

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .

← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS
TEZİ

HEMŞİRELERİN TIBBİ HATALARA YÖNELİK TUTUMLARININ
İNCELENMESİ

OSMAN ALAMAN

DANIŞMAN
PROF.DR. HATİCE KAYA

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI

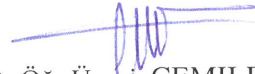
İSTANBUL-2018

Bu çalışma 07.01.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ


Prof. Dr. HATİCE KAYA
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

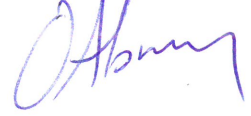

Prof. Dr. RENGİN ACAROĞLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi


Dr.Öğr.Üyesi CEMİLE SAVCI
İstanbul Medeniyet Üniversitesi-
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Osman ALAMAN



İTHAF

“Bu çalışmayı, hayatımın her safhasında destekleri ile yanımda olan eşim Kübra Alaman’a ve beni yetiştiren anne, babama ithaf ediyorum”.

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans aşamalarımda değerli bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan, katkılarıyla rehberlik eden ve desteğini her zaman hissettiğim danışmanım, Prof.Dr.Hatice Kaya'ya;

Akademik yaşantım süresince ilgi, destek ve yardımlarından ötürü, başta Prof.Dr.Rengin Acaroğlu, Doç. Dr. Funda Büyükyılmaz, Yard.Doç.Dr.Aylin Özakgöl ve Yard. Doç. Dr. Nuray Turan hocalarıma ve arkadaşım Araş.Gör.Yeliz Çulha'ya,

Araştırmaya katılmaya katılmayı kabul eden İÜC Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi hemşirelerine,

Ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. GÜVENLİK.....	3
2.1.1. Hasta Güvenliği Kavramı.....	3
2.1.2. Tıbbi Hata (Malpraktis) Kavramı	4
2.1.3. Tıbbi Hataların Nedenleri ve Sınıflandırılması.....	6
2.1.4. Tıbbi Hataların Bildirimi	7
2.1.5. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar.....	8
2.1.6. Tıbbi Hatalarda Hemşirelerin Sorumlulukları	11
2.2. TUTUM	12
2.2.1. Tanımı	12
2.2.2. Tutumun Oluşumu ve Davranış ile İlişkisi	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	15
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	15
3.2.1. Bağımsız Değişkenler	15
3.2.2. Bağımlı Değişkenler	15
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	15
3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	15
3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI.....	16

3.5.1. Veri Toplama Araçları	16
3.5.1.1. Bilgi Formu (EK-1).....	16
3.5.1.2. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (EK-2).....	16
3.5.2. Verilerin Toplanması	17
3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	18
4. BULGULAR.....	19
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	20
4.2. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular.....	25
4.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hata Tutum Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	28
5. TARTIŞMA	34
5.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	34
5.2. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması	35
5.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hata Tutum Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	38
KAYNAKLAR	44
HAM VERİLER	55
FORMLAR	56
PATENT HAKKI İZİNİ	62
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	63
ÖZGEÇMİŞ	64

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=232)	20
Tablo 4-2: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımları (N=232).....	25
Tablo 4-3: Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin Alt Boyutları ve Toplamından Aldıkları Puanlar (N=232).....	26
Tablo 4-4: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=232).....	28



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: <i>Yaş dağılımları</i>	21
Şekil 2: <i>Cinsiyet dağılımları</i>	21
Şekil 3: <i>Medeni durum dağılımları</i>	22
Şekil 4: <i>Eğitim durumu dağılımları</i>	22
Şekil 5: <i>Çalışılan kliniklerin dağılımları</i>	23
Şekil 6: <i>Çalışma sürelerinin dağılımları</i>	23
Şekil 7: <i>Tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumunun dağılımları</i>	24
Şekil 8: <i>Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının dağılımları</i> ...	27



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

JCAHO : Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu

NCSS : Number Cruncher Statistical System

ICN: Hemşirelerelin etik kodları Uluslararası Hemşireler Birliği

ANA: Amerikan Hemşireler Derneği

UKCC: İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi

QSEN: Hemşireler için Kalite ve Güvenlik Eğitimi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü



ÖZET

Alaman, O. (2018). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Tıbbi hatalar sağlık sistemi içerisinde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan hatalar hastanede kalış süresinin uzamasına, sağlık harcamalarının artmasına, sağlık sistemi ve bakıma olan güvenin azalmasına, sağlık çalışanlarının moral ve motivasyonunun azalmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda bu araştırma, hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı türde planlandı.

Araştırma evrenini, İstanbul'da bir üniversite hastanesinde Mayıs-Ağustos 2018 tarihleri arasında çalışan tüm hemşireler (800), örnekleme ise araştırmaya katılmayı kabul eden 232 hemşire oluşturdu. Verilerin toplanmasında "Bilgi Formu" ve "Tıbbi Hata Tutum Ölçeği" kullanıldı. Verilerin analizi bilgisayar ortamında NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı ile tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra Student t Test, Oneway Anova Test ve Bonferroni testi kullanılarak gerçekleştirildi.

Hemşirelerin yaş ortalaması $31,54 \pm 5,69$ (min-mak: 21-50) yıl, çoğunun kadın, evli, lisans mezunu olduğu görüldü. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları $3,80 \pm 0,33$, tıbbi hata algısı alt boyut puan ortalamaları $2,68 \pm 0,77$, tıbbi hataya yaklaşım puan ortalamaları $3,97 \pm 0,50$, tıbbi hata nedenleri puan ortalamaları $3,95 \pm 0,45$ bulundu. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan klinik, çalışma süresi ve tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumuna göre ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı.

Sonuç olarak, tıbbi hatalara yönelik kültürün geliştirilmesinde tıbbi hatalara yönelik tutumun önemsenmesi ve bu konuda hemşirelere yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, hasta güvenliği, hemşirelik sorumlulukları, tıbbi hata, tutum

ABSTRACT

Alaman, O. (2018). Investigation of Nurses' Attitudes Towards Medical Errors. Istanbul University-Cerrahpasa Institute Graduate Studies, Department of Fundamentals of Nursing. Master's Thesis. Istanbul.

Medical errors are an important problem in the health care system. They lead to prolongation of hospital stay, increase in health expenditures, decrease in confidence to health system and care, and decrease the motivation of health-care workers. In this context, this study was planned as a descriptive study in order to determine the attitudes of nurses towards medical errors. The study population universe was consisting of all nurses working at a university hospital in Istanbul between May and August 2018 (n = 800) and a total of 232 nurses who agreed to participate in the study formed the study sample. 'Data Form' and 'Medical Error Attitude Scale' were used to obtain data.

Data were analyzed with the help of NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) program by using descriptive statistical methods together with the Student t Test, Oneway Anova Test and Bonferroni test.

The mean age of the nurses was 31.54 ± 5.69 years (min-max: 21-50 years), and the majority of them were women, married and bachelor graduate. The mean score of the nurses' Attitude Scale for Medical Errors was 3.80 ± 0.33 points, mean of medical error perception sub-scale was 2.68 ± 0.77 points, mean of medical error approach was 3.95 ± 0.50 points, the mean of medical error causes score was 3.95 ± 0.45 points. There were statistically significant differences in the mean total score and sub-scale scores according to age, gender, marital status, educational status, the relevant clinic, working time and the status of being trained for medical errors.

In conclusion, it is advisable to consider the attitudes towards medical errors and to organize training programs for nurses in this regard in order to develop culture for medical errors.

Key Words: Nursing, patient safety, nursing responsibilities, medical error, attitude

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbi hatalar sağlık sistemi içerisinde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi hata kavramının farklı tanımları mevcuttur. Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations –JCAHO) tıbbi hata kavramını; “Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (Güleç 2012). Tıbbi hatalar tanı hataları, tedavi hataları, koruyucu tedavi hataları, diğer hatalar olarak sınıflandırılır. Bu kapsamda tıbbi hatalar; bulguların atlanması, tetkiklerin eksik incelenmesi, girişimsel, hastane infeksiyonları, yanlış taraf ameliyatı, kimlik doğrulama hataları, kazalar, yeterli beslenmeme ve taburculuk eğitiminin yetersiz olması olarak karşımıza çıkmaktadır (Ertem ve ark. 2009; Demir ve ark. 2014).

2011 yılında Amerika Birleşik Devletleri’ndeki hastanelerden alınan verilere göre her yıl 400.000 kişi engellenebilir sağlık hizmeti hataları nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000). Türkiye’de 2010 yılında yapılan bir çalışmada hata yapma oranının %6,2 ve hataya şahit olma oranının %10,4 olduğu görülmüştür (Özata ve Altuncan 2010). Yapılan araştırmalar incelendiğinde tıbbi hataların kaynakları; iletişim eksikliği, bilgi eksikliği, kayıt hataları, hatalı karar, özen eksikliği, hataları önleyen bir sistemin olmaması, yetki ve sorumlulukların belirlenmemesi, iş yoğunluğu, hemşire- hasta oranının fazla olması olarak karşımıza çıkmaktadır (Ertem ve ark. 2009; Karataş ve Yakıncı 2010; Güleç ve İntepeler 2013; Demir ve ark. 2014; Saygın ve Keklik 2014; Avcı ve Aktan 2015; Yiğitbaş ve ark. 2016).

Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturur. Yapılan hatalar hastanede kalış süresinin uzamasına, sağlık harcamalarının artmasına, sağlık sistemi ve bakıma olan güvenin azalmasına, sağlık çalışanlarının moral ve motivasyonunun azalmasına neden olmaktadır (İntepeler ve Dursun 2012; Saygın ve Keklik 2014). Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek veya azaltmaya yönelik kullanılan en önemli yöntem, hataların bildirilmesi ve analizidir. Bu nedenle sağlık sistemi içerisinde raporlama sistemi çok önemli bir yere sahiptir. Özellikle hataların bildirimine yönelik stratejilerin

geliştirilmesi, eğitimlerin verilmesi, bilgi sistemlerinin güçlenmesi ile tıbbi hataların engellenmesi sağlanabilir (Ertem ve ark. 2009; Özata ve Altuncan 2010).

Hataların önlenmesini sağlayan kurumsal kültürün oluşması için eğitimlere önem verilmesi gerekmektedir. Çalışma ortamında hataları ortaya çıkarmak, hataların ciddi hasarlara yol açmasını engellemek için, bunların saptanmasının önemini vurgulandığı bir kurum kültürü oluşturmak gerekir (Ardahan ve Alp 2015). Bunun için sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünün ve tıbbi hataları algılama biçimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Tıbbi hata türleri hekim ve hemşirelerin görevlerini yerine getirirken en sık karşılaştıkları veya yol açtıkları hata türlerini içermektedir. Bu bağlamda, hata oranlarının azaltılabilmesi için sağlık profesyonellerinin tıbbi hatalara karşı tutumlarının belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (Güleç 2012). Hataların hemşireler tarafından bilinmesi, hatalı uygulamalara neden olan faktörlerin incelenmesini, tanımlanmasını ve önlenmesine ilişkin stratejilerin belirlenmesini sağlayacaktır (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Litaratür taraması yapıldığında tıbbi hataların nedenleri ve sonuçları üzerinde durulduğu, ancak sağlık profesyonellerinin tıbbi hatalara yönelik tutumlarını inceleyen çok az çalışmaya rastlanmıştır (Ertem ve ark. 2009; Ardahan ve Alp 2015; Avcı ve Aktan 2015; Yıldırım ve ark. 2016). Bu bağlamda bu çalışmada hemşirelerin tıbbi hatalara karşı tutumlarını belirleyerek, hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmek ve farkındalık yaratmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GÜVENLİK

2.1.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Sağlık, insan yaşamının devamında öznel bir yere sahip olan aynı zamanda “hastalığın ve sakatlığın olmayışı” gibi dar bir düşünceden “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” düşüncesine ulaşan, sübjektif verilerin objektif veriler ile birleştiği tam bir iyilik hali olarak karşımıza çıkmaktadır (Bolsoy ve Sevil 2006; Güleç 2012). Türk Dil Kurumu sözlüğünde ise sağlık, “Bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumu olması” olarak yer almaktadır (<http://www.tdk.gov.tr>).

Sağlık hizmeti, birbirinden farklı hastalıkları ve gereksinimleri olan bireyler için sunulan bir hizmettir. Sunulan sağlık hizmeti geniş bir alana yayılmış ve oldukça karmaşıktır. Sağlık hizmeti sunarken en önemli öncelik, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmalıdır (Ekici 2016).

Güvenlik, temel insan gereksinimlerinden biridir ve insan yaşamının her döneminde önemlidir. Güvenlik, yaşamı sürdürmek için temel olan bir konudur ve diğer fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerin karşılanması kadar gereklidir (Özden 2014). Güvenlik kavramı birçok bilim alanında olmakla beraber tıbbi bilimlerde vazgeçilmez bir yere sahiptir.

Klinik araştırmalarda hasta güvenliği kavramı ilk olarak 1970’te ortaya atılmıştır. Hasta güvenliği, tedavi sürecinde zarar verecek ya da zarar verme potansiyeli olan durumlara karşı sağlık kuruluşları ve burada çalışanlar tarafından alınan tüm önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır (Ayhan Öncü 2017; Ebik 2017). Bir başka hasta güvenliği tanımı ise Ulusal Hasta Güvenliği ajansı tarafından “Sağlık hizmeti alan bir veya birden fazla hastanın, beklenmeyen veya istenmeyen bir olay karşısında en az zararı almasına yönelik oluşturulan uygulama” olarak belirlenmiştir (Durmaz 2016).

En az zarar ile sağlığın iyileştirilmesi konusunda sağlık hizmeti ve hasta güvenliği kavramları bütünleşmiş öğelerdir. Teknolojik gelişmeler ile birlikte sağlık hizmetlerindeki ve süreçlerindeki gelişmeler de sürekli olarak devam etmektedir. Bu

gelişmeler hataların meydana gelme riskini de arttırmaktadır (Güleç 2012; Akalın 2014). Ancak hasta güvenliğinden ödün verilmez ise tıbbi hatalar engellenebilir (Güven 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık bakımının temel kriteri olarak hasta güvenliğini belirlemiş ve çeşitli problemler sonucunda bakım sürecinde hataların görülebileceğini belirtmiştir. Hasta güvenliği; performans geliştirme, çevre güvenliği, risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç kullanımı, güvenli ekip, güvenli klinik uygulama, güvenli bakım gelişmelerinin yer aldığı kompleks bir sistem gerektirir (Menken 2018). 2007 yılında Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses -ICN) olumlu çalışma ortamına değinmiş ve karmaşık yapıda kaçınılmaz olan hataların ciddi sonuçlara yol açabileceğini belirtmiştir. Dolayısıyla hasta güvenliğinin öncelikli konular arasında olması gerektiğini vurgulamıştır (Balık 2014).

Tüm ülkelerin önceliklerinden biri olan en iyi sağlık sisteminin sunulmasında hasta güvenliği, belirleyici faktörler arasında yer almaktadır. Hasta güvenliği içinde tıbbi hatalar, sunulan sağlık hizmetlerinin düzeyine bakılmaksızın her zaman oluşabilmektedir. Hasta güvenliğinde başarıya ulaşmak, sorunların büyüklüğü konusunda farkındalığın artırılması, hatalardan öğrenmeyi kolaylaştırmak ve bu hatalar sonucunda suçlayıcı, cezalandırıcı olmayan kültürün geliştirilmesiyle olacaktır (WHO 2006).

