rağmen herhangi bir tıbbi hata karşısında da bu hatanın bildirimini yapmalıdır (Er, 2016; Metin, 2018)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Ordu Devlet Hastanesi ve Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde (Beyin Cerrahi, Göğüs Cerrahi, Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Üroloji, Kalp Damar Cerrahi, Göz ve Kulak Burun Boğaz Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Acil Ünitesi, Ameliyathane) yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Ordu Devlet Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan (110 hemşire) ve Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan (155 hemşire) toplamda 265 hemşire oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini ilgili hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan (Beyin Cerrahi, Göğüs Cerrahi, Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Üroloji, Kalp Damar Cerrahi, Göz ve Kulak Burun Boğaz Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Acil Ünitesi, Ameliyathane), araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan 224 hemşire oluşturmuştur.

3.3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Cerrahi hemşiresi olarak çalışmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Cerrahi birim dışında çalışıyor olmak

- Araştırmanın veri toplama sürecinde izinli ya da raporlu olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Ek 2), A Tipi Kişilik Ölçeği (Ek 3) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Balanuye, 2014; İşçi, 2015; Özeyer, 2016; Er, 2016). Bu formda hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim vb. tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesine yönelik 6 soru, çalışma yılı, pozisyonu, çalıştığı klinik, nöbet sayısı, nöbet öncesi ve sonrası izin kullanma durumu, daha önceden herhangi bir tıbbi hata yapma durumu ve iş arkadaşların yaptığı tıbbi hataya şahit olma durumu ile ilgili 14 soru ve çalışma ortamındaki ekip uyumunu değerlendirmeye yönelik 1 soru olmak üzere toplam 21 soru yer almaktadır (Ek 1).

3.4.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerini belirlemek amacıyla Özata ve Altuncan tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 49 madde ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları (18 madde), düşmeler (5 madde), hastane enfeksiyonları (12 madde), hasta izlemi/malzeme güvenliği (9 madde) ve iletişim (5 madde) olmak üzere 5 alt boyuttan oluşan, 5' li likert tiptedir. Ölçeğin maddeleri hiç (1), çok nadir (2), zaman zaman (3), genellikle (4), her zaman (5) şeklinde cevaplanır. Ölçeğin değerlendirilmesinde puan ortalaması kullanılmaktadır. Ölçek ortalama puanının yükselmesi hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğunu, ortalama puanının düşmesi hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 49, en yüksek puan ise 245'dir (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015). Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayısı 0.856 - 0.969 arasında değişmektedir. Ölçeğin genel Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.954 olarak belirlenmiştir (Özata ve Altuncan, 2010). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.963 ve

alt boyut Cronbach Alfa değerleri; ilaç ve transfüzyon uygulamaları için 0.889, düşmeler için 0.904, hastane enfeksiyonları için 0.911, iletişim için 0.868, hasta izlemi için ve malzeme güvenliği için 0.901 olarak belirlenmiştir.

3.4.3. A Tipi Kişilik Ölçeği

A tipi kişilik ölçeği Batıgün ve Şahin (2006) tarafından; Rathus ve Nevid'in (1989), Friedman ve Ulmer (1984), Matthews ve arkadaşları (1982) ile Musante ve arkadaşlarının (1983) çalışmalarına dayanarak oluşturdukları soru listesinden uyarlanarak oluşturulmuştur. A tipi kişilik ölçeği 25 maddeli ve 1-5 arası ya da yüzdelik olarak puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin maddeleri hiçbir zaman (%0), nadiren (%25), bazen (%50), sık sık (%75) ve her zaman (%100) şeklinde cevaplanır. Bireylere ilgili maddede belirtilen davranışın kendilerini ifade edip etmediği sorulmakta ve %0 ile %100 arasında değişen bir ölçek üzerinde kendilerini değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçek rekabetçilik, sabırsızlık, başarı odaklılık gibi A Tipi kişiliğin belirli davranışsal bileşenlerini içermektedir. Yüksek puanlar bireyin tipik A tipi kişiliğe sahip olduğunu göstermektedir. A tiplerinin tersi özellikleri taşıyan kişiler ise B tipi olarak adlandırılır. Puan aralığı 25-125 arasında değişmektedir. Ölçek; işe verilen önem (12 madde-7,21,6,10,16,5,20,8,24,2,25,23) sosyal etkinliklerden uzaklaşma (4 madde-13,12,9,11), hıza verilen önem (6 madde-19,17,18,1,3,14) ve zamana verilen önem (3 madde-15,22,4) olarak dört alt boyuttan oluşmaktadır. A Tipi Kişilik Ölçeğinin alt boyut Cronbach Alfa katsayıları 0.40 - 0.79 arasında değişmektedir. Zamanlamaya verilen önem alt boyunun Cronbach Alfa katsayısının 0.40 olması düşük bir güvenilirlik katsayısı gibi görünmekle birlikte bu alt ölçeğin üç maddeden oluşması, katsayının düşüklüğünü açıklayabilir. Ölçeğin tümü için Cronbach Alfa katsayısı iki farklı çalışmada 0.86 ve 0.96 olarak tespit edilmiştir (Batıgün ve Şahin, 2006). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.881 ve alt boyut Cronbach Alfa değerleri; işe verilen önem için 0.837, sosyal etkinliklerden uzaklaşma için 0.674, hıza verilen önem için 0.653, zamana verilen önem için 0.408 olarak bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Çalışma verileri 12 Ağustos 2018 - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme

tekniki kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu ve ölçekler uygulanmadan önce hemşirelere çalışmanın amacı anlatılmış, çalışmaya katılmanın gönüllülük esaslı olduğu konusunda bilgi verilerek bilgilendirmiş onam formu aracılığıyla yazılı onamları alınmıştır (Ek 4). Kişisel bilgi formu ve ölçekler, hemşirelerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Kişisel bilgi formu ve ölçek sorularının cevaplanması hemşirelerin yaklaşık 20-25 dakikalarını almıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için; Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve A Tipi Kişilik Ölçeği için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan yazılı izin alınmıştır (Ek 5, Ek 6). Tez önerisinin kabulünden sonra, Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde araştırmanın yapılması için, Giresun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (12.10.2018/49005789-799) ve Ordu Devlet Hastanesi'nde araştırmanın yürütülmesi için, Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (24.07.2018/66501263-772.99) araştırma izni (Ek 7) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı alınmıştır (Ek 8). Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmanın yapılma amacı ve yararları anlatılarak, yazılı onamları alınmıştır (Ek 4).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS for Windows 17 paket programı ile bir uzman tarafından analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, en az ve en çok değerler, ortalama ve standart sapma ile Tablo 3.1'te yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney U analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak LSD kullanılmıştır)	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson korelasyon analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach Alfa katsayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness katsayıları*	

* Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. (2010). Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları (Birinci Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

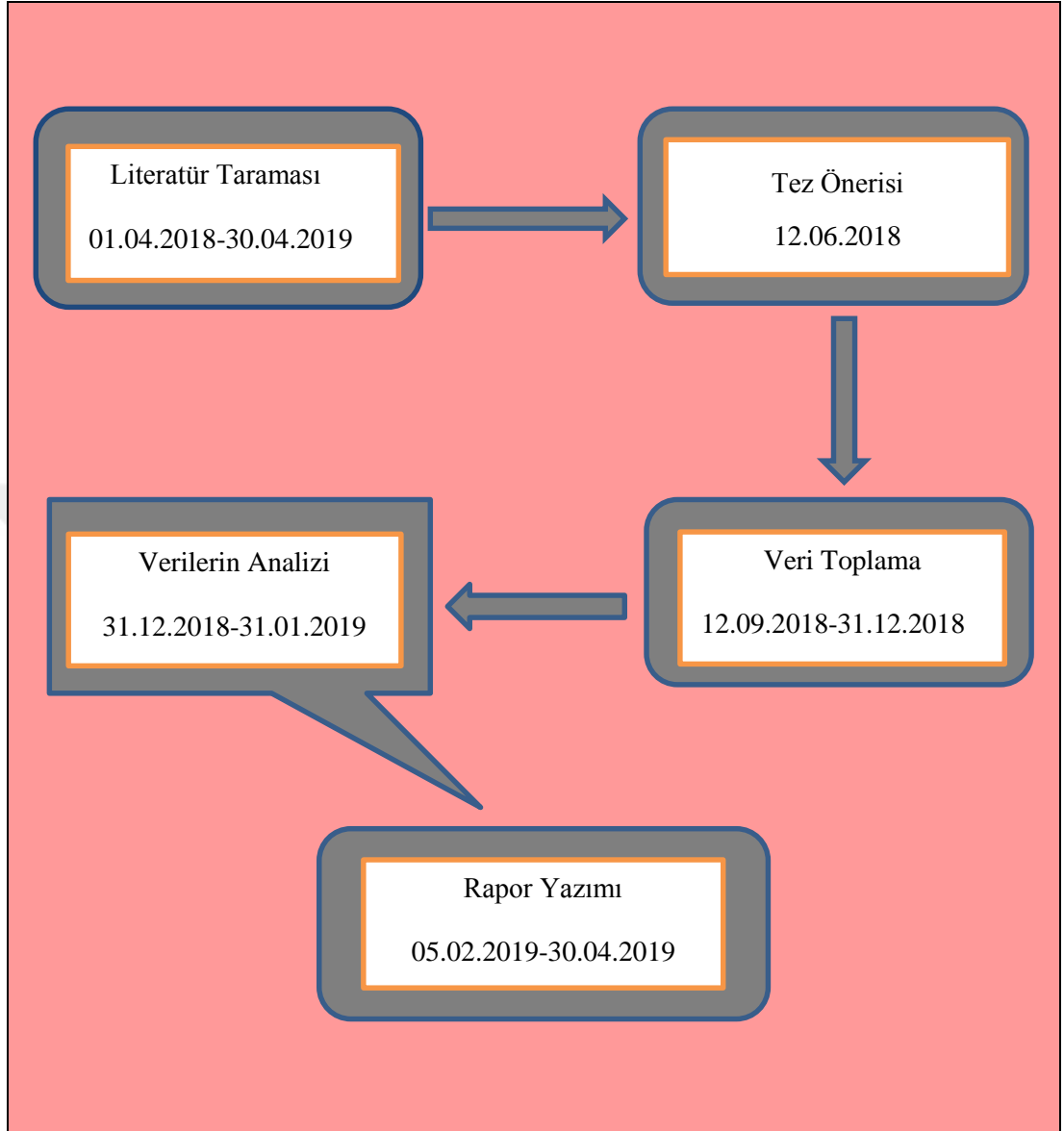
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları

Araştırma sonucunda elde edilen cevapların katılımcıların kendi bildirimlerine dayanması araştırmanın bir sınırlılığdır. Araştırma Ordu Devlet Hastanesi ve Giresun Üniversitesi-Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle yapıldığı için çalışma sonuçları bu çalışma kapsamı dışındaki hemşirelere genellenemez. Ancak bu çalışmanın konusu ile ilgili yapılan bir çalışmaya rastlanmamış olması araştırmanın güçlü yanını oluşturmaktadır.

3.9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma verilerinin toplanmasında, evreni oluşturan tüm hemşirelere ulaşmada güçlük yaşanması (izinli, il dışında, araştırmaya katılmada isteksizlik vb.) bu araştırmanın güçlüğü olarak değerlendirilebilir.

3.10. Araştırmanın Planı



Şekil 3.1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan cerrahi hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur. Cerrahi hemşirelerinin %45.1’i 39 ve üzeri yaş grubunda, %85.7’si kadındır. Hemşirelerin %76.8’i evli, %71’i çocuk sahibi ve %41.1’nin iki çocuğu (ort. 1.37 ± 1.02) vardır. Hemşirelerin %65.2’si lisans mezunudur. Hemşirelerin %19.6’sı Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi-Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, %17.4’ü Ameliyathane ve %17’si Acil Ünitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %62.1’i nöbet öncesi ve %78.6’sı nöbet sonrası izin kullanmaktadır. Cerrahi hemşirelerin %68.8’i çalıştıkları kliniklerde isteyerek çalışmaktadır. Cerrahi hemşirelerin %84.4’ü kendilerinin tıbbi hata yapmadıklarını ve %63.4’ü ise diğer hemşire arkadaşlarının da tıbbi hata yaptıklarını görmediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=224)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%		
Yaş	18-24 yaş	20	8.9	
	25-31 yaş	47	21.0	
	32-38 yaş	56	25.0	
	39 yaş ve üzeri	101	45.1	
Cinsiyet	Kadın	192	85.7	
	Erkek	32	14.3	
Medeni Durum	Evli	172	76.8	
	Bekâr	46	20.5	
	Ayrı Yaşıyor	6	2.7	
Çocuk Sahibi Olma	Var	159	71.0	
	Yok	65	29.0	
Çocuk Sayısı	1 çocuk	41	18.3	
	2 çocuk	92	41.1	
	Çocuğu Olmayanlar	64	28.6	
Eğitim Düzeyi	SML	8	3.6	
	Ön lisans	65	29.0	
	Lisans	146	65.2	
	Yüksek Lisans	5	2.2	
Çalışılan Klinik	Genel Cerrahi-Çocuk Cerrahi Servisi	22	9.8	
	ARYB-CYBÜ	44	19.6	
	Kalp-Damar Cerrahi Servisi	14	6.3	
	Beyin Cerrahi-Plastik Cerrahi	14	6.3	
	Ortopedi	14	6.3	
	KBB-Göz-Gastroentoroloji- Cildiye	17	7.6	
	Plastik- Göğüs Cerrahi	4	1.8	
	Üroloji-Göğüs Cerrahi	15	6.7	
	KVC Yoğun Bakım	3	1.3	
	Acil	38	17.0	
Ameliyathane	39	17.4		
Nöbet Öncesi İzin Kullanma	Evet	139	62.1	
	Hayır	85	37.9	
Nöbet Sonrası İzin Kullanma	Evet	176	78.6	
	Hayır	48	21.4	
Çalışma İsteği	Evet	154	68.8	
	Hayır	18	8.0	
	Kısmen	52	23.2	
Tıbbi Hata Yapma Durumu	Evet	35	15.6	
	Hayır	189	84.4	
Yapılan Tıbbi Hatayı Görme	Evet	82	36.6	
	Hayır	142	63.4	
	n	Min.	Max.	Ort. ± SS
Çocuk Sayısı	224	0	3	1.37±1.02

Araştırma kapsamına alınan cerrahi hemşirelerinin çalışma koşullarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur. Cerrahi hemşirelerinin %88.8’i

kadrolu ve %94.2'si klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %18.8'inin meslekte çalışma süresinin 16-20 yıl arasında olduğu saptandı (ort. 15.13±8.83). Cerrahi hemşirelerinin %43.3'ünün cerrahi kliniklerinde çalışma süreleri 1-5 yıl (ort. 8.37±7.18) ve %41.5'inin kurumda çalışma süreleri 1-5 yıl arasındadır (ort. 7.98±6.60). Hemşirelerin %30.8'i ayda 4-6 nöbet (ort. 5.67±3.28) tutmakta ve %78.6'sı gece-gündüz-karma olarak çalışmaktadır. Cerrahi hemşirelerin %20.5'i serviste gündüz 10-gece 8 ve %13.4'ü ise gündüz 4-gece 1 hemşire olarak çalışmaktadır.



Tablo 4.2. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=224)

Çalışma Koşulları	n	%		
Çalışma Biçimi				
Kadrolu	199	88.8		
Sözleşmeli	25	11.2		
Çalışma Statüsü				
Sorumlu Hemşire	13	5.8		
Hemşire	211	94.2		
Toplam Çalışma Süresi				
0-11 ay	4	1.8		
1-5 yıl	37	16.5		
6-10 yıl	34	15.2		
11-15 yıl	40	17.9		
16-20 yıl	42	18.8		
21-25 yıl	37	16.5		
26-30 yıl	24	10.7		
31-35 yıl	3	1.3		
36-40 yıl	3	1.3		
Cerrahi Birimde Çalışma Süresi				
0-11 ay	10	4.5		
1-5 yıl	97	43.3		
6-10 yıl	64	28.6		
11-15 yıl	21	9.4		
16-20 yıl	15	6.7		
21-25 yıl	10	4.5		
26-30 yıl	7	3.1		
Kurumda Çalışma Süresi				
0-11 ay	12	5.4		
1-5 yıl	93	41.5		
6-10 yıl	68	30.4		
11-15 yıl	27	12.1		
16-20 yıl	16	7.1		
21-25 yıl	8	3.6		
Nöbet Sayısı				
Yok	32	14.3		
1-3 nöbet	29	12.9		
4-6 nöbet	69	30.8		
7-9 nöbet	61	27.2		
10-12 nöbet	33	14.7		
Vardiya Şekli				
Gündüz	44	19.6		
Gece	4	1.8		
Gece-Gündüz-Karma	176	78.6		
Klinikte Çalışan Hemşire Sayısı				
Gündüz 6 - Gece 2	27	12.1		
Gündüz 10 -Gece 8	46	20.5		
Gündüz 12 -Gece 8	5	2.2		
Gündüz 4 - Gece 2	9	4.0		
Gündüz 4 - Gece 1	30	13.4		
Gündüz 3 - Gece 2	14	6.3		
Gündüz 2 - Gece 2	7	3.1		
Gündüz 4 - Gece 3	2	0.9		
Gündüz 6 - Gece 8	4	1.8		
Gündüz 20- Gece 3	14	6.3		
Gündüz 5 - Gece 1	27	12.0		
Gündüz 25- Gece 2	25	11.2		
Gündüz 10 -Gece 6	6	2.7		
Gündüz 13 -Gece 13	5	2.2		
Gündüz 12 -Gece 6	3	1.3		
	n	Min.	Max.	Ort. ± SS
Ekip Uyumu Puanı	224	0	10	4.73±2.71
Toplam Çalışma Yılı	224	0	40	15.13±8.83
Cerrahi Çalışma Yılı	224	0	37	8.37±7.18
Kurumda Çalışma Yılı	224	0	38	7.98±6.60
Aylık Nöbet Sayısı	224	0	12	5.67±3.28

Cerrahi hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre A Tipi Kişilik Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'de sunulmuştur. A Tipi

Kişilik Ölçeğinin İşe Verilen Önem alt boyut puan ortalaması ile yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, çalışılan klinik, çalışma isteği, tıbbi hata yapma, çalışma hayatında tıbbi hata yapıldığını görme, nöbet öncesi izin kullanma ve nöbet sonrası izin kullanma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

A Tipi Kişilik Ölçeğinin Hıza Verilen Önem alt boyut puan ortalaması ile nöbet sonrası izin kullanma ve tıbbi hata yapma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0.018$, $p=0.016$). Tıbbi hata yapmayan ve nöbet sonrası izin kullanmayan cerrahi hemşirelerinin Hıza Verilen Önem puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu.

A Tipi Kişilik Ölçeğinin Zamana Verilen Önem alt boyut puan ortalaması ile cerrahi hemşirelerinin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.005$). Cerrahi hemşirelerinin medeni durumlarına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ayrı yaşayan hemşirelerin Zamana Verilen Önem alt boyut puan ortalamalarının, evli ve bekârlardan düşük olduğu belirlendi.

Cerrahi hemşirelerinin diğer tanımlayıcı özellikleri ile ATKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p> 0.05$).

