



T.C.

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN MESLEĞE BAĞLILIK

DURUMLARININ TIBBİ HATA YAPMA

EĞİLİMLERİNE ETKİSİ

Aysun UYSAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERZİNCAN

2019

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN MESLEĞE BAĞLILIK
DURUMLARININ TIBBİ HATA YAPMA
EĞİLİMLERİNE ETKİSİ

Aysun UYSAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Papatya KARAKURT

ERZİNCAN

2019

TEZ KABUL TUTANAĞI

Doç. Dr. Papatya KARAKURT danışmanlığında, 16780101004 nolu Yüksek Lisans öğrencisi Aysun UYSAL tarafından hazırlanan bu çalışma 30.04.2019 tarihinde saat 13.⁰⁰ da jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. 30.04.2019

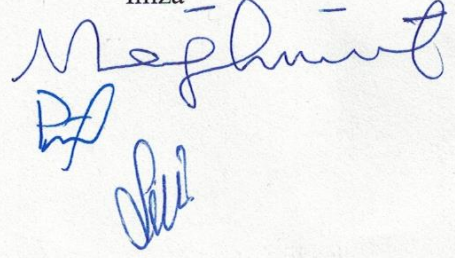
Unvan Adı Soyadı

Jüri Başkanı Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Üye Doç. Dr. Papatya KARAKURT

Üye Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN

İmza



TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmını başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

AYSUN UYSAL

Hemşire

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ BEYANI	i
TEŞEKKÜR	v
KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Mesleğe Bağlılık Tanımı	5
2.1.1. Mesleki Duygusal Bağlılık	6
2.1.2. Mesleki Normatif Bağlılık	6
2.1.3. Mesleki Devamlılık Bağlılığı	7
2.1.4. Birikmiş Mesleki Maliyetler Bağlılığı	8
2.2. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılığı Etkileyen Faktörler	8
2.2.1. Bireysel Etmenler	9
2.2.2. Örgütsel ve Çevresel Etmenler	11
2.3. Tıbbi Hatanın Tanımı	14
2.3.1. Tıbbi Hata Türleri	15

2.3.1.1. İlaç Hataları	16
2.3.1.2. Hasta Düşmeleri	18
2.3.1.3. Transfüzyon Güvenliği	19
2.3.1.4. Hastane Enfeksiyonları	20
2.3.1.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar	21
2.3.1.6. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar	23
2.3.1.7. Yanlış ya da Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı ve Cihazlara Bağlı Hatalar	24
2.3.2. Tıbbi Hata Nedenleri	25
2.3.3. Tıbbi Hatada Yasal Sorumluluk	26
2.3.4. Hasta Güvenliğini İyileştirme ve Tıbbi Hataları Önleme	28
2.4. Tıbbi Hataları Önlemede Hemşirenin Sorumlulukları	30
2.5. Mesleğe Bağlılığı Artırmada ve Tıbbi Hataları Önlemede Hemşirenin Rolü	32
3. MATERYAL VE METOT	37
3.1. Araştırmanın Türü	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	38
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar	39
3.6. Verilerin Toplanması	40
3.7. Verilerin Analizi	41
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirlik	42
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	43

4. BULGULAR	44
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
KAYNAKLAR	74
EKLER	95
EK 1: Tanımlayıcı Soru Formu	95
EK 2: Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği (HMBÖ)	96
EK 3: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ)	98
EK 4: Etik Kurul Kararı	101
EK 5: Resmi İzin Yazısı	103
EK 6: Bilgilendirilmiş Onam Formu	105
EK 7: Ölçek Kullanım İzin Yazısı	106
ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ	107

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin tüm aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bana her zaman vakit ayıran, idealime yürüdüğüm bu yolda değerli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, her konuda kendisini örnek aldığım danışman hocam Sayın Doç. Dr. Papatya KARAKURT'a,

Değerli önerileriyle bana yol gösteren Doç. Dr. Kemal KURT'a ve Öğr. Gör. Birgül TUNCAY'a

Bu günlere gelmemdeki en büyük etken olan, hayatımın her aşamasında yanımda oldukları gibi yüksek lisans eğitim sürecinde de her türlü desteği veren kıymetli babam Edip BODUR'a ve annem Nazife BODUR'a, hayattaki güzelliklerin yanında zorlukları da benimle paylaşan en büyük destekçi eşim Ahmet UYSAL'a, bu eğitim sürecinde bazen ihmal ettiğim zaman beni sabırla bekleyen kızlarım İnci UYSAL ve İpek UYSAL'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Aysun UYSAL

Hemşire

KISALTMALAR

IOM:	Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
TDK:	Türk Dil Kurumu
JCAHO:	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu)
NCC MERP:	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi)
NPSA:	National Portable Storage Association (Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı)
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
NSC:	National Safety Council (Ulusal Güvenlik Konseyi)
AB:	Avrupa Birliği
CDC:	Centers for Disease Control and Preventio (Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezleri)
JCI:	Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
WMA:	World Medical Association (Dünya Tıp Birliği)

TCK:	Türk Ceza Kanunu
TBK:	Türk Borçlar Kanunu
ICN:	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
HMBÖ:	Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği
HTHEÖ:	Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.7.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	41
Tablo 3.7.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri	42
Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=144)	44
Tablo 4.2. Hemşirelerin Meslekleri ve Tıbbi Hata ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=144)	45
Tablo 4.3. Hemşirelerin HMBÖ, HTHEÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı (N=144)	47
Tablo 4.4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile HMBÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144),.....	48
Tablo 4.5. Hemşirelerin Meslekleri ve Tıbbi Hata ile İlgili Özellikleri ile HMBÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)	50
Tablo 4.5. Hemşirelerin Meslekleri ve Tıbbi Hata ile İlgili Özellikleri ile HMBÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)-devamı	51
Tablo 4.6. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile HTHEÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)	53
Tablo 4.7. Hemşirelerin Meslekleri ve Tıbbi Hata ile İlgili Özellikleri ile HTHEÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)	55
Tablo 4.7. Hemşirelerin Meslekleri ve Tıbbi Hata ile İlgili Özellikleri ile HTHEÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)-devamı	56
Tablo 4.8. HMBÖ, HTHEÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=144)	58

ÖZET

Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi

Giriş ve amaç: Mesleğe bağlılık, bireyin mesleğinin görevlerini icra ederken daha özenli, özverili olarak çalışmasına ve hata yapma eğiliminin azalmasına etki eden bir faktördür. Bu araştırma hemşirelerin mesleğe bağlılık durumları ile tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve metot: Tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini bir ilin merkez ve ilçelerindeki devlet hastanelerinde dahili, cerrahi ve riskli (yoğun bakım, acil) birimlerinde görev yapmakta olan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, bu birimlerde görev yapan, çalışmaya gönüllü olarak katılan ve ulaşılabilen 144 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri Ekim 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında Tanımlayıcı Soru Formu, Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, t testi, Mann Whitney-U testi, Varyans Analizi, Kruskall Wallis Analizi ve Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 27.31 ± 5.36 , %92.4'ünün kadın, %59.7'sinin lisans mezunu olduğu ve %59.7'sinin 0-5 yıl arası çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin mesleğe bağlılıklarının orta düzeyin (76.23 ± 11) üzerinde ve tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Medeni ve eğitim durumunun mesleğe bağlılığı, çalışılan birim ve önceki tıbbi hata yapma durumunun ise tıbbi hata yapma eğilimini etkilediği bulunmuştur. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puanı ile Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puanı ve çaba gösterme istekliliği, hedef ve değerlere inanç alt boyutları arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyli anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Hemşirelerde mesleğe bağlılık düzeyinin, tıbbi hata eğilimini azaltan bir faktör olduğu ve mesleğe bağlılık düzeyi arttıkça tıbbi hataya eğilim düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Bu nedenle hemşirelerin mesleğe bağlılığını artıracak, tıbbi hata eğilimlerini azaltacak hizmet içi düzenlemeler ve politikalar geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Mesleğe Bağlılık, Tıbbi Hata

ABSTRACT

The Effect of Nurses' profession Commitment Situation to Tendency of Making Medical Error

Introduction and the aim of study: Commitment to the profession is a factor that affect the individual's ability to work more attentively and selflessly and to reduce the tendency to make errors while performing his duties. This study was done with intend to determine the effect of nurses' profession commitment situation to tendency to make medical error.

Material and method: The research that a kind of descriptive searcher was formed by nurses who work in the internal, surgical and intensive care units in state hospitals in the center and districts of a province. In the study, sample selection was not made and the study was completed with 144 nurses who work in these units, who participated in the study voluntarily and could be reached. The data of the study was collected between October 2017 and January 2018 by using the Descriptive Questionnaire, the Commitment to Profession in Nursing Scale and the Tendency Scale for Medical Failure in Nursing. In the analysis of the data, number, percentage, mean, t test, Mann Whitney-U test, Analysis of Variance (ANOVA), Kruskall Wallis Analysis and Correlation Analysis were used.

Results: The mean age of the nurses who participated in the study was 27.31 ± 5.36 , 92.4% of them were women, 59.7% of them have bachelor's degree and 59.7% of them were working between 0-5 years. It was determined that the nurses' commitment to the profession was above the intermediate level (76.23 ± 11) and the tendency to make medical error was low. It has been found that the educational and marital status affect commitment to profession, the medical errors which made in past affect the tendency to make medical error. There was a positive correlation between the total score of the Tendency Scale for Medical Error in Nursing and the total score of the Commitment to Profession in Nursing Scale and a positive and weak correlation between effort to show willingness the sub-dimensions of belief in target and values.

Conclusion: It was determined that the level of commitment to the profession was a factor that reducing affected the tendency of medical error and the level of tendency to medical error decreased as the level of commitment to the profession increased. For this reason, in-service arrangements and policies should be developed to increase the commitment of nurses to the profession and to reduce medical error tendencies.

Keywords: Nursing, Commitment to the Profession, Medical Error

1.GİRİŞ

Hemşirelik; geçmişte birçok bilgiyi, mantık yürütme, sınama-yanılma, usta çırak ilişkisiyle, deneyimler ve geleneksel yolla elde ederken, günümüzde bilimsel bilgiyi kullanarak hizmet vermeyi ilke edinen uygulamalı bir meslektir (1). Hemşirelik özel olarak bireyin, bir bütün olarak ailenin ve genel olarak toplumun sağlığını koruma, geliştirmeye yardım eden, hastalık durumunda hastayı en iyi hale getirmeyi hedefleyen, bireyin özellikle tedavi sürecinde, yardım edici çevre oluşturan ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur (2-4).

Meslek; belli bir eğitim süreci sonrası sahip olunan, bilgi ve becerilere dayalı, kendine özgü yasal ve ahlaksal kuralları olan, bireylerin faaliyetlerini sürdürebilmeleri ve bu anlamda maddi kazanç sağlamak, insanlara hizmet vermek için bir işte belli bir zaman içinde çalışmalarını olarak tanımlanmaktadır (5, 6). Povalko 1971 yılında, bir işi meslek yapan sekiz kriterden birinin mesleğe bağlılık olduğunu belirlemiştir (7). Mesleki bağlılık; bireyin çalıştığı ya da yeni seçtiği mesleğin değerlerini kabul etmesi, bu değerleri gerçekleştirmek için girişimde bulunması, mesleki alanda profesyonelleşme konusunda çaba göstermesi, mesleğini yaşantısında merkezi bir yere getirmesi, mesleğiyle ilgili profesyonel kuruluşlara üye olması ve bu meslekte devam etme konusunda kararlı olmasıdır (8). Mesleğe bağlılığı yüksek olan çalışanlar, mesleki özellik ve kabiliyetlerini arttırmak için çaba gösteren, mesleki kariyerini yükseltmek için uğraşan, mesleğinde uzmanlaşmaya çalışan, mesleki sorumluluklarının bilincinde olan ve mesleğini en iyi şekilde yerine getiren bireylerdir

(9, 10). Hemşirelikte mesleki bağlılık, hemşirelik eğitimi yıllarında oluşmaya başlayan, mezuniyet sonrası ve hemşirelik mesleğinde görev aldığı yıllarda da devam eden etkin bir süreçtir (11). Bir hemşirenin mesleğinin değerlerini kabul etmesi, bunun yanında bu değerleri gerçekleştirmek için çaba sarf etmesi, mesleki alanda kendi yeteneklerini geliştirmeyi istemesi ve bu mesleği sürdürme konusunda kararlı ve azimli olması hemşirelikte mesleki bağlılığı tanımlamaktadır (12-14). Çin’de yapılan bir çalışmada, Y kuşağındaki (1980-2000 yılı doğumlu) hemşirelerin duygusal mesleki bağlılığı ve normatif mesleki bağlılıklarının düşük olduğu tespit edilmiştir (15). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, hemşirelerin mesleğe duygusal bağlılığı ve mesleğe devam bağlılığı yüksek, normatif bağlılık düşük olarak bulunmuştur (16). Ülkemizde hemşirelerin mesleki bağlılık durumunun araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde genellikle, işten ayrılma, örgütsel bağlılık, aile bağlılığı, iş doyumunu ile mesleki bağlılık arasındaki ilişki araştırılmıştır (16-18). Bu sonuçlar hemşirelikte mesleğe bağlılık ve diğer bağlılık formları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Hemşirelik, çalışma koşullarından kaynaklanan birçok olumsuz faktörden dolayı aşırı iş yüküne sahip olan bir meslektir. Hemşirelerin bireylere sağlık hizmeti sunarken kullandığı çağdaş hemşirelik rollerini istendik düzeyde yerine getirememeleri farklı tıbbi hatalara neden olabilmektedir. Tıbbi hata, insanlara sunulan sağlık hizmeti sürecinde istenmeyen bir aksamanın sebep olduğu beklenmeyen sonuç; psikolojik hasar, ciddi fiziksel zarar ya da ölüm ile sonuçlanabilen ters veya beklenmeyen olay olarak tanımlanmaktadır (19, 20). Tıp Enstitüsüne (The Institute of Medicine-IOM), göre tıbbi hata amaçlanan bir fiilin istendik şekilde sonuçlanmaması ya da bir hedefe ulaşmak için yanlış bir planın kullanılmasından dolayı oluşan hata

olarak tanımlanmaktadır (21). Uygulama hataları planlanmış bir işin hedeflendiği şekilde tamamlanmaması veya planlama hatası (bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması) sonucu olarak meydana gelmektedir. Tıbbi uygulama hatası, hekimin muayene ve tedavi sürecinde standart uygulamaları yapmaması, çalışanların bilgisizlik, deneyimsizlik, beceri eksikliği ya da hasta bireye uygun tedavinin uygulanmaması ile meydana gelen zarardır (22). Hemşirelerin sağlık bakım hizmeti sunarken tıbbi uygulama hataları ile karşı karşıya gelmeleri kaçınılmaz bir durumdur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tıbbi uygulama hataları nedeniyle on hastadan birinde ölüm ya da hafif düzeyde de olsa bir zarar oluştuğunu bildirmektedir. Bu risk geliştirmekte olan ülkelerde daha fazladır. Tıbbi uygulamalar ve bakımla ilgili en çok karşılaşılan hatalı durumlar incelendiğinde; ilaç uygulamasında gelişen beklenmeyen etkiler %13, tıbbi uygulama hataları %16, anestezi ve cerrahi hatalara yönelik yaralanmalar %19, sağlık bakımı nedeniyle enfeksiyonlar %27, güvenli olmayan enjeksiyon girişimleri %30, güvenli olmayan kan/kan ürünleri kullanımı %32, hamile ve yenidoğan ile ilgili hatalar %35, yaşlıların güvenliği %40, hastanelerde yaralanmalı düşmeler %43 ve bası yaraları %45 olarak belirlenmiştir. Bu girişimler hemşirelik bakımı ile alakalı olup, güvenli hemşirelik uygulamalarıyla risk azaltılabilir veya tamamen ortadan kaldırılabilir (22). Ülkemizin farklı bölgelerinde hemşirelerle yapılan çalışmalarda da hemşirelerin tıbbi hataya eğilim seviyelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (23-30). Ertem ve ark. tarafından 2009 yılında tıbbi hatayla ilgili geçmişten günümüze kadar gelen gazete haberlerinin incelemesinin yapıldığı bir çalışmada; hekimlerin %65.2, hemşirelerin ise %12.2 oranında tıbbi uygulama hatası yaptıklarına ilişkin haberin olduğu bildirilmektedir (31). Yapılan bir çalışmada ise, hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim seviyesinin düşük olduğu, mesleki çalışma tecrübesi

az olan ve cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (32). Kabataş ve ark.'nın 2015 yılında hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini inceledikleri bir çalışmada; hemşirelerin yaşları arttıkça ve mesleğini isteyerek icra edenlerde, hata yapma eğiliminin azaldığı saptanmıştır. Tıbbi hata yapma eğiliminin en fazla mesleğin ilk yıllarında görüldüğü belirlenmiştir (33).

Mesleğe bağlılık kavramı, güdülenme, duygu durumu, işi çekici bulma, işle özdeşleşme, kavramlarıyla yakından alakalıdır. Mesleğe bağlılığı düşük olan kişiler; yaptığı işten hoşlanma duygusu elde edemezler, yapmış olduğu mesleğine karşı bıkkınlık, isteksizlik ve işten kaçma duygusu hissederek mesleğinin sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getirmezler (34). Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumunu belirlemeye yönelik birçok çalışma (23-30) bulunmakla birlikte, mesleğe bağlılık durumlarının tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisi ile ilgili literatürde bir bilgiye rastlanmamıştır. Yapılan bu araştırma, bu konuda yapılacak olan araştırmalara yol gösterici nitelikte olması açısından önemlidir.

Bu araştırma hemşirelerin mesleğe bağlılık durumlarının tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır, ayrıca bu araştırmada şu soruya da yanıt aranmıştır.

- Hemşirelerin mesleğe bağlılığı tıbbi hatayı ne yönde etkiler?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Mesleğe Bağlılık Tanımı

Meslek, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından belirli bir eğitim süreci sonrası kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlar için yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için icra edilen, kuralları belirlenmiş iş olarak tanımlanmıştır (5). Mesleğe bağlılık ise, bireyin mesleğine ve mesleki kariyerine bağlılık, mesleğine ve meslekî kariyerine kendini adama, meslekî etik ve meslekî amaçlara inanma ve bunları kabul etme olarak tanımlanmaktadır (12, 16). Hemşirelikte mesleğe bağlılık ise, bir hemşirenin mesleğinin değerlerine inanması ve kabul etmesi, bunları geliştirmek için çaba göstermesi, mesleki alanda profesyonelleşmek için çaba göstermesi, mesleğini devam ettirmede kararlı olmasıdır (12, 14)

Povalko bir işi meslek yapan sekiz ölçütten birisinin, mesleğe bağlılık olduğunu belirtmiştir (7). Mesleki bağlılık teriminin ilk olarak Greenhaus tarafından 1971 yılında tanımının yapıldığı görülmektedir (35). Morrow ise mesleğe bağlılığı mesleğin kişinin yaşamında önemli bir yere gelmesi olarak tanımlamıştır (36). Meyer ve Allen, mesleki bağlılığı bireylerin meslekleri ile aralarında gelişen psikolojik ilişki ve mesleklerine yönelik duygusal davranış olarak tanımlamış ve duygusal mesleki bağlılık, mesleki normatif bağlılığı ve mesleki devamlılık bağlılığı olmak üzere üç boyutu olduğunu belirtmişlerdir (37). Blau dördüncü bir boyut olarak birikmiş mesleki maliyetler boyutunu eklemiştir (38).

2.1.1. Mesleki Duygusal Bağlılık

Duygusal bağlılık, bireyin yaptığı mesleği sevmesi, mesleğini yaşamının merkezinde olarak önemli yerde görmesi ve mesleğini geliştirmek için çaba sarf etmesidir. Meslekle bağdaşmayı ve mesleği severek yapmayı ifade eder. Duygusal bağlılığı yüksek olan kişiler mesleklerindeki gelişmeleri takip ederler ve kendilerini de geliştirmeye çalışırlar (9).

Mesleğine duygusal olarak bağlı kişiler, mesleklerini değiştirmeyi veya bırakmayı düşünmezler. Meslekteki olumlu tecrübeler, imkanlar ve memnuniyetin artması, çalışanların mesleklerine duygusal olarak bağlanmalarını da arttırmaktadır. Bu bireyler mesleki gelişmelere daha çok önem verirler, mesleki yayınları takip ederler, konferanslara katılırlar ve bilimsel çalışmaları takip ederler. Kısaca profesyonelleşme çabası içinde oldukları belirtilmektedir (37, 38).

2.1.2. Mesleki Normatif Bağlılık

Normatif mesleki bağlılık, bireyin mesleğine devam etmeyi bir sorumluluk olarak görmesidir. Çalışanın görevine ve örgüte karşı bağlılığına ilişkin algılamasına dayanır (9). Meslekte kalmakla alakalı kendisini sorumlu ve mecbur hissetmesiyle açıklanır. Normatif mesleki bağlılığı yüksek olan birey mesleğinde devam etme sorumluluğunu hisseder ve örgütten ayrılmak istemez (37, 38).

Bireylerin belli bir davranış biçimini kabullenmesiyle ilişkin normatif baskıları özümstediklerinde ve bunun sonuçlarından yarar gördüklerinde, mesleklerine karşı normatif bağlılık geliştirmektedirler. Kişinin mesleki gelişiminin parasal yönden

desteklenmesi ya da ailede aynı meslekten kişiler/kişilerin olması normatif mesleki bağlılığın gelişmesinde etkili olabilmektedir (9).