2.1.2. Tıbbi Hata (Malpraktis) Kavramı

Türkçe karşılığı yanlış, yanlışlık ya da yanılı olan “hata”, Türkçe sözlükte, istemeyerek ve bilmeyerek, kasıt olmadan yapılan kusur olarak tanımlanmaktadır. Hataların kasti olarak mı, yoksa ihmal sonucunda mı oluştuğu önemlidir. Kastı hata bilerek kurallara aykırı hareket etmek yani bilinçli ve istekli olarak haksız bir sonucun doğmasına neden olmaktır. Kasıtlı olmayan hata ise ihmaldir. İhmal durumunda özen gösterme ve önlem alma eksikliği söz konusudur (Işık ve ark 2012).

Sağlık bakımı sırasında tüm sağlık profesyonellerinin uygulamaları “izin verilen risk” kapsamında olmalıdır. Bu kapsamda insana bağlı faktörler, kurumsal faktörler, teknik faktörler nedeniyle ortaya çıkan, hastaların zarar görmesi ile sonuçlanan tüm durumlar tıbbi hata olarak adlandırılır (Demir Zencirci 2010; Akalın 2005).

Yeni bir konu olarak görülen tıbbi hata kavramı aslında M.Ö 1800’lü yıllara dayanan Hammurabi Kanunları’nda yer almaktadır. Hekimin yapacağı hatalara karşılık

yapılacaklara değinerek bu kavrama dikkat çekmiştir (Altuncan 2009). Her geçen gün büyüyen bir problem olan tıbbi hatalar, 1950-1960 yıllarında raporlanmasına rağmen dünya genelinde tartışılmasına ve yaygınlaşmasına, 1990'ları takip eden yıllarda Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere gibi ülkelerde yapılan çalışmalarla başlanmıştır (Altuncan 2009). Hasta güvenliğine öncülük eden Amerika Birleşik Devletleri'de bulunan Institue of Medicine tarafından 1999 yılında yayınlanan "To Err is Human" adlı rapor ile tıbbi uygulamalara yön verilmiştir (Sur ve ark. 2013).

Tıbbi hatalar gerekli hizmetin verilmemesi, yeterli beceriye sahip olunmaması ve profesyonel olmayan davranışlar sonucunda sağlık hizmeti alan bireylerin zarar görmesine neden olmaktadır (İşçi 2015). Bu hatalar sonucunda ölüm, sakat kalma, uzun süreli hastanede yatış görülebilmektedir (Weingart, Wilson, Harrisın 2000). Sağlık hizmetinin olduğu her yerde bu kavram ortaya çıkabilmektedir. Hastanelerde, bakım evlerinde, eczanelerde tıbbi hatalar ile karşılaşılabilir (Karataş ve Yakıncı 2010).

2007 yılında DSÖ, önlenabilir tıbbi uygulamalar olduğunu ve yapılan hatalar sonucunda insanların sakatlandığını veya öldüğünü vurgulamıştır. DSÖ tarafından, yine aynı yıldaki ölümler arasında beşinci sırada tıbbi hataların olduğu belirtilmiştir (Tüttüncü ve Küçükusta 2014). 2011 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hastanelerden alınan verilere göre her yıl 400.000 kişi engellenebilir sağlık hizmeti hataları nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bu hatalar, kalp hastalığı ve kanser sonrasında üçüncü ana ölüm nedenidir (Craven ve Hirnle 2009).

Türkiye'de tıbbi hataların boyutları "hasta güvenliği kültürünün tam yerleşmemiş olması ve hata yapması durumunda cezai işlem uygulanması ihtimali ile sağlık sektöründe çalışanların, yaptıkları hataları bildirmekte istekli olmaması nedeniyle tam olarak bilinmemektedir" (Canatan ve ark. 2015). 2010 yılında yapılan bir çalışmada hata yapma oranının %6,2 ve hataya şahit olma oranının %10,4 olduğu görülmüştür (Özata ve Altuncan 2010). Tıbbi hataya maruz kaldığını ifade eden toplumdaki birey oranının ise %22 olduğu saptanmıştır (Filiz 2009). Ülkemizde her geçen gün tıbbi hata iddiasıyla açılan dava sayısı artmaktadır. Hemşirelere karşı açılan davalarda ise diğer ülkelere oranla az da olsa artış vardır. Bu artışların nedeni olarak, sağlık hizmetlerinin sayı üzerinden değerlendirilmesi, harcamaların azaltılmasına öncelik verilmesi, eğitim düzeyindeki farklılıklar, hukuk sistemindeki yetersizlikler,

medyadaki hatalı tutum, hasta ve yakınlarının gerçekçi olmayan beklentileri gösterilebilir (Civaner 2011; Çetinkaya 2016).

2.1.3. Tıbbi Hataların Nedenleri ve Sınıflandırılması

İnsan sağlığına zarar veren tıbbi hatalar çeşitli nedenlerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenler farklı şekillerde sınıflandırılabilir;

- Bireyden kaynaklanan faktörler
- Kurumsal faktörler
- Teknik Faktörler (Akalin 2005; Karataş ve Yakıncı 2010).

Yapılan hataların %1'lik kısmının yetkin olmayan çalışandan kaynaklandığı, kalan %99 kısmının ise görevinde başarılı ve iyi niyetle işini yapmaya gayret edenlerden oluştuğu görülmektedir (Dhankar ve ark 2007).

Hatalar aktif ve gizli olarak da sınıflandırılabilir. Aktif hatalar, genellikle sonuçları hemen ortaya çıkan ve ön hatta bulunan çalışanların eylemlerinden dolayı ortaya çıkan hatalardır. Aktif hatalar anında etkisi hissedilen hatalar; gizli hatalar ise sağlık profesyonelinin kontrolü dışında gerçekleşen aynı zamanda tasarım yetersizliği, yanlış kurulum ve zayıf yapılanma nedeniyle oluşan hatalar olarak belirtilmektedir (Saygın ve Keklik 2014). Örneğin, bireye yanlış bir ilacın verilmesi aktif hata olarak değerlendirilir. Hatanın detaylı kök neden analizi, doğru ilacın verilen ilaçla benzer isme sahip olması veya benzer şişelerde yer alması gibi durumları ortaya çıkarabilir. Bu farkındalık ise hatanın aslında örtülü bir hata olduğunu ortaya çıkarabilir. Hataların aktif yanına odaklanmak, hatalı ilacı veren çalışanların disipline sokulmasına neden olabilir. Hatanın örtülü doğasına odaklanmak, ilaç ismini değiştirmek veya ilaç paketini farklı bir boyut veya etiketle değiştirerek ileride yaşanabilecek benzer hataların engellenmesi şeklinde olabilir (Craven ve Hirnle 2009).

Tıbbi hataların nedenleri bir başka sınıflandırmada ise karşımıza şu şekilde çıkmaktadır;

- Kök neden açısından hatalar
 - İşleme bağlı hatalar (Yanlış işlemi yapma)
 - İhmale bağlı hatalar (Doğru işlemi yapmama)
 - Uygulamaya bağlı hatalar (Doğru işlemi yanlış yapma)
- Hata türü açısından hatalar

- İlaç hataları
- Cerrahi hatalar
- Tanı koymada hatalar
- Sistem yetersizliğine bağlı hatalar
- Diğer hatalar (Transfüzyon, düşme ve hastane infeksiyonu)
(Akalin 2005).

2.1.4. Tıbbi Hataların Bildirimi

Hasta güvenliği bakımın temelidir. Tıbbi hatalar karşısında suçlayıcı ve cezalandırıcı modeller, hataların azaltılmasında ve hasta güvenliği önünde engel olarak görülmektedir (Oğuz 2004). Sağlık hizmetinin sunumunda tıbbi hataların engellenmesi, hatalar nedeniyle olası zararlardan korunmak, hataların olma olasılığını ortadan kaldırmak hasta güvenliğinin temel hedefidir (Balık 2014).

Tıbbi hataları belirlemek, tanımlamak, analizini yapmak tıbbi hataların önlenmesi ve azaltılmasını sağlar. Hataların gizlenmesi, bu adımların önündeki bir engeldir. Tıbbi hataların önlenebilmesi ve azaltılmasının ilk basamağı hataların bildirimidir. Hata bildirimi, hasta güvenliği kapsamında risklerin azaltılması ve engellenmesine hizmet ettiği için önemle ele alınmalıdır (Güleç 2012). Yapılan bildirimler sayesinde tıbbi hataların önlenebilmesi, oluşacak olan etkili bir güvenlik kültürü ile gerçekleşebilir. Bu güvenlik kültürü ile birlikte yetersiz kalan suçlayıcı modelden kurtularak hataların önlenebildiği, gizlenmesinin engellendiği, raporlanabilen ve nedenlerinin tartışıldığı bir sistem oluşturulabilir (Yıldırım 2008; Oğuz 2004; Yılmaz Gören 2018).

Ölüm veya ciddi yaralanmaya neden olan güvenlik hataları, öncül olaylar olarak adlandırılır. Öncül olayın gerçekleştiği ortamı ve bu olaya neden olan faktörlerin analizini ve güvenlik sorununun tekrar meydana gelmesini engellemek için çözüm yolu geliştirilmelidir. Hastalarda yaralanma riskine neden olan faktörlerin değerlendirilmesi, güvenlik sorunlarının tespit edilmesine ve risklerin en aza indirilmesi için önlemlerin alınmasına yardımcı olur (Craven ve Hirnle 2009).

Hasta güvenliğinde hataların azaltılması, güvenli bakım ortamı ile sağlanır. Güvenli ortam ise çalışanlara destek sağlanarak, katılımları ile oluşturulur (Güleç 2012). Yapılan bildirimler sayesinde sistemlerin gelişmesi ve risk faktörlerinin azaltılması

sağlanabilir. Bildirimlerin gönüllü katılım ile sağlanması ve sağlık profesyonellerinin bildirim yapma konusunda cesaretlendirmesi gerekmektedir (Tomey 2000; JCAHO 2003).

Tıbbi hata bildirimleri desteklenerek, analiz edilmeye uygun ortam sağlanmalıdır. Hatayı yapan kişiye uygun cevabın verilmesine yardımcı olan ve hatanın doğasını inceleyen bir hata değerlendirme yaklaşımı sağlanmalıdır. Hatayı değerlendirirken, hatanın insan hatası, riskli davranış veya tedbirsiz davranış olup olmadığına dikkat edilmelidir. Böyle bir ortamda analiz edilen hataların tekrarlanmaması sağlanabilir (Craven ve Hirnle 2009).

Hataların ortaya çıkarılarak analizi sonucu önlenmesi amacıyla hasta güvenliği ile ilgili birçok bildirim sistemleri kurulmuştur. Çek Cumhuriyeti, Danimarka, İngiltere ve Galler'de sağlık profesyonellerinin bildirim yapmak zorunda olduğu sistemler kurulmuştur. Hollanda'da ölüm olaylarının bildirilmesi zorunlu olup gönüllü raporlama sistemi mevcuttur. Amerika'da beklenmeyen ölümler, fonksiyon kayıpları, adam kaçırmaya, tecavüz, yanlış taraf ameliyatı gibi olayları kapsayan, gönüllük esasına dayalı bildirim sistemleri de bulunmaktadır (Craven ve Hirnle 2009).

Türkiye'de hasta güvenliğini tehdit eden olaylara ilişkin yapılan bir dizi çalışma sonucunda, 01 Temmuz 2011'de Güvenlik Raporlama Sistemi kurma kararı alınmıştır. 01 Nisan 2012 tarihi itibarıyla geçerli olan bu sistem, hastaya zarar veren veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların yanı sıra benzer olayların da engellenmesini amaçlamaktadır. 30 Kasım 2018 tarihi itibarıyla bu sisteme gelen bildirim sayısı 316778 olurken bunların; 11522'sini ilaç hataları, 272305'ini laboratuvar hatası, 23978'ini cerrahi hatalar, 8973'ünü de diğer hasta güvenliği hataları oluşturmaktadır (<https://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>).

2.1.5. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar

Hemşireler sağlık ekibinin, hastanın iyilik haline ulaşana kadar hasta ile birlikte olan meslek grubudur. Hemşireler, hemşirelik bakımını çağdaş hemşirelik rolleri ve sorumlulukları kapsamında gerçekleştirirler. Bu rollerden biri de hasta hakları savunucusu rolüdür. Hemşireler hastanın bakımı, tedavisi, fiziksel-ruhsal güvenliğinden ve yasal haklarının korunmasından sorumludurlar (Ardahan 2003).

Sağlık hizmeti sunan çalışanların çoğunluğunu oluşturan hemşireler, tıbbi hatalarla daha sık karşılaşmaktadırlar. Bu sebeple, tıbbi hataların nedenlerinin belirlenmesinde hemşirelerin önemli rolü vardır (Yücelsan ve Alkaya 2017).

Bakımın uygulanması ve izlenmesindeki yetersizlikler, hastanın durumundaki değişikliklerin takip edilmemesi, iletişim eksikliği, kayıt tutma yetersizlikleri, değerlendirme ve hasta güvenliği ile ilgili yetersizlikler hemşirelikte tıbbi hata kaynakları olarak karşımıza çıkmaktadır (Ertem ve ark. 2009).

Hemşirelerin hekim ya da diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde gerçekleştirdiği ve karar verme becerisi sonucu başka bir sağlık profesyonelinin istemine bağlı olmadan gerçekleştirdiği bazı işlevleri vardır. Bu işlevlerin çok fazla ve çeşitli olması ile birlikte, hemşirelerin 24 saat hastayla beraber olması, tıbbi hataların artmasına neden olabilmektedir (Anezz 2006; Tang ve ark. 2007; Akça Ay 2008). Türkiye’de Ertem ve arkadaşları tarafından retrospektif yöntemle gazete haberlerinin değerlendirilmesi şeklinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerde tıbbi hata oranının %12,2 olduğu bildirilmiştir (Ertem ve ark 2009).

Tıbbi hataların nedenleri çeşitli çalışmalar ile belirlenmiştir. Bu çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin bu hataları yapma nedenleri şu şekilde belirlenmiştir;

İhmal: Bireyin gereksinim duyduğu bakım ve tedaviye yönelik uygulamaların yerine getirilmemesini, sağlık bakımının hastaya zarar verecek şekilde ihlal edilmesini içerir. Hatalı uygulama, profesyonel anlamda bir ihmaldir.

•**Bilgisizlik ve Deneyimsizlik:** Tıp ve teknolojinin gelişmesiyle beraber risk içeren yeni uygulamalar yapılmaya başlanmakta ve ilk kez uygulanan işlemlerde hata oranı artmaktadır.

•**İletişim, Kayıt ve Raporlandırma Eksikliği:** İletişim, kayıt ve raporlar profesyonel hemşirelik uygulamalarının temelidir. Hastaya yeterince zaman ayrılmaması, yanlış değerlendirmelere ve önemli konuların atlanmasına neden olmaktadır. Profesyonel ihmal iddialarında sağlık çalışanının kendisini savunmasının tek yolu doğru ve eksiksiz kayıt tutmasıdır.