Tablo 4.3. Cerrahi Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre A Tipi Kişilik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		İşe Verilen Önem	Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma	Hıza Verilen Önem	Zamana Verilen Önem	Toplam Puan
	n	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Yaş						
18-24	20	33.65±8.90	9.85±3.73	20.65±4.00	11.45±1.99	75.60±14.76
25-31	47	32.70±9.02	10.15±3.36	20.09±4.03	10.60±2.37	73.53±15.81
32-38	56	33.27±8.52	11.30±3.54	20.29±4.15	10.70±2.40	75.55±15.55
39 ve üzeri	101	30.50±7.09	10.52±3.00	19.62±3.93	11.17±2.18	71.81±12.80
Test ve p değeri		x ² kw=5.122 p=0.163	F=1.513 p=0.212	F=0.571 p=0.635	F=1.257 p=0.290	x ² kw=2.618 p=0.454
Cinsiyet						
Kadın	192	31.63±8.03	10.46±3.24	19.89±3.92	10.91±2.21	72.88±14.14
Erkek	32	33.78±8.45	11.31±3.61	20.53±4.46	11.25±2.60	76.88±15.32
Test ve p değeri		U=2542.000 p=0.118	t=-1.359 p=0.175	t=-0.845 p=0.399	t=-0.794 p=0.428	U=2585.000 p=0.151
Medeni Durum						
Evlü	172	31.90±8.12	10.68±3.28	19.94±3.95	11.02±2.19	73.53±14.39
Bekâr	46	32.26±8.61	10.17±3.52	20.46±4.30	11.11±2.38	74.00±14.92
Ayrı Yaşıyor	6	30.33±2.42	10.83±1.83	17.50±2.07	8.00±2.00	66.67±6.09
Test ve p değeri		x ² kw=0.264 p=0.877	F=0.444 p=0.642	F=1.497 p=0.226	F=5.482 p=0.005	x ² kw=1.951 p=0.377
Çocuk Sahibi Olma						
Var	159	31.81±8.04	10.85±3.22	19.89±4.00	10.96±2.29	73.51±14.46
Yok	65	32.25±8.34	9.92±3.42	20.18±4.01	10.94±2.24	73.29±14.19
Test ve p değeri		U=4935.000 p=0.597	t=-1.919 p=0.056	t=0.494 p=0.622	t=-0.071 p=0.943	U=5144.000 p=0.957
Eğitim Düzeyi						
SML	8	26.38±6.63	10.75±3.41	19.75±3.54	9.88±1.89	66,75±10,67
Ön lisans	65	31.46±7.80	10.82±3.26	19.65±4.30	11.22±2.25	73,14±14,22
Lisans	146	32.45±8.33	10.42±3.30	20.11±3.91	10.90±2.31	73,88±14,66
Yüksek Lisans	5	31.80±5.22	11.80±3.96	20.80±3.83	11.00±1.58	75,40±12,07
Test ve p değeri		x ² kw=4.410 p=0.220	F=0.450 p=0.717	F=0.278 p=0.841	F=0.923 p=0.431	x ² kw=2.297 p=0.513

Tablo 4.3. (Devam) Cerrahi Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre A Tipi Kişilik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	İşe Verilen Önem	Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma	Hıza Verilen Önem	Zamana Verilen Önem	Toplam Puan
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Çalışılan Klinik						
Genel ve Çocuk Cerrahi Servisi	22	31.73±7.95	10.50±3.28	21.05±3.47	11.82±2.52	75.09±12.79
ARBY-CYBÜ	44	28.84±6.54	9.70±2.64	19.27±3.50	10.27±1.87	68.09±10,95
Kalp-Damar Cerrahi Servisi	14	29.00±6.40	10.50±3.03	19.71±3.95	10.43±1.91	69.64±11,11
Beyin Cerrahi-Plastik Cerrahi	14	32.86±7.32	10.50±2.74	20.21±3.31	10.07±1.94	73.64±12,52
Ortopedi	14	32.64±6.08	10.07±2.73	20.43±3.72	10.79±1.81	73.93±11,52
KBB-Göz-Gastro-Cildiye	17	31.35±7.00	10.41±3.04	19.82±3.07	11.47±2.07	73.06±10,13
Plastik-Göğüs Cerrahi	4	28.25±5.56	8.25±1.71	18.00±2.16	11.75±1.89	66.25±7,50
Üroloji-Göğüs Cerrahi	15	31.60±7.92	10.27±2.25	19.20±4.31	10.60±2.56	71.67±13,03
KVC Yoğun Bakım	3	28.00±4.00	8.33±3.51	16.67±2.08	10.33±2.08	63.33±7,64
Acil	38	33.45±7.46	11.00±3.58	19.37±4.04	10.95±2.54	74.76±14,16
Ameliyathane	39	35.59±11.09	12.05±4.27	21.44±5.18	11.69±2.42	80.77±20,51
Test ve p değeri		$\chi^2_{kw}=16.382$ p=0.089	F=1.582 p=0.114	F=1.310 p=0.227	F=1.672 p=0.089	$\chi^2_{kw}=17.793$ p=0.059
Nöbet Öncesi İzin Kullanma						
Kullanıyorum	139	31.18±7.65	10.36±3.24	19.68±3.93	10.98±2.12	72.19±13,66
Kullanmıyorum	85	33.16±8.72	10.94±3.37	20.47±4.08	10.92±2.50	75.49±15,27
Test ve p değeri		U=5133.000 p=0.099	t=-1.283 p=0.201	t=-1.446 p=0.150	t=0.187 p=0.852	U=5113.500 p=0.091
Nöbet Sonrası İzin Kullanma						
Kullanıyorum	176	31.43±7.33	10.49±3.11	19.65±3.84	10.93±2.17	72.49±12,98
Kullanmıyorum	48	33.79±10.38	10.92±3.91	21.19±4.38	11.04±2.63	76.94±18,27
Test ve p değeri		U=3827.000 p=0.318	t=-0.797 p=0.427	t=-2.389 p=0.018	t=-0.266 p=0.791	U=3735.500 p=0.219
Çalışma İsteği						
Evet	154	31.60±8.56	10.73±3.51	20.13±4.21	10.94±2.26	73.40±15,63
Hayır	18	32.22±7.01	9.78±2.65	19.83±2.90	10.61±2.68	72.44±11,64
Kısmen	52	32.83±7.10	10.40±2.83	19.58±3.71	11.12±2.17	73.92±11,02
Test ve p değeri		$\chi^2_{kw}=2.541$ p=0.281	F=0.773 p=0.463	F=0.382 p=0.683	F=0.338 p=0.714	$\chi^2_{kw}=1.213$ p=0.545
Tıbbi Hata Yapma Durumu						
Evet	35	30.91±5.91	10.11±3.38	18.49±3.43	10.34±2.34	69.86±11,33
Hayır	189	32.12±8.45	10.67±3.28	20.25±4.04	11.07±2.24	74.11±14,77
Test ve p değeri		U=3099.000 p=0.553	t=-0.910 p=0.364	t=-2.429 p=0.016	t=-1.749 p=0.082	U=2784.000 p=0.137
Tıbbi Hatayı Görme Durumu						
Evet	82	32.73±7.53	10.72±3.23	19.90±3.53	11.18±2.09	74.54±13,26
Hayır	142	31.47±8.42	10.50±3.34	20.02±4.26	10.82±2.36	72.82±14,95
Test ve p değeri		U=5169.000 p=0.162	t=0.479 p=0.632	t=-0.224 p=0.823	t=1.143 p=0.254	U=5295.500 p=0.260

Cerrahi hemşirelerinin çalışma koşullarına göre A Tipi Kişilik Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de sunulmuştur. A Tipi Kişilik Ölçeğinin İşe Verilen Önem alt boyut puan ortalaması ile cerrahi hemşirelerinin çalışma biçimi, çalışma statüsü, toplam çalışma süresi, cerrahi servisinde çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, vardiya şekli, nöbet sayısı ve klinikte çalışan hemşire sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

A Tipi Kişilik Ölçeğinin Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyut puan ortalaması ile vardiya şekli ($p=0.007$) ve klinikte çalışan hemşire sayısı ($p=0.012$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Cerrahi hemşirelerin vardiya şekline göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gece çalışan hemşirelerin puanlarının gündüz ve karma çalışan hemşirelerden düşük olduğu saptandı. Klinikte çalışan hemşire sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gündüz 12-gece 8 hemşire olacak şekilde çalışanların puanlarının, gündüz 6-gece 8 ve gündüz 25-gece 2 hemşire olacak şekilde çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

A Tipi Kişilik Ölçeğinin Hıza Verilen Önem alt boyut puan ortalaması ile çalışma biçimi, cerrahi servisinde çalışma süresi, vardiya şekli, nöbet sayısı ve klinikte çalışan hemşire sayısı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0.046$, $p=0.002$, $p=0.001$, $p=0.010$, $p=0.012$). Sözleşmeli çalışan cerrahi hemşirelerinin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Cerrahi servisinde çalışma süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 0-11 ay arasında çalışan hemşirelerin puanlarının, 1-5 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl ve 21-25 yıl aralığında çalışanlardan yüksek olduğu belirlendi. Vardiya şekline göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gündüz çalışan cerrahi hemşirelerinin puan ortalamalarının gece ve karma çalışan cerrahi hemşirelerinden yüksek olduğu saptandı. Nöbet sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); nöbet tutmayan hemşirelerin puan ortalamalarının, aylık 4-6, 7-9 ve 10-12 arası nöbet tutanlardan yüksek olduğu belirlendi. Klinikte çalışan hemşire sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gündüz 12-gece 8 hemşire olacak şekilde çalışanların puan ortalamalarının, gündüz

4-gece 1, gündüz 6-gece 8, gündüz 20-gece 3, gündüz 5-gece 1, gündüz 25-gece 2 hemşire olacak şekilde çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

Cerrahi hemşirelerinin, vardiya şekline göre ATKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (**p=0.030**). Vardiya şekline göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); gündüz çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının gece ve karma çalışanlardan yüksek olduğu belirlendi. Cerrahi hemşirelerinin diğer çalışma koşulları özellikleri ile ATKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).



Tablo 4.4. Cerrahi Hemşirelerin Çalışma Koşullarına Göre A Tipi Kişilik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	İşe Verilen Önem Ort.±SS	Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma Ort.±SS	Hıza Verilen Önem Ort.±SS	Zamana Verilen Önem Ort.±SS	Toplam Puan Ort.±SS
Çalışma Biçimi						
Kadrolu	199	31.81±8.21	10.55±3.27	19.79±4.05	11.01±2.27	73.15±14.44
Sözleşmeli	25	32.92±7.35	10.84±3.58	21.48±3.29	10.56±2.26	75.80±13.66
Test ve p değeri		U=2198.500 p=0.343	t=-0.417 p=0.677	t=-2.006 p= 0.046	t=0.925 p=0.356	U=2181.000 p=0.315
Çalışma Statüsü						
Sorumlu Hemşire	13	31.54±6.41	11.23±1.64	21.62±3.04	11.77±2.13	76.15±10.61
Hemşire	211	31.96±8.22	10.54±3.37	19.88±4.03	10.91±2.27	73.28±14.55
Test ve p değeri		U=1292.500 p=0.727	t=1.352 p=0.192	t=1.526 p=0.128	t=1.336 p=0.183	U=1066.500 p=0.178
Toplam Çalışma Süresi						
0-11 ay	4	32.75±7.18	11.25±4.99	23.75±3.95	11.25±2.87	79.00±15.30
1-5 yıl	37	32.95±10.01	10.22±3.85	20.54±4.21	11.08±2.20	74.78±17.32
6-10 yıl	34	33.79±8.52	10.56±3.04	20.18±3.86	10.41±2.26	74.94±14.23
11-15 yıl	40	33.08±9.50	10.65±3.88	20.13±4.43	10.88±2.46	74.73±18.05
16-20 yıl	42	30.24±6.64	10.31±2.84	18.83±2.91	10.64±2.30	70.02±10.92
21-25 yıl	37	31.03±7.73	11.05±3.31	19.81±4.59	11.49±1.92	73.38±13.73
26-30 yıl	24	29.96±4.55	10.29±2.16	19.92±3.66	11.33±2.39	71.50±9.56
31-35 yıl	3	34.67±3.79	11.33±4.93	19.00±2.65	11.67±2.08	76.67±8.96
36-40 yıl	3	30.00±4.36	13.00±1.73	23.33±4.04	10.33±3.06	76.67±7.51
Test ve p değeri		x ² kw=5.386 p=0.716	F=0.446 p=0.630	F=1.292 p=0.249	F=0.769 p=0.630	x ² kw=3.500 p=0.899
Cerrahi Servisinde Çalışma Süresi						
0-11 ay	10	32.50±8.55	11.30±3.92	22.90±3.96	10.80±2.39	77.50±16.13
1-5 yıl	97	30.91±7.48	9.80±3.11	19.13±3.46	10.57±2.33	70.41±12.45
6-10 yıl	64	33.48±9.45	11.25±3.52	21.16±4.07	11.14±2.13	77.03±16.76
11-15 yıl	21	31.67±8.49	10.57±2.96	19.05±3.80	11.52±2.25	72.81±14.79
16-20 yıl	15	33.00±7.38	11.60±2.82	19.73±5.13	11.13±2.13	75.47±13.49
21-25 yıl	10	32.00±6.82	10.80±4.05	18.40±4.35	12.10±2.47	73.30±14.42
26-30 yıl	7	29.57±3.74	11.71±1.98	22.29±3.68	11.14±2.27	74.71±6.45
Test ve p değeri		x ² kw=4.208 p=0.649	F=1.840 p=0.093	F=3.621 p= 0.002	F=1.230 p=0.292	x ² kw=8.628 p=0.196
Kurumda Çalışma Süresi						
0-11 ay	12	32.92±7.62	10.92±3.00	21.33±4.03	11.17±2.52	76.33±13.35
1-5 yıl	93	31.74±8.33	9.99±3.18	19.60±3.76	10.68±2.18	72.01±14.32
6-10 yıl	68	31.50±7.99	11.00±3.39	20.16±4.07	11.06±2.23	73.72±14.40
11-15 yıl	27	33.26±9.15	11.40±3.48	20.44±4.42	11.04±2.65	76.15±16.65
16-20 yıl	16	33.38±7.61	10.81±2.74	20.00±3.88	11.44±2.06	75.63±12.94
21-25 yıl	8	29.00±4.60	10.13±4.36	19.13±5.25	11.75±2.43	70.00±10.78
Test ve p değeri		x ² kw=2.897 p=0.0716	F=1.236 p=0.293	F=0.610 p=0.693	F=0.672 p=0.645	x ² kw=4.133 p=0.530
Nöbet Sayısı						
Yok	32	34.84±11.61	11.47±4.23	21.78±4.54	11.03±2.60	79.13±20.14
1-3 Nöbet	29	33.72±8.57	11.31±3.34	20.66±4.58	11.41±2.46	77.10±16.13
4-6 Nöbet	69	31.03±7.02	10.09±2.83	19.81±3.81	10.97±2.26	71.90±12.06
7-9 Nöbet	61	30.21±6.46	10.41±3.29	19.77±3.52	10.80±1.96	71.20±11.49
10-12 Nöbet	33	32.61±7.83	10.42±3.07	18.36±3.54	10.73±2.38	72.12±14.02
Test ve p değeri		x ² kw=5.785 p=0.216	F=1.391 p=0.238	F=3.389 p= 0.010	F=0.454 p=0.769	x ² kw=6.905 p=0.141

Tablo 4.4. (Devam) Cerrahi Hemşirelerin Çalışma Koşullarına Göre A Tipi Kişilik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		İşe Verilen Önem	Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma	Hıza Verilen Önem	Zamana Verilen Önem	Toplam Puan
	n	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Vardiya Şekli						
Gündüz	44	34.14±10.78	11.50±3.81	21.68±4.18	11.02±2.49	78.34±18.38
Gece	4	26.25±7.63	6.50±2.38	16.25±2.50	12.00±0.00	61.00±8.98
Gece-Gündüz-Karma	176	31.51±7.22	10.44±3.09	19.64±3.85	10.91±2.23	72.51±12.94
Test ve p değeri		x ² kw=2.315 p=0.314	F=5.108 p= 0.007	F=6.698 p= 0.001	F=0.470 p=0.625	x ² kw=7.028 p= 0.030
Klinikte Çalışan Hemşire Sayısı						
Gündüz 6 - Gece 2	27	30.70±5.82	9.70±3.17	19.00±2.59	10.78±2.29	70.19±8.98
Gündüz 10-Gece 8	46	30.59±6.93	10.07±2.89	18.65±3.31	10.28±2.14	69.59±11.74
Gündüz 12-Gece 8	5	27.60±5.68	8.40±1.52	16.80±3.56	11.20±3.49	64.00±8.86
Gündüz 4- Gece 2	9	29.11±8.02	11.11±2.71	19.00±4.72	10.33±1.50	69.56±13.91
Gündüz 4- Gece 1	30	32.63±7.72	10.73±3.07	21.37±3.24	10.77±2.33	75.50±12.14
Gündüz 3 - Gece 2	14	30.86±4.77	10.57±2.03	19.93±2.97	10.50±1.70	71.86±6.24
Gündüz 2 - Gece 2	7	30.43±6.29	10.14±3.39	16.86±3.89	9.86±2.27	67.29±13.20
Gündüz 4 - Gece 3	2	20.00±1.41	8.00±0.00	22.00±2.83	11.50±2.12	61.50±2.12
Gündüz 6 - Gece 8	4	43.75±12.47	15.50±4.20	22.75±8.38	13.00±1.83	95.00±26.28
Gündüz 20-Gece 3	14	32.64±4.65	11.50±2.53	21.36±3.79	11.43±2.59	76.93±10.00
Gündüz 5 - Gece 1	27	32.58±7.39	11.31±2.20	21.58±3.56	12.73±1.99	75.19±11.68
Gündüz 25-Gece 2	25	37.24±13.23	12.36±5.01	21.48±5.89	11.84±2.36	82.92±24.46
Gündüz 10-Gece 6	6	31.00±5.93	10.17±3.60	19.83±4.71	10.67±3.44	71.67±16.02
Gündüz 13-Gece 13	5	27.80±3.90	10.00±4.06	20.60±1.82	10.80±1.10	69.20±6.22
Gündüz 12-Gece 6	3	35.00±7.21	7.00±2.65	19.00±3.00	11.33±2.08	72.33±12.01
Test ve p değeri		x ² kw=14.696 p=0.144	F=2.088 p= 0.012	F=2.075 p= 0.012	F=1.382 p=0.158	x ² kw=18.291 p=0.050

Cerrahi hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’de sunulmuştur. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması ile çocuk sahibi olma, çalışılan klinik, tıbbi hata yapma, yapılan tıbbi hatayı görme karşılaştırıldığında fark anlamlı bulundu (**p=0.037, p=0.000, p=0.044, p=0.002**). Çocuk sahibi olan, tıbbi hata yapmayan ve çalışma hayatında tıbbi hata görmemiş olan cerrahi hemşirelerinin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Çalışılan kliniğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); Üroloji-Göğüs Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin puanlarının, Anestezi ve Reanimasyon YBÜ-