2.1.3. Mesleki Devamlılık Bağlılığı

Bireyin yeni bir mesleğe geçiş yapmak için elinde uygun imkanların olmamasıdır. Bu durumda birey mesleği için yaptığı maddi yatırımları, emekleri muhafaza etmek ve mesleğinden ayrılmanın duygusal yıkımını yaşamamak için yeni iş seçeneklerini araştırmaktan vazgeçer (39).

Meslekten ayrılmanın maddi kayba neden oluşu, mesleğinden vazgeçemeyecek kadar çok maddi yatırım yapmış olmasındandır. Devamlılık bağlılığı güçlü olan kişi, mesleğinde kalma ihtiyacı nedeniyle mesleğine bağlıdır (9, 38). Bireylerin mesleğinden ayrılmasının mali kaybı ya da mesleğinde devam etmesiyle ortaya çıkacak faydayı göz önüne alarak bağlılık geliştirmesidir. Kişi bu mecburi gereklilikler sebebiyle mesleğinde yer almaya devam etmektedir (9).

Dünyada yapılan araştırmalar, mesleki bağlılığı yüksek olan hemşirelerin, işleriyle büyük bir coşku ile ilgilendiklerini ve mesleklerine devam ettiklerini göstermektedir (11, 12, 18, 40-43). Wang ve ark.'nın 2011 çalışmasında, Y kuşağındaki hemşirelerin duygusal mesleki bağlılığı ve normatif mesleki bağlılıklarının zayıf olduğu tespit edilmiştir (15). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, hemşirelerin mesleğe duygusal bağlılığı ve mesleğe devam bağlılığı yüksek, normatif bağlılığı ise düşük olarak bulunmuştur (16).

2.1.4. Birikmiş Mesleki Maliyetler Bağlılığı

Birikmiş maliyetler, kişinin mesleği için yaptığı yatırımlar ve duygusal kazanımları içermektedir. Birey, mesleği için yapmış olduğu bu yatırım ve değerleri korumak, mesleğinden ayrılmasından dolayı meydana gelen ekonomik, duygusal zararları azaltmak için yeni iş seçenekleri aramaktan vazgeçecektir (39).

Mesleğe bağlılık kişinin sahip olduğu yetenekler ve deneyimler sonucunda, seçmiş olduğu mesleğin yaşamındaki önemini anlamasını sağlar. Bir çalışanın mesleğe bağlılığı ne kadar yükselirse o kadar kuvvetli bir şekilde işini, kendi işiymiş gibi kabulleneceği ve öyle hissedeceği ileri sürülmektedir (44).

2.2. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılığı Etkileyen Faktörler

Meslekî bağlılık; iş memnuniyeti, iş doyumunu, işten ayrılma niyeti gibi kavramlarla ilişkilidir (12). İş doyumunu kavramı motivasyon, moral, işi benimseme, işi çekici bulma kavramlarıyla yakından ilgilidir. İş doyumunu, işe bağlı olarak memnun olmayı göstermektedir (34). Yammarino ve Dubunsky 1987 yılında yaptıkları çalışmayla, çalışanların yüksek düzeyde iş doyumuna sahip olmasının bireylerin kendine güvenini, moralini, verimliliğini ve performansını artırdığını; hastalıkları, endişeleri, stresi, gerginlikleri, şikayetleri, devamsızlıkları ve işten ayrılma oranının azaldığını göstermektedir (45). Başka bir çalışmada iş doyumunu yüksek olan bireylerin mesleklerini daha çok sevdikleri belirlenmiştir (46). Bu bağlamda iş doyumunu etkileyen faktörler mesleğe bağlılığı da etkilemektedir. Mesleğe bağlılığı etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

2.2.1. Bireysel Etmenler

Kişilik yapısı: Çalışanlar mesleki yaşamlarında kişilik özellikleri çerçevesinde davranışlarda bulunurlar. Seçtiği mesleğe uygun özelliğe sahip kişiler, mesleklerine yüksek düzeyde bir bağlılık duygusu içerisinde olmaktadır. Sosyal, dışa dönük, kendini ifade edebilen bireyler mesleğine daha bağımlı olarak çalışmaktadırlar (47).

Yaş ve deneyim (kıdem): Genç yaştaki çalışanlarda çalışma ortamından beklentinin daha yüksek olmasından dolayı, iş güvencesi, iş seçimine yönelik kuşkuvarlığının olması gibi sebepler mesleğe bağlılığı etkilemektedir. Özellikle işe yeni başlayan deneyimsiz bireylerin, örgütsel amaçları elde edileceğine olan inançları ve güvenleri onların mesleğe bağlanmalarını da kolaylaştırır (48). Yaş ilerledikçe ve tecrübe arttıkça çalışanın işten aldığı tatminde ve mesleğe bağlılık durumunda artış görülmektedir (46, 48-50). Herzberg 1974 yılında, yaşla doyum arasındaki ilişkiyi “U” şeklinde bir sembol ile anlatmaya çalışmıştır. İş tatmininin bireyin yirmili yaşlarında artmakta, otuzlu yaşlarında azalmakta olduğunu, daha sonra ise yaş arttıkça tekrar artış olduğunu göstermiştir (51). Türk Silahlı Kuvvetleri’nde görevli hekim ve hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada; hekimlerde yaşın artmasıyla doyum düzeyinin de arttığı, hemşirelerde ise orta yaş grubunun en düşük doyum seviyesine sahip olduğu bulunmuştur (52). Nijeryalı petrol yöneticileri ile yapılan başka bir çalışmaya göre, on yıldan daha uzun süre görev yapan yöneticilerin, on yıldan daha az süre görev yapan yöneticilere göre mesleklerinden daha fazla doyum sağladıkları belirlenmiştir (53). 2005-2008 yılları arasında 2200 hemşireyle yapılan anket sonucunda, yıllar geçtikçe hemşirelerin iş tükenmişliklerinde azalma, iş doyumlarındaysa anlamlı bir düzeyde artış tespit edilmiştir (54).

Cinsiyet: Centres ve Bugental'ın 1966 yılında yapmış oldukları çalışmaya göre, kadınlarda iş doyum düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu, bu durumun nedeninin ise kadınların işle alakalı sosyal etkenlere daha çok değer vermeleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Bununla beraber, erkeklerin iş hayatında kendilerini daha iyi anlatması ve kendilerini ispat etmeleri için daha fazla imkanı olması, işlerine verdikleri önemin yani iş doyumunun artmasına bağlı olarak mesleğe bağlılığında artmasını sağlamaktadır (53). Yapılan araştırmalar neticesinde, cinsiyet değişkeninin iş doyumunu üzerinde önemli bir değişken olduğu bilinmektedir. Ancak hangi cinsin iş doyumunu seviyesinin daha yüksek olduğu açısından net bir ifade bulunmamaktadır (40, 49, 55).

Medeni durum: Evliliğin insan hayatında daha düzenli bir yaşam sağladığı için, mesleğe bağlılığı artırdığı düşünülmektedir (42). Özaltın'ın 2002'de hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada evlilerin iş doyumunun bekarlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (52).

Eğitim düzeyi: Mesleğe bağlılık, hemşirelik mesleğine ilk adımların atıldığı temel eğitim yıllarında oluşmaya başlamaktadır (56). Bireyin eğitim seviyesine göre istek ve beklentilerinin karşılığını bulamaması, elde ettiklerinin beklentilerinden farklı olması veya az olması durumu mesleğe bağlılığı etkilemektedir (48). Mesleğine bağlı çalışanlar, profesyonelleşmek, mesleğinde ilerlemek, mesleki kabiliyet ve niteliğini artırmak için eğitim seviyelerini artırma konusunda emek sarf ederler (9, 43).

Meslek: Toplum tarafından saygınlığı yüksek olan mesleklerde çalışan bireylerin, çalışma şartları, sosyal statüleri ve maddi kazancı gibi mesleki ölçütlerin daha üst seviyede olmasına bağlı olarak, toplum tarafından daha değerli görüldükleri

ve daha çok takdir edildikleri için bu meslekleri yapan insanların mesleğe bağlılıkları da artmaktadır (48).

Zeka: Zekâ seviyesi ve iş tatmini arasında tek başına doğrudan bir bağlantı bulunmazken, zeka seviyesine göre bir mesleğin yapılma durumuna göre zekanın, iş doyumunu üzerinde önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Birçok iş ve mesleğin belirli bir zeka seviyesi gerektirdiği, bu seviyenin altında ya da üstünde zekası olan bireylerin bu işlerden tatmin olmadığı gözlenmiştir (57-59).

2.2.2. Örgütsel ve Çevresel Etmenler

İşin Özellikleri: İşin özellikleri, iş doyumunu etkileyen önemli bir faktördür. İşin ilgi çekici olması, öğrenmeye açık olması, bireye sorumluluk vermesi ve kendini gerçekleştirmesine imkan vermesi, bireyin işinde özerk olması gibi faktörler birer doyum sebebidir ve mesleğe bağlılığı etkilemektedir (48-60).

İletişim ve çalışma arkadaşları: Hemşirelik kişiler arası ilişkilerin ve iletişimin en yüksek olması gereken bir sağlık meslek grubudur. Sağlıklı ve içten bir iletişim, çalışılan ortamdaki belirsiz durumları ortadan kaldırmakta ve çalışanlar arasında meydana gelebilecek huzursuzluğu engellemektedir. Bu durum çalışanların, mesleğe bağlılıklarını kolaylaştırmaktadır (48). Benzer değerlere sahip kişiler, birbirleri ile çalışma ortamında daha çok ilişki kurmakta ve daha çok paylaşımda bulunarak iletişimlerini güçlenmekte, belirsizlikler ortadan kalkmakta, çalışanlar daha az rol belirsizliği ve çatışma yaşamakta buna bağlı olarak mesleğe bağlılık da artmaktadır (58, 61). Ayrıca yöneticilerin çalışanlara değer vermeleri, olumlu davranış içinde olmaları, astların mesleğe bağlılıklarını arttırmaktadır (48).

Ücret: Çalışanlar mesleklerini icra ederken gösterdikleri emeğin yeterli ve eşit bir şekilde kendilerine maddi karşılığının verilmesini isterler. Bireylerin kendilerine verilen ücretin yeterliliğine karar verirken, kendilerine verilen ücretin ihtiyaçlarını karşılama düzeyine bakarlar ve diğer kurumlarda aynı düzeydeki işleri yerine getiren bireylere verilen ücretle karşılaştırırlar. Bu kıyasla kendine verilen paranın eşit dağılımının olmadığını düşünen kişide huzursuzluğun yanında mesleğe bağlılık durumlarında da azalma olur (62).

Kariyer olanakları ve statü: Yükselme insanlar arasında değişik anlamlara gelmektedir. Psikolojik gelişim, denklik oluşumu, yüksek mevki ya da yüksek ücret gibi anlamlar çalışanlar için ayrı ayrı anlama gelmektedir. Bazı çalışanlar için görev zorlaştıkça, kişinin sorumlulukları, verilen yetki ve ücretin artması kişi üzerinde motivasyonunu arttırıcı bir etki yaparken, bazı çalışanlar için daha fazla yetki ve sorumluluk doyumsuzluğa neden olmaktadır. Doyum sağlandıkça mesleğe bağlılıkta artmaktadır (63-65).

Statü (pozisyon), bir kişiye başkaları tarafından yüklenen değerlerden oluşan bir terimdir. Çalıştıkları işte mesleki konumda daha üst mevkide olan bireyler, işlerinden daha çok doyum almaktadır. Çalışılan pozisyon hangi seviyede olursa olsun, yapılanların takdir edilmesi, yetkin bir çalışan olarak görülmesi kişide tatmin duygusu yaratmaktadır (48).

Çalışma koşulları: Çalışma ortamı ve onu etkileyen fiziksel faktörler, verimliliği, performansı, motivasyonu olduğu kadar iş doyumunu da etkilemektedir. Çalışma ortamında ki; havalandırma nem, ısı, aydınlatma, gürültü ve ses, çalışılan mekanın temizliği, çalışma ekipmanı ve araçların yeterliliği ve benzeri faktörler iş

doyumunu arttırıcı ya da azaltıcı yönde etkilemektedir. Uygun çalışma ortamı ve fiziksel şartlar bireyin iş doyumunun artmasına yardımcı olmakta ve mesleğe bağlılığını etkilemektedir (48, 66). Ameliyathane hemşiresinin iş doyumunu ve çevresel faktörler arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, ışık, gürültü, kokunun stres oluşturarak iş doyumunu etkilediği ve iş değiştirmesine neden olduğu tespit edilmiştir (67).

Ödüllendirme: Ödül, maddi değeri olan hediyeler olabileceği gibi sözlü veya yazılı olarak takdir edilme, küçük bir sözlü teşekkür, isimle hitap ederek konuşma gibi manevi içerikli ödüller de olabilmektedir. Adil bir başarı değerlendirme sistemi oluşturulması ve bunun sonucunda başarılı bireylerin ödüllendirilmesi çalışanların iş doyumunu artırırken, güvenilir bir değerlendirme sisteminin olmayışı da başarılı olduğuna inanan çalışanların iş doyumunu, dolayısıyla mesleğe bağlılıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (48).

Denetim biçimi: Genel olarak denetim çalışanların memnun olmadığı bir durumdur. Denetim; düzeltici, yardımcı olucu, üstünlük gösterici, küçük düşürücü, yapıcı olmaktan ziyade kusur arayıcı olması nedeniyle çalışanlar üzerinde doyumsuzluğa yol açmaktadır. Bu sebepten dolayı çalışanlar demokratik denetim ve özellikle öz denetime sahip iş yerlerine yönelmektedir (68).

Yönetime katılma: Çalışanlara alınan kararlara katılma fırsatı verildiğinde, çalışanlar kendi fikir ve görüşlerine önem verildiğini düşünerek gerçek bir doyum alabilirler. İş görenlerin fikirlerini önemsemek üstlere, yapacakları işlerde kolaylık sağlayacak ve yol gösterici olacaktır. Çünkü işin planlaması aşamasına katılan bireyler, işini daha çok severek yapacaktır (69).

Güvenlik: İş görenler, hem iş sağlığı ve güvenliği açısından hem de iş güvencesi açısından kendilerini güvende hissetmek isterler. İşini kaybetme düşüncesi olmadan, sağlık ve güvenlik açısından tehlikeli olmayan bir ortamda çalışmak, her bireyin beklentisidir. Bu durum, çalışanların işlerine karşı olumlu bir duygu oluşturmalarına yol açarak, mesleğe bağlılıklarını artırmaktadır (48).

2.3. Tıbbi Hatanın Tanımı

Genel olarak tıbbi hata terimi yerine dünyanın her yerinde karşılaşılabileceğimiz “*malpraktis*” kelimesi kullanılmaktadır (70). İngilizce “*malpractice*” olarak tanımlanan bu kavramı, TDK “özen göstermeksizin ya da yanlış uygulanan tedavi sonucunda meydana gelen, görevi kötüye kullanma anlamını içeren hukuki durum olarak” tanımlamıştır (71).

Tıp Enstitüsüne (IOM), göre tıbbi hata planlanan bir fiilin hedeflendiği gibi sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılmasından dolayı meydana gelen hata olarak tanımlanmaktadır (21). Uygulama hataları planlanmış bir işin hedeflendiği şekilde tamamlanmaması veya planlama hatası (bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması) sonucu olarak meydana gelmektedir. Tıbbi hatalı uygulamalar, hekimin muayene ve tedavi sürecinde standart uygulamaları yapmaması, çalışanların bilgisizlik, deneyimsizlik, beceri eksikliği veya hasta bireye uygun tedavinin uygulanmaması ile meydana gelen zarardır (22). Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) tıbbi hata terimini; “sağlık hizmeti veren bir çalışanın etik ve uygun olmayan bir harekette bulunması, mesleki

girişimlerde bilgisiz ve ihmalkâr davranmasıyla hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (72).

2.3.1. Tıbbi Hata Türleri

Tıbbi hatalar günümüzde sağlık bakım sisteminin karmaşık yapısı nedeniyle yaşanabilmekte, tedavinin gecikmesine, yaralanmaya, iş göremezlik ve sakatlık, hatta ölüme yol açabilir (73). Tıbbi hataların oluşması durumunda tedavinin, yatış sürelerinin uzaması, komplikasyonların ve engelliliklerin oluşmasıyla kuruma, hastaya, hasta yakınlarına ve sağlık sistemine mali açıdan büyük kayıplara neden olabilmektedir (27). Tıp hatalar nedeniyle ölümler, kanser, kalp hastalıkları, akciğer hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklardan sonra beşinci sırada gelmektedir (74).

Tıbbi hatalar, 1990 yılında Reason tarafından ilk olarak gizli hatalar ve aktif hatalar olarak gruplandırılmıştır. Reason’ın tanımına göre gizli hatalar sağlık çalışanının kontrolü dışında gelişen ve çalışılan ortamın fiziki yetersizliği, yanlış kurulması, hatalı ve eksik bakım, yanlış idari kararlar ve yetersiz yapılanmış kuruluşlar gibi problemleri içeren hatalar olarak tanımlanırken, aktif hatalar ise hasta ile yakın teması olan sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilen ve zararları hemen görülen hatalar olarak tanımlanmıştır (75). Tıbbi uygulama hataları, insan kaynaklı olabildiği gibi içinde bulunan sisteme bağlı birçok çevresel etkeni ve tıbbi malzeme, teknik faktörü de kapsayan sağlık kuruluşları için bir sorundur (76). Yapılan araştırmalar incelendiğinde, hasta güvenliğini tehlikeye düşüren ve en sık karşılaşılan hata türlerinin; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, hastanın yetersiz izlenmesi, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hatalar oluştuğu görülmektedir (23, 26, 30, 31, 33, 77, 78).

2.3.1.1. İlaç Hataları

Hemşirelik girişimleri arasında ilaç uygulamaları çok önemli bir yere sahiptir. İlaç uygulaması, birçok sağlık disiplini kapsayan bir süreçtir. Bu süreç, hastanın hekim muayenesi sonrası istem verilmesi ile başlar. Bu istemin eczacı tarafından karşılanması ile devam eden ve ilacın hemşire, hekim, hasta bireyin kendisi tarafından ya da yakınları aracılığıyla uygulanması, hemşire tarafından kaydının yapılması ve doğru sonucun izlenmesi ile son bulur (79). İlaç hatası; ABD’de İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention-NCC MERP) tarafından “ilacın sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin denetiminde olmasına karşın, hastanın zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına neden olan önlenebilir bir durum” olarak tanımlanmıştır (80). Sağlık çalışanı tarafından güvenli, uygun ve etkili ilaç kullanımının gerçekleşmesi için, doğru ilaç, doğru dozda, doğru zamanda, doğru hastaya, doğru yolla verilmeli ve doğru kayıt yapıp sonuçları gözlenmelidir (81). Son yıllarda ilaç hataları hastalıkların artışına bağlı olarak ilaç tüketiminin artması ve farklı tür ilaçların uygulaması aşamasındaki karmaşık süreçler nedeniyle, sağlık kuruluşlarında oluşan hataların büyük bir bölümünü ilaç hataları oluşturmaktadır (22, 82). İlaç hataları, ilaç uygulama sürecinin her aşamasında sorumluluğu olan, üretici, eczacı, hekim, hemşire, hasta tarafından gerçekleşmektedir. Mortalite ve morbitenin yanı sıra birincil tedavinin uzamasına, diğer ek tedavilere, yatış süresinin uzamasıyla birlikte maliyet artışına sebep olmaktadır (82). Çırpı ve ark.’nın 2009 yılında yaptıkları bir araştırmada hemşirelerin karşı karşıya kaldıkları mesleki hatalar arasında olan ilaç uygulama hataları %47 oranıyla birinci sırada bulunmuştur (83). Başka bir çalışmada hemşirelerin en çok karşılaştıkları tıbbi hata türünün %56.1’inin ilaç

hatası olduğu belirlenmiştir (30). Özellikle çocuk yaştaki hastalara uygun doz hesaplaması gerektiği için 3 kat daha fazla risk altındadır. Büyük ölçüde mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır (22, 84). Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Portable Storage Association-NPSA) araştırmalarına göre, ilaç hatalarından dolayı oluşan hasarların 10 hastanın birinde meydana geldiği tespit edilmiştir. Bununla beraber çok sayıda hatanın da raporlanmadığı bilinmektedir. NPSA analizlerinde 2005-2006 yılları arasında 60.000 ilaç hatası rapor edilmiştir (22). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl bir milyondan fazla ilaç uygulama hatasının gerçekleştiği ve bunların 44.000 ile 100.000 arasında ölümlerle sonuçlandığı belirtilmektedir. Ülkemizdeyse ilaç hatalarına yönelik kesin ve tutarlı çalışmaların yokluğu ve ilaç hatalarını raporlama sisteminin olmaması ya da tam olarak gelişmemiş olmasından dolayı, her yıl binlerce kişinin hatalı ilaç girişimleri nedeniyle zarar gördüğü söylenebilir (82).

