



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ASİSTAN HEKİMLERİN VE TIP FAKÜLTESİ SON SINIF
ÖĞRENCİLERİNİN (İTERN DOKTORLARIN) HASTA
GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ SOSYO-
DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

GİZEM KETREZ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

SIVAS-2020

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ASİSTAN HEKİMLERİN VE TIP FAKÜLTESİ SON SINIF
ÖĞRENCİLERİNİN (İTERN DOKTORLARIN) HASTA
GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ SOSYO-
DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

GİZEM KETREZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HATİCE ULUSOY**

SİVAS-2020

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sürecinde kıymetli bilgi, deneyim ve önerilerini benimle paylaőan, kendisine her danıőmamda bana kıymetli zamanı ayırıp, ilgisini ve desteğini esirgemeyen, bundan sonraki akademik kariyerimde de her zaman örnek alacağım değerli Hocam Prof. Dr. Hatice ULUSOY'a,

Tez çalıőmamın son halini almasında kıymetli katkılarından dolayı değerli jüri yelerim Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Halil KAYRAL ve Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN'a,

İstatistiki bilgisiyle desteğini esirgemeyip, kıymetli zamanımı ayıran değerli Hocam Dr. Öğr. Üyesi Ziyet ÇINAR'a,

Çalıőmamın anketlerini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde kısa sürede toplamamda bana yardımcı olan sevgili arkadaőım Merve AŐKIN ve eői Dr. Muhammed Faruk AŐKIN'a,

Motivasyonumu yüksek tutmam için elinden geleni yapan, bana inanan ve güvenen sevgili arkadaőım Cansu KORKMAZ'a,

Ve tabii ki sadece tez çalıőmam sürecinde değil hayatımın her anında yanımda olan sonsuz sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiren sevgili annem zcan KETREZ, babam Murat KETREZ ve canım kardeőim Berna KETREZ'e,

Tüm samimiyetim ve iyi niyetimle teőekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ASİSTAN HEKİMLERİN VE TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN (İTERN DOKTORLARIN) HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gizem KETREZ
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Danışman: Prof. Dr. Hatice ULUSOY
2020, 85 sayfa

Bu araştırma, asistan hekimlerin ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının bazı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın tipi tanımlayıcıdır. Araştırmanın evrenini, 20-29 Mart 2019 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi (SCÜ) Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimler (N=216) ve SCÜ Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri (N=208) olmak üzere toplam 424 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, aynı tarihler arasında, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 105 asistan hekim ve 103 intern doktor olmak üzere toplam 208 birey oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak, Kişisel Bilgi Formu ile Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği (HGKİTÖ) kullanılmıştır. Dokuz alt boyut ve toplam 24 sorudan oluşan ölçek, beşli likert tipindedir. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 22 programında yapılmış olup, bağımsız iki grup için independent t-testi, Tek Yönlü Anova testi, Tukey testi ve Pearson Korelasyon ile karşılaştırmalar yapılmıştır.

Araştırma bulgularına göre, katılımcıların genel olarak hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları yüksek düzeydedir ($X=3,93$). Asistan hekim ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Asistan hekimlerin %75,2'si, intern doktorların ise %56,3'ü hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs/ders almamıştır. En yüksek ortalamaya sahip alt boyut "Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri" olmuştur. Katılımcıların tıp fakültesini isteyerek seçme değişkenine göre ölçek toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Bu çalışmada, tıbbi hataların önemli bir nedeni olarak görülen çalışma saatlerinin düzenlenmesi, hasta güvenliği konusunda asistan hekimlere yönelik hizmet içi eğitim verilmesi, hasta güvenliği konusunun müfredatta öncelikli olarak yer alması, hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumun belirlenmesi amacıyla hekimlere yönelik çalışma sayısının artırılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Asistan Hekim, İtern Doktor, Hasta Güvenliği Kültürü, Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum.



ABSTRACT

EVALUATION OF THE ATTITUDES OF ASSISTANT PHYSICIANS AND SENIOR STUDENTS OF THE FACULTY OF MEDICINE (INTERN DOCTORS) REGARDING PATIENT SAFETY IN TERMS OF SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES

Gizem KETREZ
Master Thesis
Department of Health Management
Supervisor: Prof. Dr. Hatice ULUSOY
2020, 85 pages

This study was conducted to evaluate the attitudes of assistant physicians and intern doctors regarding patient safety culture in terms of some socio-demographic variables.

The type of research is descriptive. The universe of the research consists of a total of 424 people, including 216 assistant physicians who worked at University Hospital and 208 senior students of the Faculty of Medicine, between March 20-29, 2019. The sample of the study consisted of 208 individuals, including 105 assistant physicians and 103 intern doctors, who agreed to participate voluntarily into the study. Data collection tools were “Personal Information Form” and “Scale Of Attitudes On Patient Safety Culture”. The scale is a 5 point likert type and consisted of nine sub-dimensions and a total of 24 questions. Data were evaluated in SPSS 22 program and compared with independent t-test, one-way ANOVA test, Tukey test and Pearson correlation.

According to the findings, participants ' attitudes towards patient safety culture in general were high ($X=3.93$). There were no statistically significant differences between the attitudes of assistant physicians and interns regarding patient safety culture ($p>0.05$). 75.2% of assistant physicians and 56.3% of intern doctors did not take any courses on patient safety. Sub-dimensions with the highest average has been “Working Hours As Error Cause.” A statistically significant difference was found in the scale total score averages according to the variable of the participants ' choice of medical school willingly ($p<0.05$).

In this study, it was suggested that the regulation of working hours is seen as a major cause of medical errors, providing in-service training for assistant physicians on patient safety, patient safety topic as a priority in the curriculum, increasing the number of studies for physicians in order to determine the attitude regarding patient safety culture.

Key Words: Assistant Physician, Intern Doctor, Patient Safety Culture, Attitudes About Patient Safety Culture.



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Hasta Güvenliği Kavram ve Kapsamı.....	6
2.1.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı, Önemi ve Amacı.....	6
2.1.2. Hasta Güvenliğine Yönelik Gelişmeler.....	9
2.1.2. 1. Dünyada Hasta Güvenliğine Yönelik Gelişmeler.....	9
2.1.2. 2. Türkiye’de Hasta Güvenliğine Yönelik Gelişmeler.....	13
2.2. Tıbbi Hatalar.....	18
2.2. 1. Tıbbi Hataların Boyutu.....	19
2.3. Hasta Güvenliği Kültürü	22
2.4. Araştırmanın Amacı.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	27
3.4. Veri Toplama Araçları.....	28
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	28
3.4.2. Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği (HGKİTÖ).....	28
3.5. Verilerin Toplanması.....	30
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.7. Araştırmanın Uygulanması ve Etik Boyut.....	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	54

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuçlar.....	65
6.2. Öneriler.....	66
7.KAYNAKÇA.....	67
EKLER.....	76
EK 1. Kişisel Bilgi Formu.....	76
EK 2.Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği.....	78
EK 3. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı.....	80
EK 4. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi.....	82
EK 5. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı İzin Belgesi.....	83
ÖZGEÇMİŞ.....	84

TABLolar

Sayfa No

Tablo 1: Asistan Hekim ve İntern Doktorların Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum ve Asistan Hekimlerin Çalışma Deneyimine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 2: Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusunda Kurs/Ders Alıp Almama Durumuna Göre Dağılımı.....	32
Tablo 3: Katılımcıların Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme Ve İşini Severek Yapma Durumlarının Dağılımı.....	32
Tablo 4: Katılımcıların Tıbbi Hatalarla İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	33
Tablo 5: Asistan Hekim Ve İntern Doktorların Günlük Muayene Edilen Hasta Sayısı, Aylık Nöbet Sayısı, Nöbet Süresi Ve İntern Doktorların Not Ortalaması Dağılımları.....	34
Tablo 6: Katılımcıların HGKİTÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması.....	34
Tablo 7: Katılımcıların HGKİTÖ'nün Alt Boyutlarının Frekans, Yüzde ve Puan Ortalaması Dağılımı.....	36
Tablo 8: HGKİTÖ Güvenilirlik Analizi.....	39
Tablo 9: Katılımcıların Cinsiyete Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	40
Tablo 10: Katılımcıların Medeni Duruma Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	40
Tablo 11: Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusunda Kurs/Ders Alma Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	41
Tablo 12: Katılımcıların Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	42
Tablo 13: Katılımcıların İşini Severek Yapıyor Olma Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	43
Tablo 14: Katılımcıların Gerektiğinde Danışmanlık Edecek Alanında Deneyimli Kişilerle/Hocalarla Çalışmanın Tıbbi Hatayı Azaltıp Azaltmama Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden	

Karşılaştırılması.....	44
Tablo 15: Katılımcılar Tarafından Şu Ana Kadar Tıbbi Hata Yapılıp Yapılmadığı Durumunun HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	45
Tablo 16: Katılımcıların Başkalarının Tıbbi Hata Yaptığına Tanık Olma Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	45
Tablo 17: Katılımcıların Yaş Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	46
Tablo 18: Katılımcıların Aylık Nöbet Sayısı Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	47
Tablo 19: Katılımcıların Nöbet Süresi Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	49
Tablo 20: Katılımcıların Günlük Muayene Edilen Hasta Sayısı Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması.....	50
Tablo 21: HGKİTÖ Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar.....	51
Tablo 22: Hasta Güvenliği Konusunda Yapılan Bazı Araştırmalar.....	55

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
HGKİTÖ	Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği
IOM	Institute of Medicine
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCI	Joint Commission International
NPSF	National Patient Safety Foundation
R.G.	Resmi Gazete
SAS	Sağlıkta Akreditasyon Standartları
SCÜ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
WHO	World Health Organization

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın yokluğu olmakla kalmayıp bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir. İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal kabiliyet ve yetileri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler ise sağlık hizmetidir (R.G. 12.01.1961/10705). İşte bu sağlık hizmetinden faydalanma ihtiyacı bulunan birey, hasta bireydir (R.G. 06.04.2011/27897).

Sağlık sektöründe hizmet sunarken en önemli öncelik, sağlık hizmetinin hastaya zarar vermeden sunulması olmalıdır (Budak, 2008). Ancak, sağlık hizmetlerinde her tıbbi uygulama ve girişim ile birlikte bazı riskler de meydana gelmektedir. Günümüzde meydana gelen bu risklerin azaltılması ya da kontrol altına alınabilmesi için hasta güvenliği kavramı ön plana çıkmaktadır (Taş ve ark., 2013).Ulusal ve uluslararası birçok kurum tarafından farklı boyutlarıyla ele alınan hasta güvenliği kavramının farklı tanımları yapılmış olsa da temelinde hastanın yararını ve güvenliğini içermektedir (Yılmaz Gören, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization- WHO) tarafından hasta güvenliği; *“sağlık bakımı sürecinde bir hastaya önlenemez zararın olmaması ve sağlık hizmeti ile ilişkili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir bir minimum seviyeye indirilmesidir”* şeklinde ifade edilmiştir (www.who.int). Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation-NPSF) ve Sağlık Bakımını İyileştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement-IHI) Mayıs 2017'de birlikte çalışmaya başlayan bir kuruluş olarak hasta güvenliğini; *“zararı ve önlenemez ölüm oranını azaltarak bakımın sürekli olarak daha güvenli hale getirilmesi”* olarak tanımlanmıştır (www.ihl.org). Sağlık Bakanlığı tarafından ise hasta güvenliği; *“hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir”* şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Sağlık sistemi oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Çeşitli alt sistemlerden meydana gelmekte ve alt sistemlerin içinde hizmet sunumunda doğrudan etkili olan pek çok aktör bulundurmaktadır. Bu aktörler, sistemde aktif olarak faaliyet gösteren doktor, hemşire, ebe, teknisyen vb. sağlık profesyonelleridir. Sağlık hizmetinin sunumu, söz konusu aktörlerin etkileşimi sonucunda gerçekleşmektedir (Kıdak ve Demir, 2019). Çok

sayıda etkileşim ile birlikte tıbbi uygulamalar esnasında bazen hastalara zarar verilebilmekte ve tıbbi hatalar ortaya çıkabilmektedir (Çiftlik ve ark., 2010). Tıbbi hata kavramı genel olarak İngilizcedeki “*medical error*” kavramının Türkçe karşılığı olarak, tıp uygulama alanında yaşanan hataların tamamını kapsayacak şekilde kullanılmaktadır. (Özgönül, 2010). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) tıbbi hata kavramını; “*planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması*” olarak tanımlamaktadır (Kohn ve ark., 2000).. Bu kavram Güven (2014) tarafından; “*sağlık personelinin mesleğini icra ederken mesleğinin etiğine uygun olmayan davranışta bulunması, bilgi, beceri yetersizliği ve ihmalkârlığı sonucu hastaların zarar görmesine neden olması*” şeklinde ifade edilmektedir. Çiftlik ve arkadaşları (2010) ise tıbbi hatayı; “*hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenmeyen bir sonuç*” olarak tanımlamaktadır.

Tıbbi hatalar, sağlık hizmeti sunumu sürecinin herhangi bir aşamasında herhangi bir nedenden dolayı meydana gelebilmekte ve hizmetin bütününe etkilenebilmektedir. Bu durum amaçlanan sonuçlardan uzaklaşılmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte sağlık çalışanları tarafından yapılan bazı hatalar bazı durumlarda hastada zarara neden olmayabilir. Bir ilacın fazla dozda verilmesi bir tıbbi hatadır fakat hastada herhangi bir zarar oluşturmamış olabilir. Ancak tıbbi hataların çoğu önemli olup hastada hasara neden olmakta hatta hastayı öldürebilmektedir (Kıdak ve Demir, 2019; Karataş ve Yakıncı, 2010).

Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunun öncelikli sorun haline gelmesi 1999 yılında IOM tarafından yayınlanan rapor ile olmuştur. “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” isimli rapor tüm dünyada yankı uyandırıp dikkatleri üzerine çekmiştir. Yayınlanan bu raporda, biri New York ve diğeri Colorado ve Utah’ta olmak üzere iki büyük araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre; hastaneye yatışların New York hastanelerinde %2,9’unda, Colorado ve Utah hastanelerinde %3,7’sinde tıbbi hata yaşandığı ve yaşanan bu tıbbi hataların New York hastanelerinde %58’inin, Colorado ve Utah hastanelerinde ise %53’ünün önlenbilir olduğu belirtilmektedir. Yine aynı raporda ABD’de önde gelen ölüm nedeninin, önlenbilir tıbbi hatalar olduğu ve bu ölümlerin motorlu taşıt kazalarına (43,458), meme kanserine (42,297) ve AIDS’e (16,516) atfedilebilen ölümleri aştığı ifade edilmektedir. Ayrıca her yıl en az 44.000 ve belki de 98.000 kadar Amerikalının tıbbi hatalar nedeniyle

hastanelerde hayatını kaybettiği raporda yer alan bilgiler arasındadır. (Kohn ve ark., 2000). Daha yakın tarihli bir çalışmada ABD’de tıbbi hata kaynaklı ölümler yılda 251.454 olarak hesaplanmıştır. Aynı zamanda ABD’de tıbbi hataların kalp hastalığı ve kanserden sonra üçüncü en yaygın ölüm nedeni olduğu ve bu hataların ABD’de gerçekleşen tüm ölümlerin %9,5’ine karşılık geldiği belirtilmiştir (Makary, ve Daniel, 2016; Anderson ve Abrahamson, 2017). ABD gibi gelişmiş ülkelerin yanı sıra dünya genelinde meydana gelen toplam tıbbi hataların yaklaşık üçte ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşandığı ifade edilmekte (WHO, 2017) ve bu ülkelerdeki hastanelerde her yıl 134 milyon tıbbi hata meydana geldiği ve her yıl 2,5 milyon ölüme neden olduğu yer alan bilgiler arasındadır (National Academies Of Sciences, Engineering And Medicine, 2018). Oysaki tıbbi hataların çoğu daha iyi politika ve uygulama yoluyla sistematik olarak önlenilebilir türdendir. Bu hataları önleme maliyeti ise genellikle zararın neden olduğu maliyetten çok daha düşüktür (Slawomirski ve ark., 2017). Tıbbi hataların toplam ulusal maliyetinin 37,6 milyar dolar ile 50 milyar dolar arasında olduğu, önlenilebilir tıbbi hataların maliyetinin ise 17 milyar dolar ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir (Kohn ve ark., 2000).

Konu ile ilgili oldukça fazla sayıda ölümlerin ve ekonomik zararların gün yüzüne çıkmasıyla birlikte dünya genelinde çeşitli kuruluşlar tarafından konuya büyük ilgi gösterilmiştir. Ocak 2002’de, Dünya Sağlık Örgütü Yönetim Kurulu tarafından hasta güvenliği konusu yoğun bir şekilde tartışılmıştır. Her hastanın, her zaman, her yerde, zarar ve risk olmaksızın güvenli sağlık hizmeti aldığı bir dünya vizyonuna sahip olan Dünya Sağlık Örgütü’nün çalışmaları Ekim 2004’te Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı (World Alliance For Patient Safety) hareketi ile başlamıştır. Bu hareket tüm üye ülkelerin sağlık hizmetlerinin güvenliğinin artırılması arayışında önemli bir adım olmuştur ve altı eylem planından oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ayrıca, hasta güvenliğindeki gelişmeleri koordine etmek, yaygınlaştırmak, hızlandırmak ve dünyanın her yerinde hasta zararını önlemede riskleri yönetmek için Hasta Güvenliği ve Risk Yönetimi (Patient Safety and Risk Management) birimini kurmuştur. (WHO, 2017; WHO, 2004). Hasta güvenliği konusu ile ilgili 2004 yılından itibaren küresel çapta çeşitli programlar yürütmüştür. Son olarak 2017 yılında yürürlüğe giren programın teması “*Güvenli İlaç Kullanımı (Medication Without Harm)*” olarak belirlenmiştir (WHO,2017a). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü, konu ile ilgili farkındalığı artırmak adına 17 Eylül’ü “*Dünya Hasta Güvenliği Günü*” olarak ilan etmiştir (www.who.int).

Ülkemiz açısından hasta güvenliği konusunda ilk çalışmalar özel hastanelerde başlamasına rağmen, ülke genelinde etki yaratacak ilerlemeler Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmiştir. 2003 yılından beri adım adım gelişmelerle yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile hasta güvenliği konusunun da kalite geliştirme bileşeni içinde ele alınması sağlanmış, birçok sağlık mevzuat metni yenilenmiş, birçok konuda ilk metinler yayımlanmıştır. Sağlıkta kalite standartları oluşturulması ve hasta güvenliğine burada önemli bir yer verilmesi, hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşması için birçok toplantı, kongre, konferans düzenlenmesi, makale ve kitapçık yayımlanması, uluslararası gelişmelerin yakından takip edilmeye başlanması sağlıkta akreditasyon çalışmalarına hız verilmesi, konuyla ilgili daire başkanlığı ve enstitü kurulması gibi gelişmeler bugün için yapılmakta olanlar arasında yer almaktadır (Sur, 2019).

Hasta güvenliğinin amacı; hastaları, hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu yönde etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır (Güven, 2007). Sağlık kurumlarında bütün çalışanların üzerine düşen her türlü sorumluluğu tam olarak yerine getirmesi ve sunulan hizmetin hastaya zarar vermeden sunulması gerekli olduğundan güvenli bir sağlık hizmetinin gerçekleşmesinde ise ilk adım olarak liderlik ve hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır (Çiftlik ve ark, 2010; Budak, 2008). Çalışanların tutumları, inançları, algıları ve değerlerinden oluşan hasta güvenliği kültürünün oluşmasında, hasta güvenliğinin önemi vurgulanmalı, tüm çalışanlar tarafından benimsenmeli (Taş ve ark., 2013; Dursun ve ark., 2010), hasta güvenliği konusu sahiplenilmeli, konunun herkes tarafından sahiplenilmesi gerektiğini ilan edilmeli, liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişim sağlanmalı ve bunun sürekliliği korunmalı, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden durumları belirleme ve azaltılması için sorumluluk devredilmeli, hasta güvenliği için kaynak ayrılmalı ve hasta güvenliği eğitimlerinin sürekliliğini sağlanmalıdır (Çakmakçı ve Akalın, 2001). Oluşturulan hasta güvenliği kültürü sayesinde, hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açık bir şekilde ve ceza alma korkusu olmadan tartışıldığı bir ortam yaratılacak, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların sürekli olması sağlanacak ve böylelikle, tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktılarında önemli ölçüde iyileşmeler gerçekleşecektir (Budak, 2008). Liderler ise kurumda, hataların geribildirimi konusunda yapıcı, destekleyici ve açıklayıcı olmalıdır. Eğer durum böyle olmazsa birey yaptığı hatayı gizlemeye, aleyhine kullanılabileceği hissine kapılmaya ve sonuçta hataların

daha büyük boyutta zarara dönüşmesine yol açabilir (Dursun ve ark., 2010). Bu nedenle hasta güvenliği süreçlerinin iyi yönetilmesi ile birlikte hasta güvenliği ile ilgili lider yaklaşımlarının etkin olması da son derece önemlidir. (Çiftlik ve ark., 2010).



2.GENEL BİLGİLER

Bu bölümde öncelikle hasta güvenliği kavramının tanımı, önemi ve amacına, daha sonra hasta güvenliğinin ulusal ve uluslararası alanda gelişimi, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği kültürü konusunda genel bilgilere yer verilecektir.

2.1. Hasta Güvenliği Kavram ve Kapsamı

2.1.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı, Önemi ve Amacı

Sağlık hizmetinin güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında, verimli ve eşit dağılımlı olarak sunulması çağdaş sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında yer almaktadır. Teknolojik, bilimsel ve insan kaynakları açısından sürekli gelişmekte olan sağlık sektöründe, hem hizmet alan hem de hizmet verenlerin güvenliği konusunun sürekli gözden geçirilmesi ve iyileştirmelerin yapılması sağlık kurumlarının yegane görevlerindedir. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 37. maddesinde; *“herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar”* şeklinde, hasta olan ve hasta olmayan tüm bireylerin güvenlik içerisinde sağlık hizmeti alma hakkı açıkça belirtilmiştir. Bu bağlamda güvenli bir sağlık hizmeti sunulmasının öncelikli hale gelmesiyle birlikte, hekim seçme hakkı, bilgilendirilme hakkı gibi hakların yanında güvenli sağlık hizmeti alma hakkı da gün geçtikçe önem kazanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008; Çakmakçı ve Akalın, 2011; R.G. 01.08.1998/23420).

Sağlık hizmetleri hem zarar vermemek yani güvenlik hem de en iyi şekilde yarar sağlamak yani kaliteyi amaç edinmektedir. Kalite beklentisinin artması, hizmet sunumundaki yetersizlikler ve hataların insan yaşamını tehdit eden sonuçları, sağlık hizmetlerinde kalite kavramını daha da önemli hale getirmiştir (Beylik ve Bayer, 2019). Sağlık hizmetleri sunumunda herhangi bir hatanın, giderilmesi olanaksız sonuçlar yaratması da kalite kavramının yaşamsal öneme sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, ilk seferde doğru hizmetin sunulması gereklidir. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen birçok boyut, dengeli ve birbirleri ile ilişkileri bir arada değerlendirildiği zaman anlamlı sonuçlar üretmektedir. Hizmet alanların beklentilerinden, sunulan hizmeti nasıl algıladıklarına; hizmet sunanların

sorumluluk alanlarında gerekli teknik ve fonksiyonel işlevleri yerine getirip getirmediğine kadar birden fazla faktörün bir arada değerlendirilmesi önemlidir. *Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite Modeline* göre, hizmet sunumunun yapısal ve sürece dayalı unsurları ve nihai çıktıkları ayrı ayrı ele alınarak bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca her bir bileşen, hem sağlık hizmetinin teknik unsurları ile “ne” sunulduğu hem de hizmet alanların bu hizmetleri “nasıl” aldıkları açısından da ele alınmalıdır. Nihayetinde bu unsurların tamamı birçok farklı dışsal faktörden de etkilenmektedir. Bu dışsal faktörlerin neler oldukları ve etkilerinin ne boyutta olduğu da değerlendirilmelidir (Kayral ve ark., 2018).