•**Fiziki Yorgunluk:** Çalışma saatlerinin uzun olması ya da bir hemşirenin bakım vermekle yükümlü olduğu hasta sayısının fazla olması gibi faktörler, dikkat azlığı ve

muhakeme bozukluklarına neden olmakta, bu da hastadaki değişikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara yol açabilmektedir.

•Motivasyon Eksikliği: Görev tanımlarının yetersizliği, iş arkadaşları ve yönetici ilişkilerinde yaşanan sorunlar, terfi olanaklarının olmaması, düşük ücret gibi bazı faktörler motivasyonu ve iş doyumunu olumsuz etkilemekte, böylece hata riski artmaktadır.

•Eğitim Eksikliği: Hemşirelerin yeterli altyapısı olmayan okullardan, gerekli klinik deneyime sahip olmadan mezun olması ve çalışmaya başlaması, hasta haklarının bilerek veya bilmeyerek ihlal edilmesine neden olabilmektedir.

•Tıbbi Cihazlara Bağlı Faktörler: Cihazlar, kullanım amaçlarına uygun olarak kullanıldığında hastaların klinik durumunu veya güvenliğini, kullanıcıların veya gerektiğinde diğer bireylerin sağlığını veya güvenliğini tehlikeye düşürmeyecek şekilde tasarlanmalı ve üretilmelidir. Cihazların kullanımları ile ilgili riskler, hastaya olan faydaları ile kıyaslandığında kabul edilebilir olmalı ve sağlık ve güvenliğin yüksek düzeyde korunmasını sağlamalıdır (Aştı ve Kıvanç 2003; Sezgin 2007; Hicks ark. 2008; Chang 2009; Kuşuoğlu ve ark. 2009).

Sağlık hizmetlerinde iletişim sürekli ve gerekli olduğu için iletişimin açık, doğru ve tutarlı olması gerekir. Açık olmayan, hatalı veya zamanında olmayan iletişim, kalite sorunlarına ve hatalara neden olur. Uluslararası Birleşik Komisyon tarafından 1995-2005 yılları arasında belirlenen 3548 adet sentinel olayın kök nedenleri arasında, iletişim problemleri birinci sırada gelmektedir. Bir sağlık çalışanının hastasını diğer sağlık profesyoneline teslim ederken veya hastasıyla ilgili bilgileri aktarırken ortaya çıkan yanlış anlamalar veya eksik bilgiler, hastanın güvenliğini tehlikeye sokar ve hastaya zarar verir. (Demir ve Şahin 2014)

Kanıtlara göre yetersiz iletişim, sağlık hizmetlerindeki hataların yaklaşık %66'sına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda ekip çalışması ile hasta güvenliğinin arttığı gözlenmiştir. Ekibin sürekli olan iletişimi ile birlikte gerçekleşen bilgi alma sırasında tartışılan genel sorunlar nelerin iyi gittiğini, nelerin iyi gitmediğini ve bir sonraki uygulamada nelerin farklı yapılması gerektiğini içerir. Bilgi alma sürecinden öğrenilenler, süreçlerin ve prosedürlerin iyileştirilmesi için diğer çalışanlarla paylaşılabilir (Craven ve Hirnle 2009).

Profesyonel hemşireler, kendi eylemlerinden sorumlu olarak güvenlik ve kanıta dayalı bakım sağlamalıdır (Craven ve Hirnle 2009). Hemşireler, hastanın bireysel özelliklerini değerlendirmede hemşirelik öyküsü ve fiziksel muayenenin yanı sıra çevresel ve özel risk faktörlerini de değerlendirir. Hemşirelik öyküsü, hastaların yaralanma riski ve güvenlik uygulamaları hakkında bilgi verir (Özden 2014).

Hemşireler için Kalite ve Güvenlik Eğitimi (QSEN) projesi, hemşire adaylarına genel bilgi, beceri ve tavır çerçevesi sunacak şekilde tasarlanmıştır. Hemşirelere uygulama için gerekli kalite ve güvenlik yetkinlikleri tanımlanmıştır. Bunlar;

- Hasta odaklı bakım
- Ekip çalışması ve iş birliği
- Kanıta dayalı uygulama
- Kalite iyileşmesi
- Güvenlik
- İnatmatik

Tanımlanan bu yetkinlikler, hemşirelere tıbbi hatalar karşısında yasal sorumluluklar hakkında farkındalık kazandırmış ve yol gösterici olmuştur (Yılmaz Gören 2018).

2.1.6. Tıbbi Hatalarda Hemşirelerin Sorumlulukları

Hemşirelik etik kodları Uluslararası Hemşireler Birliği, Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) ve İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi (UKCC) tarafından düzenlenmiştir. 1973 yılında ICN tarafından Mexico-City'deki toplantıda hemşirelik ahlak yasası kabul edilmiştir. Bu yasa ile birlikte profesyonel meslek olarak hemşireler hasta haklarının savunucu rolünü üstlenmişlerdir (Akça Özakar ve Gözen 2013).

Güvenlik, hemşirelik eğitiminin önemli bir bileşenidir. Hemşirelik eğitiminde öncelikle güvenlikle ilgili bilgi ve beceri kazanımı sağlanmalıdır. Bunlar arasında SBAR (Situation – Background – Assessment – Recommendation), alarm ve uyarılarla çalışma ve klinik ortamdaki uygulamalara ulusal standartları entegre etme gibi iletişim tekniklerini kullanmak da önemlidir (Craven ve Hirnle 2009). Profesyonel hemşirelik eğitimi ile tıbbi hatalar önenebilir.

Hemşireler hukuka aykırı uygulamalar sonucunda ceza kanuna göre yargılanır ve cezalandırılır (Kürşat 2008). Türk Ceza Kanunu'na göre taksirli suç içeren maddeler doğrultusunda hekimler ve hemşireler için aynı düzenlemeler geçerlidir.

Kamu görevlisi hemşirelerin yargılanması 4483 sayılı memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yargılanması hakkında kanuna göre en büyük mülki amirin ya da idari yargılama ile mümkündür (Yılmaz Gören 2018). Hemşirelere yönelik soruşturmalar valilik, sağlık kuruluşu ve bağlı bulunulan bakanlıkça müfettiş görevlendirilerek yapılır. Mevzuat içinde disiplin cezası teklif edilir ve bu ceza sağlık kuruluşunun amiri tarafından takdir edilir (Çetinkaya 2016) .

2.2. TUTUM

2.2.1. Tanımı

Tutum “bireylere atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde organize eden eğilimdir” (Çoban 2010). Tutumun konusu, somut veya soyut olan tüm kavramlar olabilir. Sosyal ortamda davranışı inceleyen tutumlar; eşyalar, içinde bulunulan durumlar, olaylar, iyi, kötü, mutluluk vb. kavramları içerisinde barındırır (İnceoğlu 2010; Güleç 2012).

Tutum kelimesi Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde “ tutulan yol, davranış” olarak belirtilmiştir. Sosyologlar, psikologlar, siyaset bilimcileri, davranış bilimcileri gibi pek çok bilimciler tutumun tanımına katkıda bulunmuşlardır. Davranış bilimlerinin geniş alanda önemli gördüğü ve araştırma konusu yaptığı bir kavramdır (Güleç 2012).

Herbert Spencer tarafından ilk kez tutum kelimesi, 1862 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Spencer tutumu, zihinsel durumu ifade etmek amacıyla kullanırken 1888 yılında Lange, laboratuvar çalışmasında tutumu kavram olarak ele almıştır. Lange'nin tutum tanımı bu gün kullanılan tanıma yakındır (Aslan 2014). 1960 yılında Rosenberg ve Hovland tutum öğelerini bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olarak sınıflandırmasıyla, sosyal psikolojinin üzerinde en çok durulan konusu haline getirmiştir (Güleç 2012). Gordon Willard Allport ise tutumu psikoloji perspektifinden incelemiş ve kavramsal düzeyde ilk ele alan kişi olarak, "bireyin bütün nesnelere karşı göstereceği tepkiler ve durumlar üzerinde yönlendirici veya etkin bir güç oluşturan ve bilgilerde organize olan ve sinirsel bir davranışta bulunmaya hazır olma hali” olarak tanımlamıştır (İnceoğlu 2010; Kağıtçıbaşı 2005).

Katz tutumu; "bireyin sahip olduğu değerler dizgesine bağlı olarak bir simgeyi, bir nesneyi, bir kişiyi veya dünyayı iyi ya da kötü, yararlı ya da zararlı yönleriyle algıladığı bir ön düşünce biçimidir" şeklinde tanımlamıştır. (Toraman 2010)

Tutumlar eylemler içerisinde etkin rol alırlar. Lambert, tutumun geliştirilmesini topsullaşma sürecinin önemli bir parçası olarak görmüştür (İnceoğlu 2010). Eylemler içerisinde tutumlar değişiklik gösterebilmektedir. Meydana gelen eylemlerin ortaya çıkmasında etkin ve güçlü yere sahip olan tutumdur (İnceoğlu 2010; Güleç 2012).

Bireyler inanç ve düşünce sistemleri ile birlikte nesnelere, durumlara, kavramlara, diğer insanlara karşı olumlu ya da olumsuz öğrenilmiş özel bir davranış sergilemektedirler. Sistematik şekilde uyarılan bireyler bunları zihinsel sistemde saklamaktadır. Bireyler tekrar aynı kişi veya durumla karşılaştığında saklanan zihinsel sistemdeki düşünceleri kullanarak tutumu sergilemektedir (Erdoğan 1997; Tezbaşaran 1997; Güleç 2012).

2.2.2. Tutumun Oluşumu ve Davranış ile İlişkisi

Tutumlar bilişsel, duyuşsal ve davranışsal eğilimin bütünleşmesi ile oluşur (Kağıtçıbaşı 2005; Tavşancıl 2010). Bu öğeler arasında eşgüdümlü örgütsel ve uyumlu ilişki vardır (Güleç 2012).

Bilişsel öge, bireylerin çevresindeki uyarıcılara ilişkin bilgi birikimine dayanır. Bilgi ve inançlardan oluşmaktadır. İnançlar ve bilgiler değiştikçe tutum da değişir ve aralarında tutarlılık vardır (Tavşancıl 2010; Güleç 2012). Uyarıcıların direkt ya da dolaylı olarak öğrenilmesi gerekmektedir. Hiç karşılaşılmamış bir uyarıya karşı bir tutum oluşmaz (İnceoğlu 2010).

Duyuşsal öge, bireylere göre değişir ve gerçeklerle açıklanmaz. Tutumun hoşlanma-hoşlanmama, sevme-sevmeme yönünü oluşturur (Çelebi 2014). Duyuşsal ögesi ağır basan bir tutumun değişmesi zordur. Tutumların sürekliliği ve şekillenmesi duyuşsal ögeye bağlıdır (Tavşancıl 2010). Duyuşsal ögenin yansıması davranışsal ögedir. Bu öğeler arasında neden sonuç ilişkisi vardır (İnceoğlu 2010).

Davranışsal öge, iki ana tür olan duyuşsal ve normatif davranışları içermektedir. "Duyuşsal davranış, tutum konusunda hoşla giden ya da gitmeyen bir durumla ilişkilendirilmesi sonucu, normatif davranış ise, doğru davranışın ne olduğu konusundaki inançlara dayanmaktadır"(Güleç 2012) .

Tutumlar öğrenme yoluyla sonradan kazanılır, deneyim ve olaylar ile birlikte değişir ve gelişir. 12-30 yaşları arasında tutumlar son şeklini almakta, 30 yaş sonrasında çok az bir kısmı değişmektedir (Kağıtçıbaşı 2005; Tavşancıl 2010).

Tutumlar kendi kendine oluşmaz. Genetik faktörler, kişilik yapısı, toplumsallaşma süreci, grup üyeliği, sosyal sınıf ve ön yargılar gibi faktörler tutumun oluşmasında etkilidir. Bu faktörler bireylerin kendi yapısına ilişkin özellikler ve sosyo-kültürel ve psikolojik özellikleri ile ilişkilidir. Toplumsallaşma sürecinde bireyler, topluma uyum sağlamak amacıyla kişilerarası iletişim yoluyla beklenen rollerini, değerlerini ve tutumları öğrenirler. Bu süreç yaşam boyu devam eder. Benzer durumlarda elde edilen düşünsel sonuç, davranışa dönüşür (Güleç 2012).

Davranışları yönlendiren veya dinamik etkileme gücüne sahip olan, duygusal ve zihinsel hazırlık halindedir (Güven ve Uzman 2006). Eğitim durumu ve bilgi birikimi tutumlar üzerinde etkilidir. Eğitim durumu ve bilgi birikimi yüksek olan bireyler, tutumlar karşısında daha esnek bir yapıya sahiptir (İnceoğlu 2010).

İnsanların çevresini algılamasını sağlayan tutumlar, birey ve obje arasında düzeni sağlar. Bireyler geçici olmayan ve bir süre devamlılık sağlayan tutumlar nedeniyle objelere yansız bakamazlar (Güllü ve Güçlü 2009; Koçakoğlu ve Türkmen 2010). Bireyler bir durum karşısında nasıl bir tavır ortaya koyacağını, daha önceki yaşadığı deneyimlerden elde ettikleri ile karşılaştırarak belirler. Yaşanılan deneyim olmaması halinde ise dışarıdan alınan bilgiler doğrultusunda kendi yaşamları ile ilişkilendirirler (Yılmaz Gören 2018). 1960 yılının başlarına kadar davranışların, tutumlar ile tutarlı olduğu görüşü savunulmuştur. Bu ilişkinin çok basit olmadığı görüşü kabul edilmiş ve tutumların davranışa olan etkisi araştırılmaya başlanmıştır. Tutum ve davranış ilişkisi hakkında farklı görüşler vardır. Bazı araştırmacılar tutumların davranışlara yansıdığını savunurken bazı araştırmacılar ise tutumların davranışa yansımadığını savunmaktadır (Aydın 2004).

Tutumların davranışa dönüşmesinde bazı etkili faktörler vardır. Bu faktörler tutumun kuvveti, ortam özelliği ve davranış sonrası sonuçlardır. Tutum ne kadar kuvvetli ise davranışa dönüşmesi o kadar fazladır. Ortam özelliği tutumların davranışa dönüşmesini engelleyebilir veya kolaylaştırabilir. Davranışlar sonrasında görülen olumlu veya olumsuz sonuçlar, tutumların davranışlara yansımada etkilidir (Güleç 2012; Mercan 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma, hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumlarının incelenmesi amacı ile tanımlayıcı türde planlandı ve gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- 1- Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- 2- Hemşirelerin tıbbi hata tutum düzeyi nedir?
- 3- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre tıbbi hata tutum düzeyinde farklılık var mıdır?

3.2.1. Bağımsız Değişkenler

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu gibi bireysel özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu.

3.2.2. Bağımlı Değişkenler

Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanlar bağımlı değişkenleri oluşturdu.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Mayıs 2018 –Ağustos 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Mayıs 2018 – Ağustos 2018 ayları arasında çalışan hemşireler (800) oluşturdu.