İlaç ile ilgili tıbbi hataları (malpraktis) engellemek için:

- Eğitim seviyesi lisans ve lisansüstü olan nitelikli hemşirelerin yetiştirilmesi,
- Kurumlara yeterli insan istihdamının sağlanması,
- Çalışanların rol ve sorumluluklarının belirlenmesi,
- Hukuki düzenlemelerin geliştirilmesi,
- Sürekli hizmet içi eğitimin verilmesi,
- Bilişim teknolojilerinin kullanılmasının yaygınlaştırılması ve çalışanların bu konuda eğitilmesi,

- Hasta bilgi kayıt sistemlerinin geliştirilmesi,
- Fiziksel altyapı sorunlarının giderilmesi ve güçlendirilmesi,
- Çalışanlar arasında ekip ruhunun benimsenmesi,
- Etkili iletişimin öğretilmesi,
- Kalite standartlarının geliştirilmesi,
- Tedavi protokollerinin oluşturulması ve uygulanması,
- İnsanların kendi sağlığı konusunda bilinçli olması ve sorumluluk almasının sağlanması gerekmektedir (85).

2.3.1.2. Hasta Düşmeleri

Tüm dünyada hasta düşmeleri sağlık bakım kuruluşlarında hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir sorundur. Çünkü düşmeler sonucunda, hastada fonksiyon kayıpları ve yaralanmalara dolayısıyla hastanede yatış süresinin artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına, tedavi masraflarının artmasına, bunun yanında hasta, hasta yakınları, bakım verenler ve hastane personeline korku ve anksiyeteye yol açmaktadır (86). Ulusal Güvenlik Konseyine (National Safety Council-NSC) göre işte, evde ve diğer durumlarda yaklaşık üç milyon düşme vakası gerçekleşmekte ve bu vakaların 16.000'e yakını ölümlle sonuçlanmaktadır (22). ABD'de JCAHO 2005 yılı içinde 271 düşme vakası meydana geldiğini ve tıbbi hataların %5.8' inin düşme sonucu olduğunu belirtmiştir (86). Krauss ve ark.'nın 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada, her 1000 hastadan 2.2 ile 9.1 kişinin düşme ile karşı karşıya kaldığı tespit edilmiştir (87). Bir üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada 6 ay içerisinde meydana gelen

61 hasta düşme vakasının %34.4'ünün 61-75 yaş ve üzeri, bu bireylerin çoğunun kadın olduğu, daha öncede yaklaşık 1/3'ünün bir veya birden fazla kez düştüğü tespit edilmiştir. Yine aynı araştırmada düşen hasta bireylerin %32.78'inde yaralanma olduğu bulunmuştur (88). Düşmeyi önlemeye yönelik girişimler, düşme için risk oluşturan faktörlerinin tanımlanması, tamamen önlemek için uygulamaların başlatılması, düşme riski bulunan hastaların yeniden değerlendirilmesi gerekir (86).

2.3.1.3. Transfüzyon Güvenliği

Kanın ya da ayrıştırılan kan elemanlarının tedavi amacı ile intravenöz dolaşıma verilmesi, kan transfüzyonu olarak tanımlanmaktadır. Kan transfüzyonu sırasında ve sonrasında hastanın yaşamını tehdit eden komplikasyonlar gelişebilmektedir (89). Biyolojik bir tedavi yöntemi olduğu için insandan insana birçok hastalığın geçişi de mümkün olur. Ancak bulaşıcı hastalıklara istinaden ABO uygunsuz grup kan transfüzyonu hataları 50-100 kat daha fazla yapılmaktadır (22). Üniversite hastanesinde çalışan 210 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin daha çok ilaç ve transfüzyon girişimlerinde tıbbi hataya olan eğiliminin fazla olduğu belirlenmiştir (30). Cebeci'nin 2012 yılındaki çalışmasında aktardığına göre; Reid ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada, transfüzyon hatalarının %2 oranla yapıldığı ve iki transfüzyon hatasından birinin de ölümle sonuçlandığı belirlenmiştir (24). Başka bir çalışmada kan transfüzyon hatalarının %0.8 olduğu tespit edilmiştir (83). Olabilecek komplikasyonların önlenmesi için hemşire; transfüzyonun hazırlığından, transfüzyon öncesi, süresince ve sonrası hastanın değerlendirmesi ve bakımından sorumludur (89).

Kan transfüzyonu öncesi ve sırasında, hem hekim hem de hemşire/ebe şu bilgileri kontrol etmelidirler:

- Hekim istemi
- Transfüzyonun başlama zamanı ve tarihi
- Hastanın hastane numarası ya da protokol numarası
- Hastanın adı ve soyadı
- İstek yapılan transfüzyonun ismi
- Hastanın kan grubu kartı
- Kanın sıcaklığı
- Nakil yapılacak kanın son kullanma tarihi
- Nakil yapılacak kanının kan grubu ve Rh faktörü
- Cross-match uygun onay kağıdı

Bu bilgiler doğrulandıktan sonra transfüzyon işlemi yapılmalıdır (90).

2.3.1.4. Hastane Enfeksiyonları

Sağlık bakım kuruluşlarında, tanı ve tedavi amacıyla yapılan çeşitli girişimler enfeksiyon için risk taşımaktadır (91). Hastaneye yattıktan 48-72 saat içinde gelişen enfeksiyon durumları, hastane enfeksiyonları olarak kabul edilmektedir. Hastalar taburcu edildikten 10 gün sonra, ameliyat olan hastalarda 1 ay, protez uygulanan hastalarda ise 1 yıl içerisinde ortaya çıkan enfeksiyonlar, hastane enfeksiyonu olarak değerlendirilir (22). Hastaneler için enfeksiyon oranlarının düşük olması en önemli kalite göstergelerinden biridir (92). Kabataş ve ark.'nın 2015 yılında yaptıkları bir

çalışmada hastanede görülen tıbbi hatalar arasında enfeksiyon hataları %11 olarak tespit edilmiştir (33). Başka bir çalışmada ise bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısının artmasıyla hastanede kalış süresinin uzadığı ve buna bağlı olarak sağlık kuruluşlarına bağlı enfeksiyonların görülme sıklığının arttığı saptanmıştır (93). Avrupa Birliği'nin (AB) 2011'de açıkladığı bir rapora göre, Avrupa'da yılda 4.1 milyon kişiye hastane kaynaklı enfeksiyon bulaştığı ve 37.000 kişinin bu nedenden hayatını kaybettiği açıklanmaktadır (22). Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Preventio-CDC) verilerine göre ABD'de hastaneye yatışı yapılan hastaların %5-10'unda hastane kaynaklı enfeksiyon meydana gelmektedir ve her yıl bundan dolayı yaklaşık olarak 100.000 kişi hayatını kaybetmektedir (94). Türkiye'de hastane enfeksiyon hızı genel olarak hastanelerde takip edilmektedir. Ancak, elde edilen verilerin karşılaştırma analizinin olmayışı nedeniyle bu konuda net bilgi yoktur (22). Hemşireler enfeksiyon kontrolünde bulaşma yollarını bilmeli ve gerekli önlemleri almalıdır. Sadece hemşirelerin gerekli önlemleri almaları hastane enfeksiyonu kontrolünde yeterli değildir. Hastaların ve ailelerinin enfeksiyon nedenlerinin farkında olmaları, korunma yöntemleri konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir (91).

2.3.1.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

İletişim: Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılmasıdır (95). İnsan sağlığı ile ilgilenen mesleklerde iletişim, bakım verme ve tedavi edici yaklaşımda diğer mesleklere göre daha fazla öneme sahiptir (96). Uluslararası Birleşik Komisyonu (Join Commission International-JCI) güvenli hasta bakımının gerçekleşmesi için iletişimin önemli olduğunu vurgulamış, hasta güvenliği hedefleri içerisine almış ve yanlış iletişimin hasta güvenliğini tehdit edeceğini

belirtmiştir (97). Düzgün şekilde yapılmayan bir iletişim sık görüldüğü gibi aynı zamanda beklenmeyen sonuçlara da neden olur. Burada asıl üzerinde durulması gereken sağlık çalışanı ve sağlık hizmeti alan kişiler arasındaki iletişim kaynaklı sorunların da bakımın devamlılığı ve konforu etkileyen olumsuz faktördür (74). İletişim problemleri, JCAHO tarafından rapor edilen tüm beklenmedik olayların yaklaşık 1/3'nün öncelikli nedenidir. Sağlık hizmetinin verildiği yerlerde iletişim kopukluğu tıbbi hataların en önemli sebebidir (22). İletişimden kaynaklanan yetersizlikler ve engellerden dolayı, sağlık hizmeti verilirken ortaya çıkan hatalar sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilecek düzeyde yüksek risk taşır (94). Bir çalışmada hemşirelerin iletişim kuramamalarının temel nedeni iş yoğunluğu olduğu saptanmıştır (27). Farklı bir çalışmada hekimlerin %78.2'sinin, hemşirelerinse %85.5'inin hastalar ile sağlıklı iletişim kurmada sorunla karşılaştıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada birim sorumlularından kaynaklı gerginlik, nöbet sayılarının çok olması, yorgun düşme gibi nedenlerin de iletişimi olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (98). İletişim hataları, hasta ve sağlık çalışanı arasında olabileceği gibi sağlık bakım sistemindeki hizmet sağlayıcıların kendi aralarında da olabilir (97). Tıbbi girişimler sırasında telefonla istem alma-verme, bakım standartlarında ve hekimin sözlü ya da yazılı istemlerinde yetersizlik, okunması ve anlaşılması zor olan yazılı istemle, hekim ve telefonla görüşmelerde uygulamaları yanlış anlamaya bağlı hatalara neden olabilmektedir (99). Riskin erken zamanda fark edilmesi, hasta yaralanmalarının önlenmesi, hastalar ve sağlık çalışanları arasında açık iletişimin kurulmasına bağlıdır (94). Ekip üyeleri arasındaki sağlıklı iletişim, çalışanların iş yükünü azaltır ve kaliteyi artırır, ilaç hatalarını azaltır, klinik sonuçları geliştirir iş doyumunu ve hasta memnuniyetini artırır, morbitite ve mortaliteyi azaltır (22). Bunun

için, sağlık alanında çalışacak bireylerin mesleki eğitim yıllarından başlayarak, mesleki bilgi ve becerisini geliştirmenin yanı sıra, iletişim becerilerini geliştirmek, empatik dinleme ve empatik davranışlarını kazanmalarını sağlamak, bunun da mesleki yaşamlarında hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Bir diğer uygulama sağlık çalışanlarının cezai sorumluluğu hakkında bilgilendirilmesidir (97).

2.3.1.6. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar

Hasta takibinin yetersiz yapılması, bakım planının tamamlanmaması veya gelişi güzel bir şekilde yapılması hastada değişimlerin yeterli izlenmemesi, bulgu ve semptomların yeterli değerlendirilmemesi birer tıbbi hata nedenidir (99). Hemşirelerin özellikle iş merkezli çalışması, yoğun çalışma saatlerinin olması, hemşire başına düşen hasta sayısının fazlalığı, gece saatlerinde hasta takibinin yeterli yapılmaması, var olan prosedürün bilinmemesi gibi nedenlerle, ilaç uygulamaları sonrasında doğru kayıt yapma ve gelişebilecek ilaç reaksiyonları açısından hasta takibi yapılmamakta ve hastaların düşme riski açısından değerlendirilmesi önemsenmemektedir (88, 100). Hasta düşmelerinde, hastanın yetersiz değerlendirilmesinin %50 oranında etkili bir neden olduğu belirlenmiştir (101). Yapılan bir başka çalışmada, kan transfüzyonu uygulamadan önce hastaların %85'inin, transfüzyon sürecinde %47'sinin ve transfüzyon işlemi sonrası %84'nün yaşam değerlerinin takip edilmediği belirlenmiştir (102). Alan ve ark.'nın 2016 yılında hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin tüm alanlarda tıbbi hata eğiliminin çok düşük olduğu ve hata eğilimlerinin en yüksek olduğu alanın hasta izlemi ve düşme olduğu saptanmıştır (103). Hemşireler hastaların yeterli izlenmemesine, takibinin yapılmaması ve değerlendirilmemesine bağlı yasal

sorumluluklara sahip olmaları nedeniyle yasal sorunlarla karşı karşıya gelebilmektedirler (104).

2.3.1.7. Yanlış ya da Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı ve Cihazlara Bağlı Hatalar

Tıptaki ve teknolojiadaki gelişmeler sağlık alanında risk barındıran yeni tıbbi uygulamalar yapılmasını sağlamakta ve ilk defa yapılan işlemlerde hata oranı artmaktadır (85). Tıbbi uygulamalarda ekipmanla ilgili hatalar, cihazların kullanım aşamasında bilgi, beceri eksikliği, tecrübesizlik, dikkatsizlik gibi nedenler olabileceği gibi bakım ve onarımla ilgili hatalara bağlı olarak sağlık hizmeti veren sistemden kaynaklı da olabilmektedir (105). Cihazların kullanım güvenliği sağlanarak tasarlanması ve hastalara zarar vermeyecek şekilde kullanıma hazır olması gerekmektedir. Cihazların kullanım riski hastaya olan faydaları ile karşılaştırıldığında kabul edilir boyutta olmalıdır (85). Aynı zamanda kullanılacak malzemenin veya ekipmanın uygun şekilde kullanılmaması veya yapılacak işlem için uygun olmayan malzeme kullanılması hasta güvenliğini tehlikeye sokmakta, yaralanmalara ve enfeksiyonlara yol açmaktadır (77). Cebeci'nin 2010 yılındaki çalışmasında aktardığına göre; Hohenhaus'un acil hemşireleri ile yaptığı bir çalışmada hataların %11'inin malzeme yetersizliğinden ortaya çıktığı belirlenmiştir (106). Çocuk hemşireleriyle yapılan bir çalışmada ise yanlış veya uygun olmayan malzeme ve cihaz kullanımına bağlı hatalar %8.2 olarak bulunmuştur (107). Hemşirelik öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada da yanlış ya da uygun olmayan tıbbi malzeme kullanımına bağlı hatalar 1.sınıfta %23.5, 2.sınıfta %19.1, 3.sınıfta %16.2, 4.sınıfta %19.8 bulunmuştur. Aynı çalışmada öğrenciler tıbbi hata nedenleri arasında hastanedeki sarf

malzemelerden yeterince ve kolaylıkla faydalanamama durumlarını %13.6 olarak belirtmişlerdir (108). İşçi'nin 2015'te yaptığı bir çalışmada hemşirelerin malzeme güvenliği/hasta izlemi konusunda tıbbi hata yapma eğiliminin % 28 olduğu bulunmuştur (109). Sağlık kuruluşlarında bütün tıbbi cihazların belli periyotlarla bakım, kalibrasyon, ve onarımlarının yaptırılması, kullanılacak tüm malzemelerin son kullanım tarihlerine dikkat edilmesi, sterilizasyon zamanlarının takibinin yapılması, yeterli olacak şekilde araç, gereç ve sarf malzemenin temininin yapılması ve kullanıcılar tarafından uygunluk verilmesi, yanlış ve uygunsuz malzeme kullanımına bağlı hataların önlenmesi açısından önemlidir (77).

2.3.2. Tıbbi Hata Nedenleri

Tıbbi hataların sıklığı 1990'lı yıllara kadar tam olarak bilinmezken, günümüzde tıbbi hatadan kaynaklanan ölüm veya bu nedenle zarar gören birçok insan olduğu bilinmektedir. Tıbbi hatalara bağlı ölüm nedenleri arasında ABD'nin ön sıralarda olduğu görülmektedir. ABD'de faaliyet gösteren Tıp Enstitüsü'nün (IOM), Kasım 1999'da yayınladığı To Error Is Human adlı raporunda ABD'de yılda 44.000-98.000 hastanın tıbbi hata kaynaklı hayatını kaybettiğini bildirmiştir (94). Ülkemizde tıbbi hata nedenli ölüm oranı tamamıyla bilinmemekle birlikte, diğer ülkelerle paralel olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde tıbbi hatalara bağlı şikâyetleri değerlendirme kurumu Yüksek Sağlık Şurası'dır. 1931-2004 yılları arasında şurada yaklaşık on bin dosya incelenmiş ve bu olayların yaklaşık olarak yarısında sağlık çalışanı az veya çok hatalı olduğunun tespiti yapılmıştır (110). Tıbbi hata oranlarının azaltılması veya hiç olmaması hata kaynağının bilinmesi ile mümkündür (111). Sağlık hizmeti veren kurumlarda hastaların zarara uğraması nedeniyle oluşan tıbbi hatalar insan kaynaklı,

teknolojiye bağılı hatalardan, kurum eksikleri veya bu faktörlerin oluşturduğu bir bütünden de kaynaklanabilmektedir. Bunlara aşağıdaki şekilde örnek verilebilir:

- İnsan; Yorgunluk, eğitim eksikliği, yetersiz iletişim, güç/kontrol, yanlış kararlar, zamansızlık, mantık hatası, tartışmacı kişilik.
- Kurumsal; iş yerinin fiziki yapısı, politikalar, liderlik, idari/finansal bünye, geri dönüş konularındaki yetersizlik, çalışanların yanlış dağılımı.
- Teknik; Yetersiz ekipman ve cihazlar, karar vermede destek eksikliği, yetersiz otomasyon, eksik cihazlar (85, 73, 112, 113).

Ülkemizde 200 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada tıbbi hataların nedeni sorulmuş ve 151 sağlık çalışanı hataların çoklu sistem sorunlarından meydana geldiğini, bireylere yüklenilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir (82). Bir başka çalışmada da 156 hekim, 333 hemşire ve bu sağlık çalışanlarından hizmet alan veya alacak 240 sağlıklı bireye “tıbbi hatalardan kim sorumludur?” sorusu sorulmuştur. Sağlık personelinin %55.8'i ve sağlıklı insanların %49.7'si hatalardan kişiler ve kurumların beraber sorumlu olduklarını belirtmişlerdir (114). Çırpı ve ark.'nın 2009 yılında yapmış oldukları çalışmada ise kurumda gerçekleştirilen hasta güvenliği ile ilgili uygulama ve çalışmaların hemşirelerin bu yöndeki davranışlarını olumlu etkilediği ve farkındalıklarını artırmada etken olduğu tespit edilmiştir (83).

2.3.3. Tıbbi Hatada Yasal Sorumluluk

Hemşireler özel olarak bireyin, bir bütün olarak ailenin ve genel olarak toplumun sağlığını koruma ve en üst seviyeye getirme, hastalık halinde ise iyileştirmeye yönelik uygulamalarda bulunurken bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız

rollerini hemşirelik yasası doğrultusunda ilgili yasa ve yönetmeliklerle hemşirelik görevlerini yerine getirirler (77). Bu görevleri yerine getirirken bilinçli veya bilinçsiz yaptığı hatalı tıbbi uygulama sonuçları mortalite ve morbidite, hastane kalış zamanında uzama, hasta ve hasta yakınlarının vermiş olduğu rahatsızlık (en hafif tanımı ile) olduğu gibi bununla beraber hukuksal sorunlar ile karşı karşıya kalabilir (115). 1960'lı yıllarda sağlık hizmeti alan bireyler olumsuz bir durum karşısında sağlık hizmeti sunan kişileri dava etmiyordu. Öncelikli olarak mümkün olduğunca en iyisini yapmaya çalıştıklarına güvendikleri hekimlerden ve hemşirelerden şikayetçi olmaya vicdanları müsaade etmiyordu. Hemşirelik bakımı ve girişimleri kavramlarına farklı olarak bakılıyordu (85). Ülkemizde son yıllarda yapılan bazı yasal değişiklikler ve tıbbi uygulama hataları, son dönemde basın-yayın gruplarında giderek daha fazla gündeme gelmiştir. Bu durum tıbbi uygulama hataları karşısında toplumun davranışlarının oluşmasında etkili olmaktadır. Bu bağlamda hastaların sağlık çalışanlarını ve sağlık sistemine karşı daha sorgulayıcı bir tarzla yaklaşmasına, hassasiyet oluşmasına, beklentilerinin farklılaşmasına, isteklerin artmasına ve hatalı uygulamaya maruz kalan bireyi hasta hakları kapsamında hakkını aramak için cesaretlendirmiştir (31, 76).

Dünya Tıp Birliğinin (The World Medical Association-WMA) 1992'deki 'Tıpta Yanlış Uygulamalar' konulu ilanı, bu konuda ülkeleri duyarlı olmaya çağırmasıyla birçok ülkede malpraktis ile ilgili yasal düzenlemeler oluşturulmaya ve geliştirilmeye başlanmıştır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı bu konudaki gereksinimleri göz önüne alarak 2002 yılında 'Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısını' hazırlamıştır (85). Sağlık çalışanın doğru yaptığı tıbbi müdahaleye bağlı komplikasyon sebebiyle hastada herhangi bir zararın meydana gelmesi ve "standart güncel uygulamayı yapmaması", "beceri eksikliği" ya da "hastayı

ihmal ederek tedavi etmemesi” nedeniyle tıbbi hata olup olmadığı ayrımı Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) “bilinçli taksir” ve “olası kast” kavramları açısından incelenerek hukuken cezalandırma yoluna gidilme(me)ktedir (33). Ancak hem taksirli hem de kasıtlı suçlarda ortak olan nokta fiilin istenerek yapılmasıdır (116). Sağlık çalışanı, dikkat ve özen eksikliğine bağlı, görevi ihmal etme nedeniyle meydana gelen tıbbi hatalarda taksirle adam öldürme, yaralama veya kasten (bilerek ve isteyerek) adam öldürme ya da yaralama suçlarından yargılanabilmektedir (117, 118). Sağlık personeli tıbbi uygulama hatalarında cezadan başka olarak tazminat yönünden de sorumlu olurlar. Malpraktis nedeniyle oluşan zararların, zarar veren tarafından karşılanmasını sağlamaya yönelik açılan davalara tazminat davaları denmektedir (105). Tazminat davaları Türk Borçlar Kanununa (TBK) göre açılmaktadır (118). Sağlık çalışanının tazminat borçlarını alacaklısı hasta, ölümü halinde ise hasta yakınlarıdır (97).