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren Donabedian’a göre kaliteli hizmet; “*hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet*” olarak tanımlanmaktadır (Kaya, 2013). Sağlık hizmetlerinde kalitenin hasta beklentilerini karşılaması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetler açısından uzun süreli bir memnuniyet yaratması beklenmektedir (Kayral ve ark., 2018).

Hasta güvenliği, sağlıkta kalite çalışmalarının zorunlu bir basamağını oluşturmaktadır (Beylik ve Bayer, 2019). Sağlık hizmetlerinde kalite hedefleri arasında yer alan ve farklı birçok tanımla yapılan hasta güvenliği kavramı Ovalı (2010) tarafından “*sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya eliminasyonu*” şeklinde ifade edilirken, Güven (2007) tarafından “*sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı*” olarak tanımlanmıştır. Budak (2008) ise bu kavramı kısaca; “*hastalara yardım ederken onlara zarar vermeden kaçınma, zarar vermeme*” şeklinde ifade etmiştir.

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) tarafından hasta güvenliğini oluşturan karakteristik özellikler, aşağıdaki noktaların birleşmesi olarak tanımlanmaktadır (NPSF, 2000):

- Hasta güvenliği, öncelikle sağlık bakım sürecinin kendisinden kaynaklanan istenmeyen sonuçların veya yaralanmaların iyileştirilmesi, önlenmesi ve onlardan kaçınılması ile ilgilidir.
- Hasta güvenliği, sağlık bakım sisteminin bileşenlerinin etkileşiminden meydana gelir. İstenmeyen sonuçların olmaması veya önlenebilir hata ya

da olaylardan kaçınılmasından daha fazlasıdır. Güvenlik sadece bir kişi, cihaz, ya da bölüme bağlı değildir. Güvenliği iyileştirmek sağlık sisteminin bileşenlerinin etkileşiminden güvenliğin nasıl ortaya çıktığını öğrenmeye bağlıdır.

- Hasta güvenliği “*bakım kalitesi*” ile ilgilidir, ancak iki kavram eş anlamlı değildir. Güvenlik önemli bir kalite alt kümesidir. Bugüne kadar, kalite güvencesi, sürekli kalite iyileştirme, toplam kalite yönetimi vb. gibi kaliteyi yönetme faaliyetleri, hasta güvenliği konularına yeterince odaklanmamıştır.

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek hatalar sebebiyle kişilerin uğrayacağı zararları önlemek için sağlık kurumları ve bu kurumlarda çalışan bütün bireyler tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Sunulan hizmet sürecinde önlenilecek nitelikte olan hataların hastalara zarar vermesini engellemek ise hasta güvenliğinin amacını oluşturmaktadır. Bu bağlamda yeni tasarımlar yapılarak, hataların hasta bireyleri etkilemesinden önce tespit edilip kayıt altına alınmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önleyici faaliyetlerin yapılandırılması gereklidir (Tapan, 2019). Hataların raporlanması ve bildirimi, kalite iyileştirme çalışmalarının ve eğitimlerinin yapılması, yorgunluk vb. insan kaynaklı faktörlerin ortadan kaldırılması bir kurumda hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde faydalı yöntemler arasında yer almaktadır. Bunların yanı sıra, hasta güvenliğine odaklanmış bilimsel bilginin kullanımı ve gelişimi için alt yapı sisteminin desteklenmesi, uygun çalışma ortamlarının oluşturulması, etkin ekip içi iletişimin sağlanması, hatalardan ders alınması, hatalara önleyici yaklaşımda bulunulması, çalışanların nitelik ve niceliğinin iyileştirilmesi, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusunda hatalı davranışların düzeltilmesi vb. faaliyetler hasta güvenliğinin gelişimine katkı sağlayacağı gibi kaliteli hizmet sunumunu da kolaylaştıracaktır (Çiçek Korkmaz, 2018; Çakmakçı ve Akalın, 2011).

Hasta güvenliğinde temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı muhtemel zararlardan koruyacak, hata olasılığını yok edecek bir sistemin kurulmasıdır (Güven, 2007). Sağlık hizmetleri sistemi pek çok alt sistemden oluşan karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu alt sistemlerin ve içerisinde yer alan çeşitli birimlerin ve çalışanların birbirleriyle karşılıklı bağımlılık ilişkisi vardır. Bu bağlamda söz konusu yönetim sistemlerinin insan kaynaklı hatalara izin vermeyecek şekilde tasarlanması önemlidir. Eğer sistemler hataya açık ise

çalışanların güvenlik ile ilgili şartlara uygun olarak hareket etmesi çoğu zaman mümkün olmayacaktır. Bununla birlikte kurumda hata olduğu zaman hatanın sorumlusu kişiyi arayıp suçlamaktansa, hatanın neden ve nasıl ortaya çıktığının incelenmesi ve kurumsal yapı açısından tartışılması, sistemin zayıf taraflarının güçlenmesine imkan sağlayarak benzer hataların tekrarlanmasını önleyecektir (Hayran 2019; Tapan, 2019). Bu sebeple tıbbi hataların bireysel hatalar olarak kabul edilip çalışanların cezalandırılması yerine, sistemde iyileştirmelerin yapılması daha doğru bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Akalın, 2005).

2.1.2. Hasta Güvenliğine Yönelik Gelişmeler

2.1.2. 1. Dünyada Hasta Güvenliğine Yönelik Gelişmeler

Hasta güvenliği kavramı son yıllarda ivme kazanmış olsa da hasta güvenliğini sağlama çabaları insanlık tarihi kadar eskidir. Hasta güvenliğinin ön planda tutulması ve hastalara zarar verilmemesi Hipokrat zamanından beri “primum non nocere, önce zarar verme” şeklinde ifade edilmiştir. Florence Nightingale’in 1854 yılı Kırım Savaşı’nda sağlık zararlarını azaltma çabaları içinde kalite iyileştirme girişimleri ise, hasta güvenliğinin sağlanmasında öncü kanıta dayalı uygulamalar olarak kabul edilmektedir (Sur, 2019; Hayran, 2019; Sawyer, 2019).

Harvard Tıp Fakültesi'nin hocalarından ve Massachusetts General Hospital hekimlerinden Dr. Ernest Codman, 1955 yılında hasta güvenliğinin temellerini atarak konu ile ilgili dikkatleri üzerine çekmiştir. Codman, hasta güvenliğinin tanımını yapmadan hasta sonuçları üzerine odaklanarak, uygulanan tedavilerin neden başarısız olduğunu anlamanın, daha sonra gelecek olan hastaların alacağı bakımın iyileşmesinde temel olduğuna inanıyordu. Codman'ın hasta güvenliğine katkısı, hasta sonuçlarının ölçülmesi kavramının gelişmesi ve sağlık bakımını iyileştirmek için bu sonuçların raporlanması konusunda olmuştur. Ayrıca, Amerikan Cerrahlar Birliği'ni ve hastanelerde bakımı standart hale getirmek için bilinen ilk çaba olan Hastane Standardizasyon Komitesi'ni kurmuştur. Hastane sağlık çalışanlarını organize etme ve bu kişilerin iyi eğitilmiş, yetkin ve lisanslı cerrahlar haline getirilmesi çalışmalarını başlatmış, hastaların sağlık kayıtlarını daha uygun hale getirmeye çalışmış ve klinik laboratuvarların ve radyolojik görüntüleme ünitelerinin kurulmasını sağlamıştır (Sawyer, 2019; Byers ve White, 2004).

1991 yılında, kalite ve güvenlik konusundaki en iyi uygulamaların tanımlanması ve yayılmasına odaklanan Sağlık Bakımını İyileştirme Enstitüsü (IHI) kurulmuş (Sawyer, 2019), 1995 ve 1996 yıllarında tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine olan ilgi en üst seviyeye çıkmıştır. Bu dönemde hasta güvenliği konusunda ilk Annenberg Konferansı yapılmış, Harvard Üniversitesi'nde tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusunda ilk yönetim toplantısı gerçekleştirilmiş ayrıca Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu da (NPSF) bu dönemde kurulmuştur (Byers ve White, 2004).

Hasta güvenliğine yönelik farkındalığın artmasında IOM'nin yayınladığı raporlar konu ile ilgili çalışmaların hız kazanmasında etkili olmuştur (Çiçek Korkmaz, 2018). 1999 yılında IOM tarafından, ABD'de her yıl 44.000 ve belki de 98.000 kadar insanın tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği bilgisini içeren "*To Err is Human: Building a Safer Health System*" adlı dönüm noktası olan rapor yayınlanmıştır. Raporla 1984 yılında New York ve 1992 yılında Colorado ve Utah hastanelerinde olmak üzere tıbbi hatalar ve hasta güvenliği ile ilgili iki büyük çalışma gerçekleştirilmiş ve çalışma sonuçları oldukça dikkat çekici ve diğer ülkelerde de yankı uyandıran nitelikte olmuştur (Kohn ve ark., 2000).

2001 yılına gelindiğinde bu raporu takip niteliğindeki "*Crossing the Quality Chasm, A New Health System for the 21st Century*" adlı diğer bir rapor yayınlanmış, 21. yy için yeni bir sağlık sistemi öngörülmüştür. IOM tarafından 21. yüzyıl için belirlenen altı konudan birincisi sağlık sisteminin "*güvenli*" olması yani hasta güvenliğidir. Bunu, hastalara yardım etme niyetiyle gerçekleşen bakım esnasında onlara zarar vermekten kaçınma, olarak açıklamaktadır. Sağlık sisteminin, "*etkili*"; sağlık hizmetinin yarar sağlayabileceği herkese bilimsel bilgiye dayalı hizmet sunmak ve sağlık hizmetinin eksik veya aşırı kullanımından kaçınma, "*hasta odaklı*"; hastanın tercih, ihtiyaç ve değer yargıları doğrultusunda bütün klinik karar verme süreçlerinde bu değerleri rehber olarak sağlık hizmeti sunma, "*zamanında*"; hem sağlık hizmeti sunanlar hem de sağlık hizmeti alanlar açısından zararlı olan gecikmelerin ve beklemlerin azaltılması, "*verimli*"; kaynakların, fikirlerin, enerji ve ekipmanların israfını önleyen bir sağlık sistemi, "*eşit*"; hizmet kalitesinin ırk, cinsiyet, renk coğrafik konum ve sosyoekonomik farklılıklar vb. bakılmaksızın eşit olması, şekilde sunulması önerilmiştir (Institute of Medicine, 2001).

2001 yılı içerisinde ayrıca Ulusal Hasta Güvenliği Güçleri (FDA, AHRQ, CDC, CMS) oluşturulmuş, 2002 yılında IOM tarafından "Envisioning the National Health

Care Quality Report" yayınlanmıştır (Byers ve White, 2004). Yine IOM tarafından 2003 yılında yayınlanan "Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality" ile sağlık hizmetlerinde kalite açısından öncelikli alanlar belirlenmiştir (Institute of Medicine, 2003).

Hasta güvenliği açısından bir diğer önemli gelişme ise bağımsız ve kar amacı gütmeyen bir kuruluş olan Joint Commission International (JCI) tarafından "*Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri*" nin belirlenmesi olmuştur. Eğitim, yayınlar, danışmanlık hizmetleri ve uluslararası akreditasyon ve sertifika sunarak uluslararası toplumda hasta güvenliğini ve sağlık bakım kalitesini iyileştirmek amacıyla çalışan JCI, hedefleri şu şekilde sıralamıştır; hastaların doğru kimliklendirilmesi, etkili iletişimin artırılması, yüksek riskli ilaçların kullanımında güvenliğin sağlanması, güvenli cerrahisinin sağlanması, sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması, düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme riskinin azaltılması (<https://www.jointcommissioninternational.org/>).

Amerika sağlık sisteminin güvenliğini ve kalitesini iyileştirmek konusunda önde gelen kurumlar arasında yer alan The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ise ilk kez 2003 yılında "Hasta Güvenliği Göstergeleri" yayınlamış ve yayınlanan bu göstergeler ihtiyaç duyuldukça, zamanla güncellenmiştir. Bakım sunumunda iyileştirme fırsatlarını temsil eden, potansiyel olarak önlenabilir güvenlik olayları hakkında bilgi sağlayan bu göstergeler, son olarak 2015 yılında güncellenmiştir (<https://www.ahrq.gov/>; AHRQ, 2015). Göstergeler "hastane seviyesinde" ve "alan seviyesinde" olmak üzere iki grupta sınıflandırılmıştır. Hastane seviyesindeki hasta güvenliği göstergeleri arasında, düşük mortaliteye sahip tanı ilişkili gruplardaki ölüm oranı, basınç ülseri oranı, tedavi edilebilir koşullara sahip cerrahi hastalar arasındaki ölüm oranı, cerrahi işlem esnasında yabancı cisim unutma, iatrojenik pnömotoraks oranı, santral venöz kateter ilişkili kan dolaşım enfeksiyon oranı, ameliyat sonrası kalça kırığı oranı, peri-operatif kanama veya hematoma oranı, ameliyat sonrası psikolojik ve metabolik düzensizlik oranı, ameliyat sonrası solunum yetmezliği oranı, peri-operatif akciğer embolisi veya derin ven trombozu oranı, ameliyat sonrası sepsis oranı, ameliyat sonrası yara açılması oranı, yanlışlıkla delme ya da yırtılma oranı, transfüzyon reaksiyonları oranı, yeni doğana zarar veren doğum yaralanma oranı, vajinanın aletle yaralandığı doğum yaralanmaları ve vajinanın aletsiz yaralandığı doğum yaralanmaları yer almaktadır. Alan seviyesindeki hasta güvenliği göstergeleri ise, cerrahi işlem

sırasında yabancı cisim unutma oranı, iatrojenik pnömotoraks oranı, santral venöz kateter ilişkili kan dolaşım enfeksiyon oranı, ameliyat sonrası yara açılması oranı, yanlılıkla delme ya da yırtılma oranı, transfüzyon reaksiyonları oranı, ameliyet sonrası kanama ya da hematoma oranıdır. (AHRQ, 2015).

Konu ile ilgili olarak Uluslararası Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (The Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD), hastane kaynaklı enfeksiyonlar, ameliyat ve ameliyat sonrası komplikasyonlar, istenmeyen olaylar, gebelik, ve tıbbi bakımla ilgili diğer istenmeyen olaylar olmak üzere 5 alandan oluşan 21 maddelik "Hasta Güvenliği Göstergeleri" yayınlamıştır. 2004 yılında yayınlanan bu göstergeler aşağıdaki gibidir (Millar ve Mattke, 2004);

- *Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar:* Ventilatöre bağlı pnömoni, yara enfeksiyonu, tıbbi bakıma bağlı enfeksiyon ve bası ülserleri.
- *Ameliyat ve Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar:* Anestezi komplikasyonları, post-operatif kalça kırıkları, post-operatif pulmoner emboli veya derin ven trombozları, post-operatif sepsis ve cerrahi girişimde teknik zorluklar.
- *İstenmeyen olaylar:* Transfüzyon reaksiyonları, yanlış kan ürünü verme, hatalı taraf cerrahisi, cerrahi işlemde yabancı cisim bırakma, tıbbi cihazlarla ilgili istenmeyen olaylar ve ilaç hataları.
- *Gebelik:* Neonatal dönem ilişkili doğum travması, normal doğum ve sezaryen ameliyatı ile ilişkili travmalar, doğumla ilgili problemler.
- *Diğer Tıbbi Bakımla İlgili İstenmeyen Olaylar:* Hastaların düşmesi ve hastanede kalça kırığı veya düşme.

OECD tarafından yayınlanan bu 21 maddenin 12'si AHRQ tarafından hasta güvenliği göstergeleri olarak sunulmakta ve aynı zamanda bu 12 maddenin 6'sı da 2006 yılından beri "AHRQ Pediatrik Kalite Göstergeleri" olarak çocuklara uygulanmaktadır (Dönmez, 2017).

Avrupa Birliği de 2005 yılında hasta güvenliği konusunda Lüksemburg'da konferans düzenlemiş ve sonrasında bir bildirge yayınlamıştır. Bildirgede, hasta güvenliğinin ciddi bir sorun olduğu vurgulanarak hasta güvenliğinin yaşam kalitesini artırmada katkı sağlayacağına önemi belirtilmiş ve hasta güvenliğinin sağlanmasına ilişkin önerilere yer verilmiştir. Bu bildirge ile Avrupa Birliği siyasi gündeminde hasta

güvenliği konusuna yüksek öncelikli olarak yer verildiğini ilan etmiştir (European Union, 2005).

Uluslararası alanda hasta güvenliğine ilişkin olarak Dünya Sağlık Örgütü ise, “*Hasta Güvenliği İçin Dünya İttifakı (World Alliance For Patient Safety)*” hareketi ile 2004 yılından itibaren önemli çalışmalar gerçekleştirmiş, ilki 2005 yılında olmak üzere “*Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi*”ni başlatmıştır. Bu mücadele için seçilen ilk konu “*Temiz Bakım Daha Güvenli Bakımdır (Clean Care is Safer Care)*” teması ile sağlık hizmetlerine bağlı enfeksiyonlar olmuştur (WHO, 2004). İkinci mücadele konusu “*Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır (Safe Surgery Saves Lives)*” teması ile cerrahi ile ilişkili riskleri azaltmaya odaklanırken, üçüncüsü ise, “*Güvenli İlaç Kullanımı (Medication Without Harm)*” olarak belirlenmiş ve güvenli olmayan ilaç uygulamaları ve hataların neden olduğu ilaçla ilişkili zararı azaltmayı amaçlamıştır (WHO, 2017). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü, 72. Dünya Sağlık Asamblesi’de 17 Eylül’ü “*Dünya Hasta Güvenliği Günü*” olarak ilan etmiştir. Her yıl gerçekleşecek olan Gün’ün amacı, kamu farkındalığını ve katılımını artırmak, küresel anlayışı geliştirmek ve hasta güvenliğini teşvik etmek için üye devletler tarafından küresel dayanışma ve eyleme yönelik çalışmalar olarak belirlenmiştir. 17 Eylül 2019’da gerçekleşen ilk Dünya Hasta Güvenliği Günü’nün teması “*Hasta Güvenliği: Küresel Bir Sağlık Önceliği*” iken sloganı ise, hatalardan öğrenmek, açık iletişimi teşvik etmek ve hasta güvenliğinin önemini vurgulamak amacıyla “*Hasta Güvenliği İçin Konuşun!*” olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda ilk Dünya Hasta Güvenliği Günü’nde Dünya Sağlık Örgütü, hasta güvenliği konusunda farkındalık yaratmak için küresel bir kampanya başlatmıştır. Kampanya kapsamında 17 Eylül’de tanınmış olan anıtların turuncu ile aydınlatılması teşvik edilmiştir. Cenevre’deki Jet d’Eau, Kahire ve Mısır dışındaki Giza piramitleri, Malezya’daki Kuala Lumpur Kulesi, Amerika’daki the Leonard P. Zakim Bunker Hill Memorial Köprüsü kampanyaya katılan anıtlar arasında yer almaktadır (www.who.int) .

2.1.2. 2. Türkiye’de Hasta Güvenliğine Yönelik Gelişmeler

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen kalite çalışmaları çok uzun yıllar öncesine dayanmasa da son on yılda nitelikli ve etkili çalışmalar yapılmış ve bunun uygulamaya yansımaları ve yaygınlaştırılması sağlanmaya çalışılmıştır. Dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de hasta güvenliği uygulamaları kalite iyileştirme programlarından ayrı düşünülmemekle beraber Bakanlığın kalite

çalışmaları konusundaki rehberliği oldukça büyük öneme sahiptir. Bu doğrultuda sağlık kurumlarında kalite çalışmaları kapsamında hasta güvenliği sağlanılmaya çalışılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016; Beylik ve Bayer, 2019).

Hasta güvenliği uygulamaları ülkemizde ilk olarak 2001 yılında Sağlık Bakanlığı ile Joint Commission International arasında anlaşma yapılmasıyla hayata geçirilmiştir (Hoş, 2016). Anlaşma neticesinde hastane standartlarının uygulanması için çalışmalar başlamış, pilot hastanelerde eğitimler düzenlenmiştir (Budak, 2008). 2003 yılında yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm programı ile hasta güvenliği konusu kalite geliştirme bileşeni içinde ele alınmıştır (Sur, 2019). 2006 yılına gelindiğinde ise devlet otoriteleri tarafından ilk kez hasta güvenliği arama toplantıları yapılmış ve böylelikle devletin bu konuya olan ilgisi ortaya konulmuştur (Budak, 2008). Ayrıca, ülkemizde hasta güvenliği bilincini yaymak ve hasta güvenliği kültürünün yayılmasını sağlamak amacıyla dernekler kurulmuş (Budak, 2008), bu dernekler tarafından kongreler düzenlenmiştir. Hasta güvenliğine verilen önemin göstergesi olarak Nisan 2006'da kurulan Hasta Güvenliği Derneği “*önce zarar verme*” sloganıyla Türkiye’de çalışan ilk organizasyon olmuştur. Söz konusu dernek kuruluşunun birinci ayında Ankara’da bir sempozyum ve daha sonrasında ise uluslararası kongreler organize etmiştir (Çiçek, 2012; Sur, 2008).

Sağlık Bakanlığı tarafından hasta güvenliğine ilişkin temel uygulamalar 2008 yılı Hizmet Kalite Standartları içinde “*Hasta Ve Çalışan Güvenliği*” başlığı altında ele alınmıştır. Standartlar arasında güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması, enfeksiyon riskinin azaltılması, ilaç güvenliğinin sağlanması, güvenli kan tranfüzyonun sağlanması, hastanın doğru kimlik tanımlamasının yapılması, hastaların düşme riskini azaltılmasına yönelik önlemler alınması gibi hasta güvenliğine yönelik düzenlemelerle birlikte kesici delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik düzenleme yapılması, yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliğinin sağlanması gibi çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yer almaktadır. Bu standartlardan hasta güvenliğini sağlamaya yönelik standartların sayıca daha fazla olduğu görülmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Hasta güvenliği konusuna Nisan 2009’da yayınlanan “*Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ*” ile yasal bir düzenleme getirilmiştir. Tebliğde, kamu ve özel sektörde sağlık hizmeti sunan bütün sağlık kurumları burada yer alan hükümler

doğrultusunda uygulama yapmak ve hasta ve çalışan güvenliği faaliyetlerini gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmakla yükümlü kılınmıştır. Nisan 2011’de bu tebliğ “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik*” haline getirilmiş ve amacı ise, “*tüm kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir*” şeklinde ifade edilmiştir (R.G. 29.04.2009/27214; R.G. 06.04.2011/27897).

Yayınlanan bu yönetmelikte, konunun sağlık kurumunun tamamını kapsayan bir sorumluluk olduğunu ve hastane yöneticilerinin bu konuyu bir bütün olarak ele almasının önemi vurgulanmış (Çiçek Korkmaz, 2018), hasta güvenliği uygulamalarına, çalışan güvenliği uygulamalarına ve hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamalarına yer verilmiştir. Yönetmelik kapsamındaki hasta güvenliği uygulamaları aşağıdaki gibidir (R.G. 06.04.2011/27897) :

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
- Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
- İlaç güvenliğinin sağlanması,
- Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- Cerrahi güvenliğinin sağlanması,
- Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması.