Cerrahi YBÜ, Kalp-Damar Cerrahi Servisi ve Ameliyathanede çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Hastane Enfeksiyonları alt boyut puan ortalaması ile medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışılan klinik, tıbbi hatayı görme arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p=0.020, p=0.009, p=0.000, p=0.002**). Çocuk sahibi olan ve çalışma hayatında herhangi bir tıbbi hata görmemiş olan cerrahi hemşirelerinin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); evli hemşirelerin puanlarının, bekâr olanlardan yüksek olduğu belirlendi. Çalışılan kliniğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); Ortopedi kliniğinde çalışan hemşirelerin puanlarının, Anestezi ve Reanimasyon YBÜ-Cerrahi YBÜ, Kalp-Damar Cerrahi Servisi ve Ameliyathanede çalışanlardan düşük olduğu saptandı.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyut puan ortalaması ile yaş, çocuk sahibi olma, çalışılan klinik, çalışma isteği ve tıbbi hatayı görme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.045, p=0.014, p=0.000, p=0.003, p=0.011**). Çocuk sahibi olan ve çalışma hayatında tıbbi hata görmemiş olan cerrahi hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Yaşa göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 39 ve üzeri yaş grubunda olan cerrahi hemşirelerin puanlarının, 18-24 yaş ve 25-31 yaş grubunda olanlardan yüksek olduğu belirlendi. Çalışılan kliniğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Kulak Burun Boğaz-Cildiye-Göz Cerrahi-Gastroenteroloji kliniklerinde çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, Anestezi ve Reanimasyon YBÜ-Cerrahi YBÜ, Kalp-Damar Cerrahi Kliniği, Üroloji-Göğüs Cerrahi Kliniği, Acil ve Ameliyathanede çalışanlardan düşük olduğu belirlendi. Çalışma isteğine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); çalışma isteği olan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, çalışma isteği olmayan ve kısmen çalışma isteği olan cerrahi hemşirelerinden yüksek olduğu belirlendi.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Düşmeler alt boyut puan ortalaması ile çalışılan klinik ve tıbbi hatayı görme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.000, p=0.005**). Çalışma hayatında tıbbi hata görmemiş olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Çalışılan kliniğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); Kulak Burun Boğaz-Cildiye-Göz Cerrahi-Gastroentoroloji kliniklerinde çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, Anestezi ve Reanimasyon YBÜ-Cerrahi YBÜ, Kalp-Damar Cerrahi Kliniği, Beyin Cerrahi-Plastik Cerrahi Klinikleri, Kalp-Damar Cerrahisi YBÜ, Acil ve Ameliyathanede çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin İletişim alt boyut puan ortalaması ile çalışılan klinik, çalışma isteği, tıbbi hatayı görme arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p=0.000, p=0.009, p=0.001**). Çalışma hayatında tıbbi hata görmemiş olan hemşirelerin iletişim puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Çalışılan kliniğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); Ortopedi kliniğinde çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, Anestezi ve Reanimasyon YBÜ-Cerrahi YBÜ, Kalp-Damar Cerrahi Kliniği ve Ameliyathanede çalışanlardan düşük olduğu belirlendi. Çalışma isteğine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); isteyerek çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, kısmen istekli çalışan cerrahi hemşirelerden yüksek olduğu saptandı.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puan ortalaması ile cerrahi hemşirelerinin yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışılan klinik, çalışma isteği, çalışma hayatında tıbbi hata görmemiş olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.046, p=0.025, p=0.003, p=0.000, p=0.008, p=0.003**). Çocuk sahibi olan ve çalışma hayatında tıbbi hata görmemiş olan cerrahi hemşirelerinin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Yaşa göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); 39 ve üzeri yaş grubundaki cerrahi hemşirelerinin puanlarının, 18-24 ve 25-31 yaş grubundakilerden yüksek olduğu belirlendi. Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); evli hemşirelerin bekârlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptandı. Çalışılan kliniğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde

(U); Ortopedi kliniğinde çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, Anestezi ve Reanimasyon YBÜ-Cerrahi YBÜ, Kalp-Damar Cerrahi Kliniği, Beyin Cerrahi-Plastik Cerrahi, Acil ve Ameliyathanede çalışanlardan düşük olduğu belirlendi. Çalışma isteğine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); istekli çalışan cerrahi hemşirelerin puan ortalamalarının, kısmen istekli çalışan cerrahi hemşirelerinden yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.5. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		İlaç ve Trans.	Hast. Enf.	Has. İzlm./Malz. Güv.	Düşmeler	İletişim	Toplam Puan
	n	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Yaş							
18-24	20	85.80±4.43	55.25±5.32	39.20±6.10	23.05±1.88	22.30±3.08	225.60±18.50
25-31	47	85.40±5.40	55.91±6.03	39.53±5.40	23.26±2.20	23.34±2.28	227.45±17.96
32-38	56	87.07±4.38	57.25±4.20	40.86±4.66	23.16±2.64	23.63±1.95	231.96±15.51
39 yaş ve üzeri	101	87.00±4.30	57.08±4.43	41.66±4.68	23.58±2.42	23.60±2.54	232.93±16.14
Test ve p değeri		x ² kw=5.169 p=0.160	x ² kw=5.866 p=0.118	F=2.730 p=0.045	x ² kw=5.557 p=0.135	x ² kw=7.437 p=0.059	x ² kw=8.011 p=0.046
Cinsiyet							
Kadın	192	86.70±4.30	56.74±4.68	40.88±5.10	23.38±2.40	23.40±2.47	231.09±16.44
Erkek	32	85.84±6.12	56.56±5.85	40.31±4.64	23.28±2.34	23.66±2.13	229.66±18.41
Test ve p değeri		U=3061.000 p=0.973	U=2866.000 p=0.520	t=0.585 p=0.559	U=3021.500 p=0.870	U=2859.500 p=0.475	U=2952.500 p=0.722
Medeni Durum							
Evli	172	86.95±4.02	57.23±4.25	41.16±4.82	23.36±2.51	23.58±2.33	232.28±15.50
Bekâr	46	85.13±6.01	54.85±6.29	39.37±5.56	23.26±1.94	22.93±2.67	225.54±19.50
Ayrı Yaşıyor	6	86.83±6.40	56.33±5.82	41.33±5.68	24.17±2.04	23.17±2.86	231.83±21.66
Test ve p değeri		x ² kw=3.608 p=0.165	x ² kw=7.867 p=0.020	F=2.358 p=0.097	x ² kw=3.529 p=0.171	x ² kw=3.364 p=0.186	x ² kw=7.362 p=0.025
Çocuk Sahibi Olma							
Yok	65	85.20±5.80	55.12±6.36	39.37±5.81	23.09±2.43	22.92±2.90	225.71±20.21
Var	159	87.14±3.89	57.36±3.92	41.38±4.56	23.47±2.37	23.65±2.17	233.00±14.58
Test ve p değeri		U=4286.500 p=0.037	U=4086.000 p=0.009	t=-2.491 p=0.014	U=4387.000 p=0.051	U=4489.000 p=0.079	U=3891.000 p=0.003
Eğitim Düzeyi							
SML	8	87.38±2.97	57.88±3.36	40.50±6.93	23.63±1.69	23.25±2.19	232.63±14.87
Ön lisans	65	87.91±3.02	57.66±3.89	41.17±4.37	23.75±2.24	23.62±2.43	234.11±13.25
Lisans	146	85.95±5.07	56.26±5.23	40.66±5.19	23.17±2.46	23.39±2.43	229.43±17.91
Yüksek Lisans	5	86.20±6.50	55.80±5.85	40.40±6.31	23.40±3.05	22.80±3.03	228.60±21.65
Test ve p değeri		x ² kw=5.865 p=0.118	x ² kw=4.304 p=0.230	F=0.174 p=0.914	x ² kw=3.146 p=0.370	x ² kw=1.493 p=0.684	x ² kw=1.790 p=0.617

Tablo 4.5. (Devam) Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		İlaç ve Trans	Hast. Enf	Has. İzlm./Malz. Güv.	Düşmeler	İletişim	Toplam Puan
	n	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Çalışılan Klinik							
Genel-Çocuk Cerrahi	22	85.59±5.84	55.82±5.54	39.36±6.02	22.23±3.32	22.91±3.16	225.91±21.33
ARYB-CYBÜ	44	87.25±3.89	58.05±3.02	41.41±3.88	24.50±1.13	24.66±0.94	235.86±10.81
Kalp-Damar Cerrahi	14	88.07±2.76	57.43±3.48	42.36±3.54	22.86±2.18	22.79±2.15	233.50±10.22
Beyin-Plastik Cerrahi	14	86.29±4.34	56.71±5.58	39.29±6.07	23.50±2.10	23.79±1.85	229.57±17.25
Ortopedi	14	84.00±6.25	53.07±6.65	37.29±7.56	22.36±2.34	20.71±2.87	217.43±21.36
KBB-Göz-Gastro-Cildiye	17	84.24±4.96	53.88±5.59	37.00±5.74	21.00±3.54	22.47±2.62	218.59±20.25
Plastik-Göğüs Cerrahi	4	85.50±5.26	58.00±3.37	41.75±4.72	23.25±2.06	22.00±2.45	230.50±13.20
Üroloji- Göğüs Cerrahi	15	83.80±4.02	55.27±3.95	41.40±3.72	21.80±2.04	21.93±1.98	224.20±13.22
KVC Yoğun Bakım	3	86.67±3.51	59.00±1.73	41.33±2.89	24.67±0.58	24.33±1.15	236.00±9.64
Acil	38	86.47±5.01	55.82±5.75	39.82±4.50	23.32±2.21	23.11±2.89	228.53±17.41
Ameliyathane	39	89.15±2.32	59.13±3.07	44.38±2.26	24.79±0.73	24.85±0.81	242.31±8.31
Test ve p değeri		χ^2 kw=45.176 p=0.000	χ^2 kw=44.378 p=0.000	F=5.132 p=0.000	χ^2 kw=62.207 p=0.000	χ^2 kw=66.002 p=0.000	χ^2 kw=64.867 p=0.000
Nöbet Öncesi İzin Kullanma							
Kullanıyorum	139	86.53±4.47	56.81±4.35	40.96±4.81	23.35±2.36	23.45±2.28	231.09±15.91
Kullanmıyorum	85	86.66±4.84	56.56±5.60	40.53±5.38	23.38±2.44	23.41±2.64	230.54±18.02
Test ve p değeri		U=5502.500 p=0.369	U=5549.000 p=0.419	t=0.617 p=0.538	U=5713.500 p=0.650	U=5764.000 p=0.728	U=5779.500 p=0.784
Nöbet Sonrası İzin Kullanma							
Kullanıyorum	176	86.55±4.70	56.91±4.38	40.97±4.77	23.40±2.32	23.56±2.20	231.39±16.08
Kullanmıyorum	48	86.69±4.26	56.00±6.29	40.15±5.89	23.23±2.64	22.98±3.07	229.04±18.87
Test ve p değeri		U=4207.000 p=0.964	U=4098.500 p=0.738	t=1.009 p=0.314	U=4176.000 p=0.895	U=3931.000 p=0.401	U=3998.000 p=0.566
Çalışma İsteği							
Evet	154	87.01±4.26	57.16±4.43	41.55±4.62	23.58±2.13	23.71±2.25	233.01±15.15
Hayır	18	86.61±3.38	56.44±5.33	38.39±5.66	22.78±3.49	22.94±3.40	227.17±18.24
Kısmen	52	85.27±5.66	55.50±5.71	39.38±5.48	22.90±2.60	22.81±2.40	225.87±19.40
Test ve p değeri		χ^2 kw=3.25 p=0.196	χ^2 kw=3.312 p=0.191	F=6.124 p=0.003	χ^2 kw=2.542 p=0.280	χ^2 kw=9.422 p=0.009	χ^2 kw=9.711 p=0.008
Tıbbi Hata Yapma Durumu							
Evet	35	84.71±5.51	55.86±5.66	39.77±5.77	22.86±2.95	23.09±2.52	226.29±20.33
Hayır	189	86.92±4.34	56.87±4.69	40.98±4.87	23.46±2.26	23.50±2.40	231.74±15.86
Test ve p değeri		U=2629.000 p=0.044	U=2986.000 p=0.333	t=-1.313 p=0.190	U=2938.000 p=0.249	U=3005.500 p=0.328	U=2828.000 p=0.169
Tıbbi Hatayı Görme Durumu							
Evet	82	85.15±5.21	55.56±5.36	39.60±5.75	22.77±2.73	22.85±2.65	225.93±19.14
Hayır	142	87.40±4.00	57.38±4.41	41.49±4.44	23.70±2.10	23.77±2.22	233.75±14.43
Test ve p değeri		U=4416.500 p=0.002	U=4450.500 p=0.002	t=-2.567 p=0.011	U=4623.500 p=0.005	U=4466.500 p=0.001	U=4426.500 p=0.003

Cerrahi hemşirelerinin çalışma koşullarına ilişkin özelliklerine göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.6’da sunulmuştur. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması ile nöbet sayısı ve klinikte çalışan hemşire sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.009**, **p=0.000**). Nöbet sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); aylık 4-6 arası nöbet tutan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, nöbet tutmayan ve aylık 1-3 arası nöbeti olan cerrahi hemşirelerinden düşük olduğu saptandı. Klinikte çalışan hemşire sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); gündüz 12-gece 6 olacak şekilde çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, gündüz 6-gece 2, gündüz 10-gece 8, gündüz 4-gece 2, gündüz 4-gece 1, gündüz 3-gece 2, gündüz 2-gece 2, gündüz 4-gece 3, gündüz 6-gece 8, gündüz 20-gece 3, gündüz 5-gece 1, gündüz 25-gece 2 ve gündüz 10-gece 6 olacak şekilde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Hastane Enfeksiyonları alt boyut puan ortalaması ile nöbet sayısı ve klinikte çalışan hemşire sayısı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.005**, **p=0.000**). Nöbet sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); aylık 4-6 arası olacak şekilde nöbet tutan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, nöbet tutmayan cerrahi hemşirelerinin puanlarından düşük olduğu belirlendi. Klinikte çalışan hemşire sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); gündüz 12-gece 6 hemşire olacak şekilde çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, gündüz 6-gece 2, gündüz 10-gece 8, gündüz 4-gece 2, gündüz 4-gece 1, gündüz 3-gece 2, gündüz 2-gece 2, gündüz 4-gece 3, gündüz 6-gece 8, gündüz 20-gece 3 ve gündüz 25-gece 2 hemşire olacak şekilde çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyut puan ortalaması ile klinikte çalışan hemşire sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.000**). Klinikte çalışan hemşire sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gündüz 12-gece 6 hemşire olacak şekilde çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, gündüz 20 gece 3 ve gündüz 25-gece 2 hemşire olacak şekilde çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Düşmeler alt boyut puan ortalaması ile nöbet sayısı ve klinikte çalışan hemşire sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.005, p=0.000**). Nöbet sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); aylık 4-6 arası nöbeti olan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, aylık 7-9 ve 10-12 arasında nöbeti olanlardan düşük olduğu belirlendi. Klinikte çalışan hemşire sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); gündüz 12-gece 6 hemşire olacak şekilde çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, gündüz 10-gece 8, gündüz 4-gece 2, gündüz 3-gece 2, gündüz 4-gece 3, gündüz 6-gece 8, gündüz 20-gece 3 ve gündüz 25-gece 2 hemşire olacak şekilde çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin İletişim alt boyut puan ortalaması ile nöbet sayısı ve klinikte çalışan hemşire sayısı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p=0.031, p=0.000**). Nöbet sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); aylık 4-6 arası nöbeti olan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, nöbeti olmayan ve aylık 1-3, 7-9 ve 10-12 arasında nöbeti olan hemşirelerden düşük olduğu belirlendi. Klinikte çalışan hemşire sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); gündüz 12-gece 6 hemşire olacak şekilde çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, gündüz 10-gece 8, gündüz 3-gece 2, gündüz 6-gece 8, gündüz 20-gece 3 ve gündüz 25-gece 2 hemşire olacak şekilde çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puan ortalaması ile hemşirelerin nöbet sayısı ve klinikte çalışan hemşire sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.002, p=0.000**). Nöbet sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); aylık 4-6 arası nöbeti olan cerrahi hemşirelerinin puan ortalamalarının, aylık 1-3 arasında nöbeti olan hemşirelerden düşük olduğu belirlendi. Klinikte çalışan hemşire sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); gündüz 12-gece 6 hemşire olacak şekilde çalışan cerrahi hemşirelerinin puanlarının, gündüz 10-gece 8, gündüz 4-gece 2, gündüz 4-gece 1, gündüz 3-gece 2, gündüz 2-gece 2,

gündüz 4-gece 3, gündüz 6-gece 8, gündüz 20-gece 3, gündüz 5-gece 1 ve gündüz 25-gece 2 hemşire olacak şekilde çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