Hemşirelerin, özellikle yasaları bilmemesinden dolayı bazı durumlar uygulamalarını zorlaştırmaktadır. Hemşirelerin bu nedenle tıbbi hatalı girişimlerle ilgili yasal bilgilere hakim olması gereklidir (76). Sağlık çalışanı, hasta bireyin ve ailesinin zarara uğramasını önlemek, bununla beraber kendisini yasalar karşısında suçlu düşürmemek için kurum politikalarına, bakım standartlarına ve daha önemlisi yasa, yönetmelik, tüzüklere uygun olarak bakım ve uygulamalarını gerçekleştirmeli, tıbbi hata risklerini artıran durumları bilmeli, gerekli önlemleri almalıdır (19, 85).

2.3.4. Hasta Güvenliğini İyileştirme ve Tıbbi Hataları Önleme

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin verilmesi aşamasında, hastanın zarara uğramasını önlemek için çalışanların ve kurumun aldığı önlemlerdir (22). Hasta güvenliğinin korunmasında ve sağlık bakım hizmeti sunumunun her sürecinde tıbbi

uygulama hatalarının engellenmesi temel hedefler içerisinde yer almaktadır (73). Uluslararası Hemşireler Birliğinin (International Council of Nurses-ICN) Hasta Güvenliği Durum Bildirgesi'nde önemle üzerinde durduğu, hasta güvenliği, hasta bakım hizmeti ve hemşirelik uygulamalarının kalitesinin başta gelen ilkesidir (119). Sağlıkta kaliteyi ve verimliliği artırmak için, sağlık politikalarının; sağlık hizmeti alan kişiler, sağlık personeli ve bakımı sunan kuruluşların, girişimlerini düzenlemesi, uygun biçimde oluşturulması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarının kaliteli sağlık bakım hizmeti sunabilmeleri için, gerekli olan temel şartları uygulayarak yerine getirmeleri, hasta güvenliği açısından gereken aşamaların, eksiksiz ve hatasız yapılması, standartlara uygun şekilde gerçekleştirmeleri gerekmektedir (115). Bakımın her sürecinde hemşireler, hasta güvenliğiyle ayrılmaz bir bütündür. Bu doğrultuda hastaların ve yakınlarının risk ihtimallerinin düşürülmesi hakkında bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin korunması, istenmeyen ve beklenmeyen durumların rapor edilmesi de sağlık çalışanının görevleri içinde yer alır (94). Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI) 2002 yılının Mart ayından buyana tıbbi hataları engellemede sorumluluk almaları için hasta ve yakınlarını dahil ederek teşvik ederek bir uygulama başlatmıştır. "Speak Up" isimli bu uygulamada, insanların kendi sağlık durumları ile ilgili olarak kendilerine sağlık hizmeti veren sağlık personeline sorularını, daha anlaşılır bilgi alabilecekleri kaynaklar hakkında sağlık mensuplarına danışmalarını ve dolayısıyla kendi sağlıklarını ilgilendiren tüm alanlarda katılım göstermeleri konusunda özendirilmektedir (74).

JCI hasta güvenliği konusu için altı temel süreç belirlemiştir:

- Doğru kimlik tespiti

- Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanması
- Etkin ve doğru iletişimin sağlanması
- Enfeksiyon riskinin azaltılması
- Cerrahide; doğru hasta, doğru taraf, doğru işlemin sağlanması
- Hastaların düşmelerden kaynaklanan zarara uğrama riskinin en aza indirilmesi (115).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), hasta güvenliğinin tam olarak sağlanabilmesi için deneyimli sağlık çalışanının işe alınması, sürekli eğitimi ve meslekte devamlılığının sağlanması, verimliliklerinin artırılması, ilaçların güvenli bir şekilde kullanımı, enfeksiyonla mücadele, kullanılan cihazların güvenliği, doğru klinik girişimler, çevre güvenliği de dahil olmak üzere sağlık bakım ortamı risk yönetimi alanlarında kapsamlı tedbirler alınması, hastanın güvenliği bakımından bilimsel bilgiyle bunun gelişimine destek verecek altyapının iç içe oluşturulması gerektiğine inanmaktadır (119).

2.3.5. Tıbbi Hataları Önlemede Hemşirenin Sorumlulukları

Hipokrat zamanından bu zamana kadar tıbbın temel amacı insanların sağlığını iyileştirmek, en azından zarar vermemektir (75). Ancak insanın olduğu her alanda hatalar ve kazalar kaçınılmazdır. Bu bağlamda emek ve teknoloji kullanımı yoğun bir sektör olan ve tehlike faktörlerinin fazla olduğu endüstriler kapsamında değerlendirilen sağlık kuruluşlarında da tıbbi hataların meydana gelmesi söz konusudur (111). Tıbbi hatalar, hekim, hemşire, eczacı gibi genel olarak sağlık bakım

hizmetini gerçekleştirenler nedeniyle olmaktadır. Ancak tıbbi uygulama hataları oluştuğunda genel olarak hemşireler ön safta yer almaktadırlar. Hemşireler, hasta güvenliğinde anahtar konumunda olmakta ve bu sebeple tıbbi uygulama hatalarının engellenmesinde etkin rol almaktadırlar (115). Tıbbi hatalar, hastanın hastanede kalış süresinde uzama, sağlık maliyetlerinin artmasına, yeni sakatlık ve komplikasyonların meydana gelmesine neden olmakta, mortalite ve morbiditede artış, hastanın ve yakınlarının vermiş olduğu psikolojik rahatsızlıklar gibi olumsuz durumlar ortaya çıkarabilmektedir. Bunun yanı sıra tıbbi hatalardan hemşireler de olumsuz etkilenmekte ve bakımın her sürecinde hasta güvenliğinden yükümlü oldukları için, hastaların ve yakınlarının risk faktörünün azaltılması hususunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin korunması ve istenmeyen durumların rapor haline getirilmesi de hemşirenin sorumlulukları içerisinde bulunmaktadır (73, 75, 94). Hatalı tıbbi uygulamaların önlenmesi için en önemli yapılması gereken uygulama, hataya yol açan faktörlerin ve tıbbi hata türlerinin belirlenmesidir (27).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hasta güvenliği ve kapsamındaki tıbbi hatalar konusunda hemşirelerin görevlerini şu şekilde belirtmiştir:

- Olası riskler konusunda hastaların ve ailelerinin bilgilendirilmesi,
- İstenmeyen olayların anında ilgili makamlara bildirilmesi,
- Bakım hizmeti kalitesi ve güvenliğinin değerlendirilmesinde aktif rol alınması,
- Hastalar ve diğer deneyimli sağlık çalışanı ile iletişimin güçlendirilmesi,

- Yeterli düzeyde istihdamın sağlanması konusunda lobi çalışmalarının yürütülmesi,
- Hasta güvenliğini artırıcı önlemlerin desteklenmesi,
- Sıkı ve kapsamlı enfeksiyonla mücadele programları konusunda cesaretlendirilmesi,
- Hataları minimize ederek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirilmesine yönelik lobi çalışmalarının yürütülmesi (120).

2.4. Mesleğe Bağlılığı Artırmada ve Tıbbi Hataları Önlemede Hemşirenin Rolü

Sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle ve hastaların haklarını bilmesiyle sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kalite faktörü giderek öne çıkmaktadır (22, 94). Modern sağlık hizmetinin özellikleri tanımlanırken; etkili, güvenli, zamanında verilen, hasta odaklı, eşit dağılımlı ve verimli olarak sunulması kabul edilmiştir. İnsanlara daha güvenli bir sağlık hizmeti verilmesi, birinci öncelik haline gelmiştir (74). Hasta güvenliğinde anahtar rol oynayan hemşireler, doyum ve bağlılığın olmadığı hallerde, örgüt başarısı ve kalitesini etkileyecek sonuçlar oluşabilmektedir (34, 73). Bireyin çalıştığı işletmenin kalitesini artırması, çalışanın işinden duyduğu memnuniyetle mümkündür. Bir kurumda çalışanların iş doyumunun yüksek olması kurumun istediği hedeflere ulaşmasını kolaylaştıracaktır (121). Mesleğe bağlılık kavramı, moral, güdülenme, işle özdeşleşme, işi çekici bulma kavramlarıyla yakından ilişkilidir. Mesleki bağlılığı düşük olan çalışanlar; yaptığı işten hoşlanma duygusu elde edemezler, iş verimliliklerinin ve kalitelerinin azalmasına neden olurlar, işten ayrılma

niyetlerinin artmasına, işten erken çıkma, işten kaçma, işe geç gelme durumuna neden olurlar, çok sık mazeret izinleri veya hastalık raporu alırlar, uzun süren çay molaları verirler, hatalarda artışa yol açarlar, verimde düşme, duyarsızlık gibi davranışlar gösterir, örgüte ve işe bağlılıklarında düşüş gösterirler. Ayrıca aile, iş ve tüm yaşam alanlarında sorunlara yol açarak, yaşam doyumlarında azalmaya neden olur ve mesleğinin sorumluluklarını tam olarak yerine getirmezler (34, 122-124). Hasta bakımında önemli sorumlulukları olan hemşirelerin mesleki rol ve görevlerini yeterince yerine getirmemesi tıbbi hatalara neden olabilir (33). Hangi sağlık kuruluşunda olursa olsun hemşirelerin çalıştıkları kurumun felsefesini özümsemeleri ve ait olma duygusuna sahip olmaları gerekir. Ait olma duygusunun varlığı iş doyumunu, işi sevme, işe bağlılık ve motivasyonu arttıracaktır. Türkiye şartlarında hemşirelik çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz nedenlerin etkisiyle yoğun iş yüküne sahip, stresli bir meslek olarak kabul edilmektedir (125). Yapılan bir çalışmada, iş doyumunun yüksek olmasının çalışanların moralini, kendine olan güvenini, verimliliğini ve performansını arttırdığını; hastalık, gerginlik ve stres, kaygı, şikayet, işten ayrılma, işe gelmeme işe geç gelme düzeylerini azalttığını göstermektedir (45). Hemşirelerin görev tanımlarının olmayışı, meslek arkadaşları ve yönetici ilişkilerinde problemler, meslekte yükselme olanaklarının olmaması, düşük ücret gibi bazı etkenler motivasyonu ve iş tatminini olumsuz yönde etkilemekte, böylece hata riski artmaktadır (85). Mesleki doyum her iş alanı için geçerlidir. Sağlık endüstrilerinin ham maddesinin insan olması nedeniyle daha fazla dikkat ve hassasiyet gerektirir. Bu sebeple, sağlık çalışanlarında mesleki memnuniyet daha çok önem kazanmaktadır (41). Hatasız olarak çalışmasının istendiği, fedakarlık göstererek çalışan, hizmet ettiği bireylerin yaşam kalitelerini kendi iş yaşam kalitelerinden daha

üstün tutma uğraşı içerisinde olan hemşirelerin sorunlarının ve beklentilerinin önemsenmesi, hemşirelerin meslekleriyle alakalı alanlarda yetkinliklerini arttırmak amacıyla sertifika/eğitim uygulamalarına katılımlarının desteklenmesi, hemşirelerin görev tanımlarının yapılması, işin kaç kişi tarafından yapılacağı belirlenmesi, yeterli elemanın ve deneyimli personel çalıştırılmasının sağlanması, fiziki çalışma ortam koşullarının iyileştirilmesi yüksek seviyede mesleğe bağlılık duyulması konusunda önemli olacaktır (49). Mesleğe bağlılığı kuvvetli olan çalışanların işteki verimlilikleri daha fazla, işe devamsızlıkları ve yeni bir iş arama düşüncesi daha azdır. Yaptıkları işte daha dikkatli olurlar. Böylece kurumun başarısını, üretkenliğini arttırırlar (126). Başka bir deyişle çalışma yaşamındaki isteksizlik halleri, sağlık personelinin işinden tatmin olmamaya başlamasına yol açabilmekte ve mesleğe bağlılığın azalmasıyla birlikte tükenmişliği de artırabilmektedir (46). Tükenmişlik arttıkça da tıbbi hatalar artmaktadır (28). Aksu ve ark.'nın 2002 yılında yaptıkları çalışmada, işletmelerde çalışanların iş doyumunun yüksek olması durumunda kalitenin arttığını, devamsızlıkların ve iş gücü devir oranının azaldığını, işe bağlılığın arttığını dolayısıyla örgüt tarafından hedeflenen sonuçlara ulaşmayı kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (121). Mesleki örgütlere katılımın ve mesleki devamlılığın olabilmesi o meslek üyelerinin mesleğe bağlılık duygusu ile sağlanabilir (127). Mesleğini severek yapmak iş tatminini de beraberinde getirmektedir (41). Güçlü bir şekilde mesleğe bağlılık duyan çalışanlar, kabiliyet ve özelliklerini geliştirmek için çaba gösteren, kariyerini geliştirmek için emek sarf eden, mesleki hayatında ilerlemeye çalışan ve mesleğinde yapması gereken görevleri en iyi şekilde yerine getiren bireylerdir (9, 10). Mesleğine duygusal olarak bağlı kişiler, meslekte kalmayı çok kuvvetli bir şekilde arzularlar. Meslekteki olumlu tecrübeler, imkanlar ve memnuniyet arttıkça çalışanların

mesleklerine duygusal olarak bağlanmalarını da artırmaktadır. Bu bireylerin mesleki gelişmelere çok önem verdikleri, mesleki yayınları takip ettikleri, konferanslara katılarak bilimsel çalışmalarını takip ettikleri belirtilmektedir (37, 38). Mesleki deneyim, mesleki standartların belirlenmesinde ve hizmet verimliliğinin artmasında önemli yer almaktadır. Mesleki deneyim yani profesyonellik bütün mesleklerde önemlidir ama sağlık alanlarında daha çok önemli olduğu belirtilmektedir (128). Hemşirelerin kendilerini deneyimsiz görme nedenlerinin araştırdığı bir çalışmada ise hemşirelerin en fazla hemşirelik dışı görevler yapmaktan hemşirelikle ilgili görevlere yeterince zaman ayıramadıkları, kurum yöneticilerinin profesyonellik konusunda hemşireleri desteklemedikleri, mesleki uygulamalarda bağımsız rollerinin sınırlı olması gibi nedenlerden dolayı kendilerini profesyonel görmedikleri belirlenmiştir (109).

Hemşirelikte mesleki deneyim arttıkça malpraktis azalmaktadır. Hemşirelerde mesleki profesyonellik ölçütlerinden biriside mesleğe bağlılıktır (129). Numminen ve ark.'nın 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada mesleki yeterlilik, iş tecrübesi, yaş ve hemşirelik mesleğinden duyulan doyumun mesleki bağlılığı arttırdığı görülmüştür (56). Dünyada yapılan birçok çalışmada, yaş arttıkça mesleki bağlılığın da arttığı görülmektedir (52-54). Bu duruma paralel olarak çalışmalarda mesleki deneyim arttıkça birçok alanda tıbbi hata yapma eğilimlerinin azaldığı gözlenmiştir (33, 103, 128, 130). Bu bağlamda yaşa bağlı olarak mesleğe bağlılık artarken tıbbi hatalar azalmaktadır diye mantıksal olarak düşünülebilir. Blau 1998 yılındaki bir çalışmasında bireyin mesleki bağlılığı ne kadar yüksek ise, işini o kadar güçlü bir şekilde kendi işi olarak göreceğini öyle hissedeceğini öne sürmüştür (131). Kong ve ark. tarafından 2016 yılında yapılan bir çalışmada da hemşirelerde mesleki bağlılığın, algılanan hasta bakım kalitesinin ve hasta güvenliğinin yükseldiği ortaya konmuştur (132).

Hemşirelerde tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olan kişilerin mesleğini isteyerek yapan kişiler olduğu belirtilmektedir (33). Yapılan bir başka çalışmada ise, mesleğini seven hemşirenin ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları ve düşmeler ile ilgili hata yapma eğilimleri mesleğini sevmeyen hemşirelerden daha düşük olduğu bulunmuştur (103). Başka bir çalışmada da hemşirelerin meslekten memnun olma düzeyleri arttığında iletişim, ilaç ve transfüzyon uygulamalarına bağlı hataların azaldığı gözlenmiştir (133). Özata ve Altunka'nın 2010 yılında yaptıkları çalışmada mesleğini sevmeme durumu da bir tıbbi hata nedeni olarak tespit edilmiştir (23). Er 2016 yılında yaptığı bir çalışmada da hemşirelerin, mesleğini sevmemelerinin tıbbi hataya az da olsa etki eden faktörlerden biri olduğu saptanmıştır (29). Bu sonuçlar mesleğine bağlı hemşirelerin işlerini daha titiz yapmalarına ve böylece tıbbi hataların önlenmesinde önemli olacağını göstermektedir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Gümüşhane Merkez Devlet Hastanesi ile Kelkit, Şiran, Köse İlçe Devlet Hastanelerinde görev yapmakta olan hemşirelerle, Ekim 2017 - Ocak 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Gümüşhane Devlet Hastanesi diyaliz, ameliyathane, acil, yoğun bakımları (genel, 1.basamak, koroner, yenidoğan), cerrahi birimleri (genel cerrahi, ortopedi, beyin cerrahi, kbb, üroloji, göz, çocuk cerrahisi, kadın doğum, plastik cerrahi, göğüs cerrahisi, kalp damar cerrahisi) ve dahili birimleri (dahiliye, nöroloji, intaniye, cildiye, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, fizik tedavi, psikiyatri, çocuk psikiyatri, nefroloji, çocuk hastalıkları) olan 208 yataklı bir hastanedir ve 162 aktif çalışan hemşiresi bulunmaktadır. Kelkit Devlet Hastanesi diyaliz, ameliyathane, acil, yoğun bakımları (1. basamak ve 2. basamak), cerrahi birimleri (ortopedi, üroloji, göz, kbb, genel cerrahi, kadın doğum) ve dahili birimleri (dahiliye, enfeksiyon, cildiye, kardiyoloji, nöroloji, palyatif, göğüs hastalıkları, fizik tedavi, çocuk hastalıkları) olan 90 yataklı bir hastanedir ve 55 aktif çalışan hemşiresi bulunmaktadır. Şiran Devlet Hastanesi diyaliz, ameliyathane, acil, cerrahi birimleri (genel cerrahi, kadın doğum) ve dahili birimleri (dahiliye, palyatif, çocuk hastalıkları) olan 25 yataklı bir hastanedir

ve 15 aktif hemşire çalışmaktadır. Köse Devlet Hastanesi ise sadece acil birimiyle ve 5 aktif çalışan hemşiresiyle hizmet veren bir kurumdur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Sağlık Bakanlığı Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı il ve ilçelerindeki devlet hastanelerinde Ekim 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında dahili, cerrahi ve riskli (yoğun bakım, acil) birimlerinde görev yapmakta olan hemşireler oluşturmuştur (134). Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, bu birimlerde görev yapan “çalışmaya gönüllü olarak katılım” ve “hemşireye ulaşılabilme durumu (raporlu, izinli olma vb.)” esas alınarak çalışmaya gönüllü olarak katılan ve ulaşılabilen 144 hemşire ile çalışma 2019 Nisan ayında tamamlanmıştır. Ameliyathane, hemodiyaliz, kemoterapi, poliklinikler ve tanı birimlerinde çalışan hemşireler araştırmaya dahil edilmemiştir. Belirtilen birimlerin araştırmaya dahil edilmeme nedeni, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğindeki ifadelerin bu birimlere uygun olmamasıdır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma süresi, çalıştığı birim vb.) ve meslek hayatlarıyla ilgili (tıbbi hata yapma ve bu konuda eğitim alma durumları, meslekten memnun olma durumları, günlük bakım verdikleri hasta sayısı gibi) sorular oluşturmaktadır.

Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden alınan puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Araştırma verileri, Tanımlayıcı Soru Formu (EK 1), Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği (EK 2) ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (EK 3) kullanılarak toplanmıştır.

Tanımlayıcı Soru Formu (EK 1): Konu ile ilgili literatür (1, 2, 4, 135) ve benzer çalışmalar (24, 70, 73, 136-139) incelendikten sonra araştırmacı tarafından hazırlanan tanımlayıcı soru formu hemşirelerin sosyo-demografik ve hemşirelerin mesleki hayatları ile ilgili bilgileri içermektedir. Tanımlayıcı özellikler ile ilgili (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu) ile ilgili 4 soru, hemşirelerin meslek hayatları ile ilgili 10 soru (çalışma süresi, çalıştığı birim, çalışma vardiyası, haftalık nöbeti, tıbbi hata yapma durumu, tıbbi hata ile ilgili eğitim alma vb.) toplamda 14 soru bulunmaktadır.

Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği (EK 2): Hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeylerinin belirlenmesi için, 2000 yılında Lu, Chiou ve Chang tarafından geliştirilen Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği (Nursing Professional Commitment Scale–NPCS) özgün formu 26 madde ve üç alt boyuta (çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme, hedef ve değerlere inanç) sahiptir. Dörtlü Likert tipindeki ölçeğin 9 maddesi ters ifade içermektedir (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25. maddeler). Özgün çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı 0.94 bulunmuştur. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Çetinkaya, Özmen ve Temel tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Ölçeğin tümünden alınacak en düşük ve en yüksek puan 26-104 arasındadır. Alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ise, “çaba gösterme istekliliği” 13-52, “meslek üyeliğini sürdürme” 8-32, “hedef ve değerlere inanç” 5-20 puan arasındadır.