Örneklem ise, evrendeki eleman sayısı bilinen formülle hesaplanarak araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi konusunda bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden oluşturuldu.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,10)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (0,90)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0,05)

$$(800)(1,96)^2(0,10)(0,90)$$

$$n = \frac{(800)(1,96)^2(0,10)(0,90)}{(0,05)^2(800-1)+(1,96)^2(0,10)(0,90)}$$

Minimum 189 hemşire olarak hesaplandı. Veri kaybı olabileceği düşünülerek, örneklem sayısı arttırılarak araştırma 232 hemşire ile tamamlandı.

3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; hemşirelerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik Bilgi Formu, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği kullanıldı.

3.5.1.1. Bilgi Formu (EK-1)

Literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bu form hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumu, çalışma süresi, çalıştığı birimi belirlemeye yönelik toplam yedi sorudan oluştu.

3.5.1.2. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (EK-2)

Ölçek Güleç ve İntepeler tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir. Tıbbi hata algısı (1. ve 2. madde), tıbbi hataya yaklaşım (3, 8, 10, 11, 12, 13, 14. madde) ve tıbbi hata nedenleri (4, 5, 6, 7, 9, 15, 16. madde) olmak üzere 3 alt boyut ve 16 sorudan oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipindedir. Maddeler (1) hiç katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) kararsızım, (4) katılıyorum ve (5) tamamen katılıyorum şeklindedir. Ölçekteki iki madde (10. ve 13. madde) ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek hesaplamasında ölçek toplam puanı alınmakta ve elde edilen ham puan ölçek madde

sayısına bölünerek ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyut puan hesaplamasında da alt boyut puanı toplanarak alt boyut madde sayısına bölünmekte ve elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum; çalışanların, tıbbi hataların ve hata bildiriminin öneminin farkındalığının düşük olduğu anlamına gelirken, olumlu tutum; çalışanlarda, tıbbi hataların ve hata bildiriminin öneminin farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir (Güleç 2012).

Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,75 olarak hesaplanmıştır (Güleç ve İntepeler 2013). Bu çalışmada Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyutlarının Cronbach's Alfa katsayıları 0,62; 0,66 ve 0,63 olup, ölçeğin toplamında Cronbach's Alfa katsayısı ise 0,64'tür. (Tablo 4.3)

3.5.2. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin ve etik kurul onayı alındıktan sonra toplanmaya başlandı. Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından, hemşirelere araştırmanın amacı, içeriği, kapsamı, süresi ve ne beklenildiği açıklandı. Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden veriler, çalışma saatleri içindeki dinlenme sürelerinde ya da vardiya değişimi sonrası toplandı.

Araştırmanın Etik Yönleri

- Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan onay alındı (EK-3).
- Araştırmanın yürütüleceği kurumdan yazılı izin alındı (EK-4).
- Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin kullanılabilmesi için, ölçeği geliştiren Dilek Güleç'ten izin alındı (EK- 5).
- Hemşirelere çalışmanın amacı, içeriği, süresi, yararları, elde edilen verilerin nerede kullanılacağı konusunda bilgi verilerek, isteklilik ve gönüllük ilkeleri doğrultusunda, araştırmaya katılımları sağlandı ve yazılı izinleri alındı.
- Hemşirelerden alınan bireysel bilgilerin araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacağı ya da bu bilgilere araştırmacı dışında kimsenin ulaşamayacağı ve araştırma amacı dışında kullanılmayacağı konusunda bilgi verilerek, gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

- Veriler hemşirelerin, çalışma düzenlerini ve hastaların bakımlarını etkilemeyecek zaman dilimlerinde toplanarak, zarar vermeme ilkesine zen gösterildi.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece bir niversite hastanesinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar genellenemez.

3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Oneway Anova Test ve ikili karşılaştırmalarda Bonferroni test kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde; hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumlarının incelenmesi amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen verilerin bulguları ve istatistiksel analizleri aşağıda belirtilen başlıklar altında, tablolar halinde sunuldu.

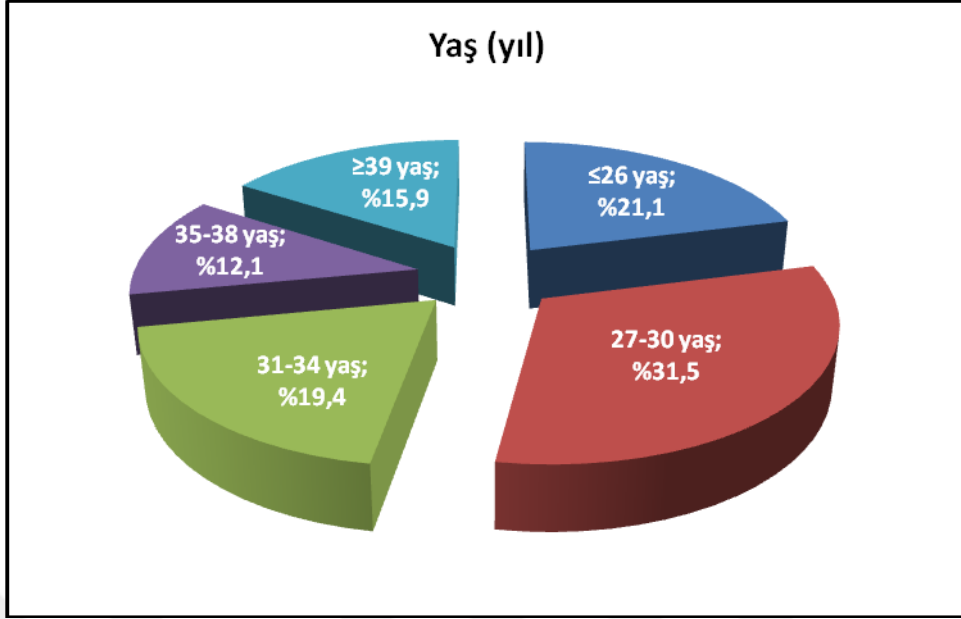
- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular
- Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanlara ilişkin bulgular
- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre Tıbbi Hata Tutum Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

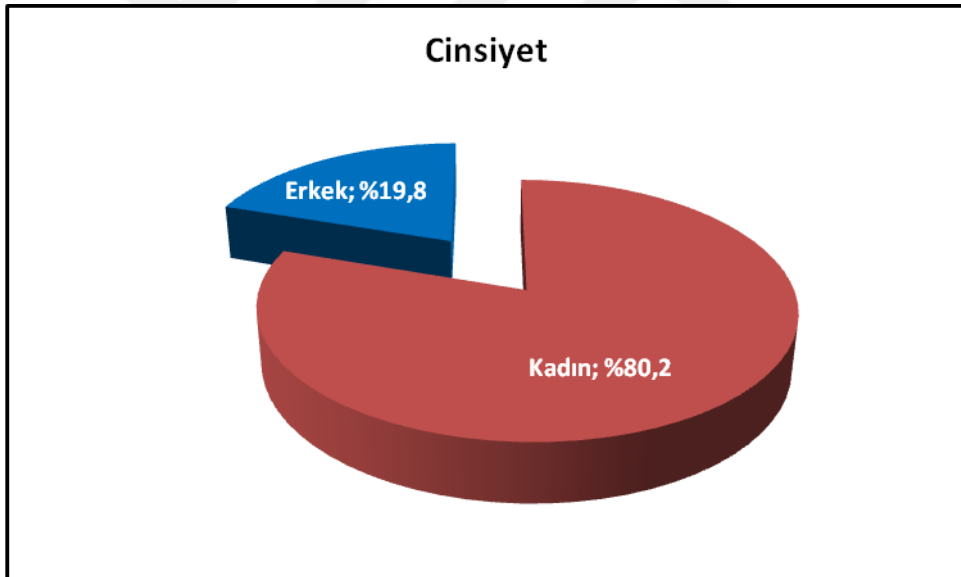
Bu bölümde, örneklem grubunun yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalıştığı klinik, çalışma süresi ve tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumuna ilişkin bulgulara yer verildi. (Tablo 4. 1 Şekil 1, Şekil 2 Şekil 3, Şekil 4, Şekil 5, Şekil 6, Şekil 7)

Tablo 4-1: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=232)

<i>Demografik Özellikler</i>		N	%
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	21-50 (30)	
	<i>Ort±Ss</i>	31,54±5,69	
Yaş Grubu	≤26 yaş	49	21,1
	27-30 yaş	73	31,5
	31-34 yaş	45	19,4
	35-38 yaş	28	12,1
	≥39 yaş	37	15,9
	Cinsiyet	Kadın	186
	Erkek	46	19,8
Medeni durum	Evli	136	58,6
	Bekâr	96	41,4
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	10	4,3
	Ön lisans	3	1,3
	Lisans	177	76,3
	Lisansüstü	42	18,1
Çalışılan klinik	Dâhili servis	77	33,2
	Cerrahi servis	67	28,9
	Yoğun bakım	35	15,1
	Acil servis	29	12,5
	Poliklinik	24	10,3
Çalışma süresi (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-32 (7)	
	<i>Ort±Ss</i>	8,58±6,31	
Tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumu	1-3 yıl	58	25,0
	4-6 yıl	47	20,2
	7-9 yıl	44	19,0
	≥10 yıl	83	35,8
	Evet	154	66,4
Hayır	78	33,6	

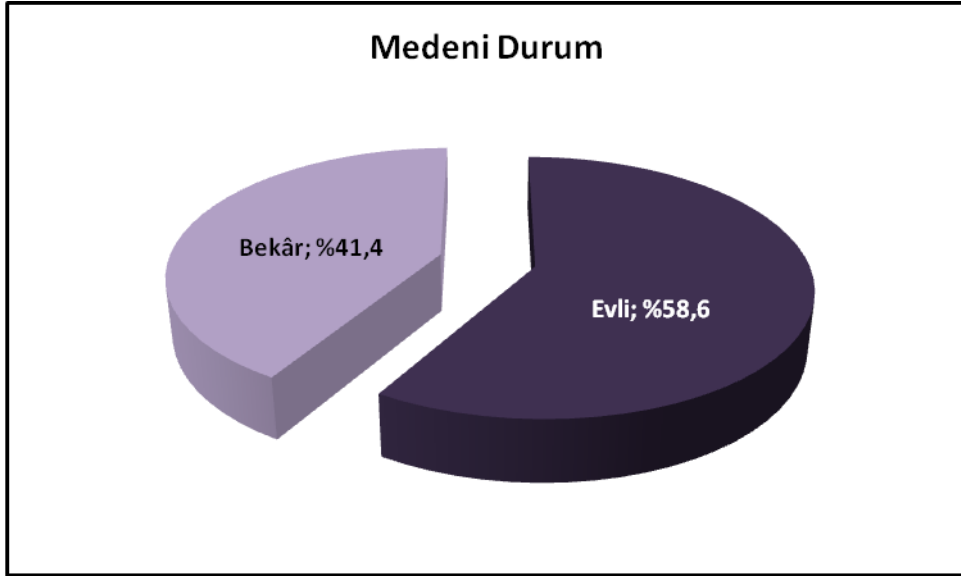


Şekil 1: Yaş dağılımları

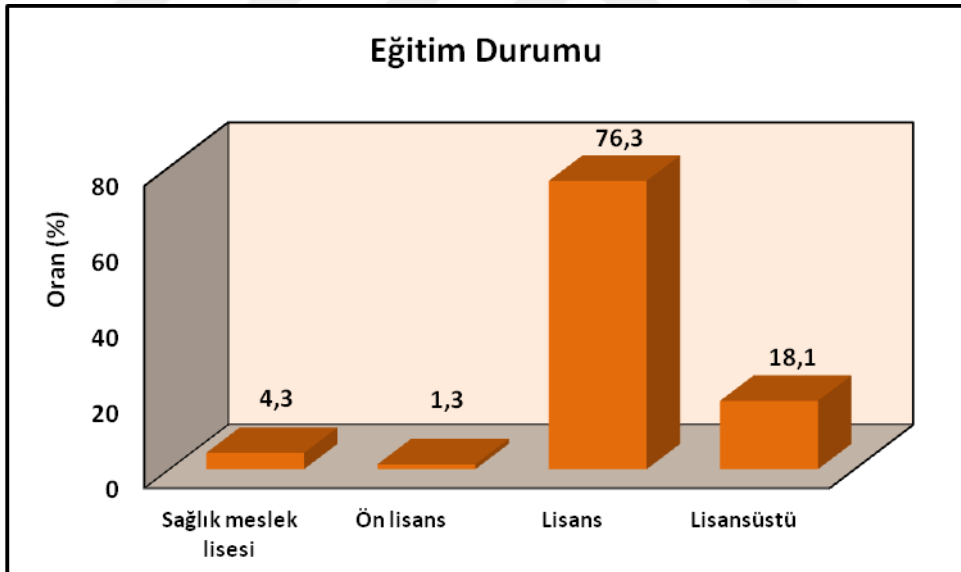


Şekil 2: Cinsiyet dağılımları

Hemşirelerin yaş ortalamasının $31,54 \pm 5,69$ yıl (Min-Max 21-50) olduğu, %80,2'sinin (n=186) kadın, %58,6'sının (n=136) evli, %4,3'ünün (n=10) sağlık meslek lisesi, %1,3'ünün (n=3) ön lisans, %76,3'ünün (n=177) lisans ve %18,1'inin (n=42) lisansüstü mezunu olduğu saptandı. (Tablo 4.1, Şekil 1, Şekil 2, Şekil 3, Şekil 4)