Tablo 4.6. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına İlişkin Özelliklerine Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	İlaç ve Trans. Ort.±SS	Hast. Enf. Ort.±SS	Has. İzlm./Malz. Güv. Ort.±SS	Düşmeler Ort.±SS	İletişim Ort.±SS	Toplam Puan Ort.±SS
Çalışma Biçimi							
Kadrolu	199	86.74±4.40	56.91±4.51	40.90±5.00	23.39±2.41	23.49±2.41	231.43±16.32
Sözleşmeli	25	85.28±5.89	55.16±6.91	39.92±5.27	23.12±2.24	23.04±2.54	226.52±19.32
Test ve p değeri		U=2154.000 p=0.254	U=2073.500 p=0.151	t=0.923 p=0.357	U=2153.500 p=0.229	U=2206.000 p=0.293	U=1956.500 p=0.079
Çalışma Statüsü							
Sorumlu Hemş.	13	85.85±5.44	56.85±5.13	41.69±4.50	22.85±2.44	22.69±3.25	229.92±18.66
Hemşire	211	86.62±4.56	56.71±4.85	40.74±5.06	23.39±2.38	23.48±2.36	230.94±16.62
Test ve p değeri		U=1279.000 p=0.670	U=1344.500 p=0.900	t=-0.663 p=0.508	U=1188.000 p=0.374	U=1209.500 p=0.415	U=1351.500 p=0.929
Toplam Çalışma Süresi							
0-11 ay	4	79.25±9.91	49.25±11.47	39.50±5.26	21.50±1.29	22.75±2.22	212.25±29.23
1-5 yıl	37	85.32±4.91	55.14±5.92	38.86±6.21	23.19±2.08	22.84±2.78	225.35±18.71
6-10 yıl	34	87.03±3.85	57.47±3.39	40.44±4.86	23.35±2.25	23.41±2.27	231.71±13.95
11-15 yıl	40	87.23±4.61	57.38±3.99	40.88±4.24	23.60±2.28	23.83±2.00	232.90±14.54
16-20 yıl	42	86.98±4.08	57.43±4.25	40.81±4.83	23.31±2.51	23.74±2.02	232.26±15.73
21-25 yıl	37	86.68±4.27	56.78±4.54	42.19±4.48	23.35±2.74	23.14±3.00	232.14±16.78
26-30 yıl	24	87.21±4.14	57.17±4.26	42.21±4.31	24.04±1.52	23.88±2.15	234.50±14.01
31-35 yıl	3	83.33±8.33	51.00±9.54	37.33±10.79	19.33±6.03	21.33±4.04	212.33±38.42
36-40 yıl	3	89.33±1.15	60.00±0.00	44.00±1.73	24.33±1.15	25.00±0.00	242.67±4.04
Test ve p değeri		x ² kw=10.703 p=0.219	x ² kw=13.643 p=0.092	F=1.703 p=0.099	x ² kw=12.358 p=0.136	x ² kw=9.119 p=0.332	x ² kw=13.045 p=0.110
Cerrahi Servisinde Çalışma Süresi							
0-11 ay	10	83.40±7.18	54.50±8.24	41.20±4.08	22.60±2.37	24.00±1.70	225.70±21.60
1-5 yıl	97	86.51±4.28	56.54±4.69	39.89±5.29	23.31±2.21	23.04±2.63	229.28±15.95
6-10 yıl	64	86.98±3.87	57.14±4.40	41.06±4.87	23.58±2.43	23.86±2.22	232.63±15.84
11-15 yıl	21	86.19±5.86	56.57±4.69	41.10±4.45	23.14±2.69	23.47±2.45	230.14±17.70
16-20 yıl	15	87.07±4.25	57.00±4.64	43.47±3.29	23.47±1.96	23.14±2.29	234.47±14.06
21-25 yıl	10	86.80±6.49	56.70±6.31	41.20±6.96	22.90±4.12	23.60±2.80	231.20±26.35
26-30 yıl	7	88.14±4.10	58.29±4.54	43.14±3.76	24.29±1.25	24.86±0.38	238.71±13.79
Test ve p değeri		x ² kw=7.614 p=0.268	x ² kw=5.598 p=0.470	F=1.577 p=0.155	x ² kw=5.427 p=0.490	x ² kw=6.936 p=0.327	x ² kw=11.677 p=0.070
Kurumda Çalışma Süresi							
0-11 ay	12	84.17±7.43	53.50±8.87	40.17±5.52	22.50±2.07	23.42±1.98	223.75±23.38
1-5 yıl	93	86.59±4.21	56.75±4.51	40.20±5.26	23.33±2.21	23.14±2.51	230.02±15.75
6-10 yıl	68	87.03±3.87	57.01±4.15	40.74±4.82	23.46±2.47	23.67±2.70	231.85±15.35
11-15 yıl	27	86.04±5.71	56.48±5.65	40.93±5.40	23.56±3.09	23.54±2.84	230.44±20.87
16-20 yıl	16	87.13±4.70	57.19±4.55	43.56±2.83	23.56±2.03	23.56±2.50	235.00±14.34
21-25 yıl	8	86.88±5.41	58.36±3.07	43.13±4.16	23.88±2.47	24.38±1.77	236.63±16.46
Test ve p değeri		x ² kw=2.438 p=0.786	x ² kw=2.257 p=0.813	F=1.637 p=0.151	x ² kw=4.921 p=0.426	x ² kw=4.493 p=0.481	x ² kw=6.039 p=0.302
Nöbet Sayısı							
Yok	32	87.66±3.14	57.63±3.73	41.06±4.44	23.47±2.16	23.47±2.57	233.28±12.20
1-3 Nöbet	29	87.55±4.63	57.48±5.38	43.00±5.06	23.52±3.00	23.72±2.89	235.28±19.51
4-6 Nöbet	69	85.46±5.03	55.54±5.03	40.06±5.01	22.64±2.61	22.93±2.43	226.62±17.32
7-9 Nöbet	61	86.54±4.61	56.89±4.71	40.97±5.08	23.72±1.98	23.66±2.12	231.77±16.26
10-12 Nöbet	33	87.06±4.54	57.30±5.03	39.82±5.13	23.97±1.94	23.82±2.28	231.97±16.38
Test ve p değeri		x ² kw=13.503 p=0.009	x ² kw=14.775 p=0.005	F=2.162 p=0.074	x ² kw=14.872 p=0.005	x ² kw=10.611 p=0.031	x ² kw=17.311 p=0.002

Tablo 4.6. (Devam) Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına İlişkin Özelliklere Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		İlaç ve Trans.	Hast. Enf.	Has. İzlm./Malz. Güv.	Düşmeler	İletişim	Toplam Puan
	n	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Vardiya Şekli							
Gündüz	44	87.45±3.62	56.77±4.80	40.95±5.38	23.00±2.84	23.00±3.09	231.18±16.41
Gece	4	87.00±2.94	58.50±1.29	41.50±2.89	23.50±1.73	23.00±2.16	233.50±8.70
Gece-Gündüz-Karma	176	86.35±4.83	56.66±4.92	40.74±4.99	23.45±2.28	23.56±2.23	230.75±16.97
Test ve p değeri		x ² kw=1.930 p=0.381	x ² kw=0.010 p=0.995	F=0.072 p=0.931	x ² kw=0.557 p=0.757	x ² kw=1.442 p=0.486	x ² kw=0.034 p=0.983
Klinikte Çalışan Hemşire Sayısı							
Gündüz 6 - Gece 2	27	85.63±5.22	54.48±5.12	38.00±6.34	21.59±2.27	21.30±2.49	221.00±16.87
Gündüz 10 -Gece 8	46	88.28±2.76	58.57±2.43	40.78±3.75	24.41±1.20	24.35±1.84	236.39±8.62
Gündüz 12 -Gece 8	5	79.00±6.67	50.20±9.09	38.60±4.39	21.60±2.30	21.80±2.49	211.20±22.92
Gündüz 4 - Gece 2	9	87.56±2.30	58.22±2.17	43.00±2.60	24.00±1.32	23.78±1.72	236.56±7.76
Gündüz 4 - Gece 1	30	86.30±4.52	56.30±5.65	39.50±6.00	22.80±3.37	23.03±2.92	227.93±20.54
Gündüz 3- Gece 2	14	87.14±3.39	58.36±2.53	42.57±3.39	24.43±1.28	24.00±1.84	236.50±9.30
Gündüz 2 - Gece 2	7	86.43±3.10	57.43±3.64	42.43±3.15	23.57±2.30	23.14±1.86	233.00±11.68
Gündüz 4 - Gece 3	2	89.00±1.41	59.00±1.41	44.50±0.71	25.00±0.00	25.00±0.00	242.50±3.54
Gündüz 6 - Gece 8	4	90.00±0.00	60.00±0.00	43.75±1.50	25.00±0.00	25.00±0.00	243.75±1.50
Gündüz 20 -Gece 3	14	89.86±0.53	60.00±0.00	44.71±0.73	25.00±0.00	25.00±0.00	244.57±0.85
Gündüz 5 - Gece 1	27	84.27±5.71	55.15±5.84	39.85±5.64	22.77±2.70	23.77±2.53	221.81±19.77
Gündüz 25 -Gece 2	25	88.76±2.82	58.64±3.77	44.20±2.77	24.68±0.90	24.76±1.01	241.04±10.21
Gündüz 10 -Gece 6	6	85.83±2.93	54.33±3.56	39.33±5.28	23.50±2.07	23.67±2.16	226.67±12.06
Gündüz 13 -Gece 13	5	83.00±6.20	52.60±4.16	38.80±5.36	21.60±2.51	23.00±2.74	219.00±15.86
Gündüz 12 -Gece 6	3	77.67±3.06	46.00±2.65	32.67±3.06	20.00±0.00	18.00±1.73	194.33±3.51
Test ve p değeri		x ² kw=49.908 p=0.000	x ² kw=49.700 p=0.000	F=4.186 p=0.000	x ² kw=62.022 p=0.000	x ² kw=54.214 p=0.000	x ² kw=57.749 p=0.000

A Tipi Kişilik Ölçeği ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.7’de sunulmuştur. Cerrahi hemşirelerinin ATKÖ İşe Verilen Önem alt boyutundan 31.93±8.11, Hıza Verilen Önem alt boyutundan 19.98±4.00, Zamana Verilen Önem alt boyutundan 10.96±2.27 ve Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyutundan 10.58±3.30 puan aldıkları belirlendi. Cerrahi hemşirelerinin ATKÖ toplam puanı 73.45±14.35’dir.

Cerrahi hemşireleri HTHEÖ İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutundan 86.58±4.60, Hastane Enfeksiyonları alt boyutundan 56.71±4.85, Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutundan 40.79±5.03, İletişim alt boyutundan 23.44±2.42 ve Düşmeler alt boyutundan 23.36±2.39 puan aldıkları saptandı. Cerrahi hemşirelerinin HTHEÖ toplam puanı 230.88±16.70’dir.

Tablo 4.7. A Tipi Kişilik Ölçeği ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	n	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	İşaretlenen Alt ve Üst Değerler	Ort.±SS.
İşe Verilen Önem	224	12-60	15-60	31.93±8.11
Hıza Verilen Önem	224	6-30	10-30	19.98±4.00
Zamana Verilen Önem	224	3-15	5-15	10.96±2.27
Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma	224	4-20	5-20	10.58±3.30
A Tipi Kişilik Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	224	25-125	44-125	73.45±14.35
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	224	18-90	68-90	86.58±4.60
Hastane Enfeksiyonları	224	12-60	37-60	56.71±4.85
Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	224	9-45	23-45	40.79±5.03
İletişim	224	5-25	12-25	23.44±2.42
Düşmeler	224	5-25	12-25	23.36±2.39
Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	224	49-245	165-245	230.88±16.70

Cerrahi hemşirelerinin tanımlayıcı özellikleri ve çalışma koşullarıyla ilgili özellikleri ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve A Tipi Kişilik Ölçeği alt boyut puanı arasındaki ilişki Tablo 4.8’de sunulmuştur. A Tipi Kişilik Ölçeği Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyut puanı ile cerrahi hemşirelerinin çocuk sayısı ve cerrahi kliniğinde çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu ($p=0.009$, $p=0.025$). Çocuk sayısı ve cerrahi kliniğinde çalışma yılı arttıkça Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyut puanı da artmaktadır.

A Tipi Kişilik Ölçeği Hıza Verilen Önem alt boyut puanı ile cerrahi hemşirelerinin ekip uyumu puanı ve aylık nöbet sayısı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu saptandı ($p=0.002$, $p=0.000$). Ekip uyumu puanı ve aylık nöbet sayısı azaldıkça Hıza Verilen Önem alt boyut puanı artmaktadır.

A Tipi Kişilik Ölçeği Zamana Verilen Önem alt boyut puanı ile cerrahi hemşirelerinin ekip uyumu puanı ortalaması arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli, cerrahi kliniğinde çalışma yılı arasında ise pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu belirlendi ($p=0.017$, $p=0.043$). Ekip uyumu puanı azaldıkça Zamana Verilen Önem alt boyut puanı artmakta, cerrahi kliniğinde çalışma yılı arttıkça Zamana Verilen Önem alt boyut puanı artmaktadır.

Cerrahi hemşirelerinde HTHEÖ İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması ile cerrahi kliniğinde çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.020**). Cerrahi kliniğinde çalışma yılı puanı arttıkça İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puanı da artmaktadır.

Cerrahi hemşirelerinde HTHEÖ Hastane Enfeksiyonları alt boyut puanı ile çocuk sayısı, toplam çalışma yılı ve cerrahi kliniğinde çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlendi (**p=0.025, p=0.047, p=0.036**). Çocuk sayısı, toplam çalışma yılı ve cerrahi kliniğinde çalışma yılı arttıkça Hastane Enfeksiyonları alt boyut puanı da artmaktadır.

Cerrahi hemşirelerinde HTHEÖ Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyut puanı ile çocuk sayısı, toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı (**p=0.013, p=0.000, p=0.001, p=0.005**). Çocuk sayısı, toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arttıkça Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyut puanı da artmaktadır.

Cerrahi hemşirelerinde HTHEÖ Düşmeler alt boyut puanı ile toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.038, p=0.036, p=0.037**). Toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arttıkça Düşmeler alt boyut puanı da artmaktadır.

Cerrahi hemşirelerinde HTHEÖ İletişim alt boyut puanı ile kurumda çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı (**p=0.039**). Kurumda çalışma yılı arttıkça İletişim alt boyut puanı da artmaktadır.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puanı ile cerrahi hemşirelerinin çocuk sayısı, toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlendi (**p=0.013, p=0.003, p=0.001, p=0.011**). Çocuk sayısı, toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arttıkça HTHEÖ toplam puanı da artmaktadır.

Tablo 4.8. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özellikleri ve Çalışma Koşullarıyla İlgili Özellikleri İle Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve A Tipi Kişilik Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Çocuk Sayısı	Ekip Uyumu Puanı	Toplam Çalışma Yılı	Cerrahi Çalışma Yılı	Kurumda Çalışma Yılı	Aylık Nöbet Sayısı
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	r	0.112	-0.028	0.115	0.155	0.100	-0.043
	p	0.093	0.673	0.086	0.020*	0.136	0.524
Hastane Enfeksiyonları	r	0.150	-0.033	0.133	0.140	0.094	-0.013
	p	0.025*	0.621	0.047*	0.036*	0.162	0.849
Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	r	0.166	-0.094	0.231	0.225	0.188	-0.128
	p	0.013*	0.162	0.000*	0.001*	0.005*	0.056
Düşmeler	r	0.112	0.019	0.139	0.140	0.139	0.055
	p	0.095	0.778	0.038*	0.036*	0.037*	0.410
İletişim	r	0.084	-0.095	0.120	0.131	0.138	0.036
	p	0.209	0.156	0.074	0.050	0.039*	0.596
Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	r	0.166	-0.090	0.196	0.219	0.170	-0.060
	p	0.013*	0.178	0.003*	0.001*	0.011*	0.368
İşe Verilen Önem	r	-0.041	-0.003	-0.105	0.076	0.010	-0.096
	p	0.544	0.959	0.117	0.258	0.887	0.152
Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma	r	0.174	-0.121	0.085	0.149	0.088	-0.067
	p	0.009*	0.071	0.204	0.025*	0.187	0.316
Hıza Verilen Önem	r	-0.026	-0.202	-0.071	0.028	0.008	-0.241
	p	0.703	0.002*	0.288	0.674	0.901	0.000*
Zamana Verilen Önem	p	-0.048	-0.160	0.076	0.135	0.077	-0.078
	r	0.470	0.017*	0.260	0.043*	0.250	0.242
A Tipi Kişilik Ölçeği	r	0.002	-0.101	-0.032	0.128	0.051	-0.167
	p	0.972	0.131	0.632	0.055	0.449	0.012

r: Pearson korelasyon katsayısı *p<0.05

Cerrahi hemşirelerinde A Tipi Kişilik Ölçeği ve Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.9'da sunulmuştur. Cerrahi hemşirelerinde HTHEÖ Düşmeler alt boyut puanı ile ATKÖ Zamana Verilen Önem puanı arasında pozitif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (**p=0.023**). Zamana Verilen Önem alt boyut puanı arttıkça Düşmeler puanı da artmaktadır.

Cerrahi hemşirelerinde HTHEÖ İletişim alt boyut puanı ile ATKÖ Zamana Verilen Önem puanı arasında pozitif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.037**). Zamana Verilen Önem alt boyut puanı arttıkça İletişim puanı da artmaktadır.

Cerrahi hemşirelerinde HTHEÖ İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları, Hastane Enfeksiyonları, Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyut puanları ile İşe Verilen Önem, Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma, Hıza Verilen Önem, Zamana Verilen Önem ve ATKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Cerrahi hemşirelerinde HTHEÖ Düşmeler alt boyut puanı ile İşe Verilen Önem, Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma, Hıza Verilen Önem ve ATKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Cerrahi hemşirelerinde HTHEÖ İletişim alt boyut puanı ile İşe Verilen Önem, Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma, Hıza Verilen Önem ve ATKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Cerrahi Hemşirelerinde HTHEÖ alt boyut puanı ile İşe Verilen Önem, Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma, Hıza Verilen Önem, Zamana Verilen Önem ve ATKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Cerrahi Hemşirelerinde A Tipi Kişilik Ölçeği ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		İşe Verilen Önem	Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma	Hıza Verilen Önem	Zamana Verilen Önem	A Tipi Kişilik Toplam Puan
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	r	0.005	0.086	-0.004	0.066	0.026
	p	0.943	0.201	0.956	0.323	0.701
Hastane Enfeksiyonları	r	-0.019	0.116	-0.063	0.098	0.016
	p	0.774	0.082	0.352	0.144	0.813
Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	r	-0.039	0.095	0.025	0.095	0.009
	p	0.557	0.157	0.715	0.156	0.891
Düşmeler	r	0.027	0.086	0.014	0.152	0.070
	p	0.682	0.198	0.836	0.023*	0.299
İletişim	r	-0.065	0.043	0.028	0.139	-0.002
	p	0.335	0.522	0.678	0.037*	0.973
Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	r	-0.012	0.123	0.00	0.122	0.036
	p	0.857	0.066	0.998	0.069	0.590

r: Pearson korelasyon katsayısı *p<0.05

5. TARTIŞMA

Mesleki açıdan bilgili olmak iş başarısı için yeterli sayılmamakta; bilginin yanında tavır, tutum ve davranışlar da önem taşımaktadır. Çünkü kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleşmesi büyük ölçüde kurum üyelerinin kişilik yapısı ve özellikleri ile ilgili olmaktadır (Alan ve Baykal, 2018). Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusu tüm sağlık çalışanlarını ilgilendiren önemli bir konudur ancak hasta bakımında doğrudan görev alan hemşireler açısından daha büyük bir öneme sahiptir (Odabaşoğlu, 2013). Yapılan araştırmalar tıbbi hataların sıklıkla, ekip içi iletişim, çevresel sorunlar, bireysel performans, uzun çalışma saatleri, deneyim eksikliği, aşırı iş yükü nedeniyle oluşan yorgunluk, sistem yetersizliği ve tartışmacı kişilik yapısından kaynaklandığını göstermektedir (Bayındır Çevik ve ark., 2015; Bari ve ark., 2016). Tıbbi hatayı oluşturan etkenlerin bilinmesi, hata oluşturan etkenlerin ortamdaki uzaklaştırılmasına yardımcı olacaktır (Bayındır Çevik ve ark., 2015).

Cerrahi hemşirelerinin %45.1'i 39 ve üzeri yaş grubunda, %85.7'si kadın ve %65.2'si lisans mezunudur. Hemşirelerin %76.8'i evli ve %71'i çocuk sahibi ve %41.1'nin iki çocuğu (ort. 1.37 ± 1.02) vardır. Hemşirelerin %19.6'sı Anestezi ve Reanimasyon YBÜ-Cerrahi YBÜ, %17.4'ü Ameliyathane ve %17'si Acil Ünitesinde çalışmaktadır. Cerrahi Hemşirelerinin %62.1'i nöbet öncesi ve %78.6'sı nöbet sonrası izin kullandıklarını belirttiler. Cerrahi hemşirelerin %84.4'ü kendilerinin tıbbi hata yapmadıklarını ve %63.4'ü ise diğer hemşire arkadaşlarının da tıbbi hata yaptıklarını görmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.1). Işık, Akbolat, Çetin ve Çimen (2012) tarafından benzer konuda yapılan çalışmada araştırma kapsamına alınan 324 hemşirenin %87.1'inin kadın, %12.9'unun erkek olduğu görülmektedir. Uzuntarla ve Cihangiroğlu'nun (2016) hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin belirlendiği çalışmasında ise hemşirelerin yarıya yakınının 30-39 yaş grubunda ve %66.9'unun lisans mezunu olduğu belirtilmektedir. Avşar, Atabek Armutçu ve Karaman Özlü'nün (2016) hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini belirledikleri çalışmalarında araştırma kapsamındaki hemşirelerin % 87.6'sının kadın, % 63.8'inin lisans mezunu ve % 34.1'inin cerrahi birimde çalıştığı belirtilmektedir. Karaman Özlü, Eskici, Aksoy, Özer, Yayla, Avşar'ın (2015) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlendiği çalışmasında hemşirelerin %61.5'inin lisans

mezunu olduğu, %20.2'sinin cerrahi yoğun bakım kliniğinde çalıştığı belirtilmiştir. İşçi'nin (2015) hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisinin incelendiği çalışmasında hemşirelerin %81.7'sinin kadın olduğu, çocuğu olanların %43.6'nın bir ve %43.6'nın iki çocuğu olduğu görülmektedir. Er ve Altuntaş'ın (2016) hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlendiği çalışmalarında hemşirelerin %77.9'unun daha önceden herhangi bir tıbbi hata yapmadığı, %63.4'ünün ise diğer hemşire meslektaşlarının da tıbbi hata yaptığını görmedikleri belirtilmektedir.