Ülkemizde, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında yapılandırılan “*Sağlıkta Kalite, Akreditasyon Ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı*” tarafından hasta güvenliği konusundaki çalışmalar hız kazanmıştır. Aynı Daire Başkanlığı altında, sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri bir platform olan Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) kurulmuştur. 2016 yılında kurulan GRS; ilaç,

laboratuvar, cerrahi, hasta ve çalışan güvenliğine yönelik beş alt kategoriden oluşmakta ve mevcut durumda ilaç, laboratuvar, hasta güvenliği ve cerrahi süreç hatalarının bildirimini yapılabilmektedir. Çalışan güvenliği sınıflandırma sistemi geliştirilme aşamasında olduğundan ileri bir tarihte aktifleştirilebilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Hasta güvenliği konusunu içeren ve 2015 yılında yürürlüğe giren bir diğer mevzuat ise, sağlık kurumlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması doğrultusunda, hasta ve çalışan güvenliğini ve memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları içeren “*Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*”tir (R.G. 27.06.2015/29399). Yine aynı Daire Başkanlığı tarafından çıkarılan ve hasta güvenliğinin sağlanmasına hizmet eden Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) güncel olarak hastane, diyaliz, evde sağlık, ağız ve diş sağlığı ve acil sağlık hizmetlerine yönelik ölçütleri içermektedir (<https://kalite.saglik.gov.tr/>).

En son 2011 yılında yayımlanan SKS-Hastane Seti 2016 yılında tekrar ele alınmış, Türkiye’deki bütün kamu, özel ve üniversite hastanelerinde kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Bu kapsamda SKS Hastane hedefleri belirlenmiş ve bu hedefler hasta güvenliği, hasta odaklılık, sağlıklı çalışma yaşamı, süreklilik, etkililik, etkinlik, verimlilik, uygunluk, zamanlılık ve hakkaniyet şeklinde sıralanmıştır. Hedefler arasında öncelik ilişkisi olmamakla beraber hedeflerin birbiriyle uyum içerisinde gerçekleşmesi önemli görülmüş ve hastanelerde sunulan hizmetin kaliteli olarak nitelendirilmesinde bu hedefleri karşılaması gerektiği belirtilmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Yine “Sağlıkta Kalite, Akreditasyon Ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı” tarafından çıkarılan Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS), Dünya Sağlık Örgütü ve ISQua’nın sağlıkta kalite alanında hasta güvenliği, kalite iyileştirme, hasta ve hizmet kullanıcı odaklılığı, kurumsal planlama ve performans ilkeleri çerçevesinde minimum risk, optimum kalite, maksimum güvenlik esasına uygun olarak geliştirilmiştir. Türkiye’de, akreditasyon için gönüllü olan kuruluşların SAS esas alınarak denetlenmesi ve belgelendirilmesi faaliyetleri ise sağlıkta bilim ve teknoloji alanında bilgi üretip, ulusal ve uluslararası alanda hizmet etmek amacıyla 2015 yılında faaliyetlerine başlayan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde kurulmuş olan Türkiye Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından gerçekleştirilmektedir.

Aynı yıl içerisinde kurulan TÜSKA'nın amacı sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetlerini yürütmektir. TÜSKA aracılığı ile yapılan akreditasyon çalışmalarında "*Hasta Deneyimi*" başlığı altında hasta güvenliği ile ilgili standartlara yer verilmiştir. Enfeksiyonların ve düşmelerin önlenmesi, ilaç ve radyasyon güvenliği, güvenli cerrahi, kimlik doğrulama, bilgi güvenliği, acil durum yönetimi, tesis güvenliği, transfüzyon güvenliği, tıbbi cihaz güvenliği, istenmeyen olay bildirim sistemi, atık yönetimi gibi konuların bu kapsamda ele alınması gerektiği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2017a; <https://www.tuseb.gov.tr>).

Ülkemizde "Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı" kapsamında hasta güvenliğinin geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan hasta güvenliği çalışma grubu tarafından temel hedefler belirlenmiştir. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2016a);

- Acil sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini tehdit eden faktörlerin belirlenmesi ve önlenmesi,
- Toplumda hasta güvenliği konusunda farkındalık oluşturulması,
- Bağımsız ulusal kalite ve akreditasyon kurumunun oluşturulması,
- Ulusal hasta güvenliği enstitüsünün kurulması,
- Hasta bilgilerinin güvenliğinin sağlanması,
- Hasta eğitimlerini etkin bir şekilde verecek ve koordinasyonu sağlayacak eğitim merkezlerinin kurulması,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için gerekli insan gücünün planlanması ve sağlanması,
- Tüm sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği odaklı risk yönetimi birimlerinin oluşturulması,
- Sağlık bakım kaynaklı enfeksiyonların azaltılması ve önlenmesi,
- Tesis güvenliği uygulamaları ve hasta güvenliği odaklı altyapı, donanım ve malzeme kullanımının sağlanması,
- Ulusal düzeyde sağlık kurum ve kuruluşlarında uluslararası hasta güvenliği hedeflerinin uygulanması, izlenmesi, denetlenmesi ve kıyaslanması,
- Tıbbi hatalı uygulama konusu ile ilgili ayrı bir yasa hazırlanması,
- Uygun olmayan sağlık hizmeti kullanımının engellenmesi,

- İlaç ve ilaç yerine kullanılan ürünlerin hasta güvenliğine olan olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması.

“*Dünyada Hasta Güvenliğine Yönelik Gelişmeler*” başlığında bahsettiğimiz üzere, geçtiğimiz yılın sonlarına doğru Dünya Sağlık Örgütü tarafından hasta güvenliği konusunda farkındalık yaratmak amacıyla küresel çapta kampanya başlatılmış ve farkındalık için anıtların turuncu ile aydınlatılması teşvik edilmişti. Ülkemiz de kampanya karşısında duyarsız kalmayarak 17 Eylül’de Sağlık Bakanlığının Ankara Bilkent’teki binasını kampanya rengi olan turuncu ile aydınlatmıştır (www.saglik.gov.tr/).

2.2. Tıbbi Hatalar

Hata, “*istemeyerek ve bilmeyerek yapılan yanlış, kusur, yanılma, yanılğı*” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>). Kohn ve ark. (2000) tarafından ise hata, “*planlanan bir eylemin amaçlandığı şekilde tamamlanmaması (yani uygulama hatası) veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması (yani planlama hatası)*” şeklinde ifade edilmektedir. Tıbbi hata ise, “*planlama veya yürütmede istenmeyen bir sonuca katkıda bulunan veya katkıda bulunabilecek bir ihmal veya komisyon eylemi*” şeklinde tanımlanmaktadır (Grober ve Bohnen, 2005). Bir diğer tanıma göre tıbbi hata, “*sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında görevli sağlık personelinin kusurlu hareket etmesi sonucu ortaya çıkan olaylardır*” (Polat ve Pakiş, 2011).

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde sağlık hizmetlerinde meydana gelen tıbbi hatalar görülme sıklıklarına göre farklılık göstermekle birlikte en sık karşılaşılan hata türlerinin ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, cerrahi işlem hataları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar olduğu anlaşılmaktadır (WHO, 2017; Özata ve Altuncan, 2010; Çırpı ve ark. 2009; Yücesan ve Ayaz Alkaya, 2017). Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hatalar Leape ve ark. (1993) tarafından yapılan çalışmada dört kategoride toplanmıştır. Bunlar (Aktaran: Kohn ve ark., 2000);

- *Tanısal Hatalar:* yanlış tanı ve tanı koymada gecikme, gerekli tetkiklerin yapılamaması, güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması ve tetkik sonuçlarına göre hareket edilmemesi,
- *Tedavi Hataları:* cerrahi bir işlem, prosedür ya da tetkikin uygulanmasında hata yapılması, tedavinin uygulanmasında hata yapılması, bir ilacın dozu

veya kullanım şeklinde hata yapılması, anormal test sonuçlarına karşılık vermede veya tedavide gecikmeler yaşanması ve uygun olmayan tedavinin yapılması,

- *Koruyucu Tedavi Hataları:* belirlenmiş koruyucu tedavilerin sağlanmasında başarısız olunması ve tedavinin takibinin yetersiz olması,
- *Diğer Hatalar:* iletişim eksikliğine bağlı hatalar, kullanılan ekipmana bağlı hatalar ve diğer sistem eksikliklerine bağlı hatalar şeklinde sıralanmıştır.

Hem sisteme hem de insan faktörlerine atfedilebilen tıbbi hatalar (WHO, 2017) birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi hataların en fazla yorgunluk ve iş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin fazla ve çalışma sürelerinin uzun olması, tecrübe eksikliği, konsantrasyon eksikliği, isteksiz yapılan meslek, stres ve mesleki bilgi ve becerinin yetersiz olması, çalışan sayısının azlığı, iletişim eksikliği ve eğitim yetersizliği, çalışanlara görev dışı işlerin yüklenmesi, aylık nöbet sayılarının fazla olması gibi faktörlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Er ve Altuntaş, 2016; Canatan ve ark., 2015; Yıldız ve ark., 2012; Özata ve Altuncan, 2010; Gökdoğan ve Yorgun, 2010; Yücesan ve Ayaz Alkaya, 2017). McNutt ve ark. (2002) ise hatalı tıbbi uygulamaların nedenlerini üç başlık altında toplamıştır. Bunlar (Aktaran: Dönmez, 2017);

- *İnsana bağlı faktörler:* yorgunluk, eğitim eksikliği, yetersiz iletişim, güç ve kontrol, kin ve düşmanlık, dikkatin dağılması, kötü karar, sezgileri kullanma ve mantık hatası,
- *Kurumsal Faktörler:* çalışma alanının tasarımı, politikalar, yönetim ve finansal yapı, liderlerin teşviki, yönetimin desteği, yetki devri, denetim ve geri bildirim, uygun olmayan personel,
- *Teknik Faktörler:* zayıf otomasyon, kötü ekipman, ekipman eksikliği, karmaşıklık, zayıf etkileşim, geri döndürülemez hatalar, aşırı bilgi yükü ve kontrol listelerinin eksikliği şeklinde sınıflandırılmıştır.

2.2. 1. Tıbbi Hataların Boyutu

Tıbbi hatalar ciddi bir halk sağlığı sorununu temsil eder ve hasta güvenliğini tehdit eder (La Pietra ve ark., 2005). 1999 yılında IOM tarafından yayınlanan raporda sağlık hizmetlerinin olması gerektiği kadar güvenliği olmadığı belirtilmekte ve tıbbi

hatalar, hizmet sunumu sırasında meydana gelen yaralanma ve ölümlerin önde gelen bir nedeni olarak gösterilmektedir (Kohn ve ark., 2000).

Tıbbi uygulamaların tanı ve tedavisinde, koruyucu tıp hizmetlerinde ve diğer tıbbi işlemlerde mevcut olan birçok tıbbi hata sunulan sağlık hizmetinin her aşamasında ortaya çıkabilmektedir (Tapan, 2019; Çakmakçı ve Akalın, 2011). Bu hatalar hastanelerde, polikliniklerde, doktor muayenehanelerinde, eczanelerde, bakım evlerinde ve hastaların evlerinde meydana gelebilir (Akalın, 2005). Bu doğrultuda hastaların aldıkları sağlık bakımının herhangi bir aşamasında dünyanın neresinde olursa olsun herhangi bir tıbbi hata ile karşılaşma ihtimallerinin yüksek olduğu söylenebilir. Vincent ve ark.(2001) İngiltere’de yaptıkları araştırmada, hastaların %10,8’inin tıbbi hata yaşadığını ve bazı hastaların birden fazla olay yaşamasıyla bu oranın %11,7 olduğunu belirtmektedir. Başka bir çalışmaya göre, Yeni Zelanda’da hastaneye yatışların %12,9’unda tıbbi hata meydana geldiği saptanmıştır (Davis ve ark., 2002). Yücesan, ve Ayaz Alkaya, (2017) Türkiye’de yakın tarihte yaptıkları çalışmada bireylerin %46,7’si, kendisinin veya yakınlarının şimdiye kadar tıbbi hataya maruz kaldığını belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (2013) verilerine göre küresel çapta steril edilmemiş iğne ve enjektörden bulaşan enfeksiyon oranının %5,5 olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerde hastaların yaklaşık %5 ila %15’inin güvenli olmayan kan transfüzyonundan dolayı HIV enfeksiyonuna yakalandığı belirtilmektedir. Her yıl, gebelik ve doğum sırasında ölen 500.000’den fazla kadının %99’u gelişmekte olan ülkelerdedir. Gelişmiş ülkelerde ise, her yıl hastaneye yatan hastaların % 5 ila %10’u hastane enfeksiyonuna yakalanmakta, % 7,5 ila %10,4’ü ilaçların yan etkisine maruz kalmaktadır (WHO,2013). Öyle ki, gelişmiş ülkelerde her 10 hastadan birinin sağlık bakımı alırken zarar gördüğü de yer alan bilgiler arasındadır (WHO, 2009).

Sağlık bakımı sırasında çalışanlar tarafından yapılan hatalar hastanın tedavisinin gecikmesine, yaralanmasına, sakatlığına hatta hayatına son verebilecek durumlara neden olabilmektedir. (Tapan 2019; Güneş ve Güneş, 2017). Davis ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada tıbbi hataya maruz kalan hastaların yaklaşık %81’inin zarar görek tedavi süresinin uzadığını ve yaklaşık % 15’inin kalıcı sakatlık yaşadığı veya öldüğünü ifade etmektedir. Başka bir çalışmaya göre şimdiye kadar tıbbi hataya maruz kalan bireylerin veya onların yakınlarının %78,5’inin tıbbi hata sonucunda zarar gördüğü ve hata sonucunda %64,4’ünün tedavi sürelerinin uzadığı, %14,4’ünün geçici veya kalıcı sakatlık yaşadığı ve ne yazık ki %11,1’inin hayatını kaybettiği sonucuna

ulaşmıştır (Yücesan, ve Ayaz Alkaya, 2017). Öyle ki, yapılan bir diğer çalışmaya göre ABD’de sadece üç yıl içerisinde tıbbi hata kaynaklı 575.000’nin üzerinde ölüm gerçekleştiği belirtilmektedir ki bu da bir yılda yaklaşık olarak 195.000 ölüme denk gelmektedir (Health Grades Quality Study, 2004).

Bu sonuçlar sadece hastalarda, onların ailelerinde ve sağlık hizmeti sunucularında büyük ölçüde ölüm ya da acıya sebep olmakla kalmayıp aynı zamanda yüksek maliyetlere de sebep olmaktadır (WHO, 2011). Tekrarlanan laboratuvar testleri, tekrarlanan ilaç tedavileri ve tıbbi hatanın yarattığı olumsuz sağlık durumunun tedavisi için yapılan ilave maliyetlerin yanında ayrıca sağlık kurumlarında hata payını azaltmak amacıyla çok sayıda laboratuvar ve görüntüleme tekniğinin kuruma başvuran her hasta için rutin haline getirilmesi sorunun bir başka boyutunu oluşturmakta ve sağlık harcamalarında artışa yol açmaktadır (Top ve ark. 2008; Hayran, 2019) Gerçekleşen her hata fazladan ortalama dokuz hastane gününü gerektirmekte (WHO, 2011; Davis ve ark., 2002; Vincent ve ark., 2001) ve hastaların hatalardan dolayı kalıcı sakatlık yaşamasıyla fazladan 3 ila 5 hafta sağlık kurumlarında kalmalarına neden olmaktadır (Davis ve ark., 2002). Aynı zamanda dünya genelinde yaygın olarak karşılaşılan ilaç hatalarından kaynaklanan maliyetin her yıl küresel sağlık harcamalarının yaklaşık % 1’i olan 42 milyar ABD doları olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2017). Ancak tüm maliyetler doğrudan ölçülemez. Hatalar aynı zamanda hastalar tarafından sisteme olan güven kaybı ve hem hastalar hem de sağlık sunucuları tarafından memnuniyetin azalması açısından maliyetlidir. Hatalar nedeniyle hastanede daha uzun süre kalan veya sakatlık yaşayan hastalar fiziksel ve psikolojik rahatsızlık yaşar. Sağlık sunucuları ise, mümkün olan en iyi bakımı sağlayamadıkları için moral kaybı ve hayal kırıklığına uğrar. Genel olarak işverenler ve toplum ise, işçilerin üretkenliğini kaybetmesi, çocukların okula devamlılıklarının azalması ve daha düşük nüfus sağlığı statüsüne sahip olur (Kohn ve ark., 2000).

Bununla birlikte, sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen tıbbi hataların büyük çoğunluğu önlenabilir niteliktedir (Yücesan ve Ayaz Alkaya, 2017). Khoo ve ark. (2012) gerçekleştirdikleri çalışmada meydana gelen tıbbi hataların %93,5’inin; Aljadhey ve ark. (2013) %30’unun; Zandieh ve ark. (2008) ise %23’ünün önlenabilir olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan bir diğer çalışmaya göre tıbbi hataya maruz kalan bireylerin veya onların yakınlarının da büyük bir çoğunluğu (%83,1) tıbbi hataların önlenabilir olduğu görüşüne sahiptir (Yücesan ve Ayaz Alkaya, 2017). Ayrıca,

2001 yılında Dr. Peter Pronovost tarafından enfeksiyonlarda önemli düşüöşlere yol açan beş maddelik basit bir kontrol listesi yayınlanmış ve 2003 yılında bu beş maddelik kontrol listesi uygulanarak yaklaşık 1500 hayat kurtarılmış, aynı zamanda 100 milyon dolarlık bir tasarruf sağlanmışır (Sawyer, 2019).

2.3. Hasta Güvenliği Kültürü

Genel anlamda kültür kavramı, toplumu şekillendiren temel yapıtaşları arasında yer almaktadır. Kabul edilen ve paylaşılan değerleri, inançları, nesnelere ve kuralları içerir. Bireylerin yaşamları boyunca edindikleri değerler, tutumlar, alışkanlıklar bütünüdür. Bu doğrultuda, bireylerin doğumundan ölümüne kadar geçen sürede öğrendikleri her şey kültür kavramı içinde değerlendirilebilir. İçinde bulunduğumuz toplumda nelere değer vereceğimizi, neye inanacağımızı, kabul gören veya görmeyen davranışların neler olduğunu çok fazla çaba harcamaya gerek kalmadan öğreniriz. Her toplumda farklı olan kültür ile bireylerin yeme-içme, giyim, düşünce, okuma alışkanlıkları, selamlaşma gibi kavramlara yükledikleri anlamlar da birbirinden farklılık göstermektedir (Newman, 2013; Zencirkıran, 2015).

Belirli özelliklere sahip insan grubunun bir araya gelmesi ile oluşmuş ve çevreleri ile sürekli iletişim halinde olan örgütler de kendilerine özgü kültürlere sahiptir (Karahana 2008). Toplum kültürünün bir alt kültürünü oluşturan örgüt kültürü, “*bir örgütün içinde yer alan bireylerin davranışlarını yönlendiren normlar, davranış ve değerler, inançlar ile alışkanlıklar sistemi*” şeklinde tanımlanmaktadır. Örgüt çalışanlarına farklı bir kimlik veren ve örgüte bağlanmasına yardımcı olan ve örgüt çalışanları tarafından paylaşılan iç değişkenleri sunmaktadır (Köse ve ark., 2001). Başka bir tanıma göre örgüt kültürü; “*örgüt üyelerinin düşünce ve davranışlarını şekillendiren hakim değer ve inançlar*” olarak ifade edilmektedir (Güçlü, 2003). Örgüt kültürü, “*çalışan personelin davranışlarını ve çalışılan yerin genel görüntüsünü şekillendiren, simgeler aracılığıyla öğrenilebilen ve öğretilen, kuşaktan kuşağa aktarılan, değişebilir nitelikteki değer, düşünce ve kurallar bütünüdür*” (<https://sozluk.gov.tr>).

Sağlık kurumları da kendine has kültürü olan organizasyonlardır (Kantek, 2007). Bir sağlık kurumunun sahip olduğu kültür, hataların ne kadar iyi tespit edileceği ve üstesinden gelineceği konusunda kritik bir rol oynamakta (Kohn ve ark., 2000) ve hasta güvenliği çalışmalarını ve hasta güvenliğinin sağlık kurumlarında sağlanması için

gerekli olan hasta güvenliği kültürünü yakından etkilemektedir (Barsbay, 2014; Dursun ve ark., 2010).

Son dönemlerde sağlık sektöründe, tıbbi hata kaynaklı kayıpların en aza indirilmesi, ayrıca hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayların izlenip kayıt altına alınarak hasta güvenliği bilincinin oluşturulması konusunun giderek önem kazanmasıyla hasta güvenliği kültürü kavramı ülkemizde tartışılan konular arasına girmiştir (Dursun ve ark. 2010). Hasta güvenliği kültürü, *“kurumda hasta güvenliğinin en öncelikli konu ve ortak değer olarak kabul edilmesi”* şeklinde ifade edilirken (Çakmakçı ve Akalın, 2011), sağlık hizmetleri alanında çalışan, özellikle doktor, diş hekimi, hemşire, psikoterapist ve diğer uzman sağlık personelinin çabaları sonucu ortaya çıkmaktadır (Yalçın ve Acar, 2010). Başka bir tanıma göre hasta güvenliği kültürü, bir kurumda hastaların güvenliğini sağlamak amacıyla yapılan tüm uygulamaların çalışanlar tarafından benimsenmesidir. (Oksay ve ark., 2019).

Güvenlik kültürü hakkında birçok tanım yapılmıştır. İlk kez 1986 yılında OECD nükleer ajansı tarafından kullanılan bu kavram, çalışanların çalıştıkları kurumlardaki olası tehdit ve riskleri değerlendirmesini kapsamaktadır (Yılmaz ve ark 2018). Güvenlik kültürü; *“bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algulamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünü”* şeklinde ifade edilmektedir (Tütüncü vd.,2006). Başka bir tanıma göre güvenlik kültürü; *“güvenliği veya emniyeti tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla bunların yer aldığı ortak kullanım ya da etki alanında bulunan canlıların veya nesnelere zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenlik veya emniyete öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumluluk hislerinin bütünüdür”* (Özkan ve Lajunen, 2003).

Sağlık kurumlarında güvenlik merkezli bir kültür oluşturmak için, cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi oluşturulmalı, proaktif sistem analizi yapılmalı ve risk azaltma stratejileri geliştirilmeli, süreçler ve ekipmanlar standardize edilmeli, etkili iletişim sağlanmalı ve desteklenmeli, yeterli ve etkili personel sağlanmalı, tüm çalışanlara ekip çalışması eğitimi verilmeli, hastanın katılımı teşvik edilmeli ve desteklenmelidir (Budak, 2008). Oluşturulan pozitif güvenlik kültürü insancıl, liderliğe dayalı, güvene dayalı, görünür ve bütüncül oluşu ile karakterizedir (Simon ve Frazee, 2005). Pozitif güvenlik kültürü ile kurumda çalışan tüm personelin güvenlik tedbirlerine

karşı duyarlı olup, oluşabilecek kazaların ya da ramak kala olayların bildirilerek kazalara sebebiyet vermesi engellenmektedir (Yılmaz ve ark., 2018). Ayrıca bu tarz kurumlarda karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi konusundaki ortak algılamalar ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağına duyulan inanç ön plandadır (Tütüncü vd.,2007).

Sağlık sektöründe öncelik hastaya zarar vermeden hizmet sunmak olduğundan dolayı bu durum hasta güvenliği kültürünün sağlık kurumlarında oluşturulmasının önemini ortaya koymaktadır. (Oksay ve ark., 2019). Hasta güvenliği kültürünün kurumlarda oluşturulmasında olması gereken planlamanın ana hatları şöyledir (Çakmakçı ve Akalın, 2011):

- Açık ve hatalardan ders alınabilen bir hasta güvenliği kültürü yaratılmasına çalışılmalıdır.
- Hasta güvenliğinin kurumun liderleri için en önemli öncelik olduğunun ve bu amaçla takım çalışmasının en üst düzeye çıkarıldığına gösterilmesi sağlanmalıdır.
- Klinik uygulamalar, işlemler, süreçler ve çalışma koşullarının devamlı değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma ile risk yönetimi elden ele götürülmelidir.
- Hasta güvenliği raporları ve seyri düzenli olarak duyurulmalıdır. Bildirim ve güvenliği arttırıcı karar verme mekanizmalarının geliştirilmesi ve kullanılması teşvik edilmelidir.
- Hasta ve hasta yakınları kendi güvenliklerini korumaları ve geri bildirimde bulunmaları için özendirilmeli ve eğitilmelidirler.
- Ortaya çıkan durumlar sistematik olarak değerlendirilmeli, sürekli öğrenme ve sistemlerin iyileştirilmesi konusunda rehber alınmalıdır.
- Alınacak önlemlerin hatırlamaya dayalı ve cezalandırıcı olmamasına özen gösterilmelidir.