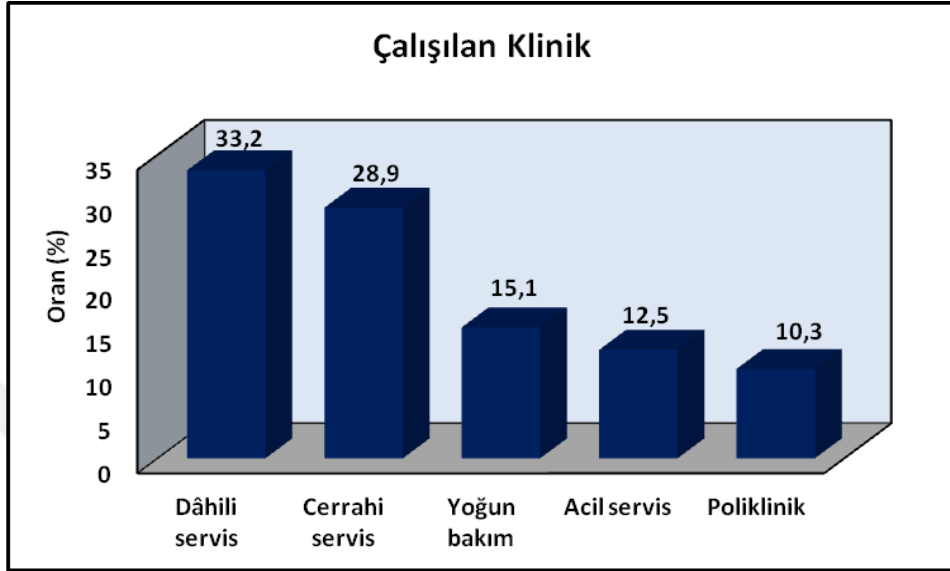


Şekil 3: Medeni durum dağılımları



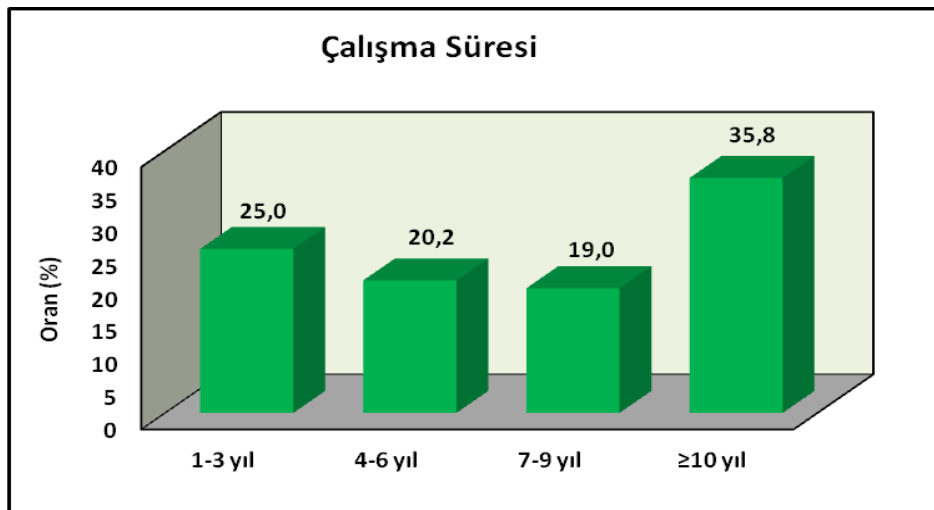
Şekil 4: Eğitim durumu dağılımları

Hemşirelerin %33,2'sinin (n=77) dâhili servislerde, %28,9'unun (n=67) cerrahi servislerde, %15,1'inin (n=35) yoğun bakımda, %12,5'inin (n=29) acil ve %10,3'ünün (n=24) poliklinikte görev yaptığı belirlendi. (Tablo 4.1, Şekil 5)

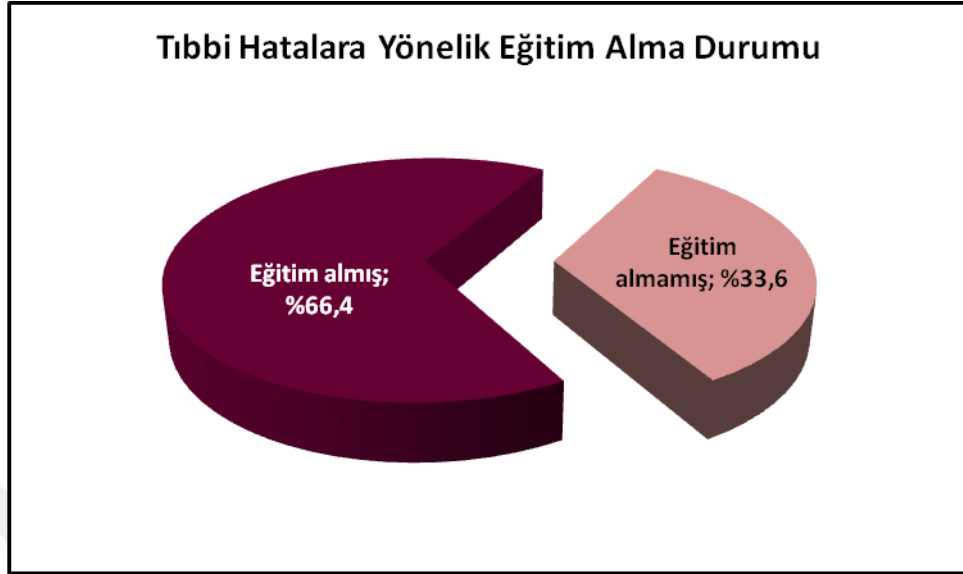


Şekil 5: Çalışılan kliniklerin dağılımları

Hemşirelerin çalışma süreleri 1 ile 32 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $8,58 \pm 6,31$ yıl idi. %25'inin (n=58) çalışma süresi 1-3 yıl, %20,2'sinin (n=47) 4-6 yıl, %19'unun (n=44) 7-9 yıl, %35,8'inin (n=83) 10 yıl ve üzeri olduğu saptandı (Tablo 4.1, Şekil 6).



Şekil 6: Çalışma sürelerinin dağılımları



Şekil 7: Tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumunun dağılımları

Hemşirelerin % 66,4'ü (n=154) daha önce tıbbi hatalara yönelik eğitim aldığını belirtti. (Tablo 4.1, Şekil 7)

4.2. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin her bir maddesine verdiği cevaplar ve ölçek alt boyutları ve tümünden aldıkları toplam puanlara ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.2, Tablo 4.3, Şekil 8).

Tablo 4-2: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımları (N=232)

	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Ort±Ss (Medyan)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	68	29,3	112	48,3	39	16,8	11	4,7	2	0,9	2,00±0,86 (2)
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	3	1,3	46	19,8	69	29,7	93	40,1	21	9,1	3,36±0,94 (3)
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	5	2,2	5	2,2	1	0,4	86	37,1	135	58,2	4,47±0,81 (5)
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	3	1,3	43	18,5	89	38,4	91	39,2	6	2,6	3,23±0,83 (3)
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	3	1,3	39	16,8	54	23,3	121	52,2	15	6,5	3,46±0,89 (4)
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	0	0,0	25	10,8	41	17,7	136	58,6	30	12,9	3,74±0,82 (4)
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	2	0,9	11	4,7	2	0,9	98	42,2	119	51,3	4,38±0,80 (5)
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	3	1,3	4	1,7	5	2,2	90	38,8	130	56,0	4,47±0,74 (5)
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	2	0,9	2	0,9	10	4,3	78	33,6	140	60,3	4,52±0,70 (5)
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum.	46	19,8	102	44,0	47	20,3	28	12,1	9	3,9	2,36±1,05 (2)
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	6	2,6	8	3,4	5	2,2	128	55,2	85	36,6	4,20±0,85 (4)
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	2	0,9	0	0,0	0	0,0	116	50,0	114	49,1	4,47±0,59 (4)
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	24	10,3	86	37,1	47	20,3	65	28,0	10	4,3	2,79±1,09 (3)
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	8	3,4	12	5,2	116	50,0	82	35,3	14	6,0	3,35±0,81 (3)
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenbilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	1	0,4	17	7,3	28	12,1	115	49,6	71	30,6	4,03±0,87 (4)
16. Tıbbi hataların bildirilmesi	0	0,0	6	2,6	20	8,6	107	46,1	99	42,7	4,29±0,73 (4)

hasta güvenliğini artırır.

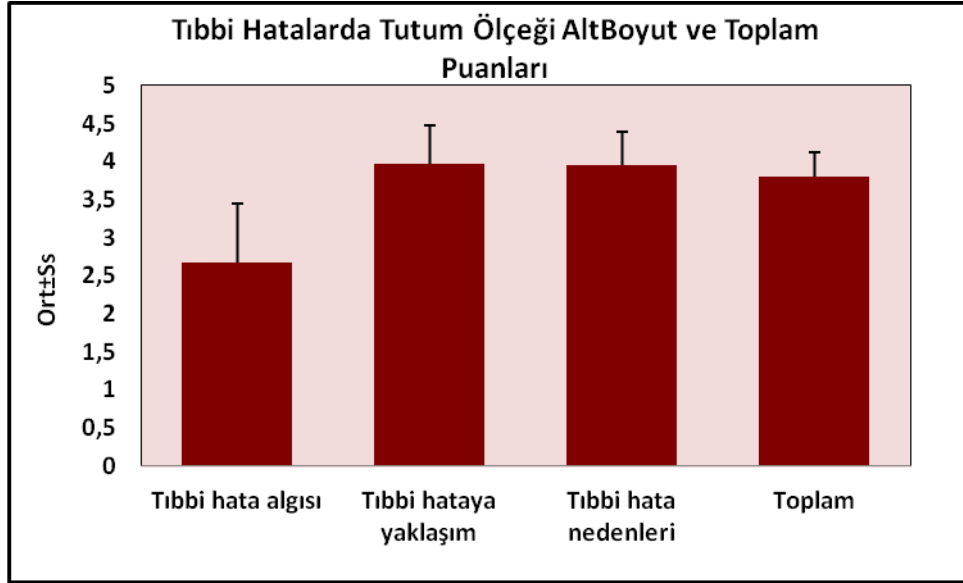
Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği sorularına vermiş oldukları cevaplara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 4.2’de verildi. Ölçek soruları içinde en fazla puanı “Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır (4,47±0,81)”, “Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım (4,47±0,74)” ve “Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır (4,47±0,59)” ifadelerinin aldığı görüldü. En düşük puanı “Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur (2,00±0,86)” ifadesinin aldığı belirlendi.

Tablo 4-3: Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği’nin Alt Boyutları ve Toplamından Aldıkları Puanlar (N=232)

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach’s Alpha
Tıbbi hata algısı	1-4,5 (3)	2,68±0,77	0,62
Tıbbi hataya yaklaşım	2,1-5 (4)	3,97±0,50	0,66
Tıbbi hata nedenleri	2,1-5 (4)	3,95±0,45	0,63
Toplam	2,3-4,4 (3,9)	3,80±0,33	0,64

Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “tıbbi hata algısı” alt boyut puanları 1 ile 4,5 arasında değişmekte olup, ortalama 2,68±0,77; “tıbbi hataya yaklaşım” alt boyut puanları 2,1 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama 3,97±0,50; “tıbbi hata nedenleri” alt boyut puanları 2,1 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama 3,95±0,45 idi. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puanları 2,3 ile 4,4 arasında değişmekte olup, ortalama 3,80±0,33 olarak saptandı. (Tablo 4.3, Şekil 8)

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyutlarının Cronbach’s Alfa katsayıları 0,62; 0,66 ve 0,63 olup, toplam Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Cronbach’s Alfa katsayısı ise 0,64’tür. (Tablo 4.3)



Şekil 8: *Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının dağılımları*

4.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hata Tutum Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin sosyodemografik özelliklere göre Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.4, Tablo 4.4-Devam)

Tablo 4-4: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=232)

		Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği			
		Tıbbi hata algısı	Tıbbi hataya yaklaşım	Tıbbi hata nedenleri	Toplam
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)
Yaş (yıl)	≤26 yaş	2,74±0,75 (3)	3,73±0,65 (3,9)	3,73±0,55 (3,6)	3,61±0,44 (3,8)
	27-30 yaş	2,64±0,74 (3)	3,99±0,40 (3,9)	4,03±0,46 (4,1)	3,84±0,29 (3,9)
	31-34 yaş	2,41±0,72 (2)	4,00±0,43 (4)	4,12±0,35 (4,1)	3,85±0,25 (3,9)
	35-38 yaş	2,75±0,89 (3)	3,91±0,53 (3,9)	3,79±0,40 (3,7)	3,71±0,28 (3,8)
	≥39 yaş	2,92±0,74 (3)	4,27±0,32 (4,3)	4,01±0,29 (4)	3,99±0,24 (4)
	<i>Test değeri</i> $F=2,524$		$F=8,111$	$F=6,252$	$F=8,241$
^a <i>p</i> 0,042*		0,001**	0,001**	0,001**	
Cinsiyet	Kadın	2,76±0,73 (3)	3,96±0,51 (4)	3,91±0,46 (4)	3,79±0,35 (3,9)
	Erkek	2,36±0,85 (2)	4,02±0,47 (4)	4,12±0,37 (4,1)	3,85±0,29 (3,9)
	<i>Test değeri</i> $t=2,919$		$t=-0,666$	$t=-3,312$	$t=-1,242$
^b <i>p</i> 0,005**		0,506	0,001**	0,216	
Medeni durum	Evli	2,72±0,78 (3)	4,05±0,46 (4)	4,03±0,38 (4,1)	3,87±0,28 (3,9)
	Bekâr	2,61±0,75 (2,5)	3,87±0,53 (3,9)	3,84±0,53 (3,9)	3,70±0,38 (3,8)
	<i>Test değeri</i> $t=1,036$		$t=2,751$	$t=2,972$	$t=3,831$
^b <i>p</i> 0,301		0,006**	0,003**	0,001**	
Eğitim durumu	Lise/Ön lisans	2,81±0,6 (3)	3,80±0,49 (3,9)	4,05±0,47 (4)	3,79±0,34 (3,8)
	Lisans	2,66±0,77 (3)	3,93±0,51 (4)	3,93±0,48 (4)	3,77±0,35 (3,8)
	Lisansüstü	2,70±0,8 (2,5)	4,19±0,39 (4,3)	3,99±0,35 (4)	3,92±0,24 (3,9)
	<i>Test değeri</i> $F=0,248$		$F=5,571$	$F=0,615$	$F=3,115$
^a <i>p</i> 0,781		0,004**	0,541	0,046*	

Tablo 4.4-Devam...

	Dâhili servis	2,88±0,68 (3)	3,89±0,58 (4)	3,86±0,51 (4)	3,75±0,42 (3,8)
	Cerrahi servis	2,60±0,76 (2,5)	3,96±0,48 (3,9)	3,96±0,43 (4)	3,79±0,3 (3,8)
Çalışılan klinik	Yoğun bakım	2,47±0,85 (2)	4,03±0,37 (4)	4,07±0,46 (4,1)	3,85±0,27 (3,9)
	Acil servis	2,74±0,69 (3)	3,93±0,38 (3,9)	4±0,39 (4,1)	3,81±0,26 (3,9)
	Poliklinik	2,46±0,91 (2)	4,23±0,48 (4,4)	3,98±0,33 (4)	3,9±0,28 (4)
Test değeri		<i>F=2,691</i>	<i>F=2,927</i>	<i>F=1,480</i>	<i>F=1,115</i>
^ap		0,032*	0,023*	0,209	0,331
Çalışma süresi (yıl)	1-3 yıl	2,58±0,82 (2,5)	3,82±0,62 (3,9)	3,84±0,61 (3,9)	3,68±0,43 (3,8)
	4-6 yıl	2,73±0,7 (3)	3,99±0,45 (4)	3,95±0,42 (4)	3,82±0,33 (3,9)
	7-9 yıl	2,6±0,74 (2,5)	3,92±0,37 (3,9)	4±0,37 (4,1)	3,79±0,23 (3,8)
	≥10 yıl	2,75±0,78 (3)	4,09±0,46 (4,1)	4±0,37 (4)	3,88±0,28 (3,9)
Test değeri		<i>F=0,818</i>	<i>F=3,217</i>	<i>F=1,089</i>	<i>F=3,728</i>
^ap		0,485	0,025*	0,357	0,013*
Tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumu	Evet	2,69±0,81 (3)	4,03±0,5 (4,1)	3,96±0,48 (4,1)	3,83±0,35 (3,9)
	Hayır	2,66±0,67 (2,5)	3,86±0,47 (3,9)	3,93±0,4 (4)	3,74±0,29 (3,8)
Test değeri		<i>t=0,247</i>	<i>t=2,562</i>	<i>t=0,441</i>	<i>t=1,991</i>
^bp		0,805	0,011*	0,660	0,048*
^a Oneway ANOVA Test		^b Student t Test		* <i>p</i> <0,05	

Yaşa göre değerlendirmeler:

Hemşirelerin yaşına göre **tıbbi hata algısı** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p=0,042$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; 39 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin puanlarının, 31-34 yaş grubundaki hemşirelerden yüksek olduğu saptandı ($p=0,028$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Yaşa göre **tıbbi hataya yaklaşım** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; 39 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin puanları, 26 yaş ve altı ($p=0,001$), 27-30 yaş ($p=0,001$), 31-34 yaş ($p=0,014$) ve 35-38 yaş ($p=0,021$) hemşirelerden yüksek bulundu ($p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Yaşa göre **tıbbi hata nedenleri** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; 27-30 yaş ($p=0,018$), 31-34 yaş ($p=0,001$), 39 yaş ve üzeri ($p=0,023$) olan hemşirelerin puanları, 26 yaş ve altında olan hemşirelerden yüksek olduğu ($p<0,05$). Yaşı 31-34 olan hemşirelerin puanları, 35-38 yaşında olanlardan yüksek bulundu ($p=0,005$; $p<0,01$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Yaşa göre **toplam** puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; 27-30 yaş ($p=0,017$), 31-34 yaş ($p=0,009$), 39 yaş ve üzeri ($p=0,001$) olan hemşirelerin puanları 26 yaş ve altında olan hemşirelerden yüksek bulundu ($p<0,05$). Yaşı 39 ve üzerinde olan hemşirelerin puanları, 27-30 yaş ($p=0,040$) ve 35-38 yaş ($p=0,001$) olanlardan yüksek bulundu ($p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Cinsiyete göre değerlendirmeler:

Cinsiyete göre **tıbbi hata algısı** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup; kadınların puanları erkeklerden yüksek bulundu ($p=0,005$; $p<0,01$).