Çalışmaya alınan cerrahi hemşirelerin %94.2'si klinik hemşiresi ve %88.8'i kadrolu olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %18.8'inin meslekte çalışma süresinin 16-20 yıl arasında olduğu saptandı (ort. 15.13±8.83). Cerrahi hemşirelerinin %43.3'ünün cerrahi kliniklerinde çalışma süreleri 1-5 yıl (ort. 8.37±7.18) ve %41.5'inin kurumda çalışma süreleri 1-5 yıl (ort. 7.98±6.60) arasındadır. Cerrahi hemşirelerin %30.8'i ayda 4-6 nöbet (ort. 5.67±3.28) tutmakta olup %78.6'sının gece-gündüz-karma olarak çalıştıkları saptandı. Cerrahi hemşirelerin %20.5'i gündüz 10-gece 2 ve %13.4'ü ise gündüz 4-gece 1 hemşire olarak çalışmaktadır (Tablo 4.2). Malak'ın (2009) çalışmasında hemşirelerin % 88.9'u kurumda kadrolu, % 11.1'i sözleşmeli olarak çalıştığı belirtilmiştir. Uzuntarla ve Cihangiroğlu'nun (2016) çalışmalarında hemşirelerin %42.6'sının klinik birimlerde görev yaptığı ve %21.5'inin 4-10 yıl ile 20 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip olduğu görülmektedir. Öztürk, Kıraç ve Bilgin'in (2017) çalışmalarında hemşirelerin %21.2'sinin 11 yıl ve üzerinde çalışma deneyimine sahip olduğu belirtilmektedir. İşçi (2015) çalışmasında hemşirelerin % 92.4'ünün klinik hemşiresi olarak görev yaptığını, % 82.4'ünün kadrolu olarak çalıştığını ve % 54.2'sinin genellikle bazen gündüz bazen de gece çalıştığını ifade etmektedir.

Bu çalışmada bekâr olan cerrahi hemşirelerin ATKÖ Zamana Verilen Önem alt boyut puan ortalaması 11.11±2.38'dir. A Tipi Kişilik Ölçeğinin Zamana Verilen Önem alt boyut puan ortalaması bekâr olan hemşirelerde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.005**), (Tablo 4.3). Erdem, Yıldırım, Atilla, Oksay (2009) çalışma hayatında bekârların evlilere göre A tipi kişilik özelliklerini daha fazla öne çıkardığını belirtmişlerdir. Yolaçan (2015) çalışmasında bekâr

hemşirelerinin zamana verilen önem puanlarını, evli çalışanların puanlarından yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

Nöbet sonrası izin kullanmayan cerrahi hemşirelerin ATKÖ Hıza Verilen Önem alt boyut puan ortalaması 21.19 ± 4.38 'dir. A Tipi Kişilik Ölçeğinin Hıza Verilen Önem alt boyut puanı, nöbet sonrası izin kullanmayan cerrahi hemşirelerinde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.018$), (Tablo 4.3). A Tipi Kişilik özelliği taşıyan bireylerin çok çalışmaları, başladıkları işi bir an önce bitirme istekleri ve az zamanda çok iş yapma arzuları belirgindir. Dolayısıyla cerrahi hemşirelerin hızlı hareket etme konusunda A tipi kişilik özelliği gösterdiğini düşünebiliriz.

Tıbbi hata yapmayan cerrahi hemşirelerin ATKÖ Hıza Verilen Önem alt boyutu puan ortalaması 20.25 ± 4.04 'tür. A Tipi Kişilik Ölçeğinin Hıza Verilen Önem alt boyutu puanı tıbbi hata yapmayan cerrahi hemşirelerde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.016$), (Tablo 4.3). Bolat'ın (2010) sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada hemşirelerin ATKÖ Hıza Verilen Önem alt boyutunda diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Hemşirelerin iş yükü fazlalığı ve bir kaç işi aynı anda yetiştirme çabaları hıza diğer sağlık çalışanlarından daha fazla önem vermesinin nedeni olarak düşünülebilir. Cerrahi hemşireleri hızlı hareket ederken aynı zamanda hata yapmama konusunda özenli ve dikkatli davranmalıdır.

Bu çalışmada sözleşmeli çalışan cerrahi hemşirelerin ATKÖ Hıza Verilen Önem alt boyut puan ortalaması 21.48 ± 3.29 'dur. A Tipi Kişilik Ölçeğinin Hıza Verilen Önem alt boyut puan ortalaması sözleşmeli çalışan cerrahi hemşirelerinde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.046$), (Tablo 4.4). Pelit, Türkmen ve Yarmacı (2010) çalışanların hıza verilen önem boyutunda işlerini bitirmek için etkili yollar arama çabasında olduklarını belirtmişlerdir. Sözleşmeli çalışanların iş kaygıları nedeniyle kendilerini fark ettirme çabalarından dolayı işlerini daha hızlı yapmaya çalışmalarının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada cerrahi servisinde çalışma süresi 0-11 ay arasında olan cerrahi hemşirelerin ATKÖ Hıza Verilen Önem alt boyutu puan ortalaması 22.90 ± 3.96 'dır.

A Tipi Kişilik Ölçeğinin Hıza Verilen Önem alt boyutu puanı çalışma süresi 0-11 ay arasında olan cerrahi hemşirelerde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0.002**), (Tablo 4.4). Koçak, Eti, Gürsoy (2017) çalışmalarında çalışma süresi fazla olan çalışanların kişilik yapısının B tipi olduğunu belirtmişlerdir. Friedman ve Rosenman'a göre A tipi davranış özelliğine sahip bireyler agresif, sabırsız ve çok fazla işe yöneliktir. Mümkün olduğu kadar çok kısa sürede ve mümkün olduğu kadar fazla başarılı olmak ister (Torun ve Şenel Tekin, 2014). Bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde çalışmamızda da cerrahi kliniklerindeki hemşirelerin kısa sürede çok iş başarma isteği nedeniyle Hıza Verilen Önem alt boyutunda A tipi kişilik özelliğine daha uygun olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada nöbet tutmayan cerrahi hemşirelerin ATKÖ Hıza Verilen Önem alt boyut puan ortalaması 21.78 ± 4.54 'tür. A Tipi Kişilik Ölçeğinin Hıza Verilen Önem alt boyut puanı nöbet tutmayan cerrahi hemşirelerinde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0.010**), (Tablo 4.4). Bu sonuçta gündüz çalışan cerrahi hemşirelerinin iş yoğunluğunun daha fazla olması ve daha çok insanla iletişim halinde olmaları ve yaptıkları işleri bir an önce yetiştirme çabasının etkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada gündüz vardiyasında çalışan cerrahi hemşirelerin ATKÖ toplam puan ortalaması 78.34 ± 18.38 olup, gece ve karma çalışan hemşirelerden yüksektir. Aynı zamanda hemşirelerin Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyut puan ortalaması 11.50 ± 3.81 ve Hıza Verilen Önem alt boyut puan ortalaması 21.68 ± 4.18 'dir. A Tipi Kişilik Ölçeği toplam puan ortalaması, Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyutu puan ortalaması, Hıza Verilen Önem alt boyutu puan ortalaması gündüz vardiyasında çalışan cerrahi hemşirelerde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.030**, **p=0.007**, **p=0.001**), (Tablo 4.4). Torun ve Şenel Tekin'in (2014) sağlık kurumlarında yöneticilerle yaptıkları çalışmalarında A tipi kişilik oranı %49, B tipi kişilik oranı %51 olarak belirtilmiştir. Friedman ve Rosenman bireylerin tamamen saf bir şekilde A tipi ya da B tipi olamayacağını, bunun yerine bu iki tipten birine karşı daha fazla eğilim sergilediklerini söylemişlerdir (Torun ve Şenel Tekin, 2014). Yolaçan (2015) çalışmasında hemşirelerin ATKÖ alt boyutlarından Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma ve Hıza Verilen Önem puanlarının hekimlerden yüksek olarak belirtmiştir. A tipi davranışa

sahip bir kişi, genellikle kendisiyle meşgul ve benmerkezcidir. Bu kişiler büyük çoğunlukla sosyal hayatlarını ve ailelerini ihmal edecek ölçüde kendilerini işlerine adanmışlardır (Baltaş ve Baltaş, 2018).

Bu çalışmada klinikte gündüz 6-gece 8 hemşire olacak şekilde çalışan cerrahi hemşirelerin ATKÖ Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyut puan ortalaması 15.50±4.20 ve Hıza Verilen Önem alt boyut puan ortalaması 22.75±8.38'dir. A Tipi Kişilik Ölçeğinin Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyut puan ortalaması ve Hıza Verilen Önem alt boyutu puan ortalaması klinikte gündüz 6-gece 8 hemşire olacak şekilde çalışan cerrahi hemşirelerde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.012**, **p=0.012**), (Tablo 4.4). A tipi kişiliği olanların sosyalleşmeye ayırdıkları zamanı boşa geçmiş zaman olarak düşünmeleri hayatın diğer yönlerini ve ailelerini ihmal etmeleri ve uzun çalışma saatleri nedeniyle sosyal etkinliklere yeterince zaman ayıramamaları ve işe çok fazla yönelik olmalarının bu sonuca yol açtığı düşünülebilir.

Bu çalışmada 39 ve üzeri yaş grubundaki cerrahi hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortalaması 232.93±16.14, Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması 41.66±4.68'dir. Ölçek toplam puan ortalaması ve Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması 39 ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelerde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.046**, **p=0.045**), (Tablo 4.5). Solak Kabataş, Sevinç ve Sav'ın (2015) çalışmalarında 30-39 yaş grubunda hemşirelerde HTHEÖ Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyut puanı araştırmamıza benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Alan ve Khorshid (2016) çalışmalarında 34-55 yaş grubundaki hemşirelerin HTHEÖ Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği alt boyut puanını diğer yaş grubundaki hemşirelerden daha yüksek olarak belirtmişlerdir. Yaşları küçük olan yeni mezun hemşirelerin tıbbi cihazları kullanmada zorluk yaşamaları, daha çok kliniğe uyum sağlamaya odaklanması, deneyim eksikliği nedeniyle hasta izleminde ve malzeme güvenliği konusunda güçlük yaşamalarının tıbbi hataya neden olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada evli olan cerrahi hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortalaması 232.28±15.50 ve Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması 57.23±4.25 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması ve Hastane Enfeksiyonları alt

boyutu puan ortalaması evli olan hemşirelerde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.025, p=0.020**), (Tablo 4.5). Işık Andsoy, Kar ve Öztürk (2014) çalışmalarında hemşirelerin Hastane Enfeksiyonları alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Özata ve Altuncan'ın (2010) doktor ve hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında ise en çok karşılaşılan tıbbi hatalar arasında hastane enfeksiyonlarının ilk sırada olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hastane enfeksiyonları alt boyut puan ortalamasının yüksekliği cerrahi hemşirelerinin enfeksiyon konusunda daha dikkatli ve özenli olmaları ile açıklanabilir. Bu çalışmada evli hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortalaması ve Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalamasının anlamlı bulunması araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%76.8) evli olmasından kaynaklanabilir.

Çocuk sahibi olan cerrahi hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortalaması 233.00±14.58, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması 87.14±3.89, Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması 57.36±3.92 ve Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması 41.38±4.56'dir. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması, Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması ve Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması çocuk sahibi olan hemşirelerde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.003, p=0.037, p=0.009, p=0.014**), (Tablo 4.5). Bu çalışmada çocuk sahibi olan cerrahi hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortalaması, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması, Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması ve Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalamasının anlamlı bulunmasında çalışma kapsamına alınan hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%71) çocuk sahibi olmalarının etken olduğu şeklinde düşünülebilir.

Ameliyathanede çalışan cerrahi hemşirelerinin HTHEÖ toplam puan ortalaması 242.31±8.3, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması 89.15±2.32, Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması 59.13±3.07, Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması 44.38±2.26, Düşmeler alt boyutu puan ortalaması 24.79±0.73 ve İletişim alt boyutu puan ortalaması 24.85±0.81'dir. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması, Hastane Enfeksiyonları alt

boyutu puan ortalaması ve Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması, Düşmeler alt boyutu puan ortalaması ve İletişim alt boyutu puan ortalaması ameliyathanede çalışan cerrahi hemşirelerde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.000, p=0.000, p=0.000, p=0.000 p=0.000, p=0.000**), (Tablo 4.5). Özata ve Altuncan (2010) çalışmalarında hemşireler tarafından en az bildirilen hataların yanlış taraf cerrahisi, hatalı gaz karışımı verilmesi ve ameliyatlarda hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması olduğunu belirtmiştir. Buna karşın Ertem, Oksel ve Akbıyık (2009) çalışmalarında tıbbi hataların en çok ameliyathane/cerrahi bölümlerinde olduğunu ifade etmektedir. Çakmak, Konca, Teleş (2018) çalışmalarında bildirim yapılan cerrahi hataların birinci sırada ameliyathanede (%72.59) ikinci sırada ise cerrahi kliniklerinde (%15.15) gerçekleştiğini bildirmişlerdir. Bu konuda farklı çalışma sonuçlarının olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada isteyerek mesleğini yapan cerrahi hemşirelerinin HTHEÖ toplam puan ortalaması 233.01 ± 15.15 , Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması 41.55 ± 4.62 ve İletişim alt boyutu puan ortalaması 23.71 ± 2.25 'dir. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması, Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması ve İletişim alt boyutu puan ortalaması isteyerek mesleğini yapan cerrahi hemşirelerinde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.008, p=0.003, p=0.009**), (Tablo 4.5). Solak Kabataş, Sevinç ve Sav (2014) çalışmalarında hemşirelerin %81'inin isteyerek mesleğini yaptıklarını ve mesleğini isteyerek yapanlarda hata yapma eğiliminin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuç bizim bulgularımızı desteklemektedir.

Tıbbi hata yapmayan cerrahi hemşirelerinin HTHEÖ İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması 86.92 ± 4.34 'tür İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması tıbbi hata yapmayan cerrahi hemşirelerinde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.044**), (Tablo 4.5). İşçi (2015) çalışmasında hemşirelerin %78.9'unun daha önce bir tıbbi hata yapmadıklarını ve en az ilaç ve transfüzyon uygulamaları konusunda hata yapmaya eğilimli olduklarını saptamıştır. Bizim çalışmamızın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma arkadaşlarının tıbbi hata yaptıklarını görmeyen cerrahi hemşirelerinin HTHEÖ toplam puan ortalaması 233.75 ± 14.43 , İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması 87.40 ± 4.00 , Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması 57.38 ± 4.41 , Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması 41.49 ± 4.44 , Düşmeler alt boyutu puan ortalaması 23.70 ± 2.10 ve İletişim alt boyutu puan ortalaması 23.77 ± 2.22 'dir. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması, Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması ve Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması, Düşmeler alt boyutu puan ortalaması ve İletişim alt boyutu puan ortalaması çalışma arkadaşlarının tıbbi hata yaptıklarını görmeyen cerrahi hemşirelerinde daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.003, p=0.002, p=0.002, p=0.011, p=0.005, p=0.001**), (Tablo 4.5). Er'in (2016) çalışmasında hemşirelerin hata yapma ve hataya şahit olma oranları orta düzeyde bulunmuş, hemşireler diğer hemşire arkadaşlarının daha önce herhangi bir tıbbi hata yapmadığını belirtmişlerdir (%68.8). Dursun Bayram ve Aytaç'ın (2010) yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunluğu (%71.3) hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek hiç bir olayı raporlamadığını ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada aylık 4-6 nöbeti olan cerrahi hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortalaması 226.62 ± 17.32 , İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması 85.46 ± 5.03 , Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması 55.54 ± 5.03 , Düşmeler alt boyutu puan ortalaması 22.64 ± 2.61 ve İletişim alt boyut puan ortalaması 22.93 ± 2.43 'dür. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması, Hastane Enfeksiyonları alt boyut puan ortalaması, Düşmeler alt boyut puan ortalaması ve İletişim alt boyut puan ortalaması aylık 4-6 nöbeti olan cerrahi hemşirelerde daha düşük ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0.009, p=0.005, p=0.005, p=0.031, p=0.002**), (Tablo 4.6). Rogers ve arkadaşlarının (2004) ABD'de 393 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, 12 saatten fazla nöbet tutan ve haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerde hata yapma riskinin arttığı ve hasta güvenliğini tehlikeye düşürebildikleri belirtilmektedir. Alan ve Khorshid (2016) çalışmalarında nöbet tutan hemşirelerin HTHEÖ Hastane Enfeksiyonları alt boyutunda hata yapma eğilimlerinin, nöbet tutmayan hemşirelere oranla daha yüksek olduğunu

belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada aylık tutulan nöbet sayısı arttıkça, hemşirelerin İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları ve Hastane Enfeksiyonları alt boyutunda hata eğilimlerinin arttığı ve hemşirelerin günlük mesai süresi azaldıkça, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutunda hata eğilimlerinin azaldığı belirtilmektedir. Bizim çalışmamızın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada gündüz 12-gece 6 hemşire olacak şekilde çalışan cerrahi hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortalaması 194.33 ± 3.51 , İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması 77.67 ± 3.06 , Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması 46.00 ± 2.65 , Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması 32.67 ± 3.06 , Düşmeler alt boyutu puan ortalaması 20.00 ± 0.00 ve İletişim alt boyutu puan ortalaması 18.00 ± 1.73 'dür. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması, Hastane Enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması, Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutu puan ortalaması, Düşmeler alt boyutu puan ortalaması ve İletişim alt boyutu puan ortalaması gündüz 12-gece 6 hemşire olacak şekilde çalışan cerrahi hemşirelerinde daha düşük ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.000$), (Tablo 4.6). Chang ve Mark (2009) çalışmalarında klinikteki hemşire sayısının artmasının tıbbi hataları azalttığını belirtmişlerdir. Özçetin, Saz, Karapınar, Özen, Aydemir ve Vardar (2009) çalışmalarında, hemşire başına düşen hasta sayısının artmasıyla hastanede kalma süresinin uzadığını ve dolayısı ile hastane enfeksiyonları sıklığının arttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca Ertem, Oksel ve Akbıyık (2009) çalışmalarında kliniklerde çalışan hemşire sayısının artması ile ilaç hatalarının azaldığını bildirmişlerdir. Bizim araştırmamızın sonucu literatür ile farklılık göstermektedir. Bu sonuçta nöbetlerde hemşire sayısının fazla olması nedeniyle hemşireler arasında iletişim eksikliğinin ve nöbetlerde genellikle deneyimsiz hemşirelerin çalıştırılmasının etkili olduğu düşünülebilir.