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün sağlanması, beraberinde bir davranış ve tutum değişikliğini gerektirdiğinden belli bir süreci gerekli kılmaktadır (Dursun ve ark., 2010). Hasta güvenliği kültürünün örgütlerde gelişimini ve zayıf bir güvenlik kültüründen iyi bir güvenlik kültürüne geçiş aşamalarını Fleming ve Wentzell (2008) patolojik, reaktif, analitik, proaktif ve üretken olmak üzere beş düzeyden oluşan bir model ile açıklamaktadır. Modele göre, patolojik seviyede örgütlerde güvenlik bir

problem olarak görülmektedir. Burada bilgi gizlenir ve bireylerin suçlanmasına odaklanılır. Geçici bir raporlama sistemi bulunur ve güvenlik kültürünün oluşmasında sistem yetersiz görülür. Reaktif seviyede, güvenlik önemli olarak görülmekte ancak zarar ortaya çıktıktan sonra raporlama söz konusu olabilmektedir. Gelişmemiş bir raporlama sistemi ve birey suçlayıcı anlayış vardır. Analitik seviyede ise örgütlerde, hasta güvenliğine yönelik sistematik bir yaklaşım görülmekle birlikte uygulamalar çok dağınık ve olayların soruşturması dar kapsamlıdır. Bu aşamada da yeterli hasta güvenliği kültürü gelişmemektedir fakat şikayetler dikkate alınmaktadır. Proaktif seviyede, olumlu güvenlik kültürünün oluşmasına yönelik kapsamlı yaklaşım söz konusudur. Kazalar, sistem ve birey odaklı olarak değerlendirilir. Kazalar, hatalar, istenmedik olaylar raporlanır ve hatalar bir öğrenme fırsatı olarak görülür. Son aşama olan üretken aşamada ise, başarısızlıklar örgütün gelişmesinde ve hasta güvenliğinin oluşmasında bir fırsat olarak değerlendirilir. Her şey şeffaf ve açıktır. Sürekli ve güçlü bir raporlama sistemi vardır. Bu düzeyler örgütte var olan güçlü ve zayıf alanlar ile bir sonraki olgunlaşma seviyesinde gerek duyulan eylemleri belirleme açısından önemlidir. Hasta Güvenliği Kültürü Olgunlaşma Düzeyleri, sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında önerilen önemli bir yöntemdir. Düzeylerin arasında proaktif ve üretken düzeylerin yaygınlaştırılması ve buna ilişkin bir güvenlik sisteminin oluşturulması önemli görülmektedir. Hasta güvenliği kültüründe özellikle kanıta dayalı uygulamalar, raporlama, hata ve başarısızlıkların avantaja çevrilmesi ve şeffaf koordinasyon ilişkilerinin düzenlenmesi hedeflenen yaklaşımlardandır (Fleming ve Wentzell, 2008; Aydemir ve Sarp, 2019).

Türkiye’de hasta güvenliği konusu ile ilgili yapılmış çalışmalar son yıllarda giderek artmakla birlikte çalışmaların genellikle hemşireler üzerinde yapıldığı görülmektedir (Bal, 2019; Doğan, 2019; Dirik, 2014; Çırpı ve ark., 2009; Gökdoğan ve Yorgun, 2010). Bununla birlikte sağlık sistemi içerisinde oldukça önemli bir konumda olan hekimlerin katıldıkları çalışmalarda aynı zamanda hemşire ve diğer sağlık personelleri de yer almaktadır (Dönmez, 2017; Tunçer, 2016; Bölükbaşı, 2019; Seçer, 2019). SCÜ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan asistan hekimler ve SCÜ Tıp Fakültesi intern doktorları ile gerçekleştirilen bu çalışma, ülkemizde hasta güvenliği kültürü açısından örnekleminin sadece hekimlere yönelik olması ve hem tıp eğitimini tamamlayıp uzmanlık eğitimi almakta olan asistan

hekimleri hem de tıp eğitimine devam etmekte olan intern doktorları bir arada ele alması nedeniyle de önem taşımaktadır.

Bu çalışma, SCÜ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimlerin ve SCÜ Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin (intern doktorların) hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesine ve bu doğrultuda hekimlerin eğitimlerine yönelik planlamalar yapılmasına yol gösterici nitelikte olacaktır.

2.4. Araştırmanın Amacı

SCÜ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimlerin ve SCÜ Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin (intern doktorların) hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının bazı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, asistan hekim ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesine yönelik tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, SCÜ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve SCÜ Tıp Fakültesinde yapılmıştır. Hastane 1992 yılının sonlarına doğru hizmete açılmıştır. Toplam kapalı alanı 113.585 m², 7 blok ve 14 kattan oluşan hastanenin toplam yatak kapasitesi 1050'dir. Kapalı alan ve yatak kapasitesi olarak ülkemizin en büyük üniversite hastaneleri arasında yer almakta, sadece Sivas'a değil diğer komşu illerden gelen hastalara da hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 20-29 Mart 2019 tarihleri arasında SCÜ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimler (N=216) ve SCÜ Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri (N=208) olmak üzere toplam 424 kişi oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklem seçiminde $\alpha = 0,01$ $d = 0,5$ $s = 9,46$ $Tt = 2,58$ alınarak, $n = Nt^2 \cdot T^2 / (N-1) d^2 + t^2 \cdot T^2$ formülü ile 424 birey arasından 202 bireyin örnekleme alınması yeterli görülmüştür.

Asistan hekimlerden ve öğrencilerden örnekleme kaç kişi alınacağına ise;

Asistan Hekim Sayısı (216) / Evren Sayısı (424) * Örnekleme Alınacak Birey Sayısı (202) = Örnekleme Alınacak Asistan Hekim Sayısı (103) ve,

Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrenci Sayısı (208) / Evren Sayısı (424) * Örnekleme Alınacak Birey Sayısı (202) = Örnekleme Alınacak Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrenci Sayısı (99) formülü ile karar verilmiş ve araştırmaya 103 asistan hekim ve 99 intern doktorun katılması yeterli görülmüştür.

Araştırmanın örneklemini, 20-29 Mart 2019 tarihleri arasında SCÜ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimler ve SCÜ Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinden araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 105 asistan hekim ve 103 intern doktor olmak üzere toplam 208 birey oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında iki bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar; “Kişisel Bilgi Formu” ve “Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği (HGKİTÖ)” dir (EK1-2).

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Bu formda, asistan hekimlerin ve intern doktorların yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bilgilerinin yanı sıra, mesleği isteyerek seçme durumu, tıbbi hata yapma veya tanık olma durumu gibi sorular bulunmaktadır. Asistan hekimlerin soru formunda, intern doktorların soru formundan farklı olarak tıp fakültesi sonrası / asistanlık öncesi çalışma deneyimi sorusu yer alırken, intern doktorların soru formunda akademik not ortalamasına ait soru yer almıştır.

3.4.2. Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği (HGKİTÖ)

Carruthers ve arkadaşları tarafından 2009 yılında 26 madde olarak geliştirilen ölçme aracının Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlik ve güvenirlik çalışması Torun ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmış, iki madde Torun ve arkadaşları tarafından ölçekten çıkarılmıştır. “Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği” toplam 24 maddeden ve 9 boyuttan oluşmaktadır.

- 1. Boyut “*Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi*” olarak adlandırılmıştır. “*Tıp Fakültesinde almış olduğum eğitim, tıbbi hatanın nedenlerini anlamam konusunda beni hazırlamaktadır*” gibi 3 maddeden oluşmaktadır. Bu boyut 1. 2. ve 3. maddeleri kapsamaktadır.
- 2. Boyut “*Hata Bildirmede Rahatlık*” olarak adlandırılmıştır. “*Bir hata yaptığım zaman sonucu hasta için ne kadar ciddi olursa olsun rahatlıkla bildiririm*” gibi 3 maddeden oluşmaktadır. Bu boyut 4. 5. ve 6. maddeleri kapsamaktadır.
- 3. Boyut “*Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri*” olarak adlandırılmıştır. “*Tıbbi hataları azaltmak için doktorlar kısa süreli çalışmalıdır* “ gibi 3 maddeden oluşmaktadır. Bu boyut 7. 8. ve 9. maddeleri kapsamaktadır.

- 4. Boyut “*Kaçınılmaz Hata*” olarak adlandırılmıştır. “*En deneyimli ve alanında en iyi olan doktorlar bile hata yapar*” gibi maddeleri kapsamaktadır. Bu boyut 10. 11. ve 12. maddeleri kapsamaktadır.
- 5. Boyut “*Hata Nedeni Olarak Profesyonel Yetersizlik*” olarak adlandırılmıştır. “*Tıbbi hatalar, en çok mesleklerinde beceriksiz olan hemşirelerden kaynaklanır*” gibi maddeleri kapsamaktadır. Bu boyut 13. 14. ve 15. maddeleri kapsamaktadır.
- 6. Boyut “*Bilgilendirme Sorumluluğu*” olarak adlandırılmıştır. “*Hasta için olumsuz sonuçlanmayan hataları bildirmek gerekli değildir*” gibi maddelerden oluşmaktadır. Bu boyut 16. 17. ve 18. maddeleri kapsamaktadır.
- 7. Boyut “*Takım Çalışması*” olarak adlandırılmıştır. “*İyi bir multidisipliner takım çalışması tıbbi hataları azaltacaktır*” ve “*Takım çalışmasının ilkelerinin öğretilmesi tıbbi hataları azaltacaktır*” olarak 19. ve 20. maddeleri kapsamaktadır.
- 8. Boyut “*Hatada Hastanın Rolü*” olarak adlandırılmıştır. “*Tıbbi hataların önlenmesinde hastaların da önemli rolleri vardır*” ve “*Hastaları tedavilerine katılmaları için teşvik etmek tıbbi hataların görülme riskini azaltmada yardımcı olabilir*” olarak 21. ve 22. maddeleri kapsamaktadır.
- 9. Boyut ise, “*Müfredatta Hasta Güvenliğinin Önemi*” olarak adlandırılmaktadır. “*Hasta güvenliği konusu tıp öğrencilerine öncelikli konular arasında öğretilmelidir*” ve “*Hasta güvenliği ile ilgili sorunları öğrenmek daha donanımlı bir doktor olmamı sağlayacaktır*” olarak 23. ve 24. maddeleri kapsamaktadır.

Ölçek, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) şeklinde puanlanan beşli likert tipindedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, madde 11, 13, 14, 15, 16 ve 17 ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ait olumlu tutumlarının olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için yazarlarından e-posta yolu ile yazılı izin alınmıştır. Ölçek tıp öğrencilerine yönelik geliştirilmiş olmasına rağmen, makalede belirtildiği üzere ölçeğin hekimler de dahil diğer sağlık meslek mensuplarına uygulanabilmesi mümkündür (Carruthers ve ark., 2009).

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden asistan hekim ve intern doktorlardan anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmaya başlanmadan önce SCÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, SCÜ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Bařhekimlięi ve SCÜ Tıp Fakóltesinde Dekanlığı'ndan yazılı onay alınmıştır. Ayrıca ölçeğin yazarlarından e-posta yoluyla ölçeğin kullanım izni alınmıştır. Katılımcılara araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isim yazılmayacağı, bu çalışmadan toplanılacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı ve gizliliğin kesinlikle sağlanacağı gibi bilgiler sözel olarak verilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler, SPSS 22.00 programında analiz edilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, madde 11, 13, 14, 15, 16 ve 17 ters kodlanmıştır. Verilerimiz tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilerek yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Yapılan normallik testi sonucunda verilerin normal dağılımdan geldiği saptanmış ve analizlere parametrik testlerle devam edilmiştir. Bağımsız iki grup için independent t-testi, Tek Yönlü Anova testi, Tukey testi ve Pearson Korelasyon ile karşılaştırmalar yapılmıştır.

Bu çalışmada 24 maddeden oluşan hasta güvenliği kóltürüne ilişkin tutum ölçeğine ait Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,748 olarak bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Uygulanması ve Etik Boyut

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütölmüştür. Araştırmaya başlanmadan önce, 2019-01/16 Karar No ve 02.01.2019 Tarihli CÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (EK-3), SCÜ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Bařhekimlięi (EK-4) ve SCÜ Tıp Fakóltesinde Dekanlığı'ndan (EK-5) yazılı onay alınmıştır. Ayrıca ölçeğin yazarlarından e-posta yoluyla ölçeğin kullanım izni alınmıştır. Veriler araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden asistan hekimlerden ve intern doktorlardan anket formu ile toplanmıştır. Veri toplama 20-29 Mart 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilecektir.

Tablo 1: Asistan Hekim ve İntern Doktorların Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum ve Asistan Hekimlerin Çalışma Deneyimine Göre Dağılımı

Yaş	Asistan Hekim		İntern Dr.	
	N	%	N	%
24 ve altı yaş	2	1,9	54	52,4
25-27 yaş	27	26,5	44	42,7
28-30 yaş	47	46,1	5	4,9
31 ve üzeri yaş	26	25,5	0	0
Toplam	102	100,0	103	100,0
Cinsiyet				
Kadın	48	46,2	59	57,3
Erkek	56	53,8	44	42,7
Toplam	104	100,0	103	100,0
Medeni durum				
Evli	54	51,4	3	2,9
Bekar	51	48,6	100	97,1
Toplam	105	100,0	103	100,0
Çalışma deneyimi				
Bir yıldan az	52	49,5	-	-
1-2 yıl	26	24,8	-	-
3-5 yıl	21	20,0	-	-
6+ yıl	6	5,7	-	-
Toplam	105	100,0	-	-

Tablo 1’de çalışmaya katılan asistan hekimlerin %46,1’i 28-30 yaş aralığında ve çalışmaya katılan intern doktorların %52,4’ü 24 ve altı yaş grubunda yer almaktadır. Asistan hekimler 29,49 yaş ortalamasına sahip iken, intern doktorların yaş ortalaması 24,74 ve katılımcılara ait toplam yaş ortalaması 27,10 olarak saptanmıştır. Asistan hekimlerin %53,8’i erkek, %51,4’ü evlidir. İntern doktorların ise, %57,3’ü kadın, %97,1’i bekarıdır. Asistan hekimlerin % 49,5’inin tıp fakültesi sonrası/asistanlık öncesi çalışma deneyimi bir yıldan azdır.

Tablo 2: Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusunda Kurs/Ders Alıp Almama Durumuna Göre Dağılımı

	Asistan Hekim		İntern Dr.		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Hasta güvenliği konusunda kurs/ders aldınız mı?						
Evet	26	24,8	45	43,7	71	34,4
Hayır	79	75,2	58	56,3	137	65,9
Toplam	105	100,0	103	100,0	208	100,0

Tablo 2'de çalışmaya katılan asistan hekimlerin %75,2'si, intern doktorların ise %56,3'ü hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs/ders almadığını ifade etmiştir. Toplam katılımcıların %65,9'unun hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs/ders almadığı saptanmıştır.

Asistan hekimlerin 13'ü bir ders içinde, dokuzu bir konferans sırasında, beşi bir kurs içinde hasta güvenliği eğitimi aldığını belirtirken, intern doktorların 26'sı bir ders içinde, 20'si bir konferans sırasında ve dördü bir kurs içinde hasta güvenliği eğitimi aldığını belirtmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme ve İşini Severek Yapma Durumlarının Dağılımı

	Asistan Hekim		İntern Dr.		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Tıp fakültesini isteyerek seçtiniz mi?						
Evet	94	89,5	89	87,3	183	88,4
Hayır	11	10,5	13	12,7	24	11,6
Toplam	105	100,0	102	100,0	207	100,0
İşinizi severek yapıyor musunuz?						
Evet	77	73,3	60	58,8	137	66,2
Hayır	28	26,7	42	41,2	70	33,8
Toplam	105	100,0	102	100,0	207	100,0

Tablo 3'te asistan hekimlerin %89,5'i, intern doktorların %87,3'ü tıp fakültesini isteyerek seçtiğini, asistan hekimlerin %73,3'ü, intern doktorların %58,8'i işini severek yaptığını ifade etmiştir. Toplam katılımcıların %88,4'ünün tıp fakültesini isteyerek seçtiği, %66,2'sinin mevcut durumda işini severek yaptığı saptanmıştır.

Tablo 4: Katılımcıların Tıbbi Hatalarla İlgili Görüşlerinin Dağılımı

	Asistan Hekim		İntern Dr.		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Gerektiğinde danışmanlık edecek alanında deneyimli kişilerle/hocalarla çalışmak tıbbi hata yapma oranını azaltır mı?						
Evet	101	96,2	94	91,3	195	93,75
Hayır	4	3,8	9	8,7	13	6,25
Toplam	105	100,0	103	100,0	208	100,0
Şu ana kadar tıbbi hata yaptınız mı?						
Evet	49	46,7	33	32,4	82	39,6
Hayır	56	53,3	69	67,6	125	60,4
Toplam	105	100,0	102	100,0	207	100,0
Şu ana kadar başkalarının tıbbi hata yaptığına tanık oldunuz mu?						
Evet	84	80,0	76	74,5	160	77,3
Hayır	21	20,0	26	25,5	47	22,7
Toplam	105	100,0	102	100,0	207	100,0

Tablo 4'te toplam katılımcıların %93,75'i (asistan hekimlerin %96,2'si ve intern doktorların %91,3'ü) gerektiğinde hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azalttığını ifade etmiştir. Asistan hekimlerin %53,3'ü işini yaparken tıbbi hata yapmadığını fakat %80,0'ı başkalarının tıbbi hata yaptığına tanık olduğunu, intern doktorların ise %67,6'sı işini yaparken tıbbi hata yapmadığını fakat %74,5'i başkalarının tıbbi hata yaptığına tanık olduğunu belirtmiştir. Toplam katılımcıların %60,4'ünün şu ana kadar tıbbi hata yapmadığı ve %77,3'ünün başkalarının tıbbi hata yaptığına tanık olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Asistan Hekim Ve İntern Doktorların Günlük Muayene Edilen Hasta Sayısı, Aylık Nöbet Sayısı, Nöbet Süresi ve İntern Doktorların Not Ortalaması Dağılımları

Günlük muayene edilen hasta sayısı	N	Min.-Max.	Ort.	SS.
Asistan Hekim	99	4-200	53,02	41,402
İntern Dr.	98	4-150	26,60	24,393
Toplam	197	4-200	39,88	36,427
Aylık nöbet sayısı				
Asistan Hekim	97	3-30	7,79	3,195
İntern Dr.	102	4-21	8,18	3,434
Toplam	199	3-30	7,99	3,317
Nöbet süresi (saat)				
Asistan Hekim	96	10-40	29,13	8,280
İntern Dr.	95	8-48	31,65	7,681
Toplam	191	8-48	30,38	8,070
Not ortalaması				
Asistan Hekim	-	-	-	-
İntern Dr.	84	63-90	76,93	6,036

Tablo 5'te asistan hekimlerin günlük muayene ettikleri hasta sayısı ortalama 53,02 hasta iken, intern doktorlarda bu sayı 26,60 hasta ve her iki grupta yer alan toplam katılımcıların günlük muayene ettikleri ortalama hasta sayısı 39,88 hasta olarak belirlenmiştir. Asistan hekimler aylık ortalama 7,79 defa ve intern doktorlar aylık ortalama 8,18 defa nöbet tuttıklarını belirtirken, her iki grupta yer alan toplam katılımcıların aylık ortalama nöbet sayısı 7,99'dir. Asistan hekimler bir seferde ortalama 29,13 saat nöbet tuttıklarını, intern doktorlar ise bir seferde ortalama 31,65 saat nöbet tuttıklarını belirtmiş ve her iki gruptaki toplam katılımcılar açısından bir seferde tutulan ortalama nöbet süresi 30,38 saat olarak saptanmıştır. İntern doktorlar en az 63, en fazla 90 not ortalamasına sahipken, intern doktorların genel not ortalaması 76,93 olarak belirlenmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların HGKİTÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

Alt boyutlar		N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	Asistan Hekim	105	3,29	,936	t=0,260
	İntern Dr.	102	3,26	,934	p=0,795
2. Hata bildirmede rahatlık	Asistan Hekim	103	3,61	,753	t=0,849
	İntern Dr.	101	3,51	,919	p=0,397
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	Asistan Hekim	103	4,64	,772	t=0,618
	İntern Dr.	103	4,57	,729	p=0,537

4. Kaçınılmaz hata	Asistan Hekim	104	4,39	,787	t=1,888
	İntern Dr.	102	4,18	,792	p=0,060
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	Asistan Hekim	105	3,73	,738	t=0,430
	İntern Dr.	103	3,68	,845	p=0,668
6. Bilgilendirme sorumluluğu	Asistan Hekim	104	3,31	,803	t=0,563
	İntern Dr.	103	3,24	,856	p=0,574
7. Takım çalışması	Asistan Hekim	105	4,30	,804	t=0,323
	İntern Dr.	100	4,34	,755	p=0,747
8. Hatada hastanın rolü	Asistan Hekim	105	4,11	,861	t=0,617
	İntern Dr.	103	4,18	,776	p=0,538
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	Asistan Hekim	104	4,22	,727	t=1,284
	İntern Dr.	101	4,08	,798	p=0,201
HGKİTÖ Toplam Ortalaması	Asistan Hekim	105	3,96	,499	t=0,957
	İntern Dr.	103	3,89	,425	p=0,340

Tablo 6’da her iki gruptaki katılımcılar HGKİTÖ alt boyutları (bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi, hata bildirmede rahatlık, hata nedeni olarak çalışma saatleri, kaçınılmaz hata, hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik, bilgilendirme sorumluluğu, takım çalışması, hatada hastanın rolü ve müfredatta hasta güvenliğinin önemi) yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Asistan hekimlerin ($X=3,96$) ve intern doktorların ($X=3,89$) HGKİTÖ toplam ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte asistan hekimlerin intern doktorlara göre toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Diğer bir ifade ile asistan hekimlerin HGKİTÖ’ye yönelik tutumları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha pozitifdir.

HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, “Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri” alt boyutunun asistan hekimlerde ($X=4,64$) ve intern doktorlarda ($X=4,57$) en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Asistan hekimlerin HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin en düşük puan ortalaması ($X=3,29$) “Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi” alt boyutuna ait iken, intern doktorların HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin en düşük puan ortalaması ($X=3,24$) “Bilgilendirme Sorumluluğu” alt boyutuna aittir.