Cinsiyete göre tıbbi hataya yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Cinsiyete göre **tıbbi hata nedenleri** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup; erkeklerin puanları kadınlardan yüksek bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

Cinsiyete göre **toplam** puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). (Tablo 4.4)

Medeni duruma göre değerlendirmeler:

Medeni duruma göre **tıbbi hata algısı** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Medeni duruma göre **tıbbi hataya yaklaşım** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup; evli hemşirelerin puanlarının bekârlardan yüksek olduğu belirlendi ($p=0,006$; $p<0,01$).

Medeni duruma göre **tıbbi hata nedenleri** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup; evli hemşirelerin puanlarının bekârlardan yüksek olduğu saptandı ($p=0,003$; $p<0,01$).

Medeni duruma göre **toplam** puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup; evli hemşirelerin puanlarının bekârlardan yüksek olduğu bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). (Tablo 4.4)

Eğitim durumuna göre değerlendirmeler:

Eğitim durumuna göre **tıbbi hata algısı** puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre **tıbbi hataya yaklaşım** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,004$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; lisansüstü mezun hemşirelerin puanları, lise/ön lisans mezunu ($p=0,039$) ve lisans mezunu ($p=0,007$) hemşirelerden yüksek bulundu ($p<0,05$). Lise/ön lisans mezunu ve lisans mezunu hemşirelerin tıbbi hataya yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre **tıbbi hata nedenleri** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre **toplam** puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,046$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; lisansüstü mezun hemşirelerin puanları lisans

mezunlarından yüksek bulundu ($p=0,040$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Çalışılan kliniğe göre değerlendirmeler:

Çalışılan kliniğe göre **tıbbi hata algısı** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,032$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; dâhili servislerde çalışan hemşirelerin puanları cerrahi servislerde çalışan ($p=0,028$), yoğun bakımda çalışan ($p=0,011$) ve poliklinikte çalışan ($p=0,018$) hemşirelerden yüksek bulundu ($p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışılan kliniğe göre **tıbbi hataya yaklaşım** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,023$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; poliklinikte çalışan hemşirelerin puanları dâhili servislerde çalışan ($p=0,003$), cerrahi servislerde çalışan ($p=0,004$) ve acil serviste çalışan ($p=0,004$) hemşirelerden yüksek bulundu ($p<0,01$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışılan kliniğe göre **tıbbi hata nedenleri** ve ölçek **toplam** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.4-Devam).

Çalışma süresine göre değerlendirmeler:

Çalışma süresine göre **tıbbi hata algısı** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Çalışma süresine göre **tıbbi hataya yaklaşım** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,025$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; 10 yıl ve daha uzun süre çalışan hemşirelerin puanları, 1-3 yıldır çalışanlardan yüksek bulundu ($p=0,029$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışma süresine göre **tıbbi hata nedenleri** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Çalışma süresine göre **toplam** puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,013$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; 10 yıl ve daha uzun süre çalışan hemşirelerin puanları, 1-3 yıldır

Çalışanlardan yüksek bulundu ($p=0,009$; $p<0,01$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.4 -Devam).

Tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumuna göre değerlendirmeler:

Tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumuna göre **tıbbi hata algısı** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumuna göre **tıbbi hataya yaklaşım** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup; eğitim alan hemşirelerin puanları, eğitim almayanlardan yüksek bulundu ($p=0,011$; $p<0,05$).

Tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumuna göre **tıbbi hata nedenleri** puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumuna göre **toplam** puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup; eğitim alan hemşirelerin puanları, eğitim almayanlardan yüksek bulundu ($p=0,048$; $p<0,05$) (Tablo 4.4 -Devam).

5. TARTIŞMA

Hemşireler hastanelerde, hasta güvenliği stratejilerini oluşturmak ve sürdürmek konusunda kritik bir öneme sahiptirler. Hemşirelik uygulamalarında yapılan hatalar hasta ve aileye zarar vermesinin yanı sıra hemşire için de maddi ve manevi zararlarla sonuçlanabilir. Hemşirelerin, hastanın ve ailesinin zarar görmesini önlemek ve yasalar karşısında kendilerini koruyabilmeleri için yaptıkları hataların farkına varmaları, hatalı uygulamaları artıran durumları bilmeleri, gerekli önlemleri almaları ve istenmeyen olayları rapor etmeleri önemlidir (Odabaşoğlu 2013). Bu bağlamda bu araştırma hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumlarını değerlendirmek amacı ile gerçekleştirildi.

İstatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular, aşağıdaki başlıklar doğrultusunda, literatür sonuçları ile değerlendirilerek tartışıldı.

- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
- Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanlara ilişkin bulguların tartışılması,
- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre tıbbi hata tutum puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması.

5.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma örneklemini oluşturan hemşirelerin yaş ortalamasının 31,54±5,69 yıl olduğu, çoğunluğunun 27-30 yaş grubunda, kadın ve evli olduğu görüldü. %76,3 ünün lisans mezunu ve dahili serviste, %35'inin 10 yıl ve üzeri çalıştığı görüldü. Alptekin 2018 yılında bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin yaş ortalamasını 34±7,27, çoğunluğunun kadın ve evli olduğunu belirlemiştir. Ülkemizde hemşireler ile gerçekleştirilen diğer çalışma sonuçları incelendiğinde; araştırmanın örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin bireysel özelliklerinin benzer olduğu görüldü. Bu sonuçların, ülkemizde çalışan hemşire popülasyonunu yansıttığı söylenebilir (Akgün ve Kardaş 2014; Er ve Altuntaş 2015; Gök 2015; Yiğitbaş ve ark 2016).

Çalışmada hemşirelerin % 66'sının tıbbi hatalara yönelik eğitim aldığı saptandı. Yıldırım ve arkadaşlarının 2009 yılında hekimler ile yaptığı bir çalışmada, tıbbi hataların sağlık çalışanlarının genel bir sorunu olduğunu ve çalışmaya katılanların %85'inin tıp eğitiminin bu konuda yetersiz olduğunu ifade ettiğini belirtmiştir. Sağlık

çalışanları arasında yapılan bir başka çalışmada ise örneklem grubunun %51'inin lisans eğitiminde hasta güvenliği konusunda eğitim almadığını belirtirken, eğitim alanların %56'sı alınan eğitimi yetersiz bulmuştur (TTB 2011). 2014 yılında Karaca ve Arslan'ın hemşireler ile yaptığı bir çalışmada hemşirelerin % 76,2'si hasta güvenliği konusunda eğitim aldıklarını, ancak eğitim alanların sadece %23,8'inin eğitimi yeterli buldukları belirlenmiştir. Benzer şekilde Balık (2014)'ın acil servislerde çalışan hemşirelerle yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin %68,3'ünün hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı, ancak %29,1'inin kendini hasta güvenliği konusunda yeterli bulmadığını ifade ettiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, hasta güvenliği ve tıbbi hataların önlenmesine yönelik yapılan eğitimlerin yeterli olmadığına dikkat çekmektedir.

5.2. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşireler tıbbi hatalar ile meslek yaşamları boyunca karşılaşabilirler. Son yıllarda konunun artan önemi nedeniyle hemşirelik eğitiminde daha fazla yer almaya başlamıştır (Yılmaz Gören 2018). Sağlık bakım sisteminde hayati önem taşıyan hataların temel nedenlerinin anlaşılması, hataların açık bir şekilde tartışıldığı ve ele alındığı kültürün oluşturulmasına yardımcı olur. Tıbbi hataların en aza indirilmesi ve tutumların oluşmasında güvenlik kültürü etkilidir. Bu kültürün oluşmasında vazgeçilmez olan, hasta güvenliği değerinin kabul görmesidir. Hasta güvenliği değerinin önemli görüldüğü ortamlarda hataların azaldığı görülmüştür (Gök 2015). Bu bağlamda sağlık çalışanlarının tıbbi hataya karşı tutumlarının, bilgi düzeylerinin, konu ile tutum ve davranışlarının belirlenmesi önemlidir (Craven ve Hirnle 2009).

Bu çalışmada, hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği sorularına vermiş oldukları cevaplara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 4.2'de verildi. Ölçek soruları içinde en fazla puanı $4,47 \pm 0,81$ puan ortalaması ile “Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır” ve $4,47 \pm 0,59$ puan ortalaması ile “Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır” ifadeleri aldı. Bu sonuçlara göre hemşirelerin tıbbi hatalar ve nedenlerinin tartışılması konusunda tutumlarının olumlu ve farkındalıklarının yüksek olduğu söylenebilir. Gök'ün 2015 yılında yaptığı benzer bir çalışmada “Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır” ifadesine hemşireler %64,2 oranında, “Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.” ifadesine %88,8 oranında katıldığını belirtmiştir. Hekim ve hemşireler ile yapılan başka

bir çalışmada “Günlük çalışma saatlerinin uzun olması tıbbi hatayı arttırır” ifadesi $4,54\pm 0,56$, “Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını arttırır” ifadesi $4,50\pm 0,70$, “Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır” ifadesi $4,44\pm 0,75$ puanları ile en yüksek maddeler olduğu belirtilmiştir (Ünal 2016). Literatürde de ekip çalışması ve etkili iletişim ile hasta güvenliğinin arttırılabileceği belirtilmektedir. Çünkü sürekli ve etkili iletişim ile sorunların nedenleri, uygulamalar sonucu nelerin iyi gittiği, nelerin iyi gitmediği ve bir sonraki uygulamada nelerin farklı yapılması gerektiği tartışılabilir ve daha kaliteli bir bakım hizmeti sunulabilir (Craven ve Hirnle 2009).

Sağlık kuruluşları tıbbi hatalarda riski azaltmak için düzeltici faaliyetlerde bulunmalı, bu düzeltmelerin etkinliğini izlemeli ve alınan dersleri belirleyebilmek için yapılan hataları bildirmelidir. Bu, bir hatanın gelecekte tekrarlanma olasılığını azaltacaktır ve bir hata oluştuğunda hastaya zarar gelmesini önleyecektir (Akgün 2014). Bu nedenle sağlık kuruluşları sağlık profesyonellerini tıbbi hataların bildirilmesi konusunda cesaretlendirmeli, bildirim sistemi oluşturulması konusunda gönüllü katılımı sağlamalıdır (Tomey 2000). JCAHO bildirimlerin gönüllülük esasına dayalı doldurulmasını desteklemektedir (JCAHO 2003). Bu çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun ($4,47\pm 0,74$) “Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım” ifadesine katıldığı belirlendi. Tıbbi hataların bildirilmesinden yana puanların yüksek olması hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Törüner ve Uysal’ın (2012) yaptığı bir çalışmada hemşireler %47,9 oranında bir hata yapma durumunda “her zaman sistem üzerinden bildirim yaparım” demişlerdir. Yöntem (2016) çalışmasında her beş hemşireden dördünün (%79,7) ilaç hatalarının raporlanması gerektiğine inandığını belirlemiştir. Saray Kılıç ve Özhan Elbaş’ın 2014 yılındaki çalışmasında, hemşirelerin %69,2’si tıbbi hata oluşması halinde “kesinlikle bildirilmelidir” şeklinde düşünürken %30,8’i “ortaya çıkan duruma göre bildirilmedi” şeklinde düşündüğünü belirtmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin %56,4 ünün tıbbi hata oluşmadan fark edildi ise bildirilmesine gerek olmadığını ifade ettiğini belirtmiştir. Akgün ve Kardaş (2014)’ın yaptığı çalışmada hemşirelerin %28,5’inin tıbbi hata yaptığını ve bunu yetkililere bildirdiğini belirtmiştir. Çalışma sonuçları daha önce yapılmış çalışma sonuçları ile benzerdir.

Çalışmada hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği sorularına vermiş olduğu cevaplarda en düşük puanı “Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur. (2,00±0,86)” ifadesinin aldığı görüldü. Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde birbirinden farklı sonuçlar elde edildiği görüldü. Ünal (2016)’ın yaptığı bir çalışmada, ölçekte en düşük puanı bu çalışma bulgularına benzer şekilde “tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur” ifadesi (2,86±0,06) almış, Güleç (2012)’in çalışmasında ise tam tersine bu ifade en yüksek puanı (3,29±0,89) almıştır. Literatürde sağlık alanında gerçekleşen tıbbi hataların nedenlerinin belirlenmesindeki en büyük engelin, cezalandırma ve hukuksal yaptırım korkusu olduğu belirtilmektedir (Akgün 2014). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin bu konuda farklı cevaplar vermesinin nedeni yöneticilerinin tepkisinden korkma, cezalandırılma ve dava edilme korkusu, kariyerinin zedeleneyeceği ya da işini kaybetme endişesi olabilir.

Çalışmada hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 3,80±0,33; “tıbbi hata algısı” alt boyut puan ortalaması 2,68±0,77; “tıbbi hataya yaklaşım” alt boyut puan ortalaması 3,97±0,50; “tıbbi hata nedenleri” alt boyut puan ortalaması 3,95±0,45 olarak saptandı. (Tablo 4.3) Ölçekten alınan toplam puana göre (ölçek kesme noktasının 3 olduğu düşünüldüğünde) hemşirelerin olumlu tutum sergilediği ve tıbbi hataların, hata bildirimini öneminin farkında olduğu söylenebilir. Benzer şekilde Gök (2015) pediatri hemşireleri ile yaptığı bir çalışmada, tıbbi hatalarda tutum ölçek toplam puanının 3,48± olduğunu, tıbbi hata algısı puanının 2,93±0,77, tıbbi hataya yaklaşım alt boyut puanının 3,57±,60, tıbbi hata nedenleri alt boyut puanının ise 3,57±0,58 olduğunu belirtmiştir. Hekimler ve hemşireler ile yapılan bir başka çalışmada da hemşirelerin “Tıbbi hata algısı” 2,86±0,62, tıbbi hataya yaklaşım 3,97±0,40, Tıbbi hata nedenleri 3,86±0,38 puan olarak saptanmıştır (Ünal 2018). Balık (2014) çalışmasında, hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün orta düzeyde olumlu olduğunu belirlemiştir. Çalışma bulguları daha önce yapılmış çalışma bulgularına paralel olup hemşirelerin tıbbi hata nedenleri ve tıbbi hataya yaklaşım tutumlarının olumlu olduğunu ancak tıbbi hata algısının istenilen düzeyde olmadığını ve bu tutumun geliştirilmesine gereksinim olduğunu göstermektedir.