Cerrahi hemşirelerinin ATKÖ İşe Verilen Önem alt boyutundan 31.93 ± 8.11 , Hıza Verilen Önem alt boyutundan 19.98 ± 4.00 , Zamana Verilen Önem alt boyutundan 10.96 ± 2.27 ve Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyutundan 10.58 ± 3.30 puan aldıkları belirlenmiştir. Cerrahi hemşirelerinin ATKÖ toplam puanı 73.45 ± 14.35 'dir (Tablo 4.7). Bolat'ın (2010) çalışmasında ATKÖ puan ortalaması 73.38 ± 14.06 , ATKÖ alt boyutlarından işe verilen önem ortalaması 32.65 ± 7.82 , hıza

verilen önem ortalaması 20.00 ± 4.41 , sosyal etkinliklerden uzaklaşma 9.20 ± 3.56 ve zamana verilen önem ortalaması 11.53 ± 2.36 olarak saptanmıştır. Erdem, Yıldırım, Atilla ve Oksay (2009) hastane çalışanlarının genel olarak A tipi kişilik özelliklerini yansıttıklarını belirtmektedir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. A Tipi Kişilik Ölçeğinden alınabilecek toplam puan 25-125 arasında değişmektedir. Bu sonuçlar insanların tamamen saf bir şekilde A tipi ya da B tipi olamayacağı bu iki tipten birine karşı daha fazla eğilimli olabilecekleri görüşünü desteklemektedir (Baltaş ve Baltaş, 2018). Cerrahi hemşirelerinin hıza verilen önem, zamana verilen önem ve sosyal etkinliklerden uzaklaşma alt boyutlarında A tipi kişilik özelliği gösterdikleri belirlendi. Cerrahi hemşirelerinin kişilik özellikleri ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanılmadığı için puanlarla ilgili karşılaştırma yapılamamıştır.

Cerrahi hemşireleri HTHEÖ İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutundan 86.58 ± 4.60 , Hastane Enfeksiyonları alt boyutundan 56.71 ± 4.85 , Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyutundan 40.79 ± 5.03 , İletişim alt boyutundan 23.44 ± 2.42 ve Düşmeler alt boyutundan 23.36 ± 2.39 puan almışlardır. Bu çalışmada hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortalaması 230.88 ± 16.70 olarak saptandı (Tablo 4.7). Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden alınabilecek toplam puan 49-245 aralığında olduğu için, çalışma kapsamına alınan cerrahi hemşirelerinin puanına bakıldığında tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Demir Dikmen, Yorgun, Yeşilçam, 2014; Özata, 2009; Cebeci, Gürsoy, Tekingündüz, 2012).

A Tipi Kişilik Ölçeği Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyut puanı ile çocuk sayısı ve cerrahi kliniğinde çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p=0.009$, $p=0.025$), (Tablo 4.8). Bolat (2010) çalışmasında çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının ATKÖ Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma alt boyut puanı arasında anlamlılık bulunduğunu belirtmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. A Tipi Kişilik özelliği gösteren kişilerin iş ve başarı odaklı olmaları nedeniyle sosyal etkinliklerden uzaklaştıkları ve iş dışındaki zamanlarında çocukları ile ilgilendikleri düşünülebilir.

A Tipi Kişilik Ölçeği Hıza Verilen Önem alt boyut puanı ile ekip uyumu puanı ve aylık nöbet sayısı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p=0.002$, $p=0.000$), (Tablo 4.8). Ekip uyumu puanı ve aylık nöbet sayısı azaldıkça Hıza Verilen Önem alt boyut puanı artmaktadır. A tipi kişilik yapısındaki insanlar genellikle geçinilmesi zor bireylerdir. Çevrelerindeki kişilerin problemleriyle vakit kaybetmek istemedikleri için ekip uyumları zor olur. İş arkadaşlarıyla veya üstleriyle kişilik çatışması yaşarlar (Baltaş ve Baltaş, 2018). Kaliteli bir sağlık hizmetinin verilmesi ancak uygun bir ekip çalışması ile mümkündür. Bu nedenle baskın A tipi kişilik özelliğine sahip bireylerin sadece kendi işlerine odaklanmalarının ekip çalışmasını olumsuz etkilediği ve fazla nöbet tutmak istemedikleri şeklinde düşünülebilir.

A Tipi Kişilik Ölçeği Zamana Verilen Önem alt boyut puanı ile ekip uyumu puanı ortalaması arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli, cerrahi kliniğinde çalışma yılı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p=0.017$, $p=0.043$), (Tablo 4.8). Ekip uyumu puanı azaldıkça Zamana Verilen Önem alt boyut puanı artmakta, cerrahi kliniğinde çalışma yılı arttıkça Zamana Verilen Önem alt boyut puanı artmaktadır. Öktem (2009) öğretmenlerle yaptığı çalışmasında ATKÖ alt boyutlarından en düşük ortalamanın zamana verilen önem olduğunu ve tüm alt boyutlar için 6–10 yıl kıdeme sahip öğretmenlerin puanlarını, diğer öğretmenlerin puanlarından anlamlı şekilde daha yüksek bulunduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanlarında diğer meslek gruplarının çoğuna göre işlerin kısa zamanda ve hızlı bir şekilde yapılma zorunluluğu vardır ve A tipi kişilik özelliğindeki insanlar yavaş çalışan birini görünce rahatsız olurlar. Bu nedenle cerrahi hemşirelerinde zamana verilen önem ve ekip uyumu arasında ters orantı olduğu düşünülebilir.

Bu araştırmada cerrahi hemşirelerinin HTHEÖ İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalamaları ile cerrahi kliniğinde çalışma yılı arasında düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p=0.020$), (Tablo 4.8). Cerrahi kliniğinde çalışma yılı arttıkça İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyut puan ortalaması da artmaktadır. Suzuki ve arkadaşları (2005) çalışmalarında yaş ile birlikte çalışma yılının artmasıyla ilaç hatalarının azaldığını saptamıştır. Üstüner Top ve Çam (2016) çalışmalarında çalışma yılı 10 yıldan fazla olan hemşirelerin hata yapma oranını çalışma yılı 10 yıl ve daha az olanlara göre düşük belirtmişlerdir.

Tang ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada işe yeni başlayan hemşirelerin ilaç hatalarına katkıda bulunan faktör olduğu ifade edilmiştir. Al-Shara (2011) çalışmasında ilaç hatalarının önde gelen nedenini yeni personel (%20.6) olarak belirtmiştir. Chang ve Mark (2009) yaptıkları çalışmada meslekte çalışma süreleri 10 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanlarının daha az hata yaptıklarını saptamıştır. Mesleki çalışma yılı az olan hemşirelerin ilaçlar hakkında yetersiz bilgi sahibi olmaları ve yeni çalışmaya başladıkları klinikte uyum sorunu yaşamalarının ilaç hatalarına neden olduğu düşünülebilir.

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları alt boyut puan ortalaması ile çocuk sayısı, toplam çalışma yılı ve cerrahi kliniğinde çalışma yılı arasında düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır (**p=0.025, p=0.047, p=0.036**), (Tablo 4.8). Çocuk sayısı, toplam çalışma yılı ve cerrahi kliniğinde çalışma yılı arttıkça Hastane Enfeksiyonları alt boyut puanı da artmaktadır (Tablo 4.8). Abdulreheem ve arkadaşları (2012) çalışmalarında 10 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin uyumunun daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Erden ve arkadaşları (2015) çalışmalarında hemşirelerin çalışma süresi arttıkça enfeksiyon kontrolünde izolasyon önlemlerine uyumunda artış olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerinin çalışma yılının fazla olması iş deneyimi ve uygulamadaki bilgi ve becerilerinin de artması demektir. Bu nedenle hastane enfeksiyonları konusunda daha özenli davranmaları beklenen bir durumdur.

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyut puanı ile çocuk sayısı, toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arasında düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır (**p=0.013, p=0.000, p=0.001, p=0.005**), (Tablo 4.8). Çocuk sayısı, toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arttıkça Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği alt boyut puanı da artmaktadır. Polat Külcü ve Yiğit (2017) çalışmalarında hasta izlemi ve malzeme-cihaz güvenliği boyutunda hemşirelerin hata yapmaya eğilimli oldukları belirtilmiştir. Kahrıman ve Öztürk (2016) hemşirelerin %20'sinin ise cihazları kontrol etmeden kullanmasının tıbbi hataya neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu konuda farklı çalışma sonuçları mevcuttur. Bu çalışmada meslekte deneyimli olan hemşirelerin Hasta izlemi ve

Malzeme Güvenliği konularında tıbbi hata yapma eğilimlerinin beklenen doğrultuda düşük olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler alt boyut puanı ile toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır (**p=0.038, p=0.036, p=0.037**), (Tablo 4.8). Toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arttıkça Düşmeler alt boyut puanı da artmaktadır. Cebeci Gürsoy ve Tekin Gündüz (2012) çalışmalarında en düşük puanın düşmeler boyutunda alındığını belirtmişlerdir. Meslekte çalışma yılı arttıkça hemşirelerin tecrübelerinden kaynaklanan bilgi birikimleri doğrultusunda tıbbi hata yapmama konusunda daha dikkatli davrandıkları düşünülebilir.

Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim alt boyut puanı ile kurumda çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır (**p=0.039**), (Tablo 4.8). Kurumda çalışma yılı arttıkça İletişim alt boyut puanı da artmaktadır. Kumcağız ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarına göre; hemşirelerin çalışma yılının genel iletişim beceri düzeylerini etkilediği, 20 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kurumda çalışma yılı fazla hemşirelerin işe ve kuruma uyum sağlamış olmalarının yanında problem çözme, işbirliği yapabilme ve iletişim kurma becerilerini geliştirmiş oldukları düşünülebilir.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması ile çocuk sayısı, toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır (**p=0.013, p=0.003, p=0.001, p=0.011**), (Tablo 4.8). Çocuk sayısı, toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arttıkça HTHEÖ toplam puanı da artmaktadır. Demir Dikmen, Yorgun, Yeşilçam (2014) çalışmasında genel olarak hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olduğu, bunun yanında mesleki çalışma deneyimi az olan ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin ise daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Alan ve Khorshid (2016) çalışmasında meslekte çalışma süresi arttıkça, hemşirelerin hata yapma eğiliminin azaldığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin çalışma yılının artmasının kuruma ve

mesleğe bağlılığı artırması ve hemşirelerin mesleki becerilerde kendilerini yeterli hissetmelerini sağlamış olması ile açıklanabilir.

Cerrahi Hemşirelerinde HTHEÖ Düşmeler alt boyutu ile ATKÖ Zamana Verilen Önem alt boyutu arasında pozitif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.152$, $p=0.023$), (Tablo 4.9). Düşmeler alt boyut puanı arttıkça Zamana Verilen Önem alt boyut puanı da artmaktadır. Zamana önem veren kişilik yapısına sahip olanlar zamanı iyi planlayarak kullanmak ve hızlı hareket etmek konusunda oldukça titiz ve özenlidirler. Bu nedenle hastaların düşmesiyle ilgili gerekli önlemleri alma konusunda zamanı iyi kullanarak çalıştıkları düşünülebilir.

Cerrahi Hemşirelerde HTHEÖ İletişim alt boyutu ile ATKÖ Zamana Verilen Önem alt boyutu arasında pozitif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.139$, $p=0.037$), (Tablo 4.9). İletişim alt boyut puanı arttıkça Zamana Verilen Önem alt boyut puanı da artmaktadır. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim alt boyutunda “hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim”, “sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim” ve “açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım” gibi işle ilgili iletişim durumu yer almaktadır. Dolayısıyla A tipi kişilik özelliğine sahip cerrahi hemşirelerinin dikkatli ve titiz çalışmaları nedeniyle iletişim alt boyutu içerisinde yer alan “işleri zamanında ve düzgün olarak yerine getirdikleri” şeklinde açıklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Cerrahi hemşirelerinin kişilik tipi ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmamızın bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlar;

- Araştırmaya alınan cerrahi hemşirelerinin %45.1'i 39 ve üzeri yaş grubunda, %85.7'si kadın, %76.8'i evli, %71'i çocuk sahibi ve %41.1'nin iki çocuğu olduğu bulundu. Hemşirelerin %65.2'si lisans mezunu, %19.6'sı Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi-Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, %17.4'ü Ameliyathane ve %17'sinin de Acil Ünitesinde çalıştığı saptandı. Hemşirelerin %62.1'i nöbet öncesi, %78.6'sı nöbet sonrası ve %68.8'inin çalıştıkları kliniklerde isteyerek çalıştıkları bulundu. Cerrahi hemşirelerin %84.4'ü kendilerinin tıbbi hata yapmadıklarını ve %63.4'ü ise diğer hemşire arkadaşlarının da tıbbi hata yaptıklarını görmediklerini belirtti.

- Araştırma kapsamına alınan cerrahi hemşirelerinin %88.8'i kadrolu ve %94.2'si klinik hemşiresi, %18.8'inin meslekte çalışma süresinin 16-20 yıl, %17.9'unun ise 11-15 yıl arasında olduğu bulundu. Cerrahi hemşirelerinin %43.3'ünün cerrahi kliniklerinde çalışma süreleri 1-5 yıl ve %41.5'inin kurumda çalışma süreleri 1-5 yıl arasında olduğu saptandı. Hemşirelerin %30.8'inin ayda 4-6 nöbet tuttuğu ve %78.6'sının gece-gündüz-karma olarak çalıştığı saptandı. Cerrahi hemşirelerin %20.5'i serviste gündüz 10-gece 8 ve %13.4'ü ise gündüz 4-gece 1 hemşire olacak şekilde çalıştığı belirlendi.

- Cerrahi hemşirelerinin ATKÖ toplam puanı 73.45 ± 14.35 olarak bulundu. Cerrahi hemşirelerinin ATKÖ "*İşe Verilen Önem*" alt boyutundan 31.93 ± 8.11 , "*Hıza Verilen Önem*" alt boyutundan 19.98 ± 4.00 , "*Zamana Verilen Önem*" alt boyutundan 10.96 ± 2.27 ve "*Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma*" alt boyutundan 10.58 ± 3.30 puan aldıkları belirlendi.

- ATKÖ "*Hıza Verilen Önem*" alt boyut puan ortalamaların tıbbi hata yapmayan ve nöbet sonrası izin kullanmayan cerrahi hemşirelerinde daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p=0.018**, **p=0.016**).

Cerrahi hemşirelerinde “*Hıza Verilen Önem*” alt boyut puanı arttıkça ekip uyumu ve aylık nöbet sayısının düştüğü ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve negatif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.002, p=0.000**).

- ATKÖ “*Zaman Verilen Önem*” alt boyut puan ortalamasının ayrı yaşayan cerrahi hemşirelerinde daha düşük olduğu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.005**). ATKÖ “*Zamana Verilen Önem*” alt boyut puanı ile cerrahi hemşirelerinin ekip uyumu puanı ortalaması arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli, cerrahi kliniğinde çalışma yılı arasında ise pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu belirlendi (**p=0.017, p=0.043**).

- ATKÖ “*Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma*” alt boyut puan ortalamalarının gece vardiyasında çalışan hemşirelerde ve gündüz 12-gece 8 hemşire olacak şekilde çalışanlarda daha düşük olduğu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.007, p=0.012**). Cerrahi hemşirelerinde “*Sosyal Etkinliklerden Uzaklaşma*” alt boyut puanı arttıkça çocuk sayısı ve cerrahi kliniğinde çalışma yılının da arttığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.009, p=0.025**).

- ATKÖ “*Hıza Verilen Önem*” alt boyut puan ortalamalarının sözleşmeli çalışan, 0-11 ay arasında çalışan, gündüz vardiyasında çalışan ve nöbet tutmayan hemşirelerde daha yüksek olduğu aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p=0.046, p=0.002, p=0.001, p=0.010**). Klinikte gündüz 12-gece 8 hemşire olacak şekilde çalışanların ATKÖ “*Hıza Verilen Önem*” alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.012**).

- Gündüz çalışan cerrahi hemşirelerinin, ATKÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.030**).

- Cerrahi hemşirelerinin HTHEÖ toplam puanı 230.88 ± 16.70 olarak belirlendi. Cerrahi hemşireleri HTHEÖ “*İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları*” alt boyutundan 86.58 ± 4.60 , “*Hastane Enfeksiyonları*” alt boyutundan 56.71 ± 4.85 , “*Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği*” alt boyutundan 40.79 ± 5.03 , “*İletişim*” alt boyutundan 23.44 ± 2.42 ve “*Düşmeler*” alt boyutundan 23.36 ± 2.39 puan aldıkları bulundu. Cerrahi hemşirelerinin çocuk sayısı toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma

yılı ve kurumda çalışma yılı arttıkça HTHEÖ toplam puanının da arttığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.013, p=0.003, p=0.001, p=0.011**).

- HTHEÖ “*İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları*” alt boyut puan ortalamasının çocuk sahibi olan, tıbbi hata yapmayan ve yapılan herhangi bir tıbbi hata görmeyen cerrahi hemşirelerinde daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptandı (**p=0.037, p=0.044, p=0.002**). Üroloji-Göğüs Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin HTHEÖ “*İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları*” alt boyut puanlarının diğer servislerde çalışanlardan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.000**). Hemşirelerin cerrahi kliniğinde çalışma yılı arttıkça “*İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları*” alt boyut puanının da arttığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.020**).

- HTHEÖ “*Hastane Enfeksiyonları*” alt boyut ve toplam puan ortalamalarının evli ve çocuk sahibi olan, herhangi bir tıbbi hata görmeyen cerrahi hemşirelerinde daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p<0.05**). Hemşirelerin çocuk sayısı, toplam çalışma yılı ve cerrahi kliniğinde çalışma yılı arttıkça “*Hastane Enfeksiyonları*” alt boyut puanının da arttığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.025, p=0.047, p=0.036**).

- HTHEÖ “*Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği*” alt boyut puan ortalamasının çocuk sahibi olan, çalışma isteği olan, herhangi bir tıbbi hatayı görmeyen cerrahi hemşirelerinde daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p=0.014, p=0.003, p=0.011**). 39 ve üzeri yaş grubunda olan cerrahi hemşirelerin HTHEÖ “*Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği*” alt boyut ve toplam puan ortalamaları 18-24 yaş ve 25-31 yaş grubunda olanlardan daha yüksek olduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (**p=0.045, p=0.046**). Kulak Burun Boğaz-Cildiye-Göz Cerrahi-Gastroenteroloji kliniklerinde çalışan cerrahi hemşirelerinin HTHEÖ “*Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği*” alt boyut puan ortalamalarının diğer servislerde çalışanlardan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p=0.000**). Cerrahi hemşirelerinin çocuk

sayısı, toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arttıkça “*Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği*” alt boyut puanının da arttığı aralarında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.013, p=0.000, p=0.001, p=0.005**).