Ölçeğin tümünden ve alt boyutlarından alınan puanın artması bireylerin mesleğe bağlılıklarının yüksek olduğunu ifade eder. Çetinkaya, Özmen ve Temel tarafından 2015 yılında ölçeğin iç tutarlılığını 0.90 bulmuşlardır (139). Bu araştırmada ise ölçeğin iç tutarlılığı 0.85 bulunmuştur.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) (EK 3): Özata ve Altuncan tarafından 2010 yılında geliştirilip, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçekte hemşirelerin hasta bakımında günlük rutin olarak yerine getirdikleri faaliyetleri içeren 49 madde ve 5 alt boyut yer almaktadır. Ölçek likert tipi 5 kategoride değerlendirilir. 1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekte ilaç ve tranfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim adlı beş alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesinde puan ortalaması kullanılmaktadır ve “1” en düşük, “5” en yüksek puandır. Puan ortalaması 5’e yaklaştıkça yani yükseldikçe hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puan ortalaması 1’e yaklaştıkça yani düştükçe tıbbi hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha 0.95 olarak bulunmuştur (140). Bu araştırma da ise ölçeğin iç tutarlılığı 0.95 bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Tanımlayıcı Soru Formu, Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmacı, tüm hemşirelerin çalıştıkları birimdeki sayılarını, ulaşılabilirlik durumlarını, çalışma çizelgelerini esas alarak çalıştıkları

birime giderek verilerini toplamıştır. Araştırmaya yönelik olarak gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra çalışmaya katılma konusunda gönüllü hemşirelere form verilmiştir. Formların doldurulması 25-30 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra tablo 3.7.1.'de yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Araştırmada anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3.7.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Verilerin normallik dağılımı	- Skewness ve Kurtosis kat sayıları
İç tutarlılık	- Cronbach α katsayısı
Çapraz Tablolar	- İkili grupların karşılaştırılmasında veri normal dağılıyorsa, bağımsız gruplarda t testi, veri normal dağılmıyorsa, Mann Whitney-U testi, - Çoklu grupların karşılaştırılmasında veri normal dağılıyorsa, Varyans Analizi, veri normal dağılmıyorsa, Kruskal Wallis Analizi.
İlişkisel çıkarımlar	- Normal dağılan verilerde Pearson korelasyon analizi, normal dağılmayan verilerde Spearman korelasyon analizi
İleri analizler	Varyansların homejen olmadığı parametrik testlerde Dunnet C testi, Varyansların homejen olduğu parametrik testlerde LSD analizi, Parametrik olmayan analizlerde Mann Whitney – U analizi kullanılmıştır.

Verilerin analizinde normal dağılıma uyan ve uymayanların analizleri Tablo 3.7.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.7.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri

	N	Skewness		Kurtosis	
		İstatistik	SE.	İstatistik	SE.
İlaç ve transfüzyon uygulamaları*	144	-1.456	0.202	1.883	0.401
Hastane enfeksiyonları*	144	-1.989	0.202	6.495	0.401
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği*	144	-1.056	0.202	0.469	0.401
Düşmeler*	144	-1.476	0.202	1.735	0.401
İletişim*	144	-1.893	0.202	3.508	0.401
HTHEÖ - Toplam *	144	-1.399	0.202	2.484	0.401
Çaba gösterme istekliliği	144	-0.184	0.202	-0.292	0.401
Meslek üyeliğini sürdürme	144	-0.511	0.202	-0.324	0.401
Hedef ve değerlere inanç	144	-0.659	0.202	0.228	0.401
HMBÖ – Toplam	144	-0.16	0.202	0.071	0.401
Yaş*	144	1.388	0.202	1.404	0.401

* Normal Dağılmayan verilerdir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirlik

Araştırmada zaman sınırlılığı olduğu için araştırmacının merkezdeki hastane dışında ilçelerdeki hastanelere gitmesi ve dahili, cerrahi ve riskli (yoğun bakım, acil) birimlerinde görev yapmakta olan hemşirelere ulaşması (raporlu, izinli olma vb.)” araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca araştırma, Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Gümüşhane Merkez Devlet Hastanesi ile Kelkit, Şiran, Köse İlçe Devlet Hastanelerindeki dahili, cerrahi ve riskli (yoğun bakım, acil) birimlerinde görev

yapmakta olan hemşirelerle sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu gruplara genellenebilir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulundan etik onayı alındıktan sonra (EK 4), Sağlık Bakanlığı Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (EK 5). Hemşirelere çalışmanın amaç ve yararları açıklanmış olup sözel onamları alınmıştır. Araştırmaya katılacak hemşirelere, bireysel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda güvence verilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelere ait demografik özellikler Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=144)

Demografik Özellikler		N	%			
Cinsiyet	Kadın	133	92.4			
	Erkek	11	7.6			
Medeni Durum	Evli	67	46.5			
	Bekâr	77	53.5			
Eğitim Durumu	Lise	27	18.8			
	Ön lisans	25	17.4			
	Lisans	86	59.7			
	Yüksek Lisans ve üzeri	6	4.2			
Yaş	N	144	Min.	Max.	Ort.	SS.
		144	20.00	47.00	27.31	5.36

Hemşirelerin %92.4’ünün kadın, %53.5’inin bekar ve %59.7’sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması 27.31 ± 5.36 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Meslekleri ve Tıbbi Hata ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=144)

Meslek ve Tıbbi Hata Özellikleri	N	%	
Çalışma Süresi (yıl)	0-5	86	59.7
	6-10	34	23.6
	11-15	14	9.7
	16-20	8	5.6
	21 yıl ve üzeri	2	1.4
Çalışılan Birim	Cerrahi	23	16.0
	Dâhiliye	55	38.2
	Riskli (yoğun bakım, acil)	66	45.8
Çalışma Vardiyası	8-08	84	58.3
	8-16	52	36.1
	16-08	8	5.6
Nöbet Sayısı	Nöbet tutmuyor	51	35.4
	1	1	0.7
	2	35	24.3
	2-3	28	19.4
	3	29	20.1
Çalışma Süresi Boyunca Tıbbi Hata Yapma Durumu	Evet	30	20.8
	Hayır	114	79.2
Tıbbi Hataya Yönelik Eğitim Alma Durumu	Evet	122	84.7
	Hayır	22	15.3
Meslekten Memnuniyet Durumu	Evet	115	79.9
	Hayır	29	20.1
Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısı	1-4	34	23.6
	5-9	34	23.6
	10-14	25	17.4
	15-19	14	9.7
	20+	37	25.7

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %59.7'sinin 0-5 yıldır çalışmakta olduğu %45.8'i riskli birimlerde (yoğun bakım, acil) , %58.3'ünün 8-08 vardiyasında çalıştığı, %35.4'ünün nöbet tutmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %79.2'sinin çalışma süresince daha önce tıbbi hata yapmadığı, %84.7'sinin tıbbi hatalara yönelik eğitim aldığı, %79.9'unun mesleğinden memnun olduğu ve %25.7'sinin günlük 20 ve üzeri hastaya bakım verdiği saptanmıştır.

Hemşirelerin Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği (HMBÖ), Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin HMBÖ, HTHEÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı (N=144)

Ölçekler ve Alt Boyutları	N	Min.	Max.	Ort.	SS
Çaba gösterme istekliliği	144	21.00	52.00	37.56	7.03
Meslek üyeliğini sürdürme	144	8.00	32.00	23.35	5.83
Hedef ve değerlere inanç	144	8.00	20.00	15.32	2.67
HMBÖ Toplam	144	41.00	101.00	76.23	11.48
İlaç ve transfüzyon uygulamaları	144	3.83	5.00	4.78	0.26
Hastane enfeksiyonları	144	2.67	5.00	4.72	0.36
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	144	3.44	5.00	4.64	0.38
Düşmeler	144	3.20	5.00	4.71	0.39
İletişim	144	3.40	5.00	4.79	0.34
HTHEÖ Toplam	144	3.50	5.00	4.73	0.28

Hemşirelerin HMBÖ'nin alt boyutlarından; Çaba gösterme istekliliği alt boyutundan 37.56 ± 7.03 , meslek üyeliğini sürdürme alt boyutundan 23.35 ± 5.83 , hedef ve değerlere inanç alt boyutundan, 15.32 ± 2.67 puan aldıkları ve HMBÖ toplam puanından ise 76.23 ± 11 puan aldıkları görülmektedir. Hemşirelerin HTHEÖ'nin alt boyutlarından; ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutundan 4.78 ± 0.26 , hastane enfeksiyonları alt boyutundan 4.72 ± 0.36 , hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutundan 4.64 ± 0.38 , düşmeler alt boyutundan 4.71 ± 0.39 , iletişim alt boyutundan 4.79 ± 0.34 puan aldıkları ve HTHEÖ toplam puanının ise 4.73 ± 0.28 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile HMBÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)

Demografik Özellikler	N	Çaba		Üyelik		Hedef		HMBÖ		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Cinsiyet	Kadın	133	37.61	6.77	23.53	5.74	15.37	2.64	76.51	10.88
	Erkek	11	36.91	10.01	21.18	6.84	14.73	3.10	72.82	17.52
	Test ve anlamlılık		t=0.316 p=0.752		t=1.288 p=0.200		t=0.764 p=0.446		t=0.688 p=0.506	
Medeni Durum	Evli	67	36.37	8.05	22.70	5.91	15.00	3.08	74.07	12.73
	Bekâr	77	38.58	5.85	23.92	5.74	15.60	2.24	78.10	9.98
	Test ve anlamlılık		t=-1.901 p=0.059		t=-1.252 p=0.213		t=-1.314 p=0.191		t=-2.091 p= 0.039	
Eğitim Durumu	Lise	27	36.59	7.26	22.85	5.31	15.37	2.24	74.81	11.29
	Ön lisans	25	34.52	7.27	23.40	5.16	14.44	3.07	72.36	10.65
	Lisans	86	38.85	6.57	23.99	5.93	15.63	2.64	78.47	11.45
	Yl ve üzeri	6	36.00	8.27	16.33	5.75	14.33	2.66	66.67	7.31
	Test ve anlamlılık		F=2.905 p= 0.037		F=3.474 p= 0.018		F=1.582 p=0.196		F=3.764 p= 0.012	
Yaş Ort.SS:27.31±5.36			r=-0.091 p=0.279		r=-0.142 p=0.090		r=0.045 p=0.595		r=-0.105 p=0.210	

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, hemşirelerin cinsiyete göre HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları olan çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme, hedef ve değerlere inanç puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Hemşirelerin medeni durumuna göre HMBÖ'nin alt boyutları olan çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme, hedef ve değerlere inanç puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$), medeni durumuna göre HMBÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) ve bekar hemşirelerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları olan çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); lisans mezunlarının puanlarının yüksek lisans ve üzeri eğitim alanlarla, ön lisans ve lise mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim durumuna göre HMBÖ'nin bir alt boyutu olan hedef ve değerlere inanç puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Yaş ile çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme, hedef ve değerlere inanç ve HMBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Meslekleri ve Tıbbi Hata ile İlgili Özellikleriyle HMBÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)

Meslek ve Tıbbi Hata Özellikleri	N	Çaba		Üyelik		Hedef		HMBÖ		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Çalışma Süresi	0-5	86	38.36	6.51	23.86	5.95	15.28	2.66	77.50	11.57
	6-10	34	34.62	7.11	22.12	4.95	15.06	2.70	71.79	9.97
	11-15	14	41.00	6.23	23.21	7.92	16.50	1.99	80.71	10.16
	16-20	8	36.13	9.85	23.50	4.44	15.13	3.40	74.75	15.28
	21 yıl ve üzeri	2	34.50	7.78	23.00	4.24	14.00	4.24	71.50	7.78
	Test ve anlamlılık			F=2.937 p=0.023		F=0.542 p=0.705		F=0.900 p=0.466		F=2.261 p=0.066
Çalışılan Birim	Cerrahi	23	37.35	8.30	22.48	6.52	14.74	2.36	74.57	11.55
	Dahiliye	55	36.69	6.34	23.93	5.43	15.40	3.00	76.02	11.05
	Riskli (yoğun bakım, acil)	66	38.35	7.11	23.18	5.95	15.45	2.48	76.98	11.91
	Test ve anlamlılık			F=0.845 p=0.4326		F=0.550 p=0.578		F=0.650 p=0.524		F=0.390 p=0.677
Çalışma Vardiyası	8-08	84	37.61	6.83	23.58	5.45	15.17	2.56	76.36	11.56
	8-16	52	37.87	7.43	23.54	6.37	15.60	2.97	77.00	11.80
	16-08	8	35.00	6.74	19.75	5.70	15.13	1.73	69.88	6.69
	Test ve anlamlılık			F=0.578 p=0.562		F=1.632 p=0.199		F=0.435 p=0.648		F=1.354 p=0.261
Nöbet Sayısı	0	51	37.59	7.45	23.57	6.36	15.47	2.96	76.63	11.60
	1	1	45.00	.	32.00	.	19.00	.	96.00	.
	2	35	38.26	8.06	23.46	5.73	15.31	2.47	77.03	12.56
	2-3	28	36.18	5.02	23.46	4.54	15.14	2.73	74.79	8.77
	3	29	37.72	6.73	22.45	6.18	15.10	2.37	75.28	12.20
	Test ve anlamlılık			F=0.634 p=0.639		F=0.741 p=0.566		F=0.587 p=0.672		F=0.959 p=0.432

Tablo 4.5. Hemşirelerin Meslekleri ve Tıbbi Hata ile İlgili Özellikleriyle HMBÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)-devamı

Meslek ve Tıbbi Hata Özellikleri	N	Çaba		Üyelik		Hedef		HMBÖ		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Çalışma Süresi Boyunca Tıbbi Hata Yapma Durumu	Evet	30	36.87	6.68	24.53	4.78	15.37	2.82	76.77	11.90
	Hayır	114	37.74	7.13	23.04	6.06	15.31	2.64	76.09	11.42
	Test ve anlamlılık			t=-0.602 p=0.548	t=1.247 p=0.215	t=0.109 p=0.914	t=0.287 p=0.774			
Tıbbi Hataya Yönelik Eğitim Alma Durumu	Evet	122	37.83	7.22	23.57	5.87	15.29	2.73	76.69	11.90
	Hayır	22	36.05	5.74	22.14	5.60	15.50	2.35	73.68	8.56
	Test ve anlamlılık			t=1.096 p=0.275	t=1.064 p=0.289	t=-0.344 p=0.732	t=1.132 p=0.260			
Meslekten Memnuniyet Durumu	Evet	115	37.44	6.80	23.56	5.78	15.26	2.67	76.26	11.04
	Hayır	29	38.00	7.97	22.55	6.09	15.55	2.69	76.10	13.32
	Test ve anlamlılık			t=-0.380 p=0.705	t=0.828 p=0.409	t=-0.523 p=0.602	t=0.066 p=0.948			
Günlük Bakılan Hasta Sayısı	1-4	34	37.21	7.65	22.00	5.94	15.35	2.51	74.56	12.65
	5-9	34	37.26	6.31	24.38	6.58	15.26	3.21	76.91	10.81
	10-14	25	36.92	7.66	24.72	4.50	15.68	2.79	77.32	12.10
	15-19	14	38.29	6.47	20.71	5.64	15.29	1.27	74.29	8.24
	20+	37	38.30	7.11	23.73	5.59	15.11	2.67	77.14	11.89
	Test ve anlamlılık			F=0.223 p=0.925	F=1.864 p=0.120	F=0.173 p=0.952	F=0.417 p=0.796			

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma süresine göre HMBÖ'nin bir alt boyutu olan çaba gösterme istekliliği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); çalışma süresi 6-10 yıl olan çalışanların puanlarının, 0-5 ve 11-15 yıl olan çalışanlardan düşük olduğu görülmektedir. Hemşirelerin çalışma süresine göre meslek üyeliğini sürdürme, hedef ve değerlere inanç ve HMBÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Hemşirelerin çalışılan birim, çalışma vardiyası, nöbet sayısı, çalışma süresi boyunca tıbbi hata yapma, tıbbi hataya yönelik eğitim alma, meslekten memnuniyet durumu, günlük bakılan hasta sayısına göre HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları olan çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme, hedef ve değerlere inanç puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile HTHEÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)

Demografik Özellikler	N	İlaç		Enfeksiyon		Malzeme		Düşme		İletişim		HTHEÖ		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Cinsiyet	Kadın	133	4.78	0.26	4.71	0.37	4.63	0.39	4.70	0.40	4.78	0.34	4.72	0.28
	Erkek	11	4.83	0.30	4.89	0.20	4.81	0.28	4.80	0.25	4.84	0.37	4.83	0.23
	Test ve anlamlılık		U=572.000 p=0.220		U=471.500 p= 0.042		U=520.000 p=0.104		U=668.000 p=0.610		U=582.500 p=0.211		U=510.000 p=0.095	
Medeni Durum	Evli	67	4.79	0.27	4.75	0.31	4.68	0.36	4.75	0.34	4.79	0.32	4.75	0.25
	Bekâr	77	4.77	0.26	4.69	0.40	4.61	0.40	4.68	0.42	4.79	0.36	4.71	0.31
	Test ve anlamlılık		U=2349.500 p=0.346		U=2392.500 p=0.437		U=2334.500 p=0.316		U=2425.000 p=0.509		U=2484.000 p=0.669		U=2443.000 p=0.584	
Eğitim Durumu	Lise	27	4.76	0.32	4.76	0.34	4.67	0.45	4.74	0.41	4.84	0.30	4.75	0.31
	Önlisans	25	4.84	0.26	4.76	0.47	4.65	0.34	4.65	0.46	4.70	0.40	4.72	0.32
	Lisans	86	4.77	0.25	4.69	0.34	4.63	0.37	4.72	0.37	4.79	0.33	4.72	0.27
	Y1 ve üzeri	6	4.79	0.27	4.75	0.33	4.63	0.46	4.77	0.20	4.80	0.25	4.75	0.20
	Test ve anlamlılık		$\chi^2_{kw}=2.431$ p=0.488		$\chi^2_{kw}=3.240$ p=0.356		$\chi^2_{kw}=1.026$ p=0.795		$\chi^2_{kw}=1.477$ p=0.688		$\chi^2_{kw}=1.884$ p=0.597		$\chi^2_{kw}=1.214$ p=0.750	
Yaş Ort.SS:27.31±5.36	Test ve anlamlılık		r=0.139 p=0.097		r=0.134 p=0.109		r=0.177 p= 0.034		r=0.074 p=0.377		r=0.092 p=0.273		r=0.154 p=0.065	

Hemşirelerin cinsiyete göre HTHEÖ'nin bir alt boyutu olan hastane enfeksiyonları puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek hemşirelerin puanı daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin medeni ve eğitim durumuna göre HTHEÖ'nin alt boyutları olan ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim, HTHEÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin yaşı ile HTHEÖ'nin bir alt boyutu olan hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyli anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş arttıkça, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyut puan ortalaması da artmaktadır. Yaş ile HTHEÖ'nin alt boyutları olan ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, iletişim, HTHEÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Meslekleri ve Tıbbi Hata ile İlgili Özellikleri ile HTHEÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)

Meslek ve Tıbbi Hata Özellikleri	N	İlaç		Enfeksiyon		Malzeme		Düşme		İletişim		HTHEÖ		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Çalışma Süresi (yıl)	0-5	86	4.75	0.29	4.68	0.40	4.58	0.40	4.67	0.42	4.76	0.36	4.69	0.31
	6-10	34	4.86	0.23	4.78	0.31	4.75	0.36	4.79	0.36	4.86	0.29	4.81	0.23
	11-15	14	4.80	0.23	4.77	0.28	4.75	0.30	4.79	0.21	4.81	0.27	4.78	0.20
	16-20	8	4.84	0.20	4.79	0.23	4.69	0.32	4.65	0.33	4.75	0.41	4.75	0.22
	21 yıl ve üzeri	2	4.78	0.24	4.88	0.18	4.72	0.08	4.70	0.14	4.70	0.14	4.76	0.05
	Test ve anlamlılık		$x^2_{kw}=6.935$ p=0.139		$x^2_{kw}=2.924$ p=0.571		$x^2_{kw}=6.668$ p=0.154		$x^2_{kw}=4.394$ p=0.355		$x^2_{kw}=5.584$ p=0.232		$x^2_{kw}=5.084$ p=0.279	
Çalışılan Birim	Cerrahi	23	4.64	0.34	4.53	0.34	4.50	0.35	4.50	0.38	4.72	0.32	4.58	0.26
	Dahiliye	55	4.81	0.20	4.80	0.30	4.66	0.39	4.80	0.29	4.83	0.28	4.78	0.23
	Riskli (yoğun bakım, acil)	66	4.81	0.27	4.72	0.40	4.68	0.39	4.71	0.43	4.78	0.39	4.74	0.31
	Test ve anlamlılık		$x^2_{kw}=5.489$ p=0.064		$x^2_{kw}=13.228$ p=0.001		$x^2_{kw}=6.106$ p=0.047		$x^2_{kw}=13.092$ p=0.001		$x^2_{kw}=3.046$ p=0.218		$x^2_{kw}=10.039$ p=0.007	
Çalışma Vardiyası	8-08	84	4.79	0.26	4.72	0.36	4.65	0.35	4.69	0.42	4.75	0.35	4.72	0.29
	8-16	52	4.77	0.28	4.74	0.34	4.65	0.41	4.74	0.34	4.83	0.33	4.75	0.27
	16-08	8	4.79	0.24	4.59	0.52	4.49	0.57	4.70	0.30	4.85	0.23	4.68	0.33
	Test ve anlamlılık		$x^2_{kw}=0.091$ p=0.956		$x^2_{kw}=0.307$ p=0.858		$x^2_{kw}=0.787$ p=0.675		$x^2_{kw}=0.317$ p=0.853		$x^2_{kw}=2.834$ p=0.242		$x^2_{kw}=0.523$ p=0.770	
Nöbet Sayısı	0	51	4.79	0.26	4.76	0.32	4.68	0.37	4.76	0.33	4.87	0.26	4.77	0.23
	1	1	4.00	.	3.83	.	3.44	.	4.00	.	3.40	.	3.74	.
	2	35	4.83	0.20	4.79	0.26	4.70	0.37	4.73	0.42	4.75	0.31	4.76	0.26
	2-3	28	4.74	0.29	4.58	0.52	4.52	0.39	4.61	0.41	4.74	0.39	4.64	0.33
	3	29	4.80	0.28	4.74	0.30	4.66	0.34	4.72	0.40	4.77	0.35	4.74	0.28
	Test ve anlamlılık		$x^2_{kw}=4.957$ p=0.292		$x^2_{kw}=6.165$ p=0.187		$x^2_{kw}=8.727$ p=0.068		$x^2_{kw}=5.058$ p=0.281		$x^2_{kw}=8.006$ p=0.091		$x^2_{kw}=6.996$ p=0.136	