5.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tıbbi Hata Tutum Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşa göre:

Çalışmada 39 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin “tıbbi hata algısı” puanlarının, 31-34 yaş grubundaki hemşirelerden, 39 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” puanlarının, 26 yaş ve altı, 27-30, 31-34 ve 35-38 yaş grubundaki hemşirelerden, 27-30, 31-34 yaş grubu, 39 yaş ve üzeri hemşirelerin “tıbbi hata nedenleri” ve ölçek “toplam” puanlarının, 26 yaş ve altında olan hemşirelerden yüksek olduğu ($p<0,05$) saptandı. Işık ve ark. (2012) yaptığı çalışmada hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre tıbbi hata nedenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Balık (2014) çalışmasında yaş gruplarına göre hemşirelerin hasta güvenliği ölçeği puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediğini belirlemiştir. İntepeler ve ark. (2014)’nın yaptığı çalışmada da benzer şekilde yaşa göre tıbbi hata eğilimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Küçükkaya ve Özer (2015) hemşireler ile yaptığı çalışmada yaşın tutumlar üzerinde etkisi olmadığını belirtmiştir. Çalışma bulguları bu araştırma bulgularına benzer olmayıp, bu farklılığın örneklem grubundan kaynaklandığı düşünüldü.

Cinsiyete göre:

Çalışmada kadınların “tıbbi hata algısı” ve “tıbbi hata nedenleri” puanlarının erkeklerden yüksek olduğu ($p=0,005$; $p<0,01$) görüldü. Çalışma sonuçlarına benzer şekilde Küçükkaya ve Özer 2015 yılındaki çalışmasında kadın hemşirelerin ilaç hatalarında daha doğru tutum sergilediklerini belirtmiştir. Buna karşılık Yiğitbaş ve ark. 2016 yılındaki çalışmasında, kadın hemşirelerin hata yapma eğilimlerini erkeklere göre daha yüksek bulmuştur. Cebeci ve ark. (2012)’nin ve Işık ve ark. (2012)’nin çalışmalarında tıbbi hata yapma eğilimlerinde anlamlı bir farklılık görülmezken, Pekuslu ve ark. (2011) erkek hemşirelerde tıbbi hata yapma eğiliminin daha az olduğunu vurgulamıştır.

Medeni duruma göre:

Evli hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” ve “tıbbi hata nedenleri” puanlarının bekârlardan yüksek olduğu ($p=0,006$; $p<0,01$) belirlendi. Literatürde medeni durum ve

tıbbi hatalarda tutum arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yeterli çalışmaya rastlanmamıştır. İntepeler ve ark. (2014)'nın hemşirelerin tıbbi hataya eğitimlerini incelediği çalışmasında, bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre daha fazla tıbbi hata eğilimlerinin olduğunu belirtmiştir. Evli hemşirelerin sosyal yaşamında almak zorunda oldukları sorumluluk bilincinin, iş yaşamına yansımış olabileceği düşünüldü.

Eğitim durumuna göre:

Davranışları yönlendiren veya dinamik etkileme gücüne sahip olan, duygusal ve zihinsel hazırlık halidir (Güven ve Uzman 2006). Eğitim durumu ve bilgi birikimi tutumlar üzerinde etkilidir. Eğitim durumu ve bilgi birikimi yüksek olan bireyler, tutumlar karşısında daha esnek bir yapıya sahiptir (İnceoğlu 2010). Tıbbi hataların önlenmesi bilgi düzeyinin ve farkındalığın artırılması ile mümkün olabilir. Tıbbi hatalara yönelik eğitimler mezuniyet öncesi başlayıp mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimler ve kongreler ile birlikte bilgilerin güncel tutulması gerekir.

Bu çalışmada lisansüstü mezun hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” ve ölçek “toplam” puanlarının, lise/ön lisans mezunu ve lisans mezunu hemşirelerden yüksek olduğu ($p<0,05$) saptandı. Lisansüstü eğitim alanların tıbbi hatalarda tutumlarının daha olumlu ve farkındalıklarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Aiken ve ark. (2003) kaliteli bakımın ve hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli faktörün hemşirelerin eğitim seviyesinin olduğunu belirtmiş ve eğitim seviyesi arttıkça hasta güvenliğini tehlikeye sokacak uygulamaların azalacağını vurgulamıştır. Küçükkaya ve Özer 2015 yılındaki çalışmasında lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin tıbbi hataya yönelik daha doğru tutum sergilediklerini belirtmiştir. Yıldırım ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı benzer bir araştırmada eğitim yetersizliği tıbbi hataların asıl sebebi olarak vurgulanmıştır. Chang ve Mark (2009) çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça ilaç hatalarının azaldığını belirlemiştir. Çalışma sonuçları literatür ile benzer olup eğitim ile tıbbi hataların önlenilebileceğini ya da azaltılabileceğini göstermektedir.

Çalışılan kliniğe göre:

Dâhili servislerde çalışan hemşirelerin “tıbbi hata algısı” puanlarının cerrahi servislerde, yoğun bakımda ve poliklinikte çalışan hemşirelerden, poliklinikte çalışan hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” puanlarının dâhili servislerde, cerrahi servislerde ve acil serviste çalışan hemşirelerden yüksek olduğu saptandı. Küçükkaya ve Özer

(2015) çalışmasında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin cerrahi klinikte çalışan hemşirelerden daha olumlu tutuma sahip olduklarını belirtmiştir. Hasta sirkülasyonunun fazla olduğu acil ve cerrahi servislerde, çoklu ilaç kullanımı nedeniyle de yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik daha olumlu tutum sergilemesi beklenirken, bu çalışmada tam tersi bir sonuç elde edilmiştir.

Çalışma süresine göre:

Çalışmada 10 yıl ve daha uzun süre çalışan hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” ve ölçek “toplam” puanlarının, 1-3 yıldır çalışanlardan yüksek olduğu görüldü.

Er ve Altuntaş (2015) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin mesleki deneyimi, bilgi ve becerileri arttıkça daha az tıbbi hata yapacaklarını belirtmiştir. Ersun ve ark. 2013 yılında hemşireler ile yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %47,4’ü, tıbbi hatalar içinde yer alan ilaç hatalarının deneyim yetersizliğinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Parshuram ve ark. (2008) yaptığı bir çalışmada 10 yıl ve üstü görev yapan hemşirelerin daha az tıbbi hata yaptığını belirtmiştir. Sheu ve ark. (2008), 5 yıl ve altında çalışan hemşirelerin, tıbbi hatayla daha fazla karşılaştığını ve tecrübesizlik nedeniyle cesaretsiz ve özgüvensiz bir tutum sergilediklerini belirtmiştir. Benzer şekilde Özyer’in (2016) çalışmasında da 5 yılın altında görev süresi olan cerrahi hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının daha olumsuz olduğu belirtilmiştir. Tang ve ark. 2007 yılında yaptıkları çalışmada, ilaç hatalarının en çok yeni işe başlayan hemşirelerden kaynaklandığını saptamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin çalışma yılının artmasıyla birlikte bilgi ve becerilerinin de arttığı ve bu durumun tıbbi hatalara karşı olumlu tutum sergilemelerine neden olduğu söylenebilir.

Tıbbi hatalara yönelik eğitim alma durumuna göre değerlendirmeler:

Tıbbi hatalara yönelik eğitim alan hemşirelerin” tıbbi hataya yaklaşım” ve ölçek “toplam” puanlarının, eğitim almayanlardan yüksek olduğu saptandı. Özyer 2016 yılındaki çalışmasında cerrahi servislerde çalışan hemşireler, tıbbi hata nedenleri arasında hizmet içi eğitimlerin olmamasını göstermiştir. Bir üniversite hastanesinde hasta güvenliği eğitiminin olay raporlama tutum ve davranışları üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada, eğitimin raporlamaya yönelik tutum ve davranış değişimini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Coyle, et al. 2005). Multidisipliner hasta güvenliği eğitiminin hata raporlamaya etkisinin incelendiği başka bir çalışmada,

katılımcıların kısa ve uzun vadeli raporlama davranışı üzerine bilgi, beceri ve tutumlarında olumlu etki yarattığı saptanmıştır (Jansma et al. 2011). Bu çalışmada elde edilen “lisansüstü eğitim alanların tıbbi hatalarda tutumlarının daha olumlu olduğu” bulgusu da eğitimin bu konuda çok önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

- Örnekleme grubundaki hemşirelerin yaş ortalamasının $31,54 \pm 5,69$ yıl, %80,2'sinin kadın, %59,62'sinin evli, %76,3'ünün lisans mezunu olduğu,
- %33,2'sinin dahili serviste çalıştığı, çalışma süresinin ortalama $8,58 \pm 6,31$ yıl, %35,8'inin 10 yıl ve üzerinde çalıştığı, %66,4'ünün tıbbi hatalara yönelik eğitim almış olduğu görüldü.
- Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği sorularına vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde; ölçek soruları içinde en fazla puanı ($4,47 \pm 0,81$) “Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.”, ($4,47 \pm 0,74$) “Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım” ve ($4,47 \pm 0,59$) “Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.” ifadeleri, en düşük puanı ise ($2,00 \pm 0,86$) “Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.” ifadesi aldı.
- Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının $3,80 \pm 0,33$, tıbbi hata algısı alt boyut puan ortalamasının $2,68 \pm 0,77$, tıbbi hataya yaklaşım puan ortalamasının $3,97 \pm 0,50$, tıbbi hata nedenleri puan ortalamasının $3,95 \pm 0,33$ olduğu saptandı.
- 39 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin “tıbbi hata algısı” puanlarının, 31-34 yaş grubundaki hemşirelerden yüksek olduğu ($p=0,028$; $p<0,05$),
- 39 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” puanlarının, 26 yaş ve altı ($p=0,001$), 27-30 yaş ($p=0,001$), 31-34 yaş ($p=0,014$) ve 35-38 yaş ($p=0,021$) hemşirelerden yüksek olduğu ($p<0,05$),
- 27-30 yaş ($p=0,018$), 31-34 yaş ($p=0,001$), 39 yaş ve üzeri ($p=0,023$) olan hemşirelerin “tıbbi hata nedenleri” ve ölçek “toplam” puanları, 26 yaş ve altında olan hemşirelerden yüksek olduğu ($p<0,05$).
- Kadınların “tıbbi hata algısı” ve “tıbbi hata nedenleri” puanlarının erkeklerden yüksek olduğu ($p=0,005$; $p<0,01$),

- Evli hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” ve “tıbbi hata nedenleri” puanlarının bekârlardan yüksek olduğu ($p=0,006$; $p<0,01$),
- Lisansüstü mezun hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” ve ölçek “toplam” puanları, lise/ön lisans mezunu ($p=0,039$) ve lisans mezunu ($p=0,007$) hemşirelerden yüksek olduğu ($p<0,05$).
- Dâhili servislerde çalışan hemşirelerin “tıbbi hata algısı” puanlarının cerrahi servislerde ($p=0,028$), yoğun bakımda ($p=0,011$) ve poliklinikte çalışan ($p=0,018$) hemşirelerden yüksek olduğu ($p<0,05$).
- Poliklinikte çalışan hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” puanlarının dâhili servislerde ($p=0,003$), cerrahi servislerde ($p=0,004$) ve acil serviste çalışan ($p=0,004$) hemşirelerden yüksek olduğu ($p<0,01$),
- 10 yıl ve daha uzun süre çalışan hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” ve ölçek “toplam” puanlarının, 1-3 yıldır çalışanlardan yüksek olduğu ($p=0,029$; $p<0,05$),
- Tıbbi hatalara yönelik eğitim alan hemşirelerin “tıbbi hataya yaklaşım” ve ölçek “toplam” puanlarının, eğitim almayanlardan yüksek olduğu ($p=0,011$; $p<0,05$) saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Tıbbi hataların önlenmesine yönelik kurum kültürü oluşturulması,
- Tıbbi hatalara yönelik kültürün geliştirilmesinde özellikle tıbbi hata algısı yönünde eğitim verilmesi ve tıbbi hata algısının önemsenmesi,
- Sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J.H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality, *Journal of the American Medical Association*, **290**, 1617-1623.

Akalın, E.H. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, **5(3)**, 141-146.

Akalın, H. E. (2014) Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, **32**, 64-67.

Akça Ay, F. (2008). *Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul Medikal Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul.

Akça Özakar, S. ve Gözen, D. (2013) Çocuk Hemşiresinin Savunucu Rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **21(3)**, 213-218

Akgün Şahin, Z. Ve Kardeş Özdemir, F. (2014). Hemşirelerin Tıbbi hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **12(3)**, 210-214

Alptekin, S. (2018). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yönetici Hemşireleri ile İlgili Ruhsal Liderlik Algılarının Belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.

Altuncan, H. (2009). *Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Anezz, E. (2006). *Clinical perspectives on patient safety*. Wals K, Boaden R. (Ed.). *Patient safety research in to practice*. London: Mcgraw Hill Education Open University Press, 9-18.

Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **7(2)**, 23-27.

Ardahan, M. ve Alp Y, F. (2015) Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Sağlamada Sağlık Çalışanlarının ve Yöneticilerin Rolü: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi, **6(2)**, 85-88

Aslan, A. (2014). Hemşirelerin Basınç Yarasını Önlemeye Yönelik Tutumlarının Ve Klinik Uygulamalarının Belirlenmesi. Ege Üniversitesi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Aştı T. ve Kıvanç M. (2003). Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **6(3)**, 14-19

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

Avcı, K. ve Aktan, A. (2015). Bir Sistem Sorunu olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, **5(2)**, 48-54

Aydın, O. (2004). Tutumlar. Özkalp, E. (Ed.). Davranış Bilimlerine Giriş. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 279-295.

Ayhan Öncü, Y. (2017). Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarına ve Hasta Düşmelerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi

Balık, H. (2014). Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bolsoy, N. ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşim, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **9(3)**, 78-87.

Canatan, H., Erdoğan, A., Yılmaz, S. (2015). Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hata Türleri ve Nedenleri Üzerine Bir Çalışma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane ile İlgili Anket Çalışması ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, **2(2)**, 82-89

Cebeci, F., Gürsoy, E., Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, **15(3)**, 188–96.

Chang, K.Y. ve Mark, B. (2009). Antecedents of severe and nonsevere medication errors. Journal of Nursing Scholarship, **41(1)**, 70-78.