- HTHEÖ “*Düşmeler*” alt boyut puan ortalamasının herhangi bir tıbbi hatayı görmeyen cerrahi hemşirelerinde daha yüksek olduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.005**). Kulak Burun Boğaz-Cildiye-Göz Cerrahi-Gastroentoroloji kliniklerinde çalışan cerrahi hemşirelerinin HTHEÖ “*Düşmeler*” alt boyut puan ortalamalarının diğer servislerde çalışanlardan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p=0.000**). Cerrahi hemşirelerinin toplam çalışma yılı, cerrahi kliniğinde çalışma yılı ve kurumda çalışma yılı arttıkça “*Düşmeler*” alt boyut puanının da arttığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.038, p=0.036, p=0.037**).

- HTHEÖ “*İletişim*” alt boyut ve toplam puan ortalamalarının isteyerek çalışan ve herhangi bir tıbbi hatayı görmeyen cerrahi hemşirelerinde daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p<0.05**). Cerrahi hemşirelerinin kurumda çalışma yılı arttıkça “*İletişim*” alt boyut puanının da arttığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.039**).

- Ortopedi kliniğinde çalışanların HTHEÖ “*Hastane Enfeksiyonları*”, “*İletişim*” alt boyut ve toplam puan ortalamalarının diğer servislerde çalışanlardan daha düşük olduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (**p=0.000**).

- HTHEÖ “*İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları*”, “*Hastane Enfeksiyonları*”, “*Düşmeler*”, “*İletişim*” alt boyut puan ortalamalarının ve ölçek toplam puan ortalamasının aylık 4-6 arası nöbet tutan ve gündüz 12-gece 6 hemşire olarak çalışan cerrahi hemşirelerinde daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p<0.05**).

- Cerrahi hemşirelerinde THEÖ “*Düşmeler*” ve “*İletişim*” alt boyut puanları ile ATKÖ “*Zamana Verilen Önem*” puanı arasında pozitif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (**p=0.023, p=0.037**).

6.2. Öneriler

- Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olarak saptanması memnuniyet verici bir sonuç olmakla birlikte aynı özen ve dikkatle çalışmalarını desteklemek amaçlı hizmet içi eğitim programlarıyla tıbbi hata konusunun öneminin sürekli vurgulanması,
- Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin “*Hıza Verilen Önem*” ve “*Zamana Verilen Önem*” alt boyutunda A tipi kişilik özelliğine daha yakın olmaları istendik bir durumdur. Çünkü bu alt boyutlarda işlerin hızlı yapılması, az zamanda çok iş başarmak ve iş disiplini gibi kavramlar yer almaktadır. Bu nedenle cerrahi hemşirelerinin seçiminde bu özelliklere dikkat edilmesi önerilebilir.
- Çalışan hemşirelerin kişiliklerinin birbirinden kısmen veya tamamen farklı olduğunu bilmek ve bu kişilik özelliklerinin bilincine varabilmek işyerindeki ilişkileri daha kaliteli ve verimli duruma getirecektir.
- Yeni atanan hemşirelerin kurum içi görev dağılımlarında kişilik değerlendirmelerinin yapıp en uygun kişinin en uygun bölümde çalıştırılması sağlanabilir.
- Farklı örneklem gruplarında araştırmanın tekrarlanması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abdulraheem IS, Amodu MO, Saka MJ, Bolarinwa OA, Uthman MMB. (2012). Knowledge, awareness and compliance with standard precautions among health workers innorth eastearn Nigeria. *Journal of Community Medicine Health Education*, 2(3), 1-5.
- Ahmad N, Jahan A, Imtiaz N. (2016). Personality correlates of optimism among couples. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 175-183.
- Alan N, Khorshid L. (2016). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1), 1-18.
- Alcan Z, Tekin DE, Özbucak Civil S. (2016). Hasta Güvenliği Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. İstanbul: Nobel Yayıncılık. S:12.
- Al-Shara M. (2011). Factors contributing to medication errors in Jordan: A nursing perspective. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(2), 158-161.
- Alemua W, Belachewb T, Yimam İ. (2017). Medication administration errors and contributing factors: A cross sectionalstudy in two public hospitals in Southern Ethiopia. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 7, 68-74.
- Akalın HE. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-146.
- Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. (2015). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 210-214.
- Aktaş AM. (2001). Bir kamu kuruluşunun üst düzey yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 56(4), 25-43.
- Alan H, Baykal U. (2018). Yönetici hemşirelerin kişilik özellikleri ve etkileyen kişisel ve mesleki özellikler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 119-128.

- Allard J, Carthey J, Cope J, Pitt M, Woodward S. (2008). Medication errors: causes, prevention and reduction. *British Journal of Haematology*, 116(2), 255-265.
- Amrollahi M, Khanjani N, Raadabadi M, Hosseinabadi MB, Mostafae M, Samaei SE. (2017). Nurses' perspectives on the reasons behind medication errors and the barriers to error reporting. *Brief Report*, 6(3), 132-136.
- Arslan H, Arkar H, Danaoğlu Z. (2011). Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 14(3), 143-149.
- Aslan Ö, Ünal Ç. (2005). Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47(3), 175-178.
- Aştı T, Acaroğlu R. (2000). Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (2), 22-27.
- Avcı U, Kaya U. (2010). Yıldırma (Mobbing) ve kişilik ilişkisi: Hizmet sektörü çalışanları üzerinde bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 12 (2), 51-79.
- Avşar G, Atabek Armutçu E, Karaman Özlü Z. (2016). Hemşirelerin tıbbi hata eğilim düzeyleri ve tıbbi hata türleri: Bir hastane örneği. *Journal of Health Sciences Professions*, 3(2), 115-122.
- Aygin D, Cengiz H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(3), 110-114.
- Bairami F, Molavı Taleghani Y. (2016). Improving medical error reporting: A successful experience from Iran. *Iran Journal of Public Health*, 45(5), 713-714.
- Balanuye B. (2014). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Baltaş Z, Baltas A. (2018). Stres ve Başa çıkma Yolları (35. bs.). İstanbul: Remzi Kitabevi. S: 148-150.

- Bari A, Khan RA, Rathore AW. (2016). Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(3), 523–528.
- Başak B, Türkmen Barutçu M, Bora Semiz B. (2017). Tüketicilerin kişilik özelliklerine göre gıda temelli yaşam tarzı profillerinin belirlenmesi. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 52-63.
- Batıgün Durak A, Şahin NH. (2006). İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyumunu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 32-45.
- Bayındır Çevik A, Demirci A, Güven Z. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitim sırasında yaptıkları ilaç uygulama hataları ve tıbbi hata farkındalıkları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 152-159.
- Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E ve ark. (2002). Patients safety: Views of practicing physicians and the public on medical errors. *The New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933-1940.
- Bolat T. (2010). Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kişilik Özelliklerinin Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bonney W. (2014). Medical errors: Moral and ethical considerations. *Journal of Hospital Administration*, 3(2), 80-88.
- Bozkurt Ö. (2006). Girişimcilik eğiliminde kişilik özelliklerinin önemi. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 1(2), 93-109.
- Burger JM. (2016). Kişilik (İD. Erguvan Sarioğlu Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları. (2004). S:77-78.
- Canatan H, Erdoğan A, 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.
- Caymaz M. (2015). Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 1-14.

- Cebeci F, Gürsoy E, Tekin Gündüz S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.
- Cervone D, Pervin LA. (2016). Kişilik Psikolojisi Kuram ve Araştırma (M. Baloğlu Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (2013). S: 16-18.
- Chamberlain CJ, Koniaris LG, Wu AW, Pawlik TM. (2012). Disclosure of “Nonharmful” medical errors and other events. *Archives of Surgery*, 147(3), 282-286.
- Chang YK, Mark BA. (2009). Antecedents of severe and nonsevere medication errors. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(1), 70–78.
- Cheragi MA, Manoocheri H, Mohammadnejad E, Ehsani SR. (2013). Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(3), 228-231.
- Cüceloğlu D. (2017). İnsan ve Davranışı (35. bs.). İstanbul: Remzi Kitapevi. S: 422.
- Çakmak C, Konca M, Teleş M. (2018). Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 423-448.
- Çavuşoğlu H. (2015). Çocuklarda ilaç uygulama hataları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 7(2), 121-127.
- Çetin NG, Beceren E. (2007). Lider kişilik: Gandhi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(5), 110-132.
- Çetinkaya P. (2016). Hemşirelikte Tıbbi Uygulama Hataları ve Hukuki Sonuçları (1. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık. S:62-102.
- Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-34.

- Damar A. (2015). Girişimci Kişilik Özelliklerinin Öğrencilerin Girişimcilik Eğilimlerine Etkisi: Sannio Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi'nde Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- David G, Gunnarsson CL, Waters HC, Horblyuk R, Kaplan HS. (2013). Economic measurement of medical errors using a hospital claims database. *Value in Health*, 16(2), 305-310.
- Deans C. (2005). Medication errors and professional practice of registered nurses. *Collegian*, 12(1), 29-33.
- Demir Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam N. (2014). Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 44-56.
- Demir Zencirci A. (2010). Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1), 67-74.
- Doğan T. (2013). Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14(1), 56-64.
- Durna U. (2005). A tipi ve B tipi kişilik yapıları ve bu kişilik yapılarını etkileyen faktörlerle ilgili bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(1), 275-290.
- Dursun S, Bayram N, Aytaç S. (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 1-14.
- Ehsani SR, Cheraghi MA, Nejati A, Salari A, Esmailpoor AH, Nejad EM. (2013). Medication errors of nurses in the emergency department. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 6(11), 1-7.
- Elwahab SA, Doherty E. (2014). What about doctors? The impact of medical errors. *The Surgeon*, 12(6), 297-300.
- Er F. (2016). Nedensel Yükleme Kuramı Doğrultusunda Verilen Eğitimin Hemşirelerin Tıbbi Hata Nedenlerini Belirlemelerine Etkisi. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.

- Er F, Altuntaş S. (2016). Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 132-139.
- Eren Gümüştekin G, Gültekin F. (2009). Stres kaynaklarının kariyer yönetimine etkileri. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(23), 147-158.
- Erdem R, Yıldırım HH, Atilla G, Oksay A. (2009). Hastane çalışanlarının kişilik özellikleri ve zamanı kullanma biçimlerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(2), 105-120.
- Erden S, Kahraman BB, Bulut H. (2015). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 388- 389.
- Erdinç İE. (2018). Üniversite gençliği bağlamında siyasal katılım ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(1), 195-223.
- Erkuş A, Tabak A. (2009). Beş faktör kişilik özelliklerinin çalışanların çatışma yönetim tarzlarına etkisi: Savunma sanayiinde bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(2), 213-243.
- Eroğlu F. (2017). Davranış Bilimleri (15. bs.). İstanbul: Beta Yayıncılık. S:243-251.
- Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1), 1-10.
- Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. (2007). Hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına yol açabilecek etkenlerin saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23 (2), 81-91.
- Filiz E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Bruel C, Max A, Lau N, Missot B. (2012). Overview of medical errors and adverse events. *Annals of Intensive Care*, 2(2), 1-9.

- Gorgich EA, Barfroshan S, Ghoreishi G, Yaghoobi M. (2016). Investigating the causes of medication errors and strategies to prevention of them from nurses and nursing student viewpoint. *Global Journal of Health Science*, 8(8), 220-227.
- Gözel G, Atmaca GD, Durat G. (2017). Hemşirelerin kişilik özellikleri ile iş performansları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 11-16.
- Grober ED, Bohnen JMA. (2005). Defining medical error. *Canadian Journal of Surgery*, 48(1), 39-44.
- Güleç D. (2012). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Güney S. (2018). Davranış Bilimleri (11. bs.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. S:185.
- Hisli Şahin N, Güler M, Basım HN. (2009). A tipi kişilik örüntüsünde bilişsel ve duygusal zekânın stresle başa çıkma ve stres belirtileri ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 243-254.
- Hisli Şahin N, Basım HN, Akkoyun N. (2011). A-tipi kişilik ve stres ilişkisinde üç önemli bileşen: öfke, etkisiz başa çıkma ve iş saplantısı. *Türk Psikoloji Dergisi*, 26(68), 31-44
- Horzum MB, Ayas T, Padır MA. (2017). Beş faktör kişilik ölçeğinin türk kültürüne uyarlanması. *Sakarya University Journal of Education*, 7(2), 398-408.
- Hu S, Brody CL, Fisher C, Gunzerath L, Nelson ML, Sabol SZ ve ark. (2000). Interaction between the serotonin transporter gene and neuroticism in cigarette smoking behavior. *Molecular Psychiatry*, 5(2), 181-188.
- Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. (2012). Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4), 421-430.
- Işık Andsoy I, Kar G, Öztürk Ö. (2014). Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 17-27.

- İbrahimoglu N, Karayılan D. (2012). A ve B tipi kişilik özellikleri ile zaman yönetimi davranışları arasındaki ilişkiler. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 33(33), 251- 262.
- İnanır A. (2012). Konaklama İşletmelerinde İşgörenlerin Kişilik Tipleri İle Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
- İstanbul İT, Yıldız H, Zora H. (2012). Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'nde uygulanan güvenlik raporlama sisteminin geliştirilmesine yönelik bir araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4(2), 1 – 17.
- İşçi N. (2015). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Kaldjian, LC, Jones EW, Wu BJ, Forman Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. (2008). Reporting medical errors to improve patient safety. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 40-46.
- Kalra J. (2004). Medical Errors: An Introduction to Concepts. *Clinical Biochemistry*, 37(12), 1043-1051.
- Karabacak G. (2010). İşgören Kişilik Özelliklerinin İş Stresi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Karaca R. (2015). Kişiliğim ve Ben (1. bs.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. S:30-31.
- Karaman Özlü Z, Eskici V, Aksoy D, Özer N, Yayla A, Avşar G. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(123), 83-103.
- Karancı N, Dirik G, Yorulmaz O. (2007). Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (Eka-Ggk) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 1-8.
- Karataş M, Yakıncı C. (2010). Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 233-236.

- Karayurt Ö, Turhan Damar H, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M. (2017). Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 16-23.
- Kaşlı M. (2009). Otel İşletmelerinde İşgörenlerin Kişilik Özellikleri, Lider-Üye Etkileşimi ve Tükenmişlik İlişkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.
- Kentsu J. (2007). Okul Yöneticilerinin Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Etik Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Koç S. (2014) Adli tıbbi açıdan malpraktis ve hekim sorumluluğu. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 5(1), 14-22.
- Koçak O, Eti S, Gürsoy G. (2017). A ve B kişilik tipine sahip kamu ve özel sektör çalışanlarının kişilik tiplerinin incelenmesi: Yalova örneği. *Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 6(15), 380-397.
- Korkmazer F, Yıldız A, Ekingen E. (2016). Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 141-154.
- Kosari S. (2018). Medication errors in nursing homes: The role of pharmacological knowledge. *Journal of Intensive and Critical Care Nursing*, 1(1), 9-10.
- Kulaksızoğlu A. (2008). Ergenlik Psikolojisi (10.bs.). İstanbul: Remzi Kitabevi. S :110-111.
- Kumcağız H, Yılmaz M, Balcı Çelik S, Aydın Avcı İ. (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38 (1), 49-56.
- Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA. (2010). Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *New England Journal of Medicine*, 363, 2124-2134.
- Litvinova A, Balarabe M, Mohammed AI. (2015). Influence of personality traits and age on academic self-handicapping among undergraduate students of Ahmadu Bello University, Zaria, Nigeria. *Psychology*, 6(15), 1995-2003.

- Malak B. (2009). Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Metin B. (2018). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği ve tıbbi hata (Malpraktis). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 76-78.
- Mitchell RLC, Kumari V. (2016). Hans Eysenck's interface between the brain and personality: Modern evidence on the cognitive neuroscience of personality. *Personality and Individual Differences*, 103, 74–81.
- Naessens JM, Campbell CR, Huddleston JM, Berg BP, Lefante JJ, Williams AR, Culbertson RA. (2009). A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 301-307.
- Odabaşoğlu E. (2013). Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Ok İ. (2006). İş Stresinin İlköğretim Okullarında Okul Yöneticileri Üzerindeki Etkisi (Konya Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Oktar S. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Özgeçmişlik, Kişilik Özellikleri ve Sosyal Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Öktem U. (2009). İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin A Tipi Kişilik Özellikleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Özata M. (2009). Hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin ve hasta bakımında gösterdikleri özenin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 417- 430.
- Özata M, Altuncan H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100 -111.

- Özçetin M, Saz EP, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. (2009). Hastane enfeksiyonları; Sıklığı ve risk faktörleri. *Çocuk Enfeksiyonları Dergisi*, 3(2), 49-53.
- Özer A. (2004). Bankacılık Sektöründe Kişiliğin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Özkaya N. (2008). 2002-2006 Yılları arasında Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunca Görüş Bildirilen Pediatrik Malpraktis İddiası İçeren Kararların İncelenmesi ve Tıbbi Hataların Tespiti. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Özsoy E. (2013). A Tipi ve B Tipi Kişilik ile İş Tatmini Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Öztürk H, Kahriman İ. (2016). Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitim Rehberi (1. bs.). İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık. S: 4-5.
- Öztürk YE, Kırış R, Bilgin A. (2017). Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarına yönelik bir araştırma. *III. Ibaness Kongreler Serisi*, 1448-1458.
- Öztürk YE, 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.
- Özyer Y, Bölükbaş N. (2016). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yüğü Algısı İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Özyeşil Z. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayış Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık Kişilik Özellikleri ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Parks L, Guay RP. (2009). Personality, values and motivation. *Personality and Individual Differences*, 47(7), 675-684.

- Pelit E, Türkmen F, Yarmacı N. (2010). Turizm sektöründeki iş görenlerin kişilik özelliklerini değerlendirmeye yönelik bir araştırma. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 2(1), 9–16.
- Polat O. (2015). Tıbbi Uygulama Hataları (2. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık. S:15-21.
- Polat Külcü D, Yiğit R. (2017). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 34-40.
- Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken, LH, Dinges DF. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.
- Sağlam U. (2017). Çalışanların Kişilik Özelliklerinin İş Tatmini ve Örgütsel Değişime Olan Etkileri: Bir Alan Araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Sarı S. (2011). Çalışanların Kişilik Özellikleri İle İş Doyumu Arasındaki İlişkiler: Bankacılık Sektörü Antalya Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Sarioğlu Uğur S. (2016). Kişilik Tipolojilerine Göre Çalışanların Örgütsel Sessizlik Algılamaları: Kamu ve Özel Kesimde Bir Araştırma. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Sarker SK, Vincent C. (2005). Errors in surgery. *International Journal of Surgery*, 3(1), 75-81
- Savi F. (2008). 12–15 Yaş Arası İlköğretim Öğrencilerinin Davranış Sorunları İle Aile İşlevleri ve Anne-Baba Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Sayar K. (2018). Ruh Hali (15. bs.). İstanbul: Timaş Yayıncılık. S:212.
- Seren İntepeler Ş, Dursun M. (2012). Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 129- 135.