Tablo 4.7. Hemşirelerin Meslekleri ve Tıbbi Hata İle İlgili Özellikleriyle HTHEÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=144)-devamı

	N	İlaç		Enfeksiyon		Malzeme		Düşme		İletişim		HTHEÖ		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Çalışma Süresi Boyunca Tıbbi Hata Yapma Durumu	Evet	30	4.65	0.32	4.58	0.44	4.50	0.39	4.55	0.45	4.65	0.44	4.58	0.32
	Hayır	114	4.82	0.24	4.76	0.33	4.68	0.37	4.75	0.36	4.82	0.30	4.77	0.26
	Test ve anlamlılık		U=1094.500 p=0.002		U=1190.000 p=0.008		U=1197.500 p=0.010		U=1245.500 p=0.015		U=1273.000 p=0.016		U=1049.500 p=0.001	
Tıbbi Hataya Yönelik Eğitim Alma Durumu	Evet	122	4.78	0.27	4.71	0.37	4.63	0.39	4.71	0.39	4.79	0.34	4.72	0.29
	Hayır	22	4.82	0.25	4.78	0.29	4.73	0.31	4.70	0.39	4.75	0.31	4.76	0.23
	Test ve anlamlılık		U=1224.000 p=0.503		U=1209.000 p=0.444		U=1172.500 p=0.336		U=1297.000 p=0.790		U=1202.500 p=0.387		U=1331.000 p=0.951	
Meslekten Memnuniyet Durumu	Evet	115	4.79	0.26	4.71	0.36	4.64	0.39	4.72	0.40	4.78	0.35	4.73	0.29
	Hayır	29	4.76	0.28	4.74	0.36	4.64	0.38	4.66	0.35	4.81	0.27	4.73	0.26
	Test ve anlamlılık		U=1563.500 p=0.596		U=1487.500 p=0.352		U=1654.500 p=0.947		U=1424.500 p=0.196		U=1663.500 p=0.982		U=1603.500 p=0.749	
Günlük Bakılan Hasta Sayısı	1-4	34	4.80	0.27	4.70	0.32	4.66	0.37	4.68	0.39	4.68	0.42	4.71	0.27
	5-9	34	4.77	0.29	4.71	0.33	4.64	0.39	4.75	0.34	4.79	0.35	4.73	0.28
	10-14	25	4.78	0.19	4.72	0.32	4.56	0.40	4.60	0.49	4.82	0.25	4.70	0.28
	15-19	14	4.74	0.28	4.72	0.23	4.61	0.38	4.66	0.37	4.76	0.33	4.70	0.25
	20+	37	4.80	0.28	4.74	0.49	4.70	0.39	4.81	0.34	4.86	0.29	4.78	0.31
	Test ve anlamlılık		$\chi^2_{kw}=2.644$ p=0.619		$\chi^2_{kw}=4.770$ p=0.312		$\chi^2_{kw}=2.855$ p=0.582		$\chi^2_{kw}=4.435$ p=0.350		$\chi^2_{kw}=3.675$ p=0.452		$\chi^2_{kw}=4.543$ p=0.338	

Hemşirelerin çalışma süresi, çalışma vardiyası, nöbet sayısı, tıbbi hataya yönelik eğitim alma, meslekten memnuniyet durumu, günlük bakılan hasta sayısına göre HTHEÖ'nin alt boyutları olan ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim, HTHEÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışılan birime göre HTHEÖ'nin alt boyutları olan hastane enfeksiyonları, düşmeler ve HTHEÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışılan birime göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); Dahili birimlerde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının cerrahi biriminde çalışanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışılan birime göre HTHEÖ'nin bir alt boyutu olan hasta izlemi ve malzeme güvenliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışılan birime göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); Riskli birimde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının cerrahi birimde çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışılan birime göre HTHEÖ'nin bir alt boyutu olan ilaç ve transfüzyon uygulamaları ve iletişim alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Hemşirelerin çalışma süresi boyunca tıbbi hata yapma durumuna göre HTHEÖ'nin alt boyutları olan ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve HTHEÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışma süresi boyunca tıbbi hata yapmayan hemşirelerin puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.8. HMBÖ, HTHEÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=144)

		Çaba	Üyelik	Hedef	HMBÖ
İlaç ve transfüzyon uygulamaları	r	0.150	-0.007	0.155	0.117
	p	0.072	0.930	0.064	0.162
Hastane enfeksiyonları	r	0.118	0.056	0.209	0.159
	p	0.157	0.507	0.012	0.057
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	r	0.166	0.065	0.217	0.176
	p	0.046	0.438	0.009	0.035
Düşmeler	r	0.133	0.056	0.240	0.155
	p	0.113	0.501	0.004	0.064
İletişim	r	0.010	-0.040	0.161	0.03
	p	0.908	0.635	0.054	0.723
HTHEÖ	r	0.180	0.075	0.272	0.207
	p	0.031	0.374	0.001	0.013

Tablo 4.8’te görüldüğü gibi, çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme, hedef ve değerlere inanç ve HMBÖ toplam puanı ile ilaç ve transfüzyon uygulamaları ve iletişim alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hedef ve değerlere inanç alt boyutu puanı ile hastane enfeksiyonları alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyli anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hedef ve değerlere inanç puanı arttıkça, hastane enfeksiyonları puanı da artmaktadır.

Çaba gösterme istekliliği, hedef ve değerlere inanç alt boyutu ve HMBÖ toplam puanı ile hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyut puanı arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyli anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Çaba gösterme istekliliği,

hedef ve değerlere inanç ve HMBÖ toplam puanı arttıkça, hasta izlemi ve malzeme güvenliği puanı da artmaktadır.

Hedef ve değerlere inanç alt boyutu puanı ile düşmeler alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyli anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hedef ve değerlere inanç puanı arttıkça, düşmeler alt boyutu puanı da artmaktadır.

Çaba gösterme istekliliği, hedef ve değerlere inanç ve HMBÖ toplam puanı ile HTHEÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyli anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Çaba gösterme istekliliği, hedef ve değerlere inanç ve HMBÖ toplam puanı arttıkça, HTHEÖ toplam puanı da artmaktadır.

5. TARTIŞMA

İnsanın tıbbi gereksinimlerine istinaden ortaya çıkan profesyonel bir meslek olan hemşireliğin sağlık bakım sistemindeki rolü, gücü ve bağımsızlığı giderek artmaya devam etmektedir (97). Hemşirelerin mesleğe bağlılık durumlarının tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Mesleki bağlılık düzeyinin yüksek ya da düşük olması hemşirelerin meslekte kalmaları açısından önemli bir konudur (18). Ayrıca mesleki bağımlılığı yüksek hemşireler, çalışmalarında daha çok enerji ve özveride bulunmaktadır (141). Bu çalışmada hemşirelerin HMBÖ toplam puan ortalamasının 76.23 ± 11 , çaba gösterme istekliliği alt boyutunun puan ortalamasının 37.56 ± 7.03 , meslek üyeliğini sürdürme alt boyutunun 23.35 ± 5.83 ve hedef ve değerlere inanç alt boyutunun puan ortalamasının ise 15.32 ± 2.67 olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleğe bağlılığının orta düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak hemşirelerle yapılan birçok çalışmada da örgütsel ve mesleki bağlılıklarının düşük-orta düzeyde olduğu saptanmıştır (18, 142). Sağlık personeli ile yapılan birçok çalışmada da örgütsel ve mesleğe bağlılık düzeylerinin bu araştırma bulgusundan farklı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (143, 144). Hemşirelerin meslekten memnuniyet oranlarının yüksek (%79.9) olmasına rağmen mesleğe bağlılıklarının orta düzeyde olması, görev tanımlarının tam yapılmış olmaması ve görevleri olmayan işleri de yapmak zorunda kalmaları, yaptıkları uygulamalarda bağımsız rollerinin az olması, çalışma şartlarının zor olması, yöneticilerin ve meslektaşlarının desteğinin yetersiz

olması sayılabilir. Bu sonuç hemşirelerin çalıştığı kurum ve çalışma koşullarının mesleğe bağlılıkta önemli faktörler olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin cinsiyetinin HMB toplam puanını ve alt boyutlarını etkilemediği belirlenmiştir. Özata ve Topçu tarafından 2018 yılında yapılan bir çalışmada da bu araştırma bulgusuna benzer olarak cinsiyete göre örgütsel bağlılık puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (143). Yapılan başka çalışmalarda erkek çalışanların kadınlara oranla örgütsel bağlılık boyutlarının daha yüksek ve kadınların gerek örgütlerine olan duygusal bağlılıkları, gerekse normatif bağlılıklarının daha az olduğu görülmektedir (137, 145). Cinsiyetin mesleğe bağlılıkla ilişkisi olduğuna yönelik çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Bu araştırma sonucunda cinsiyetin mesleğe bağlılığı etkilemede önemli bir faktör olmadığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin medeni durumunun HMB'nin alt boyutlarını etkilemediği, HMB toplam puan ortalamasını etkilediği saptanmıştır. Demirel ve ark. tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada da çalışan hemşirelerin medeni durumunun çalıştıkları kuruma bağlılık durumunu etkilediği belirlenmiştir (142). Yapılan başka bir çalışmada ise medeni durumun örgütsel bağlılık puanlarını etkilemediği belirlenmiştir (143). Bekar hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bekar hemşirelerin evlilere göre evdeki rol ve sorumluluklarının daha az olmasının bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim durumuna göre HMB toplam puanı ve alt boyutları olan çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme puan

ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan bir çalışmada da eğitim durumunun hemşirelerin çalıştıkları kuruma bağlılık durumunu etkilediği görülmüştür (142). Bu araştırma bulgusundan farklı olarak yapılan bir çalışmada ise öğrenim durumuna göre örgütsel bağlılık puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (143). Eğitim ortamı, kişinin mesleğe karşı tutumunu belirleyen ve kişiliğini değiştiren güçlü bir bağlamdır (146). Bu çalışmada lisans mezunlarının puanlarının yüksek lisans ve üzeri eğitim alanlarla, ön lisans ve lise mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Lisans mezun sayısının fazla olması (n=86) bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Yaş ile HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak sağlık personeliyle yapılan bir çalışmada da yaşın örgütsel bağlılık puanlarını etkilemediği saptanmıştır (143). Yapılan bir çalışmada ise bu araştırma bulgusundan farklı olarak çalışan hemşirelerin yaşının bağlılık durumunu etkilediği görülmüştür (142). Esencan ve Özdil tarafından 2017 yılında yapılan bir çalışmada ise X kuşağı hemşirelerin Y kuşağı hemşirelerine göre mesleki bağlılıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir (147). Çalışma sonuçları bu araştırma bulgusunu hem desteklemekte olup hem de farklılıklar göstermektedir. Bu çalışmada yaşın mesleğe bağlılığı etkilemede önemli bir faktör olmadığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma süresine göre HMBÖ'nin bir alt boyutu olan çaba gösterme istekliliği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, HMBÖ toplam puanı ve diğer alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada da hizmet yılının bağlılık durumunu etkilediği saptanmıştır (142). Timurcanday

Özmen ve ark.'nın 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada da akademisyenlerin çalışma süresinin mesleğe bağlılığın bazı alt boyutlarını etkilediği belirlenmiştir (137). Hemşirelerin çalıştıkları kurumda farklı birimlerde çalışmamak için buldukları birime alışmak için daha çok çaba sarf etmelerinin bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalışılan birime göre HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Güneş ve ark. tarafından 2009 yılında yapılan bir çalışmada da yönetici personel ve yönetici olmayan personelin örgüte bağlılıkları karşılaştırılmış ve çalışmaya katılan idari personelin örgüte duygusal bağlılıklarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (145). Hemşirelerin çalıştıkları kurumda sabit bir birimde kalmak istemelerine rağmen kurum yöneticileri tarafından ara ara birim değişikliği yapmalarının bu sonuç üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin çalışma vardiyası ve nöbet sayısına göre HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Mesleğine bağlı bireyler, mesleklerini yaşamında önemli bir yerde gördükleri için çalışma düzeni mesleğe bağlılığı etkileyen bir etken olması beklenen bir durum değildir. Bu araştırmada da çalışma vardiyası ve nöbet sayısının mesleğe bağlılığı etkileyen faktörler arasında yer almadığı düşünülmektedir.

Çalışma süresi boyunca tıbbi hata yapma durumuna göre HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Tıbbi hatalar sağlık hizmeti verilen her yerde, ilaç uygulamaları ve transfüzyon esnasında, hasta izlemi ve malzeme kullanımı esnasında, hastane

enfeksiyonlarının önlenememesi, iletişim eksiklikleri ve hastaların düşmelerden korunamaması gibi hasta güvenliğini tehdit eden durumlarda ortaya çıkabilir (19). Hemşireler çalışma süresi boyunca sürekli bu durumlarla karşılaştıklarından dolayı tıbbi hata yapma durumlarının mesleğe bağlılıkları üzerinde önemli bir değişken olmadığı düşünülebilir.

Hemşirelerin tıbbi hataya yönelik eğitim alma durumuna göre HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Aynı iki yerde yapılan bir çalışmada kurum içi eğitimin Japonya da örgüte bağlılığı olumlu ancak Amerika Birleşik Devletlerinde olumsuz etkilediğini belirtmektedir (148). Bu çalışmada hizmet içi eğitimin mesleğe bağlılığı etkilemediği fakat hizmet içi eğitim programlarında mesleğe bağlılık konularına daha az önem verildiği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yarıdan fazlasının (%79.9) meslekten memnun olduğu görülmesine rağmen meslekten memnuniyet durumuna göre HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada örgütsel vatandaşlık davranış ortalama puanlarının işinden memnun olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde tüm alt boyutlar ve toplam ortalama puanda farklılıklar bulunmuştur. İşinden memnun olanların yardımseverlik, vicdanlılık, nezaket, centilmenlik, erdemlilik ve toplam ortalama puanları işinden memnun olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (149). Bu çalışmada meslekten memnuniyet durumunun mesleğe bağlılığı etkilememesinin sebebi, memnuniyetin çeşitli şartlara, farklı kurumlara veya birimlere göre değişiklik gösterebilmesi, bağlılığın ise daha ağır koşul ve daha öncelikli şartlara göre değişiklik gösterebilen bir durum olmasıdır.

Günlük bakılan hasta sayısına göre HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Günlük bakılan hasta sayısı değişkenlik gösterdiğinden mesleğe bağlılığı etkileyen faktörler arasında yer almadığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin HTHEÖ toplam puanının 4.73 ± 0.28 olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin HTHEÖ'nin alt boyutlarından; ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutundan 4.78 ± 0.26 , hastane enfeksiyonları alt boyutundan 4.72 ± 0.36 , hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutundan 4.64 ± 0.38 , düşmeler alt boyutundan 4.71 ± 0.39 , iletişim alt boyutundan 4.79 ± 0.34 puan aldıkları saptanmıştır. Hemşirelerin ölçeğin alt boyutlarına ilişkin aldıkları en yüksek puan ortalamalarının iletişim (4.79 ± 0.34) ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları (4.78 ± 0.26), en düşük puan ortalamalarının ise hasta izlemi ve malzeme güvenliği (4.64 ± 0.38) olduğu belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışma sonucunda da hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu bulunmuştur (24, 25, 27, 28, 32, 150). Bu araştırma sonucunda hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışma bulguları bu araştırma sonucuna benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin çalıştığı birimin ve çalışma süresi boyunca tıbbi hata yapma durumunun bu sonuç üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin cinsiyete göre HTHEÖ'nin bir alt boyutu olan hastane enfeksiyonları puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Erkek hemşirelerin puanı daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerle yapılan birçok çalışmada da cinsiyet açısından katılımcıların tıbbi hataya eğilim düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulgusu bu araştırma sonucuna benzerdir (25, 150). Hemşirelerle yapılan başka birçok çalışmada ise cinsiyetin tıbbi hataya eğilimi

etkilemediği belirlenmiştir (24, 26, 151). Erkek hemşirelerin bu meslekte yeni olmaları bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin medeni durumuna göre HTHEÖ'nin alt boyutları ve HTHEÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan birçok çalışmada da katılımcıların tıbbi hataya eğilim düzeyleri ile medeni durumları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (25, 103, 150-152). Medeni durumun hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini etkileyen faktörler arasında yer almadığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim durumuna göre HTHEÖ'nin alt boyutları ve HTHEÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışmada da bu araştırma bulgusuna benzer olarak eğitim düzeyi ile toplam tıbbi hataya eğilim ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (26, 32, 103). Yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin eğitim düzeyi ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutu Malzeme Güvenliği/ Hasta İzlemi arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı fark saptanmıştır (33). Ünsal ve ark. tarafından 2018 yılında yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin eğitim düzeyinin tıbbi hataya eğilim düzeyinin bir alt boyutu olan ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutunu etkilediği belirlenmiştir (150). Hem bu çalışmada hem de yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi eğitim düzeyinin farklılığından dolayı tıbbi hataya eğilim düzeyi değişkenlik göstermektedir.