Civaner, M. (2011). “Malpraktis” yerine “hizmet kaynaklı zarar”. Türk Pediatri Arşivi, **46(1)**, 6-11.

Coyle, Y. M., Mercer, S. Q., Murphy-Cullen, C. L., Schneider, G. W., Hynan, L. S. (2005). Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. Quality safety health care, **14(5)**, 383–8.

Craven, R.F. ve Hirnle, C..J. (2009). Fundamentals of Nursing. Human Health and Function. 6th Edition. Lippincott. Williams and Willkins. Philadelphia,57-65.

Çelebi, A. (2014). Tip 1 Diyabetli Çocukların Hastalıklarına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Çetinkaya, P. (2016). Hemşirelikte Tıbbi Uygulama Hataları. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.

Çoban, İ. (2010). Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilimdalı, Erzurum.

Demir D, Y., Yorgun, S., Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 44-56.

Demir Zencirci,A. (2010). Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, **12(1)**, 67-74.

Demir, s. ve Şahin Hotun, N. (2014). Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde Hasta Tesliminde SBAR İletişim Tekniğinin Kullanımı Ve Hemşire/Ebelerin Görüşlerinin Belirlenmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi,**1(2)**,99-105

Dhankhar, P., Khan, M.M., Bagga, S. (2007) . Effect of medical malpractice on resource use and mortality of AMI Patients, Journal of Empirical Legal Studies, **4**, 163–183

Durmaz,G. (2016) Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Ebik, G.E. (2017). Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,İstanbul.

Ekici, İ. (2016). Tıbbi Müdahalelerde İfa Yardımcısının Fillerinden Doğan Sorumluluk. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Er, F. ve Altuntaş, S. (2015). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerin Belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, **3(3)**, 132-139.

Erdoğan, İ.,(1997). İşletmelerde Davranış. 2. Baskı, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 272, İstanbul, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri.

Ersun, A., Başbakkal, Z., Yardımcı, F., Muslu, G., Beytut, D. (2013). Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, **29(2)**, 33-45.

Ertem, G., Oksel, E., Akbıyık, A. (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar ile ilgili retrospektif bir inceleme, Dirim Tıp Gazetesi, **84**, 1-10.

Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Gök, D. (2015) Pediatri Hemşirelerinin İlaç Hatalarını Bildirme Durumları İle Tıbbi Hatadaki Tutumları Arasındaki İlişki, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Güleç D. (2012). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin Geliştirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Güleç, D. ve İntepeler, Ş.S. (2013). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, **15(3)**, 26-41.

Güllü, M. ve Güçlü, M. (2009). Ortaöğretim Öğrencileri İçin Beden Eğitimi Dersi Tutum Ölçeği Geliştirilmesi, Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, **3(2)**.

Güven, B. ve Uzman, E. (2006). Ortaöğretim Coğrafya Dersi Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması, Kastamonu Eğitim Dergisi, **14(2)**, 527-536.

Güven, M. (2014). Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanıklıkları. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Hicks, R.W., Sikirica, V., Nelson, W., Schem, J.R., Cousins, D.D. (2008). Medication errors involving patient-controlled analgesia. *Am J Health-Syst Pharm*, **65**, 429-440.

Işık, O., Akbolat M., Çetin, M., Çimen, M. (2012) Hemşirelerin Bakış Açısıyla TıbbiHataların Değerlendirilmesi, *TAF Prev Med Bull*, **11(4)**, 421-430.

İnceoğlu, M. (2010). *Tutum Algı İletişim (5.Baskı)*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayın Evi

İntepeler, S. Ş. ve Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **15(2)**, 129-135.

İntepeler, S.Ş., Soydemir, D., Güleç, D. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **20(1)**, 1-18.

İşçi, M. (2015). *Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki profesyonellik düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğitimleri Üzerine Etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Jansma, J. D., Wagner, C., Ten Kate, R. W., Bijnen, A. B. (2011). Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. *BMC health services research*, 12, 11(1):335.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO, ABD, 2003.

Kağıtçıbaşı, Ç. (2005). *Yeni İnsan ve İnsanlar (10.Baskı)*. İstanbul: Evrim Yayınevi.

Karaca, A. ve Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **1(1)**, 9-18.

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

Koçakoğlu, M., Türkmen, L. (2010). Biyoloji Dersine Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirilmesi, Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, **11(2)**, 229-245.

Kuğuoğlu, S., Çöven, Ç., Tanır, M., Aktaş, E. (2009). İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki Ve Yasal Sorumluluğu, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, **2**, 86-93.

Küçükaya, G., Özer, N. (2015). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Yüksek Riskli İlaç Uygulamaları Konusundaki Bilgi Durumlarının Ve İlaç Hatalarıyla İlgili Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, **19(1)**, 34-41.

Kürşat, Z. (2008). Hemşirelerin Hukuki Sorumluluğu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, **1**, 293-322.

Menken, Y. (2018). Günöbirlik Anestezi Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kültürünün Algılanmasının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul.

Mercan, N. (2015) Ajzen'in Planlanmış Davranış Teorisi Bağlamında Whistleblowing (Bilgi İfşası), Sosyal ve Beşeri Bilimleri Dergisi, **7(2)**, 1-14

Odabaşoğlu, E.(2013). Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Oğuz, N. (2004). Yüksek Riskli Bir Mekan: Sağlık Kuruluşu. Tıp Dünyası. Erişim Tarihi, 03.11.2018, <http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/14.php>.

Özata, M. ve Altuncan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görölme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya örneği, Tıp Araştırmaları Dergisi, **8**, 100-111.

Özden, D. (2014). Hasta Güvenliği,. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, ed. T. Ataberk Aştı, A. Karadağ, 261-287, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık.

Özyer, Y. (2016). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı ve İşe Bağlı Gerginlik Ve Tıbbi Hata Tutumları. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ordu.

Parshuram. C., To, T., Seto, W., Trope, A., Koren, G., Laupacis, A. (2008). Systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication. CMAJ, **178(1)**, 42-48.

Pekuslu, S., Demirci, H., Taşcıoğlu, S., Tuna, E. (2011) Bir devlet hastanesinde hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerinin belirlenmesi. In: III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı, 1. ed. Ankara: Azim Matbaacılık, 319–30.Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi. Bildirim Sayısı. Erişim: 30.11.2018 <https://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>.

Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi. Erişim: 20.11.2018 <https://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>

Saray Kılıç, H. ve Özhan Elbaş, N. (2014). Araştırma Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri Ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, **17(2)**, 97-104.

Saygın, T. ve Keklik, B.(2014). Tıbbi Hata Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, **17(2)**, 99-118.

Sezgin, B. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Sheu, S.J., Wei, I.L., Chen, C.H., Yu, S., Tang, F.I. (2008). Using snowball sampling method with nurses to understand medication administration errors. *Journal of Clinical Nursing*, **3(1)**, 1-12.

Sur, H., Özsarı, H., Say, B. (2013). Hasta güvenliği. Sur, H., Palteki T. (Ed.). *Hastane Yönetimi*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 509-519

Tang, F.I., Sheu, S.J., Yu, S., Wei, I.L., Chen, C.H. (2007). Nurses Relate The Contributing Factors Involved In Medication Errors. *Journal Of Clinical Nursing*, **16**, 447-457. Erişim tarihi: 10.10.2018 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01540.x>

Tavşancıl, E.(2010) Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.

TDK (Türk Dil Kurumu) Sağlık. Erişim, 10.09.2018 http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c03ff580b3154.47983640.

Tezbaşaran, A. (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Ankara: TPD Yayınları.

Tomey, M.A.(200) *Guide to Nursing Management and Leadership*. Sixth Edition, Mosby Lmt, St. Louis Missouri, 382-416.

Törüner, E.K. ve Uysal, G.(2012) Causes, reporting, and prevention of medication errors from a pediatric nurse perspective. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, **29(4)**, 29-35.

TTB (2011). Füsün Sayek TTB Raporları, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Türk 171 Tabipleri Birliği Yayınları, 1. Baskı, Ankara.

Tütüncü, Ö. ve Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama. Erişim, 01 Kasım 2018, http://web.deu.edu.tr/kalite/dosyalar/ulusal_makale/Ek5.doc.

Toraman, F. (2010) . İlköğretim I. Kademedeki Görev Yapan Sınıf Öğretmenlerinin Kılavuz Kitabı Kullanmaya Yönelik Tutumları . Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim

Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Programları ve Öğretimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ünal, A. (2016). Pediatrik Birimlerde Hata Raporlamayı Artırma stratejilerinin Oluşturulması ve Etkinliğinin Değerlendirmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.

Weingart,S.N. ve Wilson, R.M., Harrison,B. (2000). Epidemiology of medical error. British Medical Journal, **320**, 774-777.

World Health Organization (WHO). (2006). Word Alliance for patient safety: Forward programme 2006-2007. Genava, Switzerland; WHO

Yıldırım, A., Aksu, M., Çetin, İ., Şahan, A. (2009) Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Cumhuriyet Tıp Dergisi, **31(4)**, 356-366.

Yıldırım, G. (2008). Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları Ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Adana.

Yılmaz Gören, Ş. (2018). Tıbbi Hata Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi Ve Tutumlarına Etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Yiğitbaş, Ç., Oğuzhan, H., Tercan, B., Bulut, A., Bulut, A. (2016). Hemşirelerin Malpraktis İle İlgili Algı, Tutum ve Davranışları. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, **21(3)**, 207-214.

Yöntem,S. (2016). Hemşirelerin İlaç Hatalarına Yönelik Bilgi ve Tutumları. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Yücesan, A. ve Alkaya, S. (2017). Bireylerin Tıbbi Hatalarla İlgili Görüş ve Deneyimleri. Dicle Tıp Dergisi, **44(1)**, 26.



HAM VERİLER



FORMLAR

EK-1: BİLGİ FORMU

BİLGİ FORMU**Anket No:**

Sayın Katılımcı;

Size doldurmanız için verilen bu form ile hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Formun cevaplanması yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve doğru cevaplanması çalışmanın bilimsel değeri açısından oldukça önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi Osman Alaman
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

1-Yaşınız.....

2-Cinsiyetiniz

1 () Kadın

2 () Erkek

3-Medeni durumunuz:

1 () Evli

2 () Bekar

4-Eğitim durumunuz:

1 () Sağlık Meslek Lisesi

2 () Ön lisans Mezunu

3 () Lisans

4 () Lisans üstü

5- Çalıştığınız klinik:

6- Çalışma süreniz (belirtiniz).....

7- Daha önce tıbbi hatalara yönelik her hangi bir eğitim aldınız mı?

1 () Evet

2 () Hayır

EK-2: TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ

TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerde en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.
Katılımınız için teşekkür ederim.

İFADELER	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.					
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.					
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.					
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.					
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.					
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.					
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.					
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenbilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.					

EK-3 :ETİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 11/05/2018-131159



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-
Konu :Osman ALAMAN

Sayın Osman ALAMAN

Sorumlu araştırmacı olduğum 25.04.2018 tarih ve 47074 sayılı "Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi" konu başlıklı çalışma kurulumuzun 07.05.2018 tarih 05 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, kararekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

10/05/2018 Sağ.Teknr. : G.ÇELİK

Doğrulamak İçin:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BELMCEV49>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güldane CELİK Dahili : 11816

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü
34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul
Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88
e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr





T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI



İlgili makama,
İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Osman ALAMAN** "Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı, **2018/83** dosya numaralı 25.04.2018 tarih, **47074** sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 07.05.2018 tarihinde gerçekleştirilen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişki	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Eray YURTSEVEN (Başkan Yardımcısı)	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	B. Tunali.
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Melek Nihal ESİN	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin IŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Suat GEZGİN	İletişim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Seyhan NIŞEL	İşletme Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. İlka DEMİR	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Ayşe Esra İŞMEN GAZİOĞLU	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input checked="" type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hüseyin Kurtuluş ÖZCAN	Mühendislik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Yrd. Doç. Dr. Çare SERTELİN MERCAN	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Enes KABAĞCI	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	

EK-4: KURUM İZİN YAZISI

Tarih ve Sayı: 06/06/2018-202057



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı :53891476-302.08.01-
Konu :Osman ALAMAN

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında başladığı Yüksek Lisans eğitimine Doç.Dr.Hatice KAYA'nın danışmanlığında devam eden Osman ALAMAN'ın "Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünde yapmasında sakınca bulunmadığı hakkında adı geçen Fakülte Dekanlığından alınan 25.05.2018 tarihli 191501 sayılı yazı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Recep GÜLOĞLU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
Yazı ve ekleri (19 sayfa)

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE5NC2VV9>

Ayrıntılı bilgi için arıtıbat : Safinas ENCE Dahili : 10159

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü 34452 Beyazıt/İstanbul
Tel : 0212 440 00 00 Faks : 0212 440 00 48



EK-5: ÖLÇEK İZİN YAZI

Re: Ölçek izin hk.

dilek güleç <dgulec.11@hotmail.com>

Pzt 26.02.2018, 14:07

Kime: Osman Alaman <oalaman@kuh.ku.edu.tr>

Bilgi: osman-alaman@hotmail.com <osman-alaman@hotmail.com>

Merhabalar Osman bey,

Geliştirmiş olduğumuz "Tıbbi hatalarda tutum ölçeği" ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Sonuçları ile ilgili bilgi verirseniz sevinirim.

İyi çalışmalar, başarılar dilerim

[Android için Outlook uygulamasını edinin](#)

From: Osman Alaman <oalaman@kuh.ku.edu.tr>

Sent: Thursday, February 15, 2018 6:55:59 PM

To: dgulec.11@hotmail.com

Cc: osman-alaman@hotmail.com

Subject: Ölçek izin hk.

Merhaba Dilek Hanım;

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Esasları A.B.D'da yüksek lisans öğrencisiyim. " Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi " konulu yüksek lisans teziniz sonucunda oluşturmuş olduğunuz Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğini, " Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumlarının İncelenmesi " konulu tezimde izniniz olursa kullanmak istiyorum. İyi çalışmalar dilerim.

Osman Alaman

E-Mail: oalaman@kuh.ku.edu.tr

Osman-alaman@hotmail.com

Tel: 0544-324-62-68

Adres: Koç Üniversitesi Hastanesi

KVC Yoğun Bakım Servisi

Topkapı/İstanbul



**KOÇ ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

Osman Alaman
Ekip Lideri Hemşire
Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım (CVSİCU)

PATENT HAKKI İZİNİ



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HEMŞİRELERİN TIBBİ HATALARA YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 17	% 13	% 9	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%3
2	hemsireliknew.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
3	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	%1
4	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	%1
6	www.kalite.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
8	deuhyoedergi.org İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Osman	Soyadı	Alaman
Doğ.Yeri	Osmaniye	Doğ.Tar.	18.09.1990
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	57961600206
Email	Osman-alaman@hotmail.com	Tel	05443246268

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İ.Ü. Cerrahpaşa Eğitim Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları AD	2015-2018
Lisans	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2014
Lise	Osmaniye Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Tokat Zile Devlet Hastanesi	2018-...
2.	Ekip Lideri Hemşire	Koç Üniversitesi Hastanesi	2015-2018
3.	Hemşire	Amerikan Hastanesi	2014-2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	73,31	70,92	60,84
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri**Özel İlgi Alanları (Hobileri):**