- Solak Kabataş M, Sevinç F, Sav D. (2014). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 59-74.
- Soysal A. (2008). Çalışma yaşamında kişilik tipleri: Bir literatür taraması. *Çimento İşveren Dergisi*, 1(22), 4-19.
- Soysal AŞ, Can H, Kılıç KM. (2009). Üniversite öğrencilerinde A tipi davranış örüntüsü ile öfke ifadesi arasındaki ilişkinin analizi ve cinsiyetler açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 12(2), 61-67.
- Sudak MK, Zehir C. (2013). Kişilik tipleri, duygusal zeka, iş tatmini ilişkisi üzerine yapılan bir araştırma. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 11(22), 141-165.
- Suzuki Yamamoto M, Sorgini Peterlini MA, Bohomol E. (2011). Spontaneous reporting of medication errors in pediatric university hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(6), 766-71.
- Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Uchiyama M. (2005). Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 445-53.
- Swaminath G, Raguram R. (2011). Medical errors II, the aftermath: Mea culpa!. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(1), 9-12.
- Şahinöz T. (2016). Sen Kimsin? (1. Bs.). İstanbul: AZ Yayıncılık. S:79.
- Şişman S. (2012). Davranışsal inhibisyon sistemi/davranışsal aktivasyon sistemi ölçeği'nin türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 32(2), 1-22.
- Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. (2007). Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 447-457.
- Taşdemir G, Keskin G, Aktekin E. (2016). Örgüt ortamındaki kişilik yapılarının önemi. *Global Business Research congress (Gbrc)*, 2(1), 420-426.

- Tekin Çatal M, Kumcağız H. (2015). Üniversite öğrencilerinin kişilik özelliklerine göre psikolojik yardım alma tutumları. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 40, 45-60.
- Tiryaki F, Aykaç M. (2013). Farklı kişilik tiplerinin incelenmesinde yaratıcı drama yönteminin kullanımına ilişkin katılımcı görüşleri. *Tarih Okulu Dergisi*, 6(16), 605-626.
- Tokat B, Kara H, Karaa MY. (2013). A-B tipi kişilik özelliklerine sahip işgörenlerin olası bir örgütsel değişime yatkınlıklarının araştırılması. *International Periodical for The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 8(8), 1973-1988.
- Topcu MK. (2015). Çalışanların Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Özdeşleşme ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisinde Psikolojik Sözleşme Algısının Rolü. Doktora Tezi, Kara Harp Okulu, Ankara.
- Torun N, Şenel Tekin P. (2014). Ankara ilinde çalışan sağlık kurumları yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri açısından değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 45-56.
- Tunç E, Aliyev R. (2015). Lisansüstü öğrencilerinin kişilik özelliklerinin incelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 14(4), 949-963.
- Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. (2011). Hasta güvenliği kültürü ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 38-46.
- Tütüncü Ö, Küçükusta D. (2006). Hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama, *Hastane Yönetimi Dergisi*, 10(2), 61-68.
- Uçar N, Yıldırım G, Eser D, Özçelik Z, Ayhan B, Pamuk AG ve ark. (2013). Gece ve gündüz shiftlerinde, sağlık çalışanlarının hata bildirimlerinin değerlendirilmesi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 11(3), 93-100.
- Ulu M, Bulut MB. (2017). Üniversite öğrencilerinin kişilik özelliklerinin hexaco ile ölçülmesi. *Bilimname*, 2017(34), 443-463.

- Uzun Ş, Arslan F. (2008). İlaç uygulama hataları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 28(2), 217-222.
- Uzuntarla Y, Cihangiroğlu N. (2016). Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin analizi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 1-8.
- Üstüner Top F, Çam HH. (2016). Hastanede çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 213-219.
- Yelboğa A. (2006). Kişilik özellikleri ve iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi. "İş, Güç" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 8(2), 197-211.
- Yıldız S. (2001). Kişilik ve Meslek Seçimi Arasındaki İlişki ve Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Yıldız S, Taştan Boz İ, Yıldırım BF. (2012). Kişilik tipi ile olumlu sosyal davranış arasındaki ilişki: Marmara Üniversitesi öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 26(1), 215-233.
- Yıldız İ. (2015). Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Yıldızoğlu H. (2013). Okul Yöneticilerinin Beş Faktör Kişilik Özellikleriyle Çatışma Yönetimi Stili Tercihleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Yiğit R, Deniz ME. (2012). Deniz polislerin iletişim becerilerinin beş faktör kişilik özellikleri ve empatik eğilimlerine göre incelenmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 14(3), 67-84.
- Yolaçan AT. (2015). Özel Bir Hastanedeki Sağlık Çalışanlarının Kişilik Özelliklerinin Kişilerarası İlişkileri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

- Yöndem ZD. (2015). Kişilik Dinamikleri ve Stresle Baş Etme (3. bs.). Ankara: Efil Yayınevi. S:84-85.
- Yurtsever H. (2009). Kişilik Özelliklerinin Stres Düzeyine Etkisi ve Stresle Başa Çıkma Yolları: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Yücesan A, Alkaya SA. (2017). Bireylerin tıbbi hatalarla ilgili görüş ve deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 44(1), 25-34.
- Zafar S, Meenakshi K. (2012). A study on the relationship between extroversion-introversion and risk-taking in the context of second language acquisition. *International Journal of Research Studies in Language Learning*, 1(1), 33-40.
- Zaree TY, Nazari J, Asghary Jafarabadi M, Alinia T. (2018). Impact of psychosocial factors on occurrence of medication errors among tehran public hospitals nurses by evaluating the balance between effort and reward. *Safety and Health at Work*, 9(4), 447-453.
- Zel U. (2011). Kişilik ve Liderlik (3. bs.). Ankara: Nobel Yayıncılık. S:12.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Anket No:.....

1. Yaşınız ()1. 18-24 ()2. 25-31 ()3. 32-38 ()4. 39 ve Üzeri
2. Cinsiyetiniz: () 1. Kadın () 2. Erkek
3. Medeni durumunuz: () 1. Evli () 2. Bekar () 3. Ayrı yaşıyor
4. Çocuğunuz var mı? () 1. Yok () 2. Var 5. Varsa sayısı:.....
6. Eğitim düzeyiniz: () 1. SML () 2. Ön lisans () 3. Lisans
() 4. Yüksek Lisans () 5. Doktora
7. Çalıştığınız klinik:
8. Çalışma biçiminiz. ()1. Kadrolu () 2.Sözleşmeli ()3. Diğer...(Lütfen belirtiniz)
9. Hemşire olarak çalışma statünüz nedir?
() 1. Başhemşire () 2. Sorumlu Hemşire () 3. Hemşire
10. Çalışma yılınız: Yıl
11. Cerrahi alanında çalışma yılınız..... Yıl
12. Bu Kurumda Ne Kadar Süredir Çalışıyorsunuz? Yıl
- 13.Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz?
()1. Gündüz ()2. Gece ()3. Gece-gündüz-karma
14. Çalıştığınız serviste isteyerek mi çalışıyorsunuz: ()1.Evet ()2.Hayır ()3. Kısmen
15. Daha önce herhangi bir tıbbi hata yaptınız mı? ()1. Evet ()2. Hayır
16. Diğer hemşire arkadaşlarınızın herhangi bir tıbbi hata yaptığını gördünüz mü?
() 1. Evet () 2. Hayır
17. Aylık nöbet sayınız nedir?
18. Nöbet öncesi izin kullanma durumu: 1. Kullanıyorum () 2.Kullanmıyorum()
19. Nöbet sonrası izin kullanma durumu: 1. Kullanıyorum () 2. Kullanmıyorum ()
20. Klinikte çalışan hemşire sayısı: 1. Gündüz 2. Gece
21. Çalışma ortamınızdaki ekip uyumunu aşağıdaki şekil üzerinden puanlayınız.
(Uyumlu) 0 ----1-----3-----4----5-----6-----7-----8-----9-----10 (Uyumsuz)

Ek 2. Hemşirelikte 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)
İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum					
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum					
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım					
Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim					
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim					
İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim					
HASTANE ENFEKSİYONLARI	HİÇ (1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim					
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim					
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak- yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm					
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					

Ek 2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Devam)

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

Ek 3. A Tipi Kişilik Ölçeği

Aşağıda kişilerin gündelik yaşamlarındaki davranışlarına ilişkin 25 cümle verilmiştir. Her cümlenin yanında o cümledeki ifadelerin sizi ne kadar tanımladığına ilişkin %0 ile %100 arasında değişen bir ölçek vardır. Lütfen ifadeyi dikkatle okuyup sizi ne kadar tanımladığınızı o derecenin altındaki kutu içine × işareti koyarak işaretleyiniz.

	%0 Hiçbir Zaman	%25 Nadiren	%50 Bazen	%75 Sık sık	%100 Her Zaman
1. Konuşurken bazı önemli kelimeleri vurgulayarak söylerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hızlı yemek yer ve hızlı yürürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Çocukların rekabetçi olmaları için özendirilmeleri gerektiğine inanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Yavaş çalışan birini görünce rahatsız olurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. İnsanlarla konuşurken, ne söylüyorlarsa, bir an önce söylemeleri için aceleci davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trafikte sıkışıp kalınca ya da bir bankada sıra beklemek zorunda kalınca öfkelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bir başka insanı dinlerken bile aklım kendi sorunlarımda olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aynı anda birkaç işi bir arada yapmaya çalışırım (telefonla konuşurken hesap yapmak, dişlerimi fırçalarken gazete okumak, saç kuruturken ders çalışmak vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tatillerimi işlerimi yetiştirmek amacıyla kullanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Konuşmalar sırasında konuyu beni ilgilendiren yöne doğru çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Zamanımı sadece gevşemek ve rahatlamak için harcadığımda suçluluk duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Çalışırken etrafımda olup biteni fark edemeyecek kadar kendimi işe veririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kendimi geliştirmek, sosyal konulara zaman ayırmak yerine daha çok çalışmam gerektiğini düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gün geçtikçe, daha az zaman içinde, daha çok iş çıkartmak için çaba gösteririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Randevularıma hep zamanında giderim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Konuşurken kendi görüşlerimi vurgulamak için yumruklarımı sıkarak yada masaya vurmaya gibi hareketler yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Başarılarımın, hızlı çalışma yeteneğimden kaynaklandığını düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. İşlerin hemen ve hızlı yapılması gerektiğini düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. İşlerimi daha çabuk bitirmek için sürekli olarak daha etkili yollar bulmaya çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Oyunlardan zevk almak yerine kazanmak için hırslı davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Diğer kişiler iş yaparken sık sık araya girerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Diğer kişiler geç kaldıklarında rahatsız olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Yemekten sonra hemen masadan uzaklaşıp işe yönelirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Telaş içindeyimdir (kendimi sürekli olarak bir şeyleri hemen bitirmek zorundaymış gibi hissedirim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Şu anki çalışma düzeyimden memnun değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırma Adı: Cerrahi Hemşirelerinin Kişilik Özellikleri İle Tıbbı Hata Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Ben Gönül AKAR, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak yürüttüğüm bu çalışma sonuçların tıbbi hataların daha az yaşanması adına bu kliniklerinde çalışacak hemşirelerin kişilik özelliklerinin göz önünde bulundurulması konusunu düşündürmede ve benzer çalışmalara ışık tutacak verilerin elde edilmesinde yardımcı olacağını düşünmekteyim.

Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü ve Giresun İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Katılmanız konusunda hiçbir zorunluluk yoktur. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar tamamen rakamsal değerler üzerinden ifade edileceği için anketlerde isim yer almayacaktır.

Araştırmayla ilgili her türlü soruyu aşağıda yer alan iletişim bilgilerimden bana ulaşarak sorabilirsiniz.

Bu formu imzalamakla araştırmaya katılmayı kabul etmiş oluyorsunuz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Katılımcı (Hemşire)

Adı-Soyadı:

Telefon:

İmza

Araştırmacı

Adı-Soyadı: Gönül AKAR

Telefon:05414556756

e- mail:gonulakar@live.com

Ek 5. A Tipi Kişilik Ölçeği Kullanım İzni

aysegul durak <ayseguldurak@yahoo.com>
14.03.2019 Per 10:11

Siz

Sayın Akar,
söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...
Ayşegül Durak Batıgün

On Tuesday, March 12, 2019 10:24 PM, gönül akar <gonulakar@live.com> wrote:

Sayın Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün,

Giresun Dr. Ali Menekşe Göğüs Hastalıkları Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktayım. Aynı zamanda Ordu üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında yüksek lisans eğitimi almaktayım.

Yüksek lisans tezinde, tarafınızdan geliştirilmiş olan "A Tipi Kişilik Ölçeği" kullanmak için izin istiyorum. Desteğiniz için şimdiden teşekkür ediyorum.

Saygılarımla,
Gönül Akar

Ek 6. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni

Re: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Musa Özata <musaozata@gmail.com>
Pzt 21.05.2018 14:04
Siz

Ekler

8.7-tıbbi hataya eğilim ölçeği...
620 KB

TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ...
22 KB

2 ek (642 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

ölçeği kullanabilirsiniz. gerekli materyali ekte yolluyorum. iyi çalışmalar.

19 Mayıs 2018 22:21 tarihinde gönül akar <gonulakar@live.com> yazdı:

Sayın Prof. Dr. Musa Özata,

Giresun Dr. Ali Menekşe Göğüs Hastalıkları Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktayım. Aynı zamanda Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında yüksek lisans eğitimi almaktayım.

Yüksek lisans tezinde, tarafımızdan ve Handan Altunkan tarafından geliştirilen ve tarafımızdan Geçerlik ve Güvenilirlik çalışması yapılmış olan "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği"ni kullanmak için izin istiyorum. Desteğiniz için şimdiden teşekkür ediyorum.

Ek 7. Kurum İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

GİRESUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GİRESUN İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 49005789-799
Konu : Araştırma İzni / Gönül AKAR

DAĞITIM YERLERİNE

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Gönül AKAR'ın Öğretim Üyesi Doç.Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın danışmanlığında "Cerrahi Hemşirelerinin Kişilik Tipi İle Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkilerinin Belirlenmesi" adlı araştırmasını yapabilmesi için alınan komisyon kararı ekte gönderilmiş olup, yapılan çalışmanın sonucunun ve sonrasında yapılan yayının bir nüshasının Müdürlüğümüze verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-İmzalıdır.

Opr.Dr. Hasan H. ARSLANTÜRK
İl Sağlık Müdürü

EK:

-Komisyon Kararı (1 Sayfa)

DAĞITIM:

Ordu Üniversitesi Rektörlüğü (Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Grü Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giresun İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi

Faks No:

e-Posta: pembe.yildiz@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.giresunkhb.gov.tr

Bilgi için: PEMBE DEGE

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 0(454) 260 20 00 / 381

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ccead640-d498-4c79-a316-55bca1833980 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7. Kurum İzni (Devam)

GİRESUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GİRESUN İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK KAYIT BİRLİMİ
15.10.2018 14:06 - 40001789 - 301789 - 3.99.1328



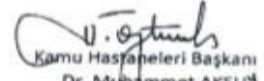
GİRESUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KOMİSYON KARARI

Ordu Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 05.10.2018 tarih ve 36910495-663.08 sayılı yazısına istinaden; Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Gönül AKAR'ın Öğretim Üyesi Doç.Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın danışmanlığında "Cerrahi Hemşirelerinin Kişilik Tipi ile Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkilerinin Belirlenmesi" konulu çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı GRÜ Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi Komisyonumuzca uygun mütalaa edilmiştir.


İl Sağlık Müdürü
Op.Dr. Hasan Hüseyin ARSLANTÜRK

ÜYELER:

Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı
Mehmet ŞAHİN


Kamu Hastaneleri Başkanı
Dr. Muhammet AKSU

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yrd.
Uzm.Dr. Y. KÖKSAL

Şube Müdürü
Ahmet AYDIN

.../10/2018 Ebe



: Ü.USTA

Giresun İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi
Tel: 0454 260 20 00 / 487

e-posta: umran.usta@saglik.gov.tr

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ccead640-d498-4c79-a316-55bca1833980 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7. Kurum İzni (Devam)

 T.C. Sağlık Bakanlığı	T.C. ORDU VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	109 ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ORDU HASTANE HİZMETLERİ/AGİZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ BİRİMİ 24072018 16.06 - 66501263 - 772.99 - E 389  00073544561
Sayı : 66501263-772.99 Konu : Araştırma İzni (Gönlü AKAR)		
ORDU DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE		
İlgi : 03/07/2018 tarihli ve 19419511-903.99-1259 sayılı yazınız.		
<p>Giresun Dr.Ali Menekşe Göğüs Hastalıkları Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan Gönlü AKAR'ın "<i>Cerrahi Hemşirelerin Kişilik Tipi İle Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi</i>" konulu çalışmasının sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı yazımız ekinde sunulmuştur.Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;</p> <p style="text-align: center;">Gereğini rica ederim.</p>		
e-imzalıdır. Uzm.Dr.Mesut SAKA Başkan		
Ek: 1-Komisyon Kararı ve İşbirliği Protokolü (2 Sayfa)		
Bucak Mah. İbni Sina Cad. No:18 Faks No: e-Posta:ozge.celebi@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ozge.celebi@saglik.gov.tr		Bilgi için:ÖZGE ÇELEBİ Unvan:Veri Giriş Personeli Telefon No:04522231429-184
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 62add950-ba6d-4c3c-b5cb-a8f7647c407a koda ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		

Ek 7. Kurum İzni (Devam)



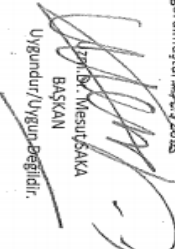
1.C.SAĞLIK BAKANLIĞI ORDU VALİLİĞİ

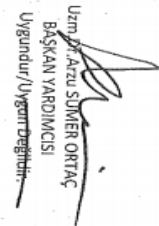
ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

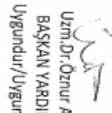
ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

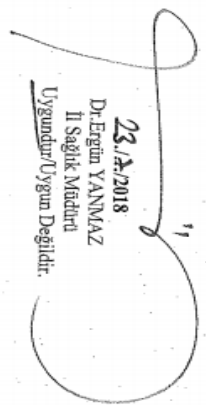
UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAK TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
Hemşire	Gönlü AKAR	Giresun Dr. Ali Menekşe Göğüs Hastalıkları Hastanesi	-Ordu Devlet Hastanesi	20/07/2018 31/12/2018	Cerrahi Hemşirelerin Kişilik Tipi ile Tıbbi Hayata Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılmalarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışmaya sonuna edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla **03/07/2018** tarih **19419511/E.1259** sayılı yazı ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür. **23.7.2018**


Dr. Mesut ÇAKKA
BAŞKAN
Uygundur/Uygun Değildir.


Dr. Arzu SÜMER ORTAÇ
BAŞKAN YARDIMCISI
Uygundur/Uygun Değildir.


Dr. Öznur AYDIN
BAŞKAN YARDIMCISI
Uygundur/Uygun Değildir.


23.7.2018
Dr. Ergün YANMAZ
İl Sağlık Müdürü
Uygundur/Uygun Değildir.

Ek 8. Etik Kurul Onayı



ORDU
ÜNİVERSİTESİ



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
20/09/2018	18	15.30	2018-191

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2018/ 191

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın KAEK 156 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Cerrahi Hemşirelerinin Kişilik Tipi İle Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*" başlıklı araştırmasının Giresun İl Sağlık Müdürlüğü izni alınması koşulu ile etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-izmlıdır
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gönül AKAR
Doğum Yeri : Giresun/Merkez
Doğum Tarihi : 22.05.1984
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : gonulakar@live.com
İletişim Bilgileri : Giresun Dr. Ali Menekşe Göğüs Hastalıkları Hastanesi
Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksek Okulu	2003-2007

İş deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Giresun Duroğlu Sağlık Ocağı	2009-2011
Hemşire	Giresun Dr. Ali Menekşe Göğüs Hastalıkları Hastanesi	2011-Halen