Hemşirelerin yaşı arttıkça, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu puan ortalaması da artmaktadır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaş grubu ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (33). Bu araştırma bulgusundan farklı olarak yapılan birçok çalışmada ise yaş ile tıbbi hataya eğilim puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (24, 25, 150). Yaşın artmasıyla kazanılan tecrübenin bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma süresinin tıbbi hataya eğilimlerini etkilemediği saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan birçok çalışmada da meslekte çalışma süresi ile toplam puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (24, 150, 151). Yapılan bir çalışmada ise meslekte çalışma süresinin iletişim alt boyut puan ortalamasını etkilemediği, diğer alt boyutları etkilediği saptanmıştır (103). Dikmen ve ark. tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada da hemşirelerin çalışma sürelerine göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (32). Bu sonuç üzerinde hemşirelerin psikososyal özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalışma vardiyası durumunun HTHEÖ'nin alt boyutları ve HTHEÖ toplam puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan birçok çalışmada da hemşirelerin ve hekimlerin günlük çalışma saati ile toplam puanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (24, 151). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalıştığı shift durumunun düşmeler ve iletişim alt boyutlarını ve toplam tıbbi hataya eğilimi etkilediği belirlenmiştir (150). Çalışma vardiyası birimler arasında değişkenlik gösterdiğinden bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin nöbet sayısına göre HTHEÖ'nin alt boyutları ve HTHEÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak haftalık nöbet tutma sayısının hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini etkilemediği belirlenmiştir (150). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada da nöbet tutma sayısının düşmeler ve iletişim alt boyutunu etkilemediği belirlenmiştir (103). Cebeci ve ark.'nın 2012 yılında yaptıkları bir çalışmada ise hemşirelerin uzun çalışma saatleri ile toplam puanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (24). Clendon and Gibbons'ın 2015 yılında yaptıkları bir derleme çalışmasında da akut bakım hastanesinde tek vardiyada 12 saat veya daha fazla çalışan hemşirelerde hata oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (153). Yapılan başka bir çalışmada ise 8 saate kadar vardiyanın, en yüksek hata yüzdesine sahip olduğu belirlenmiştir (154). Nöbet sayısının çalışılan birimlerde farklılık göstermesi bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Hemşirelerin tıbbi hataya yönelik eğitim alma durumuna göre HTHEÖ'nin alt boyutları ve HTHEÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusuna paralel olarak hemşirelerle yapılan bir çalışmada da katılımcıların tıbbi hataya yönelik eğitim alma durumlarının tıbbi hataya eğilim düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir (78). Bu araştırma bulgusundan farklı olarak yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin tıbbi hataya yönelik eğitim alma durumlarının hem toplam tıbbi hataya eğilim düzeylerini hem de bütün alt boyutlarını etkilediği belirlenmiştir (150). Aydın ve ark. tarafından 2017 yılında yapılan bir çalışmada da hemşirelerin ilaç güvenliği eğitimi alma durumu ile ilaç hatası bilgi durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (155). Yapılan bir çalışmada ise genç hekim ve hemşirelerin üçte ikisinin bir hatanın tanınması için atılması gereken

adımlar hakkında eğitim aldıklarını, hemşirelerden önemli ölçüde daha fazla genç hekimlerin, hataların açıklanması konusunda eğitim aldıkları, ancak daha fazla sayıda genç hemşirenin, hata raporlama prosedürleri konusunda eğitim aldıkları belirlenmiştir (156). Ayrıca kanıta dayalı sonuçların, pediatrik hemşirelerin farmakoloji konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermektedir (157). Hemşirelikte aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve terminal dönemdeki hastalarla çalışma ve özellikle vardiya sistemi gibi zor koşullarda çalışma, hemşirelik girişimleri sırasında hata yapma oranını arttırabilir (19). Tüm bu etkenlerin bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışılan birime göre HTHEÖ'nin alt boyutları olan hastane enfeksiyonları, düşmeler, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve HTHEÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Dahiliye biriminde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının cerrahi biriminde çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak hemşirelerle yapılan bir çalışmada da katılımcıların çalıştığı kliniklere göre tıbbi hataya eğilim puanlarının etkilendiği saptanmıştır (32). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalıştığı birim ile ilaç ve transfüzyon uygulamaları ve hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu puan ortalamalarını etkilemediği, hastane enfeksiyonları, iletişim ve düşmeler alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir (103). Dahili birimlerde yapılan uygulamaların ve kullanılan malzemelerin daha fazla olması bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Hemşirelerin çalışma süresi boyunca tıbbi hata yapma durumuna göre HTHEÖ'nin alt boyutları olan ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim ve HTHEÖ

toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Çalışma süresi boyunca tıbbi hata yapmayan hemşirelerin puanı daha yüksek bulunmuştur. Blegen et al. tarafından 2004 yılında yapılan bir çalışmada da yoğun bakım ünitelerinde tıbbi-cerrahi birimlere kıyasla daha az raporlama tespit edilmiştir (158). Hemşirelerin ilaç hataları konusundaki farkındalıkları ve bilgi birikimlerinin bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin meslekten memnuniyet durumunun tıbbi hataya eğilimlerini etkilemediği saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak hemşirelerin çalışma ortamından memnun olma durumu ile mesleğini sevme durumunun tıbbi hataya eğilimlerini etkilemediği belirlenmiştir (103, 150). Meslekten memnun olmayı, sarf edilen emeğin maddi karşılığını alma, kurum içindeki arkadaşlar ve yöneticiler ile iletişim, çalışılan ortam gibi etkileyen birden çok faktör olabilir. Hemşirelerin bu gibi faktörlerden olumsuz yönde etkilenmediği ve meslekten memnun oldukları görülmektedir. Tıbbi hataya yol açan durumlar bu faktörlerden farklı olduğu için meslekten memnuniyet durumu tıbbi hatayı etkilememiş olabilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çaba gösterme istekliliği, hedef ve değerlere inanç ve HMBÖ toplam puanı ile HTHEÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyli anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çaba gösterme istekliliği, hedef ve değerlere inanç ve HMBÖ toplam puanı arttıkça HTHEÖ toplam puanı da artmaktadır. Yapılan bir çalışmada da hemşireler arasında çeşitli iletişim faktörleri, yönetim ve ilaç hataları ile örgütsel konular arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (159). Kiegaldie et al. tarafından 2016 yılında yapılan bir çalışmada ise genç hemşirelerin genel olarak genç hekimlere göre tıbbi hatayı sağlık hizmetlerinde en ciddi sorunlardan biri olarak görme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (156).

Yapılan bir çalışmada da tıbbi hataları önlemede hastane örgütsel faktörlerinin önemi vurgulanmaktadır (151). Bu araştırmada hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeyleri arttıkça tıbbi hata yapma eğilimleri düşmektedir. Hemşirelerin mesleklerini toplumda en iyi şekilde icra etmeleri, yaptıkları uygulamalarda etik ilkeleri gözetmeleri, hastayla en çok iletişim ve etkileşim içinde olmaları, mesleğe bağlı olmaları empatik davranma yeteneklerini de arttırmakta ve uygulamalarında daha dikkatli olmalarını sağlamaktadır. Mesleğe bağlı bireyler mesleğinde bir eksiklik veya yanlış tahammül edemezler ve bundan dolayı işlerinden ayrılmak istemezler. Mesleğe güçlü bir şekilde bağlılık duyan hemşireler, kabiliyet ve özelliklerini geliştirmek için çaba gösteren, kariyerini geliştirmek için emek sarf eden, mesleki hayatında ilerlemeye çalışan ve mesleğinde yapması gereken görevleri en iyi şekilde yerine getiren bireylerdir (9, 10). Tüm bu nitelikler hemşirenin mesleğini icra ederken tıbbi hata yapmasını engelleyecektir. Tüm bunların yanı sıra ülkemizde hemşirelik hizmetlerinde meslekleşme süreci tamamlandığında oluşacak tıbbi hatalarda gerileme olacağı bildirilmektedir (94, 97). Hemşirelerin mesleğe bağlılık durumları tıbbi hata yapma eğilimlerini pozitif yönde etkilemiştir. Bu sonuç araştırma sorusunu desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gümüşhane ili ve ilçelerindeki devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin mesleğe bağlılık durumunun tıbbi hata yapma eğilimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma sonuçlarına göre;

- Hemşirelerin çoğunluğunun (%79.9) meslekten memnun olduğu, yarısından fazlasının çalışma süresi boyunca tıbbi hata yapmadığı saptanmıştır.
- Hemşirelerin HMBÖ toplam puan ortalamasının 76.23 ± 11 ve mesleğe bağlılığın orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin HTHEÖ toplam puan ortalamasının 4.73 ± 0.28 olduğu ve tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin bekar olması, lisans mezunu olmaları, çalışma süresinin 0-5 yıl ve 11-15 yıl olması hemşirelikte mesleğe bağlılık toplam puanını ve bazı alt boyutlarını olumlu olarak etkilediği belirlenmiştir.
- Hemşirelerin yaşı arttıkça, dahili veya riskli birimde çalışıyor olmaları, çalışma süresi boyunca tıbbi hata yapmamış olmaları hemşirelikte tıbbi hata yapma eğilimi toplam puanını ve bazı alt boyutlarını etkilediği bulunmuştur.
- Hemşirelerin mesleğe bağlılığının artmasıyla tıbbi hata yapma eğilimlerinin azaldığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin mesleki değerlerinin öne çıkarılması ve medya yoluyla yayının yapılması
- Hemşirelerin mesleklerinde profesyonelleşmesi ve yetkinliklerini artırmak için sertifika/eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu konuda sağlık politikalarının oluşturulması
- Hemşirelik mesleğinin değerleri ve önemi hemşirelik eğitimi yıllarından başlanarak aşılması
- Hemşirelerin bilgi, beceri, iletişim yeteneklerini arttıracak ve onları güdüleyecek, işi çekici bulmalarını sağlayacak hizmet içi eğitimlerin verilmesi
- Sağlık bakım sisteminin karmaşık yapısı konusunda yeni düzenlemeler için politikalar geliştirilmesi
- Hemşirelerin çalışma ortamı koşullarının ve çalışma şartlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karagözoğlu, Ş. (2006). Bilim, Bilimsel Araştırma Süreci ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(2), 64-71.
2. Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: Mattek Yayıncılık, 37-48.
3. Birol, L. (2011). *Hemşirelik Süreci*. İzmir: Dumat Ofset Matbaacılık, 94-386.
4. Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A., Doğan, N. (2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 1(1), 5-11.
5. Türk Dil Kurumu (TDK). Meslek tanımı.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c236a25375997.93438895 Erişim tarihi: 13 Eylül 2018,
6. Karadağ, A. (2002). Meslek Olarak Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 1-8.
7. Uyer, G. (1992). *Hemşireliğe Genel Bakış*. Ankara: Hürbilek Matbaacılık, 7-11.
8. Jafaragae, F., Parvizy, S., Mehrdad, N., Rafii, F. (2012). Concept Analysis of Professional Commitment in Iranian Nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 17(7), 472-479.
9. Meyer, J.P., Allen, N.J., Smith, C.A. (1993). Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-Component Conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538-551.

10. Lee, K., Carswell, J.J., Allen, N.J. (2000). A Meta-Analytic Review of Occupational Commitment: Relations With Person-and Work-Related Variables. *Journal of Applied Psychology*, 85(5), 799-811.
11. Waugaman, W.R., Lohrer, D.J. (2000). From Nurse to Nurse Anesthetist: The Influence of Age and Gender on Professional Socialization and Career Commitment of Advanced Practice Nurses. *J Prof Nurs*, 16(1), 47-56.
12. Lachman, R., Aranya, N. (1986). Evaluation of Alternative Models of Commitments and Job Attitudes of Professionals. *Journal of Occupational Behaviour*, 7(3), 227-243.
13. Morrow, P.C., Wirth, R.E. (1989). Work Commitment Among Salaried Professionals. *Journal of Vocational Behavior*, 34(1), 40-56.
14. Vandenberg, R.J, Scarpello, V. (1994). A Longitudinal Assessment of The Determinant Relationship Between Employee Commitments to The Occupation and The Organization. *Journal of Organizational Behavior*, 15(6), 535-547.
15. Wang, L., Tao, H., Ellenbecker, C.H., Liu, X. (2011). Job Satisfaction, Occupational Commitment and Intent to Stay Among Chinese Nurses: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 539-549.
16. Aslan, Ş. (2008). Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Örgütsel Bağlılık ve Mesleğe Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Araştırılması. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(2), 163-178.

17. Benligiray, S., Sönmez, H. (2011). Hemşirelerin Mesleki Bağlılıkları ile Diğer Bağlılık Formları Arasındaki İlişki: Örgüte Bağlılık, İşe Bağlılık ve Aileye Bağlılık. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(1), 28-40.
18. Haydari, S.M., Kocaman, G., Aluş Tokat, M. (2016). Farklı Kuşaklardaki Hemşirelerin İşten ve Meslekten Ayrılma Niyetleri ile Örgütsel ve Mesleki Bağlılıklarının İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 119-131.
19. Demir Zencirci, A. (2010). Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1), 67-74.
20. Akalın, H.E. (2007). Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. *İyi Klinik Uygulamalar Dergisi*, cilt:17, 32-35.
21. Dreisinger, N, Zapolsky, N. (2017). Ethics in the Pediatric Emergency Department: When Mistakes Happen an Approach to the Process, Evaluation, and Response to Medical Errors. *Pediatr Emer Care*, vol:33, 128–131.
22. Alcan, Z., Eren Tekin, D., Özbucak Civil, S. (2012). *Hasta Güvenliği. Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü*. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 1-216.
23. 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.
24. Cebeci, F., Gürsoy, E., Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.

25. Öztürk, Y.E., Özata, M. (2013). Hemşirelerde Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 18(3), 365-381.
26. Işık Andsoy, I., Kar, G., Öztürk, Ö. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerine Yönelik Bir Çalışma. *Journal of Health Sciences and Professions*, 1(1), 17-27.
27. Seren İntepeler, İ., Soydemir, D., Güleç, D. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 1-18.
28. Karakurt, P., Hacıhasanoğlu Aşılar, R., Yıldırım, A. (2017). Relationship Between Burnout Levels of Nurses and Their Tendency to Make Medical Errors. *Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi Bildiri Kitabı*, İzmir, 158.
29. Er, F., Altuntaş, S. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 132-139.
30. Akgün Şahin, Z., Kardeş Özdemir, F. (2015). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 210-214.
31. Ertem, G., Oksel, E., Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1), 1-10.

32. Demir Dikmen, Y., Yorgun, S., Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 44–56.
33. Solak Kabataş, M., Sevinç, F., Sav, D. (2015). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 59-74.
34. Sencan, N., Yeğenoğlu, S., Aydın, B. (2013). Sağlık Çalışanları ve Eczacılar Üzerinde Yapılan İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Araştırmaları. *Marmara Eczacılık Dergisi*, 17, 104-112.
35. Greenhaus, J.H. (1971). An Investigation of the Role of Career Salience in Vocational Behavior. *Journal of Vocational Behavior*, 209-216.
36. Morrow, P.C. (1983). Concept Redundancy in Organizational Research: The Case of Work Commitment. *Academy of Management Review*, 8(3), 486-500.
37. Allen, N.J., Meyer, J.P. (1993). Organizational Commitment: Evidence of Career Stage Effects? *J Busn Res*, vol:26, 49-61.
38. Blau, G. (2001). On Assessing The Construct Validity of Two Multidimensional Constructs: Occupational Commitment and Occupational Entrenchment. *Human Resource Management Review*, vol:11, 279-298.
39. Blau, G. (2003). Testing For a Four-Dimensional Structure of Occupational Commitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol:76, 469– 488.

40. Nal, M., Nal, B. (2018). Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 31-140.
41. Arcak, R., Kasımoğlu, E. (2006). Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 33(1), 23-30.
42. İnce, S. (2005). *Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde Çalışanların İş Doyum Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
43. Teng, C., Dai, Y.T., Shyu, Y.I.L., Wong, M.K., Chu, T.L., Tsai, Y.H. (2009). Professional Commitment, Patient Safety, and Patient-Perceived Care Quality. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 301–309.
44. Çetin, M., Cihangiroğlu, N., Türk, Y.Z. (2010). Bir Grup Eczacının Mesleki Bağlılık Algılarının İncelenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 3(3), 125-130.
45. Gedik, T., Akyüz, K.C., Batu, C. (2009). Orman Endüstri İşletmelerinde Yönetici İş Tatmin Düzeyinin Belirlenmesi (Düzce İli Örneği). *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 9(1), 1-11.
46. Gürsoy, N. (2013). *Hastane Çalışanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Durumlarının Aile Yaşamına Etkisi: Kurum Ev İdaresi Personeli Üzerine Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

47. Keser, A. (2006). Çağrı Merkezi Çalışanlarında İş Yükü Düzeyi İle İş Doyumu İlişkisinin Araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 100-119.
48. Yazıcı Altuntaş, S. (2014). İş Doyumu ve İşten Ayrılma Niyeti. İçinde: *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*. Ed: Tatar Baykal, Ü., Ercan Türkmen, E. İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 639-652.
49. Demir, S. (2016). *Hemşirelerde İş Doyumuna Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
50. Özgen, H., Öztürk, A., Yalçın, A. (2002). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Adana: Nobel Kitabevi, 330.
51. Herzberg, F. (1974). Motivation Hygiene Profiles. *Organizational Dynamics*, 3(2), 18-29.
52. Özaltın, H., Kaya, S., Demir, C., Özer, M. (2002). Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görev Yapan Muvazzaf Tabiplerinin İş Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 44(4), 423-427.
53. Okpara, J.O. (2006). The Relationship of Personal Characteristics and Job Satisfaction: A Study of Nigerian Managers in the Oil Industry. *The Journal Of American Academy Of Business*, 10(1), 49-58.
54. Porter, C.A., Kolcaba, K., McNulty, S.R., Fitzpatrick, J.J. (2010). The Effect of a Nursing Labor Management Partnership on Nurse Turnover and Satisfaction. *The Journal of Nursing Administration*, 40(5), 205-210.

55. Erigüç, G. (2000). Sağlık Personelinin Kişisel Özelliklerine Göre İş Doyumu Üzerine Bir İnceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(3), 7-39.
56. Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., Meretoja, R. (2015). Newly Graduated Nurses' Occupational Commitment And its Associations with Professional Competence and Work-Related Factors. *Journal of Clinical Nursing*, vol:25, 117-126.
57. Baysal, A.C. (1981). *Sosyal ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar*. İstanbul: Yalçın Ofset Matbaası, 193.
58. Sevimli, F., İşcan, Ö.F. (2005). Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 5(1), 55-64.
59. Ulusoy, T. (1993). *İşletmelerde İş Tatmini ve Karşılaştırmalı Bir Uygulama Araştırması*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
60. Erdoğan, İ. (1996). *İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış*. İstanbul: İşletme Fakültesi Yayınları, 231-255.
61. Feldman, C.D., Arnold, J.H. (1983). *Managing Individual and Group Behaviour In Organizations*. New York: Mc. Graw-Hill International Book Company, 19-192.
62. Çetinkaya, A., Özbaşaran, F. (2004). Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Doyumu Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20(1), 57-76.
63. İncir, G. (1990). *Çalışanların İş Doyumu Üzerine Bir İnceleme*. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 30-34.

64. Başaran, İ.E. (1991). *Örgütsel Davranış-İnsanın Üretim Gücü*. Ankara: Gül Yayınevi, 203-208.
65. Demir, N. (2007). *Örgüt Kültürü ve İş Tatmini*. İstanbul: Türkmen Kitapevi, 93-113.
66. Gül, H. (2003). Davranışsal Bağlılık Yaklaşımı ve Değerlendirmesi. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 10(1), 73-83.
67. Applebaum, D., Fowler, S., Fiedler, N., Osinubi, O., Robson, M. (2010). The Impact of Environmental Factors on Nursing Stress, Job Satisfaction, and Turnover Intention. *The Journal of Nursing Administration*, 40(0), 323–328.
68. Karlıdağ, R., Ünal, S., Yoloğlu, S. (2000). Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 49-57.
69. Eren, E. (1993). *Yönetim Psikolojisi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım, 193-199.
70. Karataş, M., Yakıncı, C. (2010). Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 233-236.
71. Türk Dil Kurumu (TDK). Malpraktis tanımı.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.
GTS.51eed57134d266.45603899 Erişim tarihi: 09 Mayıs 2018,
72. Metin, B. (2018). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata (Malpraktis). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 76-78.

73. Seren İntepeler, S., Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 129-135.
74. Onganer, E., Bozkurt, B., Kılıç, M. (2014). Hastalar İçin Hasta Güvenliği. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 25(2), 171-174.
75. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). Errors in Health Care: A Leading Cause of Death and Injury. Ed: Kohn LT., Corrigan JM., Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: Institute of Medicine National Academy Press, 26-48.
76. Özer, Ö., Taştan, K., Set, T., Çayır, Y., Şener, M.T. (2015). Tıbbi Hatalı Uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(3), 394-397.
77. Aştı, T., Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 22-27.
78. Polat Külcü, D., Yiğit, R. (2017). Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 34-40.
79. Uzun, Ş., Arslan, F. (2008). İlaç Uygulama Hataları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 28(2), 217-222.
80. Aygin, D., Cengiz, H. (2011). İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 45(3), 110-114.

81. Tosun, H. (2014). İlaç Yönetimi. İçinde: *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, cilt 2. Ed: Atabek Aştı, T., Karadağ, A. İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 727-766.
82. Vural, H. (2014). İlaç Hataları. İçinde: *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, cilt 2. Ed: Atabek Aştı, T., Karadağ, A. İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 869-882.
83. Çırpı, F., Doğan Merih, Y., Yaşar Kocabey, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-34.
84. Çavuşoğlu, H. (2015). Çocuklarda İlaç Uygulama Hataları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 7(2), 121-127.
85. Kuşuoğlu, S., Çevener, Ç., Kürtüncü Tanır, M., Aktaş, E. (2009). İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki ve Yasal Sorumluluğu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 87-93.
86. Özden, D. (2014). Hasta Güvenliği. İçinde: *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, cilt 1. Ed: Atabek Aştı, T., Karadağ, A. İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 262-287.
87. Krauss, M.J., Evanoff, B., Hitcho, E., Ngugi, K.E., Dunagan, W.C., Fischer, I., et al. (2005). A Case-Control Study of Patient, Medication, and Care-Related Risk Factors for Inpatient Falls. *Journal of General Internal Medicine*, vol:20, 116–122.

88. Mülâyim, Y., Seren İntepeler, Ş. (2011). Bir Üniversite Hastanesinde Düşmelerin Sıklığı ve Kök Neden Analizi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(3), 21-34.
89. Başak, T., Açıksöz, S. (2014). Kan Transfüzyonu Uygulaması. İçinde: *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, cilt 1. Ed: Atabek Aştı T., Karadağ A. İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 854-867.
90. Akça Ay, F. (2008). İlaç uygulamaları. İçinde: *Temel hemşirelik. Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, Ed: Akça Ay F. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 309-392.
91. Zor Savan, S. (2008). Enfeksiyon Kontrolü. İçinde: *Temel hemşirelik. Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, Ed: Akça Ay, F. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 151-182.
92. Karabacak, Ü., (2014). Enfeksiyonu Önleme ve Kontrol. İçinde: *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, cilt 1. Ed: Atabek Aştı, T., Karadağ, A. İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 410-439.
93. Özçetin, M., Ulaş Saz, E., Karapınar, B., Özen, S., Aydemir, Ş., Vardar, F. (2009) Hastane Enfeksiyonları; Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Çocuk Enfeksiyonları Dergisi*, cilt:3, 49-53.
94. Türk Tabipleri Birliği. (2010). *Füsun Sayek TTB Raporları, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*. Ankara: TTB Yayınları. (2011).
95. Türk Dil Kurumu (TDK) İletişim tanımı.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c2ca8e0c6b7c2.40986862 Erişim tarihi: 11 Aralık 2018,

96. Ünal, S., (2014). İletişim. İçinde: *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, cilt 1. Ed: Atabek Aştı, T., Karadağ, A. İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 245-259.
97. Çetinkaya, P. (2016). *Hemşirelikte Tıbbi Uygulama Hataları ve Hukuki Sonuçları*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 21-225.
98. Arda, H., Ertem, M., Baran, G., Durgun, Y. (2007). Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59) 68-74.
99. Şahin, N. (2012). Hemşire ve Ebeler Açısından Jinekoloj ve Obstetrikte Karşılaşılan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım. 2. *Tıp Hukuku Günleri: Adli Obstetrik ve Jinekoloji*. Ed: Koç S., Can M. İstanbul: TTB Yayınları, 25-29.
100. Aslan, Ö., Ünal, Ç. (2005). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*, cilt:47, 175-178.
101. Torres, S.L. (2009). *Impact of Hand-off Communication on Fall Reduction in an Inpatient Setting*. Doktora Tezi, Capella Üniversitesi, Minneapolis/ABD.
102. Rowley, M., Carson, D., Cottrell, S. et al. (2011). National Comparative Audit of Blood Transfusion 2011 Reaudit Of Bedside Transfusion Practice. *National Health Service*. Blood and Transplant.
103. Alan, N., Khorshid, L. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1), 1-18.