Tablo 7: Katılımcıların HGKİTÖ'nün Alt Boyutlarının Frekans, Yüzde ve Puan Ortalaması Dağılımı

Alt Boyutlar ve Maddeleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort.	S.S.
1.)Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi (Boyut Ortalaması=3,27)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
1. Tıp Fakültesinde almış olduğum eğitim, tıbbi hatanın nedenlerini anlamam konusunda beni hazırlamaktadır.	14(6,7)	33(15,9)	54(26,0)	80(38,5)	27(13,0)	3,35	1,102
2. Aldığım tıp eğitimi sayesinde hasta güvenliği konularına hakimim.	16(7,7)	38(18,3)	68(32,7)	68(32,7)	17(8,2)	3,15	1,064
3. Tıp Fakültesinde almış olduğum eğitim, tıbbi hata yapmamı önlemesi konusunda beni hazırlamaktadır.	10(4,8)	36(17,3)	57(27,4)	86(41,3)	19(9,1)	3,33	1,021
2.)Hata Bildirmede Rahatlık (Boyut Ortalaması =3,56)							
4. Bir hata yaptığım zaman sonucu hasta için ne kadar ciddi olursa olsun rahatlıkla bildiririm.	11(5,3)	25(12,0)	59(28,4)	81(38,9)	30(14,4)	3,46	1,053
5. Başkaları bir hata yaptığı zaman sonucu hasta için ne kadar ciddi olursa olsun rahatlıkla bildiririm.	5(2,4)	35(16,8)	77(37,0)	64(30,8)	27(13,0)	3,35	,986
6. Hastaya zarar verdiğim zaman veya zarar verme ihtimalimin olduğu zaman bir sorumlum ile açıkça konuşabileceğimden eminim.	4(1,9)	16(7,7)	32(15,4)	100(48,1)	54(26,0)	3,89	,946
3.)Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri (Boyut Ortalaması =4,60)							
7. Tıbbi hataları azaltmak için doktorlar kısa süreli çalışmalıdır.	6(2,9)	3(1,4)	8(3,8)	36(17,3)	154(74,0)	4,59	,870
8. Doktorlar mesai sırasında düzenli molalar almayarak hata yapma riskini artırırlar.	5(2,4)	7(3,4)	7(3,4)	36(17,3)	152(73,1)	4,56	,900
9. Doktorların çalışma saatlerinin artması hata yapma riskini arttırabilir.	4(1,9)	3(1,4)	7(3,4)	29(13,9)	165(79,3)	4,67	,779
4.)Kaçınılmaz Hata (Boyut Ortalaması =4,29)							
10. En deneyimli ve alanında en iyi olan doktorlar bile hata yapar.	3(1,4)	5(2,4)	13(6,3)	65(31,3)	121(58,2)	4,43	,832
11. Mesleğinde gerçek bir profesyonel olan doktor hata veya yanlış yapmaz.	6(2,9)	18(8,7)	13(6,3)	63(30,3)	107(51,4)	4,19	1,075
12. İnsanların hata yapması kaçınılmazdır.	5(2,4)	10(4,8)	17(8,2)	73(35,1)	103(49,5)	4,25	,964

5.)Hata Nedeni Olarak Profesyonel Yetersizlik (Boyut Ortalaması =3,70)							
13. Tıbbi hatalar, en çok mesleklerinde beceriksiz olan hemşirelerden kaynaklanır.	8(3,8)	21(10,1)	65(31,3)	77(37,0)	37(17,8)	3,55	1,020
14. Tıbbi hatalar, en çok mesleklerinde beceriksiz olan doktorlardan kaynaklanır.	4(1,9)	18(8,7)	60(28,8)	72(34,6)	54(26,0)	3,74	1,002
15. Tıbbi hata yapmak mesleki beceriksizliğin bir göstergesidir.	5(2,4)	12(5,8)	50(24,0)	85(40,9)	56(26,9)	3,84	,968
6.)Bilgilendirme Sorumluluğu (Boyut Ortalaması =3,27)							
16. Hasta için olumsuz sonuçlanmayan hataları bildirmek gerekli değildir.	12(5,8)	32(15,4)	74(35,6)	63(30,3)	26(12,5)	3,29	1,057
17. Doktorların yalnızca hastaların zarar gördüğü durumlarda hatalarını hastalarına söyleme sorumluluğu vardır.	12(5,8)	37(17,8)	61(29,3)	73(35,1)	25(12,0)	3,30	1,076
18. Yapılan bütün tıbbi hatalar bildirilmelidir.	12(5,8)	39(18,8)	71(34,1)	62(29,8)	23(11,1)	3,25	1,187
7.)Takım Çalışması (Boyut Ortalaması =4,32)							
19. İyi bir multidisipliner takım çalışması tıbbi hataları azaltacaktır.	5(2,4)	2(1,0)	11(5,3)	86(41,3)	103(49,5)	4,35	,828
20. Takım çalışmasının ilkelerinin öğretilmesi tıbbi hataları azaltacaktır.	3(1,4)	5(2,4)	13(6,3)	93(44,7)	92(44,2)	4,29	,810
8.)Hatada Hastanın Rolü (Boyut Ortalaması=4,15)							
21. Tıbbi hataların önlenmesinde hastaların da önemli rolleri vardır.	2(1,0)	8(3,8)	21(10,1)	79(38,0)	98(47,1)	4,26	,864
22. Hastaları tedavilerine katılmaları için teşvik etmek tıbbi hataların görülme riskini azaltmada yardımcı olabilir.	5(2,4)	8(3,8)	31(14,9)	93(44,7)	71(34,1)	4,04	,929
9.)Müfredatta Hasta Güvenliğinin Önemi (Boyut Ortalaması =4,15)							
23. Hasta güvenliği konusu tıp öğrencilerine öncelikli konular arasında öğretilmelidir.	1(,5)	9(4,3)	23(11,1)	95(45,7)	78(37,5)	4,17	,828
24. Hasta güvenliği ile ilgili sorunları öğrenmek daha donanımlı bir doktor olmamı sağlayacaktır.	2(1,0)	8(3,8)	21(10,1)	101(48,6)	75(36,1)	4,15	,827
HGKİTÖ Toplam Ortalama: 3,93							

*Madde 11,13,14,15,16 ve 17 ters kodlanmaktadır.

Tablo 7’de katılımcıların HGKİTÖ’ye yönelik toplam ortalamalarının ($X=3,93$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, “Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri” ($X=4,60$) alt boyutunun en

yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin en düşük puan ortalaması “Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi”(X= 3,27) ve “Bilgilendirme Sorumluluğu”(X= 3,27) alt boyutuna aittir.

Katılımcıların HGKİTÖ'nün “Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi” alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde (X=3,27) ortanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta en yüksek puan ortalamasına sahip madde “Tıp fakültesinde almış olduğum eğitim, tıbbi hatanın nedenlerini anlamam konusunda beni hazırlamaktadır.” (X=3,35) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde “Aldığım tıp eğitimi sayesinde hasta güvenliği konularına hakimim” (X=3,15) maddesidir.

Katılımcıların HGKİTÖ'nün “Hata Bildirmede Rahatlık” alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde (X=3,56) ortanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta en yüksek puan ortalamasına sahip madde “Hastaya zarar verdiğim zaman veya zarar verme ihtimalimin olduğu zaman bir sorumlum ile açıkça konuşabileceğimden eminim” (X=3,89) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde “Başkaları bir hata yaptığı zaman sonucu hasta için ne kadar ciddi olursa olsun rahatlıkla bildiririm” (X=3,35) maddesidir.

Katılımcıların HGKİTÖ'nün “Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri” alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde (X=4,60) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta en yüksek puan ortalamasına sahip madde “Doktorların çalışma saatlerinin artması hata yapma riskini arttırabilir.” (X=4,67) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde “Doktorlar mesai sırasında düzenli molalar almayarak hata yapma riskini artırır.” (X=4,56) maddesidir.

Katılımcıların HGKİTÖ'nün “Kaçınılmaz Hata” alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde (X=4,29) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta en yüksek puan ortalamasına sahip madde “En deneyimli ve alanında en iyi olan doktorlar bile hata yapar” (X=4,43) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde “Mesleğinde gerçek bir profesyonel olan doktor hata veya yanlış yapmaz.” (X=4,19) maddesidir.

Katılımcıların HGKİTÖ'nün “Hata Nedeni Olarak Profesyonel Yetersizlik” alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde (X=3,70) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta en yüksek puan ortalamasına sahip madde “Tıbbi hata yapmak mesleki beceriksizliğin bir göstergesidir.” (X=3,84) maddesiyken, en

düşük puan ortalamasına sahip madde “Tıbbi hatalar, en çok mesleklerinde beceriksiz olan hemşirelerden kaynaklanır.” (X=3,55) maddesidir.

Katılımcıların HGKİTÖ’nün “Bilgilendirme Sorumluluğu” alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde (X=3,27) ortanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta en yüksek puan ortalamasına sahip madde “Doktorların yalnızca hastaların zarar gördüğü durumlarda hatalarını hastalarına söyleme sorumluluğu vardır.” (X=3,30) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde “Yapılan bütün tıbbi hatalar bildirilmelidir.” (X=3,25) maddesidir.

Katılımcıların HGKİTÖ’nün “Takım Çalışması” alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının (X=4,32) yüksek düzeyde olduğu, “Hatada Hastanın Rolü” alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının (X=4,15) yüksek düzeyde olduğu, “Müfredatta Hasta Güvenliğinin Önemi” alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının (X=4,15) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 8: HGKİTÖ Güvenilirlik Analizi

Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	0,785	3
2. Hata bildirmede rahatlık	0,728	3
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	0,696	3
4. Kaçınılmaz hata	0,707	3
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	0,759	3
6. Bilgilendirme sorumluluğu	0,761	3
7. Takım çalışması	0,680	2
8. Hatada hastanın rolü	0,688	2
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	0,700	2
HGKİTÖ (Genel)	0,748	24

Tablo 8’de HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları verilmiştir. 24 maddeden oluşan HGKİTÖ’ye ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, ölçeğe ait Cronbach’s Alpha değerinin 0,748 olduğu saptanmıştır. Bu değer $0,60 \leq$ Cronbach’s Alpha $\leq 0,80$ arasında olduğundan ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Alt boyutlara ilişkin güvenilirliğe bakıldığında ise; en yüksek değer bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi 0,785, en düşük değer ise takım çalışması 0,680 olduğu görülmektedir.

Tablo 9: Katılımcıların Cinsiyete Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	Ort.	S.S.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	Kadın	107	3,11	,832	t=2,691 p=0,008
	Erkek	99	3,46	1,008	
2. Hata bildirmede rahatlık	Kadın	105	3,60	,775	t=0,501 p=0,617
	Erkek	98	3,54	,901	
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	Kadın	106	4,66	,571	t=0,804 p=0,422
	Erkek	99	4,57	,892	
4. Kaçınılmaz hata	Kadın	105	4,25	,687	t=0,769 p=0,443
	Erkek	100	4,33	,898	
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	Kadın	107	3,79	,737	t=1,528 p=0,128
	Erkek	100	3,63	,841	
6. Bilgilendirme sorumluluğu	Kadın	106	3,32	,675	t=0,746 p=0,457
	Erkek	100	3,24	,968	
7. Takım çalışması	Kadın	106	4,26	,690	t=1,174 p=0,242
	Erkek	98	4,39	,866	
8. Hatada hastanın rolü	Kadın	107	4,13	,798	t=0,429 p=0,668
	Erkek	100	4,18	,848	
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	Kadın	105	4,11	,682	t=0,950 p=0,343
	Erkek	99	4,21	,845	
HGKİTÖ toplam ortalama	Kadın	107	3,92	,366	t=0,515 p=0,607
	Erkek	100	3,95	,551	

Tablo 9’da çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, öğrenim gördükleri tıp fakültelerinde almış oldukları eğitimin onları hasta güvenliği konularına daha çok hazırladığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 10: Katılımcıların Medeni Duruma Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Medeni durum	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	Evli	57	3,48	,763	t=2,149 p=0,034
	Bekar	150	3,20	,981	
2. Hata bildirmede rahatlık	Evli	55	3,65	,695	t=0,922 p=0,358
	Bekar	149	3,54	,886	
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	Evli	57	4,53	,861	t=0,902 p=0,368
	Bekar	149	4,64	,703	
4. Kaçınılmaz hata	Evli	57	4,28	,863	t=0,118 p=0,906
	Bekar	149	4,30	,770	

5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	Evli	57	3,63	,770	t=0,877
	Bekar	151	3,74	,799	p=0,382
6. Bilgilendirme sorumluluğu	Evli	56	3,33	,783	t=0,578
	Bekar	151	3,26	,846	p=0,564
7. Takım çalışması	Evli	56	4,27	,791	t=0,609
	Bekar	149	4,34	,775	p=0,543
8. Hatada hastanın rolü	Evli	57	4,10	,831	t=0,619
	Bekar	151	4,18	,816	p=0,537
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	Evli	57	4,22	,732	t=0,706
	Bekar	148	4,14	,777	p=0,481
HGKİTÖ toplam ortalama	Evli	57	3,95	,493	t=0,299
	Bekar	151	3,92	,454	p=0,765

Tablo 10’da çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri medeni duruma göre incelendiğinde evlilerin bekarlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, öğrenim gördükleri tıp fakültelerinde almış oldukları eğitimin onları hasta güvenliği konularına daha çok hazırladığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 11: Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusunda Kurs/Ders Alma Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Hasta güvenliği konusunda kurs ders aldınız mı?	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi	Evet	70	3,53	,912	t=2,856 p=0,005
	Hayır	137	3,15	,919	
2. Hata Bildirmede Rahatlık	Evet	71	3,62	,826	t=0,693 p=0,489
	Hayır	133	3,54	,847	
3. Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri	Evet	71	4,68	,658	t=1,004 p=0,317
	Hayır	135	4,57	,793	
4. Kaçınılmaz Hata	Evet	70	4,16	,874	t=1,658 p=0,100
	Hayır	136	4,36	,744	
5. Hata Nedeni Olarak Profesyonel Yetersizlik	Evet	71	3,84	,740	t=1,719 p=0,087
	Hayır	137	3,64	,811	
6. Bilgilendirme Sorumluluğu	Evet	70	3,26	,952	t=0,192 p=0,848
	Hayır	137	3,29	,761	
7. Takım Çalışması	Evet	69	4,44	,740	t=1,578 p=0,116
	Hayır	136	4,26	,793	
8. Hatada Hastanın Rolü	Evet	71	4,26	,827	t=1,354 p=0,177
	Hayır	137	4,10	,813	
9. Müfredatta Hasta Güvenliğinin Önemi	Evet	69	4,15	,768	t=0,085 p=0,933
	Hayır	136	4,16	,764	
HGKİTÖ toplam ortalama	Evet	71	3,99	,471	t=1,419 p=0,157
	Hayır	137	3,90	,459	

Tablo 11’de çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri hasta güvenliği ile ilgili bir kurs/ders alma değişkenine göre incelendiğinde hasta güvenliği konusunda bir kurs/ders alan katılımcılar almayan katılımcılara göre HGKİTÖ’nün bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi boyutunda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$).

Tablo 12: Katılımcıların Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Tıp fakültesini isteyerek mi seçtiniz?	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	Evet	183	3,30	,925	t=1,184
	Hayır	23	3,06	,993	p=0,238
2. Hata bildirmede rahatlık	Evet	179	3,57	,852	t=0,498
	Hayır	24	3,49	,761	p=0,619
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	Evet	181	4,64	,736	t=1,468
	Hayır	24	4,40	,822	p=0,144
4. Kaçınılmaz hata	Evet	181	4,31	,802	t=0,535
	Hayır	24	4,22	,603	p=0,593
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	Evet	183	3,74	,795	t=1,210
	Hayır	24	3,53	,767	p=0,228
6. Bilgilendirme sorumluluğu	Evet	182	3,30	,832	t=0,961
	Hayır	24	3,12	,821	p=0,338
7. Takım çalışması	Evet	181	4,35	,749	t=1,321
	Hayır	24	4,13	,969	p=0,188
8. Hatada hastanın rolü	Evet	183	4,19	,801	t=1,666
	Hayır	24	3,90	,932	p=0,097
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	Evet	181	4,20	,733	t=2,094
	Hayır	24	3,85	,926	p=0,037
HGKİTÖ toplam ortalama	Evet	183	3,96	,462	t=2,082
	Hayır	24	3,75	,444	p=0,039

Tablo 12’de çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri tıp fakültesini isteyerek seçme durumuna göre incelendiğinde, tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcılar isteyerek seçmeyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde müfredatta hasta güvenliğini önemli gördükleri saptanmıştır ($p<0,05$). Tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcıların HGKİTÖ toplam ortalamaları, isteyerek seçmeyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 13: Katılımcıların İşini Severek Yapıyor Olma Durumuna Göre HGKİTÖ

Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	İşinizi severek yapıyor musunuz?	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	Evet	136	3,44	,891	t=3,606 p=0,001
	Hayır	70	2,96	,939	
2. Hata bildirmede rahatlık	Evet	134	3,65	,805	t=2,029 p=0,044
	Hayır	69	3,40	,888	
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	Evet	136	4,56	,842	t=1,626 p=0,105
	Hayır	69	4,72	,505	
4. Kaçınılmaz hata	Evet	135	4,29	,835	t=0,344 p=0,731
	Hayır	70	4,33	,667	
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	Evet	137	3,71	,794	t=0,029 p=0,977
	Hayır	70	3,71	,796	
6. Bilgilendirme sorumluluğu	Evet	136	3,33	,861	t=1,148 p=0,252
	Hayır	70	3,19	,766	
7. Takım çalışması	Evet	135	4,31	,803	t=0,276 p=0,783
	Hayır	70	4,34	,734	
8. Hatada hastanın rolü	Evet	137	4,16	,857	t=0,177 p=0,860
	Hayır	70	4,14	,747	
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	Evet	135	4,16	,769	t=0,115 p=0,909
	Hayır	70	4,15	,758	
HGKİTÖ toplam ortalama	Evet	137	3,96	,501	t=1,110 p=0,268
	Hayır	70	3,88	,377	

Tablo 13'te çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri işini severek yapıyor olma değişkenine göre incelendiğinde işini severek yapıyor olan katılımcıların işini severek yapmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, öğrenim gördükleri tıp fakültelerinde almış oldukları eğitimin onları hasta güvenliği konularına daha çok hazırladığı ve hata bildirmede daha rahat davrandıkları saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 14: Katılımcıların Gerektiğinde Danışmanlık Edecek Alanında Deneyimli Kişilerle/Hocalarla Çalışmanın Tıbbi Hatayı Azaltıp Azaltmama Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Gerektiğinde danışmanlık edecek alanında deneyimli kişilerle/hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azaltır mı?	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	Evet	194	3,31	,911	t=2,154 p=0,032
	Hayır	13	2,74	1,115	
2. Hata bildirmede rahatlık	Evet	191	3,57	,817	t=0,015 p=0,988
	Hayır	13	3,56	1,157	
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	Evet	193	4,62	,759	t=0,729 p=0,467
	Hayır	13	4,46	,601	
4. Kaçınılmaz hata	Evet	193	4,31	,785	t=1,489 p=0,138
	Hayır	13	3,97	,907	
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	Evet	195	3,73	,785	t=1,291 p=0,198
	Hayır	13	3,44	,864	
6. Bilgilendirme sorumluluğu	Evet	194	3,27	,831	t=0,245 p=0,806
	Hayır	13	3,33	,816	
7. Takım çalışması	Evet	193	4,33	,771	t=0,902 p=0,368
	Hayır	12	4,13	,907	
8. Hatada hastanın rolü	Evet	195	4,18	,812	t=1,756 p=0,081
	Hayır	13	3,77	,856	
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	Evet	193	4,16	,759	t=0,232 p=0,817
	Hayır	12	4,21	,864	
HGKİTÖ toplam ortalama	Evet	195	3,94	,462	t=1,675 p=0,095
	Hayır	13	3,72	,458	

Tablo 14'te çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri gerektiğinde danışmanlık edecek alanında deneyimli kişilerle/hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azaltıp azaltmama durumuna göre incelendiğinde alanında deneyimli kişilerle çalışmanın tıbbi hatayı azalttığını söyleyen katılımcıların, tıbbi hatayı azaltmadığını söyleyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, öğrenim gördükleri tıp fakültelerinde almış oldukları eğitimin onları hasta güvenliği konularına daha çok hazırladığı saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 15: Katılımcılar Tarafından Şu Ana Kadar Tıbbi Hata Yapılıp Yapılmadığı Durumunun HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Şu ana kadar tıbbi hata yaptınız mı?	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	Evet	82	3,37	,859	t=1,263
	Hayır	124	3,21	,972	p=0,208
2. Hata bildirmede rahatlık	Evet	81	3,40	,812	t=2,298
	Hayır	122	3,67	,839	p=0,023
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	Evet	80	4,50	,873	t=1,594
	Hayır	125	4,68	,655	p=0,113
4. Kaçınılmaz hata	Evet	82	4,30	,914	t=0,131
	Hayır	123	4,28	,709	p=0,896
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	Evet	82	3,66	,802	t=0,651
	Hayır	125	3,74	,787	p=0,516
6. Bilgilendirme sorumluluğu	Evet	81	3,17	,886	t=1,428
	Hayır	125	3,34	,786	p=0,155
7. Takım çalışması	Evet	81	4,25	,894	t=1,067
	Hayır	123	4,37	,692	p=0,287
8. Hatada hastanın rolü	Evet	82	4,12	,904	t=0,395
	Hayır	125	4,17	,761	p=0,694
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	Evet	82	4,10	,833	t=0,871
	Hayır	122	4,20	,714	p=0,385
HGKİTÖ toplam ortalama	Evet	82	3,87	,523	t=1,310
	Hayır	125	3,96	,415	p=0,192

Tablo 15’te çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri şu ana kadar tıbbi hata yapılıp yapılmadığı durumuna göre incelendiğinde şu ana kadar tıbbi hata yapmayan katılımcıların tıbbi hata yapan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hata bildirmede daha rahat davrandıkları saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 16: Katılımcıların Başkalarının Tıbbi Hata Yaptığına Tanık Olma Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Başkalarının tıbbi hata yaptığına tanık oldunuz mu?	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	Evet	159	3,22	,935	t=1,351
	Hayır	47	3,43	,903	p=0,178
2. Hata bildirmede rahatlık	Evet	157	3,53	,863	t=0,952
	Hayır	46	3,67	,740	p=0,342
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	Evet	158	4,60	,769	t=0,256
	Hayır	47	4,63	,692	p=0,798

4. Kaçınılmaz hata	Evet	160	4,29	,817	t=0,201
	Hayır	45	4,27	,719	p=0,841
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	Evet	160	3,70	,792	t=0,371
	Hayır	47	3,74	,799	p=0,711
6. Bilgilendirme sorumluluğu	Evet	159	3,29	,848	t=0,319
	Hayır	47	3,24	,769	p=0,750
7. Takım çalışması	Evet	158	4,31	,797	t=0,395
	Hayır	46	4,36	,720	p=0,693
8. Hatada hastanın rolü	Evet	160	4,16	,807	t=0,412
	Hayır	47	4,11	,865	p=0,681
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	Evet	158	4,18	,771	t=0,790
	Hayır	46	4,08	,737	p=0,431
HGKİTÖ toplam ortalama	Evet	160	3,92	,463	t=0,313
	Hayır	47	3,94	,460	p=0,754

Tablo 16'da çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri başkalarının tıbbi hata yaptığına tanık olma durumuna göre incelendiğinde alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17: Katılımcıların Yaş Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Yaş	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	24 ve altı yaş	55	3,36	,807	F=1,896 P=0,132
	25-27 yaş	71	3,09	1,076	
	28-30 yaş	52	3,29	,820	
	31 ve üzeri yaş	26	3,56	,969	
2. Hata bildirmede rahatlık	24 ve altı yaş	54	3,59	,872	F=0,656 P=0,580
	25-27 yaş	71	3,59	,889	
	28-30 yaş	50	3,45	,810	
	31 ve üzeri yaş	26	3,73	,692	
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	24 ve altı yaş	56	4,67	,651	F=0,507 P=0,678
	25-27 yaş	70	4,52	,795	
	28-30 yaş	51	4,66	,875	
	31 ve üzeri yaş	26	4,64	,498	
4. Kaçınılmaz hata	24 ve altı yaş	55	4,18	,860	F=1,007 P=0,391
	25-27 yaş	70	4,36	,698	
	28-30 yaş	52	4,21	,924	
	31 ve üzeri yaş	26	4,45	,624	
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	24 ve altı yaş	56	3,83	,852	F=1,163 P=0,325
	25-27 yaş	71	3,57	,795	
	28-30 yaş	52	3,74	,703	
	31 ve üzeri yaş	26	3,73	,794	

6. Bilgilendirme sorumluluğu	24 ve altı yaş	56	3,36	,687	F=1,083 P=0,357
	25-27 yaş	71	3,26	,876	
	28-30 yaş	51	3,14	,803	
	31 ve üzeri yaş	26	3,46	1,028	
7. Takım çalışması	24 ve altı yaş	53	4,30	,755	F=0,149 P=0,930
	25-27 yaş	71	4,36	,870	
	28-30 yaş	52	4,27	,782	
	31 ve üzeri yaş	26	4,35	,596	
8. Hatada hastanın rolü	24 ve altı yaş	56	4,14	,790	F=0,244 P=0,865
	25-27 yaş	71	4,20	,872	
	28-30 yaş	52	4,08	,887	
	31 ve üzeri yaş	26	4,17	,631	
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	24 ve altı yaş	54	4,03	,785	F=1,314 P=0,271
	25-27 yaş	71	4,15	,839	
	28-30 yaş	51	4,20	,693	
	31 ve üzeri yaş	26	4,38	,652	
HGKİTÖ toplam ortalama	24 ve altı yaş	56	3,94	,451	F=0,793 P=0,499
	25-27 yaş	71	3,90	,451	
	28-30 yaş	52	3,90	,507	
	31 ve üzeri yaş	26	4,05	,457	

Tablo 17’de çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri yaş değişkenine göre incelendiğinde alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18: Katılımcıların Aylık Nöbet Sayısı Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Aylık Nöbet Sayısı	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	5 ve altı	27	3,19	,752	F=1,877 P=0,135
	6-8	117	3,28	,909	
	9-11	43	3,43	,965	
	12 ve üzeri	11	2,70	1,328	
2. Hata bildirmede rahatlık	5 ve altı	26	3,60	,705	F=4,051 P=0,008
	6-8	116	3,51	,822	
	9-11	42	3,87	,822	
	12 ve üzeri	11	2,97	1,100	
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	5 ve altı	26	4,82	,402	F=0,972 P=0,407
	6-8	118	4,62	,667	
	9-11	42	4,57	,890	
	12 ve üzeri	11	4,42	1,202	

4. Kaçınılmaz hata	5 ve altı	26	4,31	,645	F=0,332 P=0,802
	6-8	117	4,34	,783	
	9-11	43	4,25	,734	
	12 ve üzeri	11	4,12	1,267	
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	5 ve altı	27	3,68	,616	F=3,913 P=0,010
	6-8	118	3,84	,787	
	9-11	43	3,36	,799	
	12 ve üzeri	11	3,76	1,044	
6. Bilgilendirme sorumluluğu	5 ve altı	27	3,53	,746	F=0,998 P=0,395
	6-8	118	3,27	,927	
	9-11	42	3,18	,683	
	12 ve üzeri	11	3,24	,579	
7. Takım çalışması	5 ve altı	27	4,31	,878	F=0,502 P=0,681
	6-8	116	4,38	,674	
	9-11	42	4,32	,802	
	12 ve üzeri	11	4,09	1,221	
8. Hatada hastanın rolü	5 ve altı	27	4,06	,869	F=0,305 P=0,822
	6-8	118	4,20	,798	
	9-11	43	4,15	,798	
	12 ve üzeri	11	4,05	1,082	
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	5 ve altı	26	4,27	,777	F=0,897 P=0,444
	6-8	116	4,15	,751	
	9-11	43	4,25	,648	
	12 ve üzeri	11	3,86	1,246	
HGKİTÖ toplam ortalama	5 ve altı	27	3,97	,417	F=1,170 P=0,323
	6-8	118	3,95	,436	
	9-11	43	3,93	,491	
	12 ve üzeri	11	3,69	,636	

Tablo 18’de çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri aylık nöbet sayısı durumuna göre incelendiğinde aylık 9-11 defa nöbet tutanların aylık 12 ve üzeri nöbet tutanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hata bildirmede daha rahat davrandıkları saptanmıştır ($p<0,05$). Aylık 6-8 defa nöbet tutanlar aylık 9-11 defa nöbet tutanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hata nedeni olarak profesyonel yetersizliği daha fazla görmektedirler ($p<0,05$).

Tablo 19: Katılımcıların Nöbet Süresi Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları

Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Nöbet Süresi	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	16 ve altı saat	25	3,15	1,014	F=1,651 P=0,179
	17-25 saat	42	3,06	,905	
	26-35 saat	13	3,67	,757	
	36 saat ve üstü	111	3,30	,939	
2. Hata bildirmede rahatlık	16 ve altı saat	24	3,51	,792	F=0,103 P=0,958
	17-25 saat	41	3,50	1,011	
	26-35 saat	13	3,56	,699	
	36 saat ve üstü	109	3,57	,802	
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	16 ve altı saat	25	4,71	,661	F=0,285 P=0,836
	17-25 saat	41	4,65	,799	
	26-35 saat	13	4,59	,682	
	36 saat ve üstü	110	4,57	,790	
4. Kaçınılmaz hata	16 ve altı saat	25	4,49	,788	F=1,149 P=0,331
	17-25 saat	42	4,35	,816	
	26-35 saat	13	4,03	,865	
	36 saat ve üstü	109	4,26	,789	
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	16 ve altı saat	25	3,84	,770	F=1,218 P=0,304
	17-25 saat	42	3,83	,722	
	26-35 saat	13	3,77	,658	
	36 saat ve üstü	111	3,60	,852	
6. Bilgilendirme sorumluluğu	16 ve altı saat	25	3,25	,806	F=0,786 P=0,503
	17-25 saat	41	3,41	1,028	
	26-35 saat	13	3,49	,399	
	36 saat ve üstü	111	3,21	,833	
7. Takım çalışması	16 ve altı saat	25	4,28	,842	F=0,483 P=0,695
	17-25 saat	42	4,45	,687	
	26-35 saat	12	4,25	,452	
	36 saat ve üstü	109	4,29	,864	
8. Hatada hastanın rolü	16 ve altı saat	25	4,44	,768	F=1,962 P=0,121
	17-25 saat	42	4,19	,896	
	26-35 saat	13	3,81	,751	
	36 saat ve üstü	111	4,09	,836	
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	16 ve altı saat	25	4,32	,748	F=0,748 P=0,525
	17-25 saat	42	4,20	,716	
	26-35 saat	12	4,29	,689	
	36 saat ve üstü	109	4,10	,817	
HGKİTÖ toplam ortalama	16 ve altı saat	25	4,00	,442	F=0,550 P=0,649
	17-25 saat	42	3,96	,480	
	26-35 saat	13	3,92	,425	
	36 saat ve üstü	111	3,89	,485	

Tablo 19’da çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri nöbet süresi değişkenine göre incelendiğinde alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20: Katılımcıların Günlük Muayene Edilen Hasta Sayısı Durumuna Göre HGKİTÖ Alt Boyutları Yönünden Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Günlük Muayene Edilen Hasta Sayısı	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	20 hasta ve altı	74	3,24	,866	F=0,297 P=0,827
	21-45 hasta	61	3,23	,982	
	46-70 hasta	39	3,27	,996	
	71 hasta ve üzeri	22	3,44	1,015	
2. Hata bildirmede rahatlık	20 hasta ve altı	73	3,54	1,004	F=1,268 P=0,287
	21-45 hasta	60	3,44	,791	
	46-70 hasta	39	3,77	,718	
	71 hasta ve üzeri	21	3,63	,576	
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	20 hasta ve altı	73	3,54	1,004	F=0,395 P=0,757
	21-45 hasta	60	3,44	,791	
	46-70 hasta	39	3,77	,718	
	71 hasta ve üzeri	21	3,63	,576	
4. Kaçınılmaz hata	20 hasta ve altı	74	4,24	,824	F=0,272 P=0,845
	21-45 hasta	60	4,29	,715	
	46-70 hasta	39	4,38	,870	
	71 hasta ve üzeri	22	4,32	,806	
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	20 hasta ve altı	75	3,76	,714	F=0,623 P=0,601
	21-45 hasta	61	3,62	,788	
	46-70 hasta	39	3,82	,871	
	71 hasta ve üzeri	22	3,76	,971	
6. Bilgilendirme sorumluluğu	20 hasta ve altı	75	3,33	,774	F=1,231 P=0,300
	21-45 hasta	61	3,10	,918	
	46-70 hasta	38	3,40	,949	
	71 hasta ve üzeri	22	3,27	,614	
7. Takım çalışması	20 hasta ve altı	74	4,32	,709	F=0,332 P=0,802
	21-45 hasta	60	4,38	,899	
	46-70 hasta	39	4,23	,801	
	71 hasta ve üzeri	21	4,38	,630	
8. Hatada hastanın rolü	20 hasta ve altı	75	4,21	,784	F=1,272 P=0,285
	21-45 hasta	61	4,20	,872	
	46-70 hasta	39	3,92	,854	
	71 hasta ve üzeri	22	4,20	,701	

9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	20 hasta ve altı	74	4,13	,750	F=1,711 P=0,166
	21-45 hasta	60	4,20	,771	
	46-70 hasta	38	3,96	,872	
	71 hasta ve üzeri	22	4,41	,569	
HGKİTÖ toplam ortalama	20 hasta ve altı	75	3,93	,445	F=0,344 P=0,793
	21-45 hasta	61	3,90	,467	
	46-70 hasta	39	3,94	,527	
	71 hasta ve üzeri	22	4,01	,411	

Tablo 20’de çalışmaya katılanların HGKİTÖ alt boyutlarına ait görüşleri günlük muayene edilen hasta sayısı değişkenine göre incelendiğinde alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21: HGKİTÖ Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi (1)	r	1	,197	,045	-,075	-,061	,004	,101	,125	,052
	p		,005	,520	,287	,383	,960	,151	,073	,457
	N		203	205	205	207	206	204	207	204
Hata bildirmede rahatlık (2)	r		1	,310	,213	-,062	,249	,331	,303	,288
	p			,001	,002	,379	,001	,001	,001	,001
	N			202	202	204	203	201	204	201
Hata nedeni olarak çalışma saatleri (3)	r			1	,602	,245	,116	,581	,487	,402
	p				,001	,001	,099	,001	,001	,001
	N				204	206	205	203	206	203
Kaçınılmaz hata (4)	r				1	,291	,060	,525	,524	,408
	p					,001	,392	,001	,001	,001
	N					206	205	203	206	203
Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik (5)	r					1	,132	,176	,199	,136
	p						,057	,012	,004	,052
	N						207	205	208	205
Bilgilendirme sorumluluğu (6)	r						1	,190	,053	,213
	p							,006	,450	,002
	N							204	207	204

Takım çalışması (7)	r							1	,665	,621
	p								,001	,001
	N								205	203
Hatada hastanın rolü (8)	r								1	,546
	p									,001
	N									205
Müfredatta hasta güvenliğinin önemi (9)	r									1
	p									
	N									

Tablo 21’de HGKİTÖ alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan pearson korelasyon katsayısı sonuçları verilmiştir. Buna göre HGKİTÖ ' nün;

“Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi” alt boyutu ile “Hata bildirmede rahatlık” alt boyutu arasında aynı yönlü ($r=0,197$) bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen bir ilişki ölçütü olarak zayıftır. “Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi” ile diğer boyutlar arasında bulunan ilişki katsayıları ise istatistiksel olarak anlamlı değil ve çok küçüktür.

“Hata bildirmede rahatlık” alt boyutu ile “Hata nedeni olarak çalışma saatleri” ($r=0,310$); “Kaçınılmaz hata” ($r=0,213$); “Bilgilendirme sorumluluğu” ($r=0,249$); “Takım çalışması” ($r=0,331$); “Hatada hastanın rolü” ($r=0,303$); “Müfredatta hasta güvenliğinin önemi” ($r=0,288$) alt boyutları arasında aynı yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen bir ilişki ölçütü olarak zayıftır.

“Hata nedeni olarak çalışma saatleri” alt boyutu ile “Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik” ($r=0,245$) ve “Müfredatta hasta güvenliğinin önemi” ($r=0,402$) alt boyutları arasında aynı yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen bir ilişki ölçütü olarak zayıftır.

“Hata nedeni olarak çalışma saatleri” alt boyutu ile “Kaçınılmaz hata” ($r=0,602$); “Takım çalışması” ($r=0,581$); “Hatada hastanın rolü” ($r=0,487$) alt boyutları arasında aynı yönlü bir ilişki katsayısı bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı istatistiksel olarak anlamlı ve ortak kuvvettedir. Buna göre, “Hata nedeni olarak çalışma saatleri” arttığında “Kaçınılmaz hata”, “Takım çalışması” ve “Hatada hastanın rolü” artmaktadır.

“Kaçınılmaz hata” alt boyutu ile “Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik” ($r=0,291$) ve “Müfredatta hasta güvenliğinin önemi” alt boyutları arasında aynı yönlü ($r=0,408$) bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen bir ilişki ölçütü olarak zayıftır.

“Kaçınılmaz hata” alt boyutu ile “Takım çalışması” ($r=0,525$) ve “Hatada hastanın rolü” ($r=0,524$) alt boyutu arasında aynı yönlü bir ilişki katsayısı bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı istatistiksel olarak anlamlı ve ortak kuvvettedir. Buna göre, “Kaçınılmaz hata” arttığında “Takım çalışması” ve “Hatada hastanın rolü” artmaktadır.

“Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik” alt boyutu ile diğer tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki katsayısı bulunamamıştır.

“Bilgilendirme sorumluluğu” alt boyutu ile “Takım çalışması” ($r=0,190$) ve “Müfredatta hasta güvenliğinin önemi” alt boyutları arasında aynı yönlü ($r=0,213$) bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen bir ilişki ölçütü olarak zayıftır.

“Takım çalışması” alt boyutu ile “Hatada hastanın rolü” ($r=0,665$) ve “Müfredatta hasta güvenliğinin önemi” ($r=0,621$) alt boyutu arasında aynı yönlü bir ilişki katsayısı bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı istatistiksel olarak anlamlı ve ortak kuvvettedir. Buna göre, “Takım çalışması” arttığında “Hatada hastanın rolü” ve “Müfredatta hasta güvenliğinin önemi” artmaktadır.

“Hatada hastanın rolü” alt boyutu ile “Müfredatta hasta güvenliğinin önemi” alt boyutu arasında aynı yönlü ($r=0,546$) bir ilişki katsayısı bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı istatistiksel olarak anlamlı ve ortak kuvvettedir. Buna göre, “Hatada hastanın rolü” arttığında “Müfredatta hasta güvenliğinin önemi” artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Hasta güvenliği, kaliteli sağlık hizmetinin temelini oluşturmaktadır (Çiçek Korkmaz, 2018) ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında şüphesiz hekimlerin rolü yadsınamaz boyuttur.

Dünyanın en eski meslekleri arasında yer alan hekimlik mesleğinde, hekimlerin tıbbi uygulamalar esnasında hasta güvenliğini ön planda tutması ve hastalara zarar vermemesi konusu Hipokrat zamanından beri var olan “*primum non nocere, önce zarar verme*” şeklinde ifade edilmiştir. Bu ilke günümüzde tıbbi etik kuralları arasında “*zarar vermeme*” ilkesi olarak yer almaktadır. Hekim adaylarına tıp eğitimi sırasında öğretilen bu ilke aslında tıbbi uygulamaların çok tehlikeli olabileceği, insan hayatına zarar verebileceği gerçeğini yansıtmaktadır. (Hayran, 2019).

Günümüzde artık sağlık kurumlarının herhangi bir sanayi kuruluşundan daha tehlikeli mekânlara dönüştüğünden söz edilmekte ve hataların önemli bir kısmı doğrudan veya dolaylı olarak hekimlere bağlanmaktadır. Hekimlerin bu konuya ciddi şekilde eğilmeleri, hasta güvenliği konusundaki çalışmalarda liderlik yapmaları gerekmektedir (Hayran, 2019). Hekimlerin liderliğinde, hasta güvenliği ile ilgili standartların gözden geçirilmesi, hasta güvenliği hedeflerinin belirlenmesi ve beklenmeyen olay bildirimlerinin ele alınması önemli unsurlar arasındadır. (Güneş ve Güneş, 2017).

Bu bölümde, SCÜ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan asistan hekimlerin ve SCÜ Tıp Fakóltesi son sınıf öğrencilerinin (intern doktorların) hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının bazı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılmış olan bu çalışmanın bulguları, konuya ilişkin literatür ile birlikte tartışılacaktır.

Çalışmamız ile benzer diğer çalışmaları karşılaştırdığımızda aşağıdaki tabloda belirtilen bulgulara ulaştık:

Tablo 22: Hasta Güvenliği Konusunda Yapılan Bazı Araştırmalar

Araştırmacı İsmi ve Yayın Yılı	Yayın Türü	Evren / Örneklem	Veri Toplama Aracı (Ölçek-Anket)	İlişki/Etki
Sütçü, 2019	Yüksek Lisans Tezi	-Hemşire	-Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği -Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği -İş Yüğü Ölçeği	Hasta güvenliği ile ekip çalışması, işte hissedilen stres ve iş doyumunu arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Ekip çalışması ve iş doyumunu ile hasta güvenliği kültürü arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmıştır. İşte hissedilen stres ile hasta güvenliği kültürü arasında “zayıf” düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. İş yükü ile hasta güvenliği kültürü arasında doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilememiştir.
Dirik, 2014	Yüksek Lisans Tezi	Hemşire	-Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği -Hemşirelik İş - İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği -Yapısal Güçlendirme Ölçeği	Hemşirelerin çalışma ortamı, güçlendirme ve hasta güvenliğine ilişkin değerlendirmeleri orta düzeydedir. Çalışma ortamı ve güçlendirmenin hasta güvenliği kültürünü etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
Bölükbaşı, 2019	Yüksek Lisans Tezi	Hekim ve Hemşire	-Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi -Minnesota İş Tatmini Ölçeği	Katılımcıların iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü algılamaları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Hekim ve hemşirelerin iş tatminlerinin artırılması, hasta güvenliği kültürünü algılamalarının iyileştirilmesine yardımcı olabilir.
Garcia Elorrio ve ark., 2016	Makale	4. ve 5. Sınıf Tıp Öğrencileri	-Hasta Güvenliği Tutum Anketi/Attitudes to Patient Safety Questionnaire version 3 (APSQ 3).	Katılımcıların %57’si hasta güvenliği kavramını anladığına inandığını, %53’ü eğitimlerinin onları tıbbi hatalarının nedenlerini anlamaları için hazırladığını, %59’u insan hatalarının kaçınılmaz olduğunu düşündükleri, %98’i gerçek profesyonellerin hata yapmayacağına inandıklarını ve %64’ü ise bu bilgilerin klinik uygulamadan elde edileceğine

				inandıklarını belirtmiştir.
Kamran ve ark., 2018	Makale	İntern Doktor	-Hasta Güvenliği Tutum Anketi/Attitudes to Patient Safety Questionnaire version 3 (APSQ 3).	Katılımcıların hasta güvenliğine yönelik tutumları olumludur. İntern doktorlarda cinsiyet ve tıbbi hatayla ilgili önceki deneyimler açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
Leung ve ark., 2013	Makale	Tıp Öğrencileri	-Hasta Güvenliği Tutum Anketi/Attitudes to Patient Safety Questionnaire version 3 (APSQ 3).	Katılımcılar, tıbbi hataların kaçınılmaz olduğunu ve uzun çalışma saatlerini ve profesyonel yetersizliği tıbbi hataların önemli bir nedeni olarak gördüklerini belirtmiştir.
Barsbay ve ark., 2018	Makale	Hekim Ve Hemşireler	-Güvenlik Tutumları Ölçeği	Hekim ve hemşirelerin, hasta güvenliği tutum ölçeğine verdikleri yanıtlar genel olarak olumludur. Hemşirelerin üçte ikisi ve hekimlerin yarısından fazlası, çalıştıkları kurumda hasta olarak tedavi edilmeleri durumunda kendilerini güvende hissedeceklerini belirtmişlerdir.
Liu ve ark., 2018	Makale	Tıp Öğrencileri	-Hasta Güvenliği Tutum Anketi/Attitudes to Patient Safety Questionnaire version 3 (APSQ 3).	Tıp öğrencilerinin hasta güvenliği kültürünü genel algıları olumludur. Katılımcılar almış oldukları tıp eğitimi sayesinde hasta güvenliği konularına hâkim olduklarını ifade etmiştir.
Bottcher ve ark., 2019	Makale	Hekim ve Hemşireler	-Hasta Güvenliği Tutum Anketi/Attitudes to Patient Safety Questionnaire version 3 (APSQ 3).	Hekimlerin hemşirelere göre daha az hasta güvenliği eğitimi almasına rağmen hasta güvenliğine yönelik tutumlarının biraz daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Tunçer, 2016	Yüksek Lisans Tezi	Hekim, Hemşire Ve Ebe	-Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ)	Katılımcıların hasta güvenliğine ilişkin orta düzeyin altında olumlu tutuma sahip olduğu saptandı. Hasta güvenliği eğitimi almanın çalışanların tutumunu olumlu yönde etkilediği ve özellikle katılımcılar arasında hekimlerin hasta güvenliği tutumlarının düşük olduğunun belirlenmiştir.
Yayla, 2018	Yüksek Lisans Tezi	Hekim	-Profesyonizm Ölçeği -Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	Hekimlerin profesyonizm anlayışlarının ve tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır. Hekimlerin profesyonizm anlayışlarının tıbbi hatalarda

				tutumlar üzerinde etkisi yoktur.
Abdulkareem , 2017	Yüksek Lisans Tezi	-Hekim, -Hemşire, -Diğer Sağlık Çalışanları ve - İdari Personel	-Tıbbi Hatalar ve Oluşum Nedenleri Anketi	Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların daha çok insan unsuruna bağlı olarak yaşandığını ve tıbbi hataların önlenabilir düzeyde olduğunun düşünüldüğü görülmektedir.
Doğan, 2019	Yüksek Lisans Tezi	Hemşire	- Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi	Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının; “Üniteler İçinde Ekip Çalışması” na ait olduğu, en düşük puan ortalamasının; “Hastane Müdahaleleri ve Değişim” alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur.
Dönmez, 2017	Yüksek Lisans Tezi	Hekim ve Hemşire	-Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi	Katılımcıların genel olarak hasta güvenliği kültürü algısının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. En olumlu değerlendirilen alan “üniteler arası ekip çalışması” alt boyutu olmuştur. Hemşirelerin “hataların raporlanma sıklığı” alt boyutuna ilişkin algıları hekimlerden daha yüksektir. Kadınlar “güvenliğin kapsamlı algılanması” alt boyutunda erkeklerden daha yüksek bir puan ortalamasına sahiptir.
Filiz, 2009	Yüksek Lisans Tezi	-Hekim, -Hemşire, -Sağlık çalışanı (ebe, sağlık memuru ATT), -Toplumdan bireyler	-Sağlık Çalışanı Hasta Güvenliği Anket Formu, -Toplum Hasta Güvenliği Anket Formu -Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin	Daha güvenli bakım almada hastaların da sorumluluğu olduğu görüşü sağlık çalışanlarında daha yüksek bulunmuştur. Tıbbi hata sebebi olarak sağlık çalışanları “uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stresi” gösterirken, toplum “hekimlerin hastalara yeterince vakit ayırmaması” şeklinde ifade etmiştir. Hekimlerin % 78’i, hemşirelerin % 86’sı ve diğer sağlık personelinin % 89’unun hatalı olayları hiç rapor etmedikleri saptanmıştır.
İncesu ve Orhan, 2018	Makale	-Sağlık Çalışanları	-	Çalışanların sıklıkla hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayları GRS’yi kullanarak bildirim yapacağını bildiği, GRS hakkında

				bilgilerinin olduğu ve bu konuda eğitim aldıkları ancak GRS bildirim sayısının düşük olması nedeniyle kurumda bir güvenlik raporlama kültürünün yerleşmediği ve bildirim sistemini kullanırken çekinceler ve tereddütler yaşadıkları tespit edildi.
Aksan ve Altındış, 2019	Makale	-Sağlık Çalışanları	-Değerlendirme formu	Sağlık çalışanlarının hata raporlamalarını engelleyen faktörlere ilişkin algılarının eğitim düzeyine, göreve, tıbbi hata raporlama durumuna ve hastane türüne göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının kurumda yapılacak yeni düzenlemeler ve politikalar sonrasında ceza korkusu, dava edilme korkusu ve motivasyon eksikliğine ilişkin algılarında bir değişiklik olacağı belirlenmiştir.
Ülkü ve Türk, 2019	Makale	-Hemşire	-Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu	Hemşirelerin yarından fazlasının karşılaştığı tıbbi hatayı rapor ettiği; suçlanma, dava edilme, hasta, hasta yakınları ve hekimlerden olumsuz tepkiler alma ve hastane yönetimi tarafından cezalandırılma düşüncesiyle tıbbi hataları raporlamadıkları sonucuna varılmıştır.
Soydemir, 2015	Yüksek Lisans Tezi	-Hekim ve -Hemşire	-Yarı yapılandırılmış görüşme formu	Çalışmada, hekim ve hemşirelerin bir tıbbi hatayla karşılaştıklarında ya da tanık olduklarında hata raporlamaktan çekindikleri ve raporlamamayı tercih ettikleri görülmüştür. Hata raporlama engelleri incelendiğinde, “korku”, “yönetimin tutumu”, “sistemle ilgili engeller” ve “çalışanların hata algısı” olmak üzere dört ana tema ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada, tıp eğitimini tamamlamış ve uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerin, tıp eğitimine devam etmekte olan intern doktorlara göre hasta güvenliği kültürüne ilişkin genel tutumlarının ve ölçek alt boyutlarındaki tutumlarının anlamlı derecede daha yüksek olabileceği düşünülmüştür. Ancak, asistan hekimler ve intern doktorlar HGKİTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları yönünden

karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hemen hemen bütün alt boyutlarda her iki grup açısından birbirine oldukça yakın sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 6). Bir diğer ifade ile intern doktorlarla kıyaslandığında, asistan hekimlerin almış oldukları tıp eğitimi ve sonrasında almakta oldukları uzmanlık eğitimi, hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarında ciddi bir farklılık yaratmamıştır. Bununla birlikte çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte asistan hekimlerin ($X=3,96$) intern doktora ($X=3,89$) göre HGKİTÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür (Tablo 6). Diğer bir ifade ile asistan hekimlerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları, intern doktora göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha pozitif olarak değerlendirilebilir. Bu duruma, asistan hekimlerin hastaların tedavi ve uygulamalarında sorumluluk almasının etkisi olduğu düşünülebilir. Ayrıca, asistan hekimlerin intern doktora göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte öğrenim gördükleri tıp fakültelerinde almış oldukları eğitimin onları hasta güvenliği konularına daha çok hazırladığı, hataları bildirmede daha rahat davrandıkları, hata nedeni olarak çalışma saatlerini ve profesyonel yetersizliği gördükleri, hatayı kaçınılmaz olarak düşündükleri, bilgilendirme sorumluluğuna daha fazla sahip oldukları ve müfredatta hasta güvenliğini önemli gördüklerini söylemek mümkündür. İtern doktorlar ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte asistan hekimlere göre hataların azaltılmasında takım çalışmasının daha fazla etkili olduğunu ve hataların azaltılmasında hastaların rolünün olduğunu düşündükleri söylenebilir (Tablo 6).

Çalışmamıza katılan asistan hekim ve intern doktorların ölçek toplam puan ortalamalarına göre hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının yüksek düzeyde ($X=3,93$) olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, Liu ve ark. (2018) Çin’de dört tıp fakültesinde öğrenim gören tıp öğrencilerinin, Kamran ve ark. (2018) Pakistan’da öğrenim gören son sınıf tıp öğrencilerinin hasta güvenliği kültürüne yönelik olumlu tutum sergilediklerini belirtmiştir. Barsbay ve ark. (2018) ise yaptıkları çalışmada hekim ve hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik olumlu tutuma sahip olduklarını ifade etmiştir. Bottcher ve ark. (2019) Gazze’de dört büyük devlet hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını orta derecede pozitif olarak bulmuştur. Doğan (2019) ve Dirik (2014) hemşirelerin, Bölükbaşı (2019) ve Dönmez (2017) ise hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının orta derecede olduğunu ifade etmiştir. Bunun aksine Garcia Elorrio ve ark. (2016)

Arjantin’de dördüncü ve beşinci sınıf tıp öğrencilerinin hasta güvenliği ile ilgili bilgi, inanç ve tutumlarının yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Başka bir çalışmaya göre hekim, hemşire ve ebelerin hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyin altında olduğu ve özellikle hekimlerin hasta güvenliği tutumlarının düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir (Tunçer 2016).

Çalışmamıza katılan asistan hekim ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumların yüksek düzeyde olduğu bulgusundan yola çıkarak bu durumun, ülkemizde uzun yıllar öncesine dayanmasa da son yıllarda hasta güvenliğine yönelik gerçekleştirilen çalışmaların başarılı olduğunun göstergesi olarak düşünülebilir. Hasta güvenliği ile ilgili olarak akademik çalışmaların artması da konuya gereken önemin verilmesinde ve sağlık çalışanlarının farkındalığının artmasında etkili olmuş olabilir. Konuya ilişkin daha fazla farkındalık olması ile bu farkındalığın kişilerin tutum ve davranışlarına yansıdığı düşünülebilir. Bununla birlikte, çalışmanın yapıldığı kurumda iyi bir güvenlik kültürü olduğundan da bahsetmek mümkündür. Hekimlerin ve hekim adaylarının, tüm dünyanın dikkat çektiği bir konu olan hasta güvenliğine yönelik tutumların yüksek olması ise beklenen ve olması gereken bir bulgudur.

Çalışmamızda diğer bir bulgu olarak katılımcıların sadece, tıp fakültesini isteyerek seçme değişkenine göre ölçek toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 12). Bu doğrultuda, katılımcıların tıp fakültesini isteyerek seçip (asistan hekimlerin %89,5’i, intern doktorların %87,3’ü), meslek seçimlerine kendilerinin karar vermesinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarını etkilediğini söylemek mümkündür. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ölçeğin bütün alt boyutlarında da tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcıların puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve bu katılımcıların, öğrenim gördükleri tıp fakültelerinde almış oldukları eğitimin onları hasta güvenliği konularına daha çok hazırladığı, hata bildirmede daha rahat davrandıkları, hata nedeni olarak çalışma saatlerini ve profesyonel yetersizliği gördükleri, hatayı kaçınılmaz olarak düşündükleri, bilgilendirme sorumluluğuna daha fazla sahip oldukları, hataların azaltılmasında takım çalışmasının daha fazla etkili olduğunu ve hataların azaltılmasında hastaların rolünün olduğunu düşündükleri söylenebilir (Tablo 12).

Katılımcıların %65,9’u (asistan hekimlerin %75,2’si, intern doktorların %56,3’ü) hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs/ders almadığını ifade etmiştir (Tablo 2). Bununla birlikte literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık

çalışanları tarafından hasta güvenliği eğitimi alma durumunun yüksek olduğu görülmektedir. Tunçer (2016) hekim, hemşire ve ebelerin %89'unun; Sütçü (2019) hemşirelerin %80,6'sının; Dönmez (2017) hekim ve hemşirelerin %87,5'inin hasta güvenliği eğitimi aldığını belirtmiştir. Ancak Dönmez'in (2017) çalışmasında veriler daha detaylı olarak incelendiğinde hekimlerin sadece %29,4'ünün hasta güvenliği eğitimi aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçtan yola çıkarak hekimlerin hasta güvenliği eğitimi alma yüzdesinin düşük olmasının bulgularımızı destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs/ders alma durumunun düşük olmasına rağmen hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumun yüksek düzeyde olmasının nedenleri arasında; katılımcıların aldıkları kurs/ders eğitiminin etkin ve etkili olduğu, aldıkları eğitime kendi istekleri doğrultusunda katılmış ve eğitimi mecburi olarak değil de mesleklerinin bir parçası olarak görmüş oldukları düşünülebilir. Bu durum da katılımcıların almış oldukları eğitime karşı çok daha olumlu bir tutum sergilemelerine neden olmuş olabilir. Ayrıca çalışmamızda hasta güvenliği konusunda bir kurs/ders alan katılımcıların almayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, hata bildirmede daha rahat davrandıkları, hata nedeni olarak çalışma saatlerini ve profesyonel yetersizliği gördükleri, hataların azaltılmasında takım çalışmasının daha fazla etkili olduğunu ve hataların azaltılmasında hastaların rolü olduğunu düşündüklerini söylemek mümkündür (Tablo 11).

Çalışmamızdan elde edilen bir diğer bulguya göre, katılımcıların %60,4'ü şu ana kadar tıbbi hata yapmadığını (asistan hekimlerin %53,3'ü ve intern doktorların %67,6'sı) fakat %77,3'ü (asistan hekimlerin %80,0'ı ve intern doktorların %74,5'i) başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olduğunu belirtmiştir (Tablo 4). Barsbay ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışma da benzer şekilde hekimlerin %89,5'inin hata yapmadığı fakat %34,2'sinin başkaları tarafından yapılan hatalara tanık olduğu sonucuna ulaşmıştır. Sağlık profesyonellerinin kendi hatalarını açıkça kabul etme ve ortaya koyma ile başkalarının hatalarına karşı yaklaşımını gösteren farklılığın nedeninin, kurumda suçlama kültürünün olabileceği ve tıbbi hatalar nedeniyle yasal sonuçlara katlanmaktan kaçınılması olarak değerlendirilebilir (Barsbay ve ark., 2018).

Çalışmamızda katılımcıların HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, "Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri" (X=4,60) alt boyutunun en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir (Tablo 7). Katılımcıların büyük bir

çoğunluğu (% 93,2 Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum) çalışma saatlerinin artmasının hata yapma riskini artırabileceğini belirtmiştir. Çalışmamızın bulguları ile 2018 yılında aynı kurumda ve sadece hekimler ile yapılmış Yayla'nın çalışması karşılaştırıldığında sonuçların benzer olduğu görülmektedir. Yayla'nın (2018) çalışmasında hekimler sırasıyla, bakım verilen hasta sayısının fazla olmasının ve günlük çalışma saatinin uzun olmasının tıbbi hata sayısını artırdığını ifade etmiştir. Abdulkareem (2017) tıbbi hataların en çok aşırı iş yükünden ve uzun çalışma saatlerinden kaynaklandığını saptamıştır. Bodur ve ark. (2011) ve Filiz (2009) sağlık çalışanlarının, uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stresi tıbbi hata nedeni olarak belirttiğini, Ateş (2010) ise hemşirelerin hata nedeni olarak, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması ve uzun çalışma saatlerini gördüklerini ifade etmiştir. Kamran ve ark. (2018) yaklaşık her üç intern doktordan ikisinin uzun çalışma saatlerini hata nedeni olarak gördüğü sonucuna ulaşmıştır. Benzer şekilde Leung ve ark. (2013), tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmada en yüksek ortalamaya sahip alt boyutu "Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri" olarak belirtmiştir. Bununla birlikte Liu ve ark. (2018) dört farklı tıp fakültesinde gerçekleştirdikleri çalışmada en yüksek ortalamaya ait alt boyutun "Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi" ve "Hatada Hastanın Rolü" olduğunu ifade etmiştir. Yine aynı çalışmada, "Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri" alt boyutunun birinci ve ikinci sınıf tıp öğrencileri tarafından en yüksek ortalamaya sahip olduğu belirtilirken, çalışmaya katılan dördüncü ve beşinci sınıf tıp öğrencileri tarafından en yüksek ortalamaya sahip alt boyutun "Kaçınılmaz Hata" olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan asistan hekim ve intern doktorların "Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri" alt boyutunda en yüksek ortalamaya sahip olduğu bulgusuna dayanarak bir ayda ortalama sekiz defa ve her defasından ortalama 30 saat nöbet tutan katılımcıların çalışma saatlerini hata nedeni olarak görmeleri beklendik bir bulgudur. Çalışma saatlerinin uzun olması, dikkat eksikliği ve yargılama bozukluklarına neden olmakta, bu da hastadaki değişikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara neden olmaktadır (Aktaran: Caymaz, 2015).

Çalışmamızda HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin en düşük puan ortalaması "Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi" (X= 3,27) ve "Bilgilendirme Sorumluluğu" (X= 3,27) alt boyutuna aittir. Ortanın üzerinde olarak değerlendirilen "Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi" alt boyutunda katılımcıların öğrenim

gördükleri tıp fakültelerinde almış oldukları eğitimin onları hasta güvenliği konularına yönelik orta düzeyin üzerinde hazırladığını söylemek mümkündür. Katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumların yüksek düzeyde olduğunu bulgusuna dayanarak sadece tıp fakültelerinde almış oldukları eğitimle kalmayıp, kendilerini hasta güvenliği konusunda geliştirdikleri düşünülebilir. Ortanın üzerinde olarak değerlendirilen bir diğer en düşük puan ortalamasına sahip olan “Bilgilendirme Sorumluluğu” alt boyutunda katılımcıların, tıbbi hataları bildirmede orta düzeyin üzerinde tutum sergilediğini söylemek mümkündür. Bununla birlikte bu çalışmada, yaklaşık her beş katılımcıdan sadece ikisi (%40,9 Katılıyorum/Kesinlikle Katılıyorum) yapılan bütün tıbbi hataların bildirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (Tablo 7).

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesine engel olmak ve azaltmaya yönelik kullanılan en önemli yöntem hataların bildirilmesi ve analizinin yapılmasıdır (İntepeler ve Dursun 2012). Bildirimi yapılmayan her hata hasta güvenliğini geliştirmek için gerçekleştirilen çalışmalara ve sağlık hizmeti sürecinde iyileşmelere engel olmaktadır (Yıldız 2015). Hataların sağlık çalışanları tarafından bildirilmeme nedenleri; çalışanların kimliğinin gizli kalmayacağı, çalıştığı birimin belli olacağı, bildirim yapılan bilgisayarsın IP numarasının tespit edilebileceği, işini hatalı yapan ve güvenilmeyen bir personel olarak anılacağı, amirleri tarafından bildirim yaptıkları için mobbing uygulanacağı (İncesu ve Orhan 2018), bakım kalitesinin iyileştirilmesinde raporlamanın yeterli katkı yaratmayacağı ve olumsuz bir sonuç çıkmadığı için hatayı bildirmenin gereksiz olduğu düşüncesi, hata raporlamanın kimin sorumluluğunda olduğunun bilinmemesi (Aksan ve Altındış, 2019), vb. faktörler şeklinde açıklanabilir. Bununla beraber sağlık çalışanlarının suçlanma, hasta, hasta yakınları ve ekip arkadaşları tarafından olumsuz tepki görme, dava edilme, hastane yönetimi tarafından cezalandırılma (Ülkü ve Türk, 2019), dışlanma, kariyerinin olumsuz etkileneceği düşüncesi, kurumlarda hasta güvenliği kültürünün olmaması vb. (Özata ve Altukan, 2010) hata bildiriminde engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Soydemir (2015) ise yaptığı çalışmada hekimlerin yaşadıkları tıbbi hata durumunu raporladıklarında, hem mesleki çevrelerinde hem de toplumda kendilerine ve mesleki deneyim ve tecrübelerine olan güvenin sarsılacağı, buna paralel olarak da sahip oldukları statüyü kaybedecekleri düşüncesine sahip olduklarını ifade etmiştir.

Çalışanların yaşanan olumsuz olayları bildirmesi için kurumda raporlama kültürünün olması gereklidir. Güvenlik raporlama kültürünün kurumda yerleşmesi ve olgunlaşması ile, çalışma hayatında yaşanan istenmeyen olayların, tehlikelerin ve bunların sonucunda yaşanan birçok olumsuzluğun giderilmesinde önleyici bir yaklaşım sağlanacaktır (İncesu ve Orhan 2018). Yönetimin ve çalışanların karşılıklı sorumluluk ve güvenilirlik temelinde, yaşanan olayları raporlaması, hasta güvenliğiyle ilgili kurumda yapılacak olan iyileştirmelere temel olması bakımından önem arz etmektedir (Dursun, 2010).

Çalışmamıza katılan bireylerin HGKİTÖ toplam ortalamaları değişkenlere göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; asistan hekimlerin, erkeklerin, evlilerin, hasta güvenliği konusunda kurs/ders alanların, işini severek yapanların, gerektiğinde danışmanlık edecek alanında deneyimli kişilerle/hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azalttığını söyleyenlerin, şu ana kadar tıbbi hata yapmadığını ifade edenlerin, başkalarının tıbbi hata yaptığına tanık olanların, 31 ve üzeri yaş grubunda yer alanların, aylık nöbet sayısı 5 ve altı olanların, bir seferde genellikle 16 ve altı saat nöbet tutanların ve günlük ortalama 71 hasta ve üzeri muayene edenlerin toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Başka bir ifade ile bu katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları daha pozitifdir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu bölümde, SCÜ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimlerin ve SCÜ Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin (intern doktorların) hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının bazı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmanın sonuçlarına ve bu sonuçlar doğrultusunda sunulan önerilere yer verilmektedir.

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmaya toplam 105 asistan hekim ve 103 intern doktor katılmıştır.
- Katılımcıların %65,9'u (asistan hekimlerin %75,2'si, intern doktorların %56,3'ü) hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs/ders almamıştır.
- Katılımcıların %88,4'ü tıp fakültesini isteyerek seçtiği halde, mevcut durumda yaklaşık her üç katılımcıdan biri işini severek yapmamaktadır.
- Katılımcıların % 93,5'i hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azalttığını belirtmiştir.
- Katılımcıların % 60,4'ü hata yapmadığını fakat %77,3'ü hata yapıldığına tanık olduğunu ifade etmiştir.
- Katılımcıların günlük muayene ettikleri hasta sayısı ortalama 40 hasta, aylık nöbet sayıları ortalama sekiz gün ve nöbet süreleri ortalama 30 saattir.
- Katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları yüksek düzeydedir.
- Asistan hekim ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).
- Ölçeğin "Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri" alt boyutu en yüksek puan ortalamasına sahiptir.
- Ölçeğin "Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi" ve "Bilgilendirme Sorumluluğu" alt boyutları en düşük puan ortalamasına sahiptir.
- Tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları daha pozitifdir.
- Yaş, nöbet süresi, başkalarının tıbbi hata yaptığına tanık olma ve günlük muayene edilen hasta sayısı, katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarını etkilememektedir ($p>0,05$).
- Erkeklerin, evlilerin, hasta güvenliği ile ilgili kurs/ders alanların, işini severek yapanların ve gerektiğinde danışmanlık edecek alanında deneyimli

kişilerle/hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azalttığını söyleyenlerin, öğrenim gördükleri tıp fakültelerinde almış oldukları eğitimin onları hasta güvenliği konularına daha çok hazırladığı saptanmıştır ($p<0,05$).

- Tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcılar müfredatta hasta güvenliğini önemli görmektedir ($p<0,05$).
- İşini severek yapanlar ve daha önce tıbbi hata yapmayanlar hataları bildirmede daha rahat davranmaktadır ($p<0,05$).
- Aylık 9-11 defa nöbet tutanlar, aylık 12 ve üzeri nöbet tutanlara göre hataları bildirmede daha rahat davranmaktadır ($p<0,05$).
- Aylık 6-8 defa nöbet tutanlar, aylık 9-11 defa nöbet tutanlara göre hata nedeni olarak profesyonel yetersizliği daha fazla görmektedir ($p<0,05$).

6.2. Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumun belirlenmesi amacıyla hekimlere yönelik çalışma sayısının artırılması,
 - Tıbbi hataların önemli bir nedeni olarak görülen çalışma saatlerinin düzenlenmesi,
 - Hasta güvenliğine yönelik eğitimlere hekimlerin katılımının artırılması,
 - Hasta güvenliği konusunda asistan hekimlere yönelik hizmet içi eğitim verilmesi,
 - Tıp fakültelerinde zorunlu bir ders olarak verilmeyen hasta güvenliği konusunun müfredatta öncelikli olarak yer alması,
 - Sağlık kurumlarında hataların rahatlıkla bildirilebileceği güven ortamı oluşturulması,
 - Sadece hekimlere değil diğer bütün sağlık çalışanlarına da hataların azaltılması ile ilgili profesyonel yeterliliğin artırılması,
- Önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdulkareem, A. S. (2017). Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). AHRQ Quality Indicators: Patient Safety Indicators. AHRQ Pub.15-M053-4EF.
- Akalın, H. E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*. 5(3):141-146.
- Aksan. E., Altındış. S.(2019). Kalite Bağlamında Tıbbi Hata Raporlamaya İlişkin Algılanan Engellerin Araştırılması. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*.10(2):152-159.
- Aljadhey, H., Mahmoud, M.A., Mayet, A., ALSHAIKH, M., AHMED, Y., MURRAY, M.D., BATES, G. W. (2013). Incidence Of Adverse Drug Events In An Academic Hospital: A Prospective Cohort Study. *International Journal for Quality in Health Care*. 25(6):648–655.
- Anderson, J.G., Abrahamson, K. (2017). Your Health Care May Kill You: Medical Errors. *Stud Health Technol Inform*. 234:13-17.doi:10.3233/978-1-61499-742-9-13.
- Ateş, Ç. (2010). Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin İlaç Uygulama Hataları Ve Hata Nedenlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Ankara.
- Aydemir, İ., Sarp, N. (2019). Hasta Güvenliği Kültürü ve Güvenlik Kültürü Ölçümünde Kullanılan Araçlar. (Ed. İsmail Ağırbaş). İçinde: Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Kurumları Yönetiminde Temel Konular,Siyasal Kitabevi. Ankara.
- Bal, G. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı. İstanbul.
- Barsbay, S., Parıltı, N., Çakmak Barsbay, M. (2018). Healthcare Professionals' Attitudes Regarding Patient Safety In Clinics. *Journal Of Current Researches On Health Sector*, 8 (2), 67-78.
- Barsbay, S. (2014). Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları: Klinik Ölçeğinde Bir Çalışma.Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Ankara.
- Beylik,U., Bayer, N. (2019). Kalite Ve Akreditasyon Perspektifinden Hasta Güvenliği. (Ed. Haydar Sur, Tunçay Palteki, Gülay Yazıcı), İçinde: Hasta Güvenliği, Ankara, Palme Yayınları, 11-22.
- Bodur, S., Filiz, E., Durduran, Y. (2011). Sağlık Personeli Ve Toplumun Tıbbi Hatalar İle İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*. 21(4):123-130.

- Bottcher, B., Abu- El-Noor. N., Abuowda, Y., Alfaqawi, M., Alaloul, E., El-Hout, S., Al-Najjar, I., Abu-El-Noor, M. (2019). Attitudes Of Doctors And Nurses To Patient Safety And Errors In Medical Practice In The Gaza-Strip: A Cross- Sectional Study. *Bmj Open* 2019;9:E026788. Doi:10.1136/ Bmjopen-2018-026788.
- Bölükbaşı, F.B. (2019). Hekim ve Hemşirelerde İş Tatmini İle Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Samsun.
- Budak, M. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü. (Ed. Haydar Sur). İçinde: Hasta Güvenliği Yaklaşımları. (1. Baskı). İstanbul. Medipolitan Eğitim Ve Sağlık Vakfı Yayınları. 191-212.
- Byers, J.B., White, S.V. (2004). Patient Safety: Principles And Practice. Springer Publishing Company, New York.
- Canatan, H., Erdoğan, A., Yılmaz, S. (2015). Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri Ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane İle İlgili Anket Çalışması Ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2(2):82-89.
- Carruthers, S., Lawton, R., Sandars, J., Howe, A., Perry, M. (2009). Attitudes To Patient Safety Amongst Medical Students And Tutors: Developing A Reliable And Valid Measure, *Medical Teacher*, 31:8, e370-e376, DOI: 10.1080/01421590802650142.
- Caymaz, M. (2015). Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2(4):1-14.
- Çakmakçı, M., Akalın, E. (2011). Hasta Güvenliği: Türkiye Ve Dünya. Füsün Sayek Ttb Raporları/Kitapları, Ankara.
- Çevik, G. (2018). *Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Isparta.
- Çırpı, F., Doğan Merih, Y., Yaşar Kocabey, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):27-28.
- Çiçek, A. (2012). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş Ve Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. İzmir.
- Çiçek Korkmaz, A.(2018). Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 6(1):10-19. Issn: 2147-7892.
- Çiftlik, E. E., Kesmezacar, Ö., Kurt, M., Kesgin, V., Özkan, S., Çoban, D., Abalı, Y. (2010). Eğitim Ve Araştırma Hastaneleri İle Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması. (Ed. Harun Kırılmaz). İçinde: 1. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Cilt 1. 789. Baydan Ofset 3-11.

- Davis, P., Lay-Yee, R., Briant, R., Ali, W., Scott, A., Schug, S. (2002). Adverse Events In New Zealand Public Hospitals I: Occurrence And Impact. *The New Zealand Medical Journal*. 115(1167):1-9.
- Dirik, H. F. (2014). Çalışma Ortamı Ve Güçlendirilmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim. İzmir
- Doğan, C. (2019). Dahili Klinik Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum.
- Dönmez, B. (2017). Hekim Ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi: Sivas Numune Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Sivas.
- Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (1):1-14.
- Er, F., Altuntaş, S. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*.3(3): 132-139.
- European Union (2005). Patient Safety-Making it Happen!, Luxembourg Declaration on Patient Safety. *Italian Journal of Public Health*, 2(3-4): 7-8.
- Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Konya.
- Fleming, M., Wentzell, N. (2008). Patient Safety Culture Improvement Tool: Development And Guidelines For Use. *Healthcare Quarterly*. 11: 10-15.
- Garcia Elorrio E , Macchiavello D , Rodriguez V , Catalano Y , Corna G , Dahinten J , Ontivero, V. (2016). Knowledge, Beliefs And Attitudes Report On Patient Care And Safety In Undergraduate Students: Validating The Modified APSQ-III Questionnaire. *Medwave*. 16(11):E6809 Doi: 10.5867/Medwave.2016.11.6809.
- Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(2): 53-59.
- Grober E. D., Bohnen J. M. A. (2005) Defining Medical Error. *Can J Surg* 48(1): 39-44.
- Güçlü, N. (2003). Örgüt Kültürü. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 147-159.
- Güneş, A., Güneş, G. (2017). Tıbbi Hataları Önlemek. (Ed. Cengiz Yakıncı, Işıl İrem Budakoğlu). İçinde: Klinik Liderlik Ve Yönetim. Ankara. Kamu Ve Özel Ortaklığı Derneği. 353-360.

- Güven, M. (2014). Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali Ve Tıbbi Hata Tanıklıkları, Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul.
- Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon Ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 411-422.
- Hayran, O. (2019). Tıbbi Hataların Azaltılmasında Hekimin Rolü.(Ed. Haydar Sur, Tunçay Palteki, Gülay Yazıcı). İçinde: Hasta Güvenliği. Ankara. Palme Yayınları.129-146.
- Health Grades Quality Study:Patient Safety in American Hospitals. (2004). http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/Patient_Safety_in_American_Hospitals-2004.pdf.
- Hoş, C. (2016). Sağlıkta Zoru Başarmak: Sağlık Sektöründe Akreditasyon. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Özel Sayı:498-533.
- Institute Of Medicine (2001). Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century. National Academies Press, Washington DC.
- Institute of Medicine, (2003). Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality.National Academies Press, Washington DC.
- İncesu, E., Orhan, F. (2017). Bir Kamu Hastanesi Güvenlik Raporlama Sistemi Verilerinin İncelenmesi: Retrospektif Bir Araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*.5 (2): 79-86.
- Kamran, R., Bari, A., Khan, R.A., Al-Eraky, M. (2018). Patient Safety Awareness Among Undergraduate Medical Students In Pakistani Medical School. *Pak J Med Sci*. 34(2):305-309. Doi: <https://doi.org/10.12669/Pjms.342.14563>.
- Kantek, F.(2007). Hastanelerde Örgüt Kültürü Analizi. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi'nin 1-3 Temmuz 2007. Mersin.
- Karahan, A. (2008).Çalışanların Örgüt Kültürünü Algılamalarına Yönelik Ampirik Bir Çalışma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (20), 457-478.
- Karataş, M., Yakıncı, C. (2010). Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.17(3):233-236.
- Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kaya, S. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı. (Ed. Sıdıka Kaya). İçinde: Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Eskişehir.
- Kayral, İ. H., Gökmen Kavak, D., Cengiz, C. (2018).Sağlık Politikalarında Kalite Ve Akreditasyonun Yeri. (Ed. Dilaver Tengilimoğlu). İçinde:Sağlık Politikası. Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık. 357-393.

- Khoo, M.E., Lee, W.K., Sararaks, S., et al. (2012). Medical Errors In Primary Care Clinics-A Cross Sectional Study. *BMC Fam Pract*;13(127).2-6.
- Kıdak, L. B., Demir, H. (2019). Hataları Anlama, Raporlama ve Öğrenme Sistemleri. (Ed. Haydar Sur, Tunçay Palteki, Gülay Yazıcı). İçinde: Hasta Güvenliği. Ankara. Palme Yayınları.97-114.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). To Err Is Human: Building A Safer Health System. National Academy Press, Washington, D.C.
- Köse, S., Tetik, S., Ercan, C. (2001). Örgüt Kültürünü Oluşturan Faktörler. *Yönetim ve Ekonomi*. 7(1). 219-242.
- Pietra, L. L., Calligaris, L., Molendini, L., Quattrin, R., Brusaferrò, S. (2005). Medical Errors and Clinical Risk Management: State of the Art. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 25(6): 339–346.
- Leung, G.K.K., Ang, S.B.L., Lau, T.C., Neo, H.J., Patil, N.G., Ti, L.K. (2013). Patient Safety Culture Among Medical Students In Singapore And Hong Kong. *Singapore Med J*. 54(9): 501-505 Doi:10.11622/Smedj.2013172.
- Liu H, Li Y, Zhao S, Jiao, M., Lu, Y., Liu, J., Jiang, K., Fang, H., et al. (2018). Perceptions of patient safety culture among medical students: a cross-sectional investigation in Heilongjiang Province, China. *BMJ Open*;8:e020200. doi:10.1136/bmjopen-2017-020200.
- Makary, M.A., Daniel, M. (2016). Medical Error—The Third Leading Cause Of Death In The Us. *Bmj*. 1-5. <https://doi.org/10.1136/Bmj.12139>.
- Millar, J., Mattke, S. (2004). Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD Health Technical Papers, No:18, OECD Publishing, Paris.
- National Academies Of Sciences, Engineering And Medicine. (2018). Crossing The Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. Consensus Study Report, Washington Dc: The National Academy Press.
- Newman, D. M. (2013). Sosyoloji Günlük Yaşamın Mimarisini Keşfetmek (Çeviren: Ali Arslan). Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara. (Orijinal yayın tarihi, 2012).
- Oksay, A., Kılınç, M., Sayhan, M. (2019). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma. *BAİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(2)455-476.
- Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*. 1, (1):33-43.
- Özata, M., Altuncan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri Ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 8 (2) :100 -111.

- Özgül, M.L. (2010). Türkiye’de Tıp Etiği Ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı, Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi Ve Etik Anabilim Dalı. Ankara.
- Özkan, T., Lajunen, T. (2003). Güvenlik Kültürü ve İklimi. Pivolka Dergisi, Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 2(10): 3-4.
- Polat, O., Pakiş, I. (2011). Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2 (3):119-125.
- Resmi Gazete, (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Sayı. 10705.
- Resmi Gazete, (1998). Hasta Hakları Yönetmeliği, Sayı 23420.
- Resmi Gazete, (2009). Sağlık Bakanlığından: Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ, Sayı 27214.
- Resmi Gazete, (2011). Sağlık Bakanlığından: Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, Sayı 27897.
- Resmi Gazete, (2015). Sağlık Bakanlığından: Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Sayı 29399.
- Resmi Gazete, (1998). Sağlık Bakanlığından: Hasta Hakları Yönetmeliği, Sayı 23420.
- Sawyer M. The History Of Patient Safety And Quality Improvement. E.T. 10.06.2019. <https://www.coursera.org/learn/patient-safety-systems-view>.
- Seçer, B. (2019). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.
- Simon, S.I., Frazee, P.R.J. (2005). Building A Better Safety Vehicle Professional Safety. 50(1):36-44.
- Sur H. (2008). Hasta Güvenliği İle İlgili Gelişmeler.(Ed. Haydar Sur). İçinde: Hasta Güvenliği Yaklaşımları. (1. Baskı). İstanbul. Medipolitan Eğitim Ve Sağlık Vakfı Yayınları. 39-54.
- Sur, H. (2019). Hasta Güvenliği Ve İlişkili Kavramların Ortaya Çıkışı. (Ed. Haydar Sur, Tunçay Palteki, Gülay Yazıcı). İçinde: Hasta Güvenliği. Ankara. Palme Yayınları.3-9.
- Sütcü, N. (2019). Hasta Güvenliği Kültürü Algısı İle Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı. İstanbul.
- Slawomirski, L., Aaraaen, A., Klazinga N. (2017). The Economics Of Patient Safety: Strengthening A Value-Based Approach To Reducing Patient Harm At National Level. Paris: OECD.

- Soydemir, D. (2015). Hekim ve Hemşirelerin Hata Raporlama Engelleri. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelikte Yönetim. İzmir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2008). Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Hizmet Kalite Standartları Rehberi, (Ed.Sabahattin Aydın, Mehmet Demir), Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2016). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane, Pozitif Matbaa, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2016a). Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı, Tedavi ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım, Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği, Anıl Matbaacılık, 1007, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2017). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, Güvenlik Raporlama Sistemi. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2017a). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti, Pozitif Matbaa, Ankara.
- Tapan, B. (2019). Tıbbi Hata ve Komplikasyon. (Ed. Haydar Sur, Tunçay Palteki, Gülay Yazıcı). İçinde: Hasta Güvenliği. Ankara. Palme Yayınları. 117-128.
- Taş, Y., Akpınar, A. T., İşçi, E. (2013). Kalite Yönetim Sistemi İle Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. 7. Ulusal Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi.
- The National Patient Safety Foundation-NPSF (2000). Agenda For Research And Development In Patient Safety. https://cdn.ymaws.com/www.npsf.org/resource/collection/abab3ca8-4e0a-41c5-a480-6de8b793536c/agenda_for_rd_in_patient_safety.pdf.
- Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S. (2008). Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2):161-200.
- Torun, N., Dinçer, M., Öztaş, D., Demir, P., Sanisoğlu, S. Y. (2018). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. *Journal Of Contemporary Medicine*. 8(2):0-0.
- Tunçer, G. (2016). Bebek Dostu Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanelerinde Çalışan Hekim, Hemşire Ve Ebelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim Programı. İstanbul.

- Tütüncü, Ö., Yağcı, K., Küçükusta, D. (2006).Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8(4)286-302.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Yağcı, K. (2007).Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü Ve Bir Ölçme Aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 9(1): 519-533.
- Ülkü, H.H., Türk, G. (2019). Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 6(3):142-149.
- World Health Organization. (2004). World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005.
- World Health Organization Patient Safety. (2009). Global Priorities For Patient Safety Research. . <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44205>.
- World Health Organization Patient Safety. (2011). Patient Safety In Developing And Transitional Countries New Insights From Africa And The Eastern Mediterranean. Geneva.
- World Health Organization. (2013). Patients for Patient Safety Partnerships for Safer Health Care. Geneva, Switzerland. https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf
- World Health Organization. (2017). Patient Safety: Making Health Care Safer. Geneva: World Health Organization; Licence: Cc By-Nc-Sa 3.0 Igo.
- World Health Organization. (2017a). Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge On Medication Safety. Geneva: World Health Organization, Licence: Ccby-Nc-Sa3.0IGO.
- www.who.int (E.T: 28.11.2019).
- www.ihl.org (E.T: 28.11.2018).
- <https://www.jointcommissioninternational.org/> (E.T: 17.01.2020).
- <https://www.ahrq.gov/> (E.T: 18.01.2020).
- <https://kalite.saglik.gov.tr/> (E.T: 03.04.2020).
- <https://www.tuseb.gov.tr/>. (E.T: 03.04.2020).
- <https://www.saglik.gov.tr/>. (E.T: 02.04.2020).
- <https://sozluk.gov.tr/>.(E.T: 17.03.2020).
- Vincent, C., Neale, G., Woloshynowych, M. (2001). Adverse Events In British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. *BMJ*, 322:517-519.

- Yalçın, Ş., Acar, A. (2010). Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ed. Harun Kırılmaz, 789, Baydan Ofset, 12-26.
- Yayla, E.N. (2018). Hekimlerin Profesyonizm Anlayışının Tıbbi Hatalarda Tutum Üzerine Etkisinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı. Sivas.
- Yıldız, İ. (2015). Hekim Ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon Ana Bilim Dalı. İzmir.
- Yılmaz, M., Karaman, M., Doğan, S., Alıcı, H. (2018). Çalışma Hayatında Olumlu Güvenlik Kültürü Kavramı. (Ed. Mustafa Talas, K.Hakan Derin). İçinde: Yönetim, Çalışma Hayatı Ve Sendikacılık Araştırmaları. Iksad Publications. 111-133.
- Yılmaz Gören, Ş., (2018). Tıbbi Hata Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi Ve Tutumlarına Etkisi, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi Ve Etik Anabilim Dalı. Ankara.
- Yücesan, A., Ayaz Alkaya, S. (2017). Bireylerin Tıbbi Hatalarla İlgili Görüş ve Deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 44 (1) : 25-34.
- Zencirkıran, M. (2015). Sosyoloji. Dora Yayıncılık. Bursa.
- Zandieh, S.O., Goldmann, D.A., Keohane, C.A., Yoon, C., Bates, D. W., Kaushal, R. (2008). Risk Factors In Preventable Adverse Drug Events In Pediatric Outpatients. *J Pediatr*. 152:225-31.

EKLER

EK.1 Kişisel Bilgi Formu

Asistan Hekimlerin ve Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin (İntern Doktorların) Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi.

ASİSTAN HEKİM KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3.Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Diğer.....

4. Tıp Fakültesi sonrası / asistanlık öncesi çalışma deneyiminiz nedir?

- 1. Bir yıldan az
- 2. 1-2 yıl
- 3. 3-5 yıl
- 4. 6 + yıl

5. Günlük olarak baktığınız **ortalama** hasta sayısı kaçtır?

6.Aylık olarak ortalama **nöbet sayınız** nedir?.....

7.Genellikle **bir seferde kaç saatlik** nöbet tutuyorsunuz?(Nöbet Süresi).....

8.Hasta Güvenliği ile ilgili herhangi bir **kurs/ders** aldınız mı?

1. Evet aldım 2. Hayır almadım

Evet ise türünü belirtir misiniz? 1. Konferans
 2. Bir ders içinde
 3. Bir kurs
 4. Diğer.....

9.Tıp Fakültesi'ni **isteyerek mi** seçtiniz?

1. Evet 2. Hayır

10.Şu anda **işinizi severek** yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

11.Gerektiğinde size danışmanlık edecek **alanında deneyimli kişilerle** çalışmak tıbbi hata yapma oranını azaltır mı?

1. Evet 2. Hayır

12.**Şu ana kadar** işinizi yaparken tıbbi hata yaptınız mı?

1. Evet 2. Hayır

13. Şu ana kadar **başkalarının** tıbbi hata yaptığına tanık oldunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

Asistan Hekimlerin ve Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin (İntern Doktorların) Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi.

İNTERN DOKTOR KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3.Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Diğer.....

4.Akademik not ortalamanız nedir? ...

5. Günlük baktığımız **ortalama** hasta sayısı kaçtır?

6.Aylık ortalama **nöbet sayınız** nedir?.....

7.Genellikle **bir seferde kaç saatlik** nöbet tutuyorsunuz? (Nöbet Süresi).....

8.Hasta Güvenliği ile ilgili herhangi bir **kurs/ders** aldınız mı?

1. Evet aldım 2. Hayır almadım

Evet ise türünü belirtir misiniz?

1. Konferans
 2. Bir ders içinde
 3. Bir kurs
 4. Diğer.....

9.Tıp Fakültesi'ni **isteyerek mi** seçtiniz?

1. Evet 2. Hayır

10.Şu anda **işinizi severek** yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

11.Gerektiğinde size danışmanlık edecek **alanında deneyimli kişilerle/hocalarla** çalışmak tıbbi hata yapma oranını azaltır mı?

1. Evet 2. Hayır

12.**Şu ana kadar** işinizi yaparken tıbbi hata yaptınız mı?

1. Evet 2. Hayır

13.Şu ana kadar başkalarının tıbbi hata yaptığına tanık oldunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

EK 2. Hasta Güvenliğine Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği

HASTA GÜVENLİĞİNE KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	1. Tıp Fakültesinde almış olduğum eğitim, tıbbi hatanın nedenlerini anlamam konusunda beni hazırlamaktadır.				
2. Aldığım tıp eğitimi sayesinde hasta güvenliği konularına hâkimim.					
3. Tıp Fakültesinde almış olduğum eğitim, tıbbi hata yapmamı önlemesi konusunda beni hazırlamaktadır.					
4. Bir hata yaptığım zaman sonucu hasta için ne kadar ciddi olursa olsun rahatlıkla bildiririm.					
5. Başkaları bir hata yaptığı zaman sonucu hasta için ne kadar ciddi olursa olsun rahatlıkla bildiririm.					
6. Hastaya zarar verdiğim zaman veya zarar verme ihtimalimin olduğu zaman bir sorumlum ile açıkça konuşabileceğimden eminim.					
7. Tıbbi hataları azaltmak için doktorlar kısa süreli çalışmalıdır.					
8. Doktorlar mesai sırasında düzenli molalar almayarak hata yapma riskini artırır.					
9. Doktorların çalışma saatlerinin artması hata yapma riskini arttırabilir.					
10. En deneyimli ve alanında en iyi olan doktorlar bile hata yapar.					
11. Mesleğinde gerçek bir profesyonel olan doktor hata veya yanlış yapmaz.					
12. İnsanların hata yapması kaçınılmazdır.					
13. Tıbbi hatalar, en çok mesleklerinde beceriksiz olan hemşirelerden kaynaklanır.					
14. Tıbbi hatalar, en çok mesleklerinde beceriksiz olan doktorlardan kaynaklanır.					
15. Tıbbi hata yapmak mesleki beceriksizliğin bir göstergesidir.					
16. Hasta için olumsuz sonuçlanmayan hataları bildirmek gerekli değildir.					
17. Doktorların yalnızca hastaların zarar gördüğü durumlarda hatalarını hastalarına söyleme sorumluluğu vardır.					
18. Yapılan bütün tıbbi hatalar bildirilmelidir.					
19. İyi bir multidisipliner takım çalışması tıbbi hataları azaltacaktır.					
20. Takım çalışmasının ilkelerinin öğretilmesi tıbbi hataları azaltacaktır.					

21. Tıbbi hataların önlenmesinde hastaların da önemli rolleri vardır.					
22. Hastaları tedavilerine katılmaları için teşvik etmek tıbbi hataların görülme riskini azaltmada yardımcı olabilir.					
23. Hasta güvenliği konusu tıp öğrencilerine öncelikli konular arasında öğretilmelidir.					
24. Hasta güvenliği ile ilgili sorunları öğrenmek daha donanımlı bir doktor olmamı sağlayacaktır.					



EK 3. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Asistan Hekimlerin ve Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin (İntern Doktorların) Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Hatice Ulusoy
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:





CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Asistan Hekimlerin ve Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin (İntern Doktorların) Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİL EN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Başlık değişikliğine dair dilekçe		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-02/72	Tarih: 20.02.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili dilekçede; 02.01.2019 tarih ve 2019-01/16 karar numarası ile kabul edilen "Asistan Hekimlerin ve Tıp Öğrencilerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tezi çalışmasına ait başlığın "Asistan Hekimlerin ve Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin (İntern Doktorların) Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi" olarak değiştirilmesinde araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Engin Altunkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

EK 4. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Teali Tıbbek Lisans öğrencisiyim.

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Hatice ULUSOY'un yetkilisi olduğu "Asistan Hekimlerin ve Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin (İntern Doktorların) Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmamda kurumunuzda görev yapan asistan hekimlerine 20-29 Mart 2019 tarihleri arasında ekte yer alan anketi (103 adet) yapabileceğim hususunda, Bilgilerinizi ve gerekli izninizi arz ederim.

GİZEM MEHREZ
12.03.2019

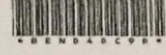
Ek :
Adres
Tel
e-mail

Merkel

Tarih	12.3.2019
Gelen Evrak Kayıt No.	3140-
Gönderilen	

Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

EK 5. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı İzin Belgesi



T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 56303526-044-E.369479
Konu : Gizem KETREZ'in anket uygulaması

18/03/2019

SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim dalı yüksek lisans öğrencisi Gizem KETREZ'in "Asistan Hekimlerin ve Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin (İntern Doktorların) Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait anket formu ekte gönderilmiş olup; 20.03.2019-29.03.2019 tarihleri arasında uygulayabilmesi hususunda; Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. İlhan ÇETİN
Dekan

Ek: 18-3-2019_13-3-21 (6 sayfa)

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Sivas
Telefon : 0 346 219 1156 Belgegeçer : 0 346 219 1155
e-Posta : tip@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ : www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için : Aysegül KESKİN
Unvanı : Sürekli İşçi

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Gizem KETREZ
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas-1995
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
E-posta Adresi	gizemketrez@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Sivas Şehit Üsteğmen Cemalettin Yılmaz Ticaret Meslek Lisesi Adalet Bölümü, 2009-2013
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, 2013-2017
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 2017-

Bilimsel Yayınlar

A. Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

A1.) Ulusoy, H., Sarıçoban, S., **Ketrez, G.** (2018). Investigation Of The Studies Published on Wos Between 2013-2017 In The Field Of Health Tourism Worldwide. International Journal of Health Management and Tourism, 3 (2), 99-107. DOI: 10.31201/ijhmt.433478.

A2.) Ulusoy, H., Sarıçoban, S., **Ketrez, G.** (2018). Türkiye’de Sağlık Turizmi Alanında Yapılan Web Of Science Veri Tabanı Kaynaklı Yayınlar. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 11(61). 1055-1059.

B. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Ve Bildiri Kitabında

Basılan Bildiriler :

B1.) Alper Ay, F., **Ketrez, G.**, Gültekin Benli, D. (2019). Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Öz Liderlik Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi’nin 10-13 Ekim 2019 Merkez/Sakarya.

B2.) Ulusoy, H., Sarıçoban S., **Ketrez, G.** (2019). Sağlık Yönetimi Ve İşletme Bölümü Öğrencilerinin Girişimcilik Özelliklerinin Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nin 10-13 Ekim 2019 Merkez/Sakarya.

B3.) Ulusoy, H., Sarıçoban S., **Ketrez, G.** (2019). Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerinin Girişimcilik Özelliklerinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. 6. Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Kongresi'nin 26-28 Nisan 2019 Merkez/Gaziantep.

B4.) Ulusoy, H., Sarıçoban S., **Ketrez, G.** (2018). Türkiye'de Sağlık Turizmi Alanında Yapılan Web Of Science Veri Tabanı Kaynaklı Yayınların İncelenmesi, 8. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi'nin 3-6 Mayıs 2018 Kuşadası/Aydın.

B5.) Ulusoy, H., Sarıçoban S., **Ketrez, G.** (2018). Dünya Geneline Sağlık Turizmi Alanında 2013-2017 Yılları Arasında Web Of Science'ta Taranan Çalışmaların İncelenmesi, 8. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi'nin 3-6 Mayıs 2018 Kuşadası/Aydın.

Katılım Belgeleri

1. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Katılım Belgesi (2019) Merkez/Sakarya.
2. 6. Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Kongresi Katılım Sertifikası(2019) Merkez/Gaziantep.
3. 8. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi Katılım Sertifikası (2018) Kuşadası/Aydın.
4. İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimine Katılım Belgesi (2017) Sivas.
5. Sağlık Yönetimi Günleri Panelleri Katılım Belgesi (2015) Sivas.
6. DİL-MER Dil Merkezi Katılım Sertifikası (2015) Sivas.