104. Giordano, K. (2003). Examining Nursing Malpractice: A Defense Attorney's Perspective. *Critical Care Nurse*, 23(2), 104-107.
105. Savaş, H. (2013). *Tıbbi Müdahale Hataları*. 3. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
106. Cebeci, F. (2010). Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerinin Rolü. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(1), 57-63.
107. Ersun, A., Başbakkal, Z., Yardımcı, F., Muslu, G., Beytut, D. (2013). Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 33-45.
108. Bayındır Çevik, A., Demirci, A., Güven, Z. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Eğitim Sırasında Yaptıkları İlaç Uygulama Hataları ve Tıbbi Hata Farkındalıkları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 152-159.
109. İşçi, N. (2015). *Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
110. Temel, M. (2005). Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis, *Hemşirelik Forum Dergisi*, cilt:3, 84-90.
111. Avcı, K., Aktan, T. (2015). Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 48-54.
112. Polat, O., Pakiş, I. (2011). Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 119-125.
113. Akalın, E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-146.

114. Bodur, S., Filiz, E., Durduran, Y. (2011). Sağlık Personeli ve Toplumun Tıbbi Hatalar ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 21(4), 123-130.
115. Şen, S., Er, S., Sevil, Ü. (2009). Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı*, cilt 2. Ed: Kırılmaz, H. Ankara: Turunç Matbaacılık, 24-32.
116. Çoltu, A. (2012). Tıbbi Uygulama Hataları. 1. *Tıp Hukuku Günleri: Tıbbi Uygulama Hataları*. Ed: Koç, S. İstanbul: TTB Yayınları, 24-33.
117. Karahan, N. (2012). Hemşirelik ve Ebelikte Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Karşılaşılan Sorunlar. 2. *Tıp Hukuku Günleri: Adli Obstetrik ve Jinekoloji*. Ed: Koç, S., Can, M. İstanbul: TTB Yayınları, 83-91.
118. Deryal, Y. (2014). *Sağlık Hukuku Rehberi*. Ankara: Adalet Yayınevi.
119. International Council of Nurses. ICN Position Statement on Patient Safety. Adopted 2002 www.icn.ch
120. International Council of Nurses (ICN). (2006). Why is safe staffing important? Safe Staffing Saves Lives. International Nurses Day, Information and Action Tool Kit. 1st ed. Geneva: *ICN International Council of Nurses*; 9-12.
121. Aksu, G., Acuner, A., Tabak, R. (2002). Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı Yöneticilerinin İş Tatminine Yönelik Bir Araştırma (Ankara Örneği), *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 55(4), 271-282.
122. Derin, N., Şimşek İlkım, N., Yayan, H. (2017). Hemşirelerde Mesleki Bağlılığın Mesleki Prestijle Açıklanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 24-37.

123. Robbins, S.P. (1991). *Organizational Behavior: Concepts, Controversies and Applications*. V. Editions, Prentice-Hall, *New Jersey*, 196.
124. Yıldırım, G., Kadiođlu, S. (2007). Etik ve Tıp Etiđi Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*, 29(2), 7-12.
125. Pektekin, Ç. (1998). Vazgeçilmez Sağlık Elemanı Olarak Hemşire. *Hemşirelik Forumu*, 1(2), 74-78.
126. Öztürk, A., Özdemir, F. (2003). İşletmelerde Personel Güçlendirmeye Dayalı İş Doyumunun Artırılması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi Dergisi*, 17(1-2), 189-202.
127. Çöl, G. (2004). Örgütsel Bağlılık Kavramı ve Benzer Kavramlarla İlişkisi. *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 6(2), 4-12.
128. Özakar Akça, S., Aydın, Z. (2016). Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımlarına İlişkin Farkındalıkları. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(4), 319-326
129. Karadağ, A., Hisar, F., Özhan Elbaş, N. (2004). Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, cilt:7, 14-22.
130. Özyiğit, F., Küçük, A., Arıkan, İ., Altuntaş, Ö., Kumbasar, H., Fener, S., Kahraman, B. (2014). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımına Yönelik Tutumları. *Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Bülteni*, 168-171.
131. Blau, G., Lunz, M. (1998). Testing the Incremental Effect of Professional Commitment on Intent to Leave One's Profession Beyond the Effects of External,

- Personal, and Work-Related Variables. *Journal Of Vocational Behavior*, vol:52, 260-269.
132. Kong, L., Chen, X., Shen, S., Li, G., Gao, Q., Zhu, N. et al. (2016). Professional Commitment and Attributional Style of Medical-College Nursing Students in China: A Cross-Sectional Study. *Nurse Educational Today*, vol:40, 154-160.
133. Özata, M. (2009). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Hasta Bakımında Gösterdikleri Özenin Belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 12(1-2), 417-430.
134. Karasar, N. (2000). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. (10. Basım). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
135. Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*, Ankara, 411-422.
136. Ünal, A. (2008). *Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Dışı Birimlerde İstihdamı ve Nedenlerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
137. Timurcanday Özmen, Ö., Süral Özer, P., Saatçioğlu, Ö.Y. (2005). Akademisyenlerde Örgütsel ve Mesleki Bağlılığın İncelenmesine İlişkin Bir Örnek Araştırma. *İşletme Fakültesi Dergisi*, 6(2), 1-14.
138. 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), 161-199.

139. Çetinkaya, A., Özmen, D., Bayık Temel, A. (2015). Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 54-60.
140. Özata, M., Altuncan, H. (2010). Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması. İçinde: *T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, Cilt 1*, Ed: Kırılmaz, H. Ankara, 415-431.
141. García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., Martínez-Zaragoza, F. (2017). Engagement of Nurses in Their Profession. Qualitative Study on Engagement. *Clinical Nursing*, 27(3), 153-162.
142. Demirel, Y., Öz, B.F., Yıldırım, G. (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kurumlarına Bağlılıklarının Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 21(2), 92-100.
143. Özata, M., Topçu, T. (2018). Sağlık Personelinde Motivasyon ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Araştırılması: Bandırma Devlet Hastanesi Örneği. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 17-24.
144. Göktepe, N., Baykal, Ü. (2012). Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutumları ile Hastanelerin Örgütsel ve Yönetmel Yapılarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 6-22.
145. Güneş, İ., Bayraktaroğlu, S., Özen Kutanis, R. (2009). Çalışanların Örgütsel Bağlılık ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki: Bir Devlet Üniversitesi

Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(3), 481-497.

146. Kostromina, S. (2015). Actualization of Future Medical Staff Personality Potential at the Stage of Mastering their Profession. *Socialand Behavioral Sciences*, vol:171, 1194 -1203.
147. Esencan, T.Y., Özdil, H. (2017). X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Mesleki Bağlılıklarının Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 91-104.
148. Duygulu, S., Abaan, S. (2007). Örgütsel Bağlılık: Çalışanların Kurumda Kalma ya da Kurumdan Ayrılma Kararının Bir Belirleyicisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 14(2), 61-73.
149. İşsever H., Söyük S., Şengün H. (2016). Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Örgütsel Vatandaşlık Davranışı. *Nobel Medicus*, 12(3), 29-38.
150. Ünsal, A., Karakurt, P., Sökmen, S., Köse Tuncer, S., Sarıkaya, Ö. (2018). *Examination of the Trends of Malpractice of Nurse By Some Variables. Taras Shevchenko 1st International Congress On Social Sciences. The Book of Full Texts*, 117-127. ISBN 978-605-7510-13-6.
151. Tsiga, E., Panagopoulou, E., Montgomery, A. (2017). Examiningthe Link Between Burnout and Medical Error: A Checklist Approach. *Burnout Research*, vol:6, 1-8.
152. Özçelik, H., Onar, S. (2015). Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Tıbbi Hataya Eğilimleri ve Etkileyen

Faktörlerin Belirlenmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. *UHOK 2015 Bildiri Kitabı*, Melikşah Üniversitesi, Kayseri, 335.

153. Clendon, J., Gibbons, V. (2015). 12 h Shifts and Rates of Error Among Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1231-1242.
154. Dorrian, J., Lamond, N., van den Heuvel, C., Pincombe, J., Rogers, A.E., Dawson, D. (2006). A Pilot Study of the Safety Implications of Australian Nurses' Sleep and Work Hours. *The Journal of Biological and Medical Rhythm Research*, 23(6), 1149-1163.
155. Aydın, S.S., Akın, S., Işıl, Ö. (2017). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin İlaç Hatası Bilgi Düzeyi ve İlaç Hatalarının Raporlanması ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 14-24.
156. Kiegaldie, D., Pryor, E., Marshall, S., Everard, D., Iedema, R., Craig, S., Gilbee, A. (2016). Junior Doctors and Nurses' Views and Experiences of Medical Error: Moving Toward Shared Learning and Responsibility. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, vol:4, 21-27.
157. Lan, Y.H., Wang, K.W.K., Yu, S., Chen, I.J., Wu, H.F., Tang, F.I. (2014). Medication errors in pediatric nursing: Assessment of nurses' knowledge and analysis of the consequences of errors. *Nurse Education Today*, 34(5), 821-828.
158. Blegen, A.M., Vaughn, T., Pepper, G., Vojir, C., Stratton, K., Boyd, M. et al. (2004). Patient and Staff Safety: Voluntary Reporting. *American Journal of Medical Quality*, 9(2), 67-73.

159. Zaree, T.Y., Nazari, J., Jafarabadi, M.A., Alinia, T. (2018). Impact of Psychosocial Factors on Occurrence of Medication Errors among Tehran Public Hospitals Nurses by Evaluating the Balance between Effort and Reward. *Safety and Health at Work*, 9(4), 447-453.



EKLER

EK 1: Tanımlayıcı Soru Formu

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3-Medeni durumunuz: () Evli () Bekar

4-Eğitim durumu: () Lise () Önlisans () Lisans () Yüksek Lisans ve
Üzeri

5-Çalışma süresiniz: () 0-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 16-20 yıl () 21
yıl ve üzeri

6- Çalıştığınız birim:

8-Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz? () 08-16 () 16-08 () 08-08

10- Haftalık nöbet sayınız:

11-Çalışma hayatınız boyunca hiç tıbbi hata yaptınız mı? () Evet () Hayır

12-Tıbbi hataları önlemeye yönelik eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır

13-Çalışma ortamınızdan memnun musunuz? () Evet () Hayır

14-Günlük bakım verdiğiniz hasta sayısı nedir? () 1-4 () 5-9 () 10-14

() 15-19 () 20 ve üzeri

EK 2: Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği (HMBÖ)

Aşağıda mesleğe bağlılık hakkında 26 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra size ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan sizin meslek hakkındaki görüşünüzdür. Her ifade için 4 seçenek söz konusudur. Seçenekler arasında doğru-yanlış ifade yoktur. Bu nedenle size en çok uyan seçeneğe “X” işareti koyunuz. Her ifade için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Karasızlığa düşerseniz ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her ifadeyi cevapladığınızdan emin olunuz.

Mesleğe Bağlılık İle İlgili İfadeler	Hiç katılmıyorum				Tamamen katılıyorum			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Hemşirelik mesleğinin bir üyesi olarak çalışarak; yaşam hedeflerimi yerine getirebileceğimi düşünüyorum.								
2. Hemşirelik mesleğinin bir üyesi olarak çalışarak; kendimi gerçekleştirebileceğimi düşünüyorum.								
3. Hemşirelikte öğrendiklerimi arkadaşlarımla tartışmaktan hoşlanırım.								
4. Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum.								
5. Akrabalarımın hemşireliğin mükemmel bir iş olduğunu söylüyorum.								
6. Kendimi hemşirelik mesleğinin bir üyesi olarak görüyorum.								
7. Göstereceğim çaba ve katılım hemşireliğin gelecekteki gelişimini etkiler.								
8. Zamanımın çoğunu gelecekteki hemşirelik kariyerim için ayıracağım.								
9. Hayatım boyunca bir hemşire olacağım.								
10. Hemşireliğin değerli bir meslek olduğunu düşünüyorum.								
11. Diğer sağlık profesyonelleri ile hemşireliği tartışmaktan hoşlanırım.								
12. Gelecekte daha yüksek eğitim almaya çalışacağım.								
13. Gelecekte bir hemşire olarak çalışacağım ya da yurt dışına çıkacağım.								
14. Başka bir ülkeye gitmeye ya da daha ileri eğitim almaya karar verirsem başka bir meslek seçeceğim.								
15. Hemşireliği sevmiyorum.								
16. İnsanlara mesleğimin hemşirelik olduğunu söylerken utanırım.								
17. Bir fırsatını bulsam, hemşirelik mesleğimi değiştirim.								

18.	Meslek olarak hemşireliği seçerken verdiğim kararın yanlış olduğunu düşünüyorum.				
19.	Yaptığım hemşirelik işinin anlamsız olduğunu düşünüyorum.				
20.	Hemşirelik mesleği üyelerinin, düşük sosyal statüye sahip olduklarını düşünüyorum.				
21.	Hemşirelikte gelişimin sınırlı olduğunu düşünüyorum.				
22.	“Hemşirelik bütüncül bir bilim ve sanattır “ ifadesine tamamen katılıyorum.				
23.	Hemşireliğin profesyonel bir meslek olarak gelişmesinin, geleceğimi etkileyeceğini düşünüyorum.				
24.	Hemşirelik mesleğini uygulayarak insanlara yardım edebildiğim için, kendimi önemli biri olarak hissediyorum.				
25.	Hemşirelikte profesyonelleşme ile ilgili gelişmeler açısından endişelerim var.				
26.	Hemşireliğin halka önemli katkıları bulunduğunu düşünüyorum.				

EK 3: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ)

Aşağıda çalışırken gösterdiğiniz bazı davranışlara örnekler verilmektedir. Bu davranışları okuyarak gösterme durumunuza göre “hiç, çok nadir, zaman zaman, genellikle, her zaman” şeklinde puanlar veriniz. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>					
İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum					
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum					
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım					
Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim					
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim					
İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim					

HASTANE ENFEKSİYONLARI	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim					
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim					
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm					
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					
HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım					
Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım					
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım					
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim					
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim					
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım					
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim					
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım					
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim					

DÜŞMELER	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm					
Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım					
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim					
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim					
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım					
İLETİŞİM	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim					
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim					
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim					
Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim					
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım					

EK 4: Etik Kurul Kararı



T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 44495147-804.01-E.48686
Konu : Etik Kurul Kararı
2017/08

26/10/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığının 26/10/2017 tarih ve 08 sayılı oturumunda alınan 08/02- 03-04-08 sayılı kararları ekte gönderilmiştir. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Paşa YALÇIN
Etik Kurul Başkanı

EKLER:
Ek-1: Kurul Kararı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Paşa YALÇIN tarafından 26.10.2017 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınızı <http://evrakdogrulama.erkincan.edu.tr> linkinden 27610C2BXF kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Adres : Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterlik 24100/ERZİNCAN
Telefon : 0 (446) 226 66 66-11446 **Ayrıntılı Bilgi İçin:** S.GÜNEŞ (Dâhili: 11446)
Belge Geçer : 0 (446) 226 26 60



EK-3

Kayıt Tarihi: 26.10.2016 Protokol No: 08-03

26/10/2017

T.C
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

ARAŞTIRMA BAŞLIĞI	Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Nitel- Tanımlayıcı İlişki Arayıcı Araştırma (Yüksek Lisans Tezi)
ARAŞTIRMACILAR	Aysun UYSAL Doç.Dr. Papatya KARAKURT
KARAR	Araştırmanın etik açıdan "uygun" olduğuna karar verildi.

ETİK KURUL BAŞKANI

Prof. Dr. Paşa YALÇIN

TARİH

26.10.2017

İMZA

[Signature]

EK 5: Resmi İzin Yazısı



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
GÜMÜŞHANE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

GÜMÜŞHANE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GÜMÜŞHANE
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
15/12/2017 12:13 - 38032705 - 799 - E 1663



00038427797

Sayı : 38032705-799
Konu : Tez Çalışma izni

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 09/11/2017 tarih ve E.50894 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Aysun Ünsal'ın " Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi" konulu anket çalışması incelenmiş, Etik Kurul Kararı ve Komisyon Onayı ekte sunulmuş olup; uygulamasını Müdürlüğümüze bağlı Gümüşhane Devlet Hastanesi, Şiran Devlet Hastanesi, Kelkit Devlet Hastanesi ve Köse Devlet Hastanesi bünyesinde yapması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Engin PEHLİVAN
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1- Etik Kurul Kararı (1 Sayfa)
2- İnceleme Komisyon Kararı (1 Sayfa)

Benim Aslı e-İmza
İle İmzalıdır
15/12/2017...

Oktay ÖZTÜRK

Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Karaer Mah. Menekşe Sok. No:9
Gümüşhane
Faks No:0 456 213 24 86

e-Posta:neslihan.yetkin@saglik.gov.tr İnt.Adresi: neslihan.yetkin@saglik.gov.tr

Bilgi için:Neslihan YETKİN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0456 213 2487

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden cbb14324-b08d-40d7-9755-f9c84625be54 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
Gümüşhane İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI: : 45938255-010-99/
KONU: Araştırma İzni İnceleme Komisyonu

BİREYSEL ARAŞTIRMA BAŞVURUSU İNCELEME KOMİSYON KARARI

Anket Çalışmasının Konusu	Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi
Anket Çalışmasının Yapılacağı Hastane ve Klinik/Bölümün Adı	Gümüşhane Devlet Hastanesi, Şiran Devlet Hastanesi, Kelkit Devlet Hastanesi, Köse Devlet Hastanesi
Anket Çalışmasının Verildiği Kurum	Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Anket Çalışmasını yapan Kişi/Kişiler	Aysun UYSAL
Anket Çalışmasında Yer Alan Danışmanlar	Doç. Dr. Papatya KARAKURT

KARAR

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Gümüşhane İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinin 22.05.2015 tarihli onayı ile görevlendirilen komisyon üyeleri, Genel Sekreterliğimize intikal eden Anket Çalışmasını değerlendirmek üzere tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Değerlendirme sonucunda; başvuru yapılan Anket Çalışmasının Gümüşhane Devlet Hastanesi, Kelkit Devlet Hastanesi ve Şiran Devlet Hastanesi ve Köse Devlet Hastanesi bünyesinde yapılmasına karar verilmiştir.

Komisyon Başkanı
Hakan ÇEMEN
İdari Hizmetler Başkanı

Üye
Ekrem AKBÂŞ
Mali Hizmetler Başkanı

Üye
Ufuk YAZICI
Uzman

Üye
Çigdem ATAMAN
Uzman

ONAY
.....11/2017

Yrd. Doç Dr. Özgür ÇELEBİ
Genel Sekreter

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden cbb14324-b08d-40d7-9755-f9c84625be54 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6: Bilgilendirilmiş Onam Formu

“**Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi**” adlı yüksek lisans tez çalışması. Bu araştırma hemşirelerin mesleğe bağlılık durumlarının tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmanın Kasım 2017-Şubat 2017 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Anket yöntemi kullanılarak tanımlayıcı olarak yapılması planlanan çalışma da anketlerin geri dönüş oranının düşük olma riski söz konusu olduğu için örneklem seçilmeyerek tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmiştir. Anket soruları için sizden 15-20 dakika ayırmanız beklenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ahmet.aysun.uyosal@gmail.com adresinden ve 05071236932 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Aysun UYSAL

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih Aysun Uysal
Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK 7: Ölçek Kullanım izin Yazısı

From:Aynur Cetinkaya <cetinkaya2015@yahoo.com.tr>

To:ahmet.aysun.uyosal@gmail.com

Subject: Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği izni

Sayın Uysal;

Ekte mezun hemşireler için metodoloji çalışması yapılmış ölçek ve yönergeyi bulabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇETiNKAYA

Celal Bayar Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı

From: Musa özata <musaozata@gmail.com>

To:papatyademirci@hotmail.com

Subject: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İzni

Sayın Papatya;

Papatya hanım ölçeği ve ölçeği kullanmanızda faydalanabileceğiniz makaleyi ekte yolluyorum, kolay gelsin.

Doç. Dr. Papatya KARAKURT

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı

ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ

UYSAL Çorum ilinde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini tamamladıktan sonra Çorum Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden 2012 yılında mezun oldu. 2012 yılının sonuna kadar Çorum'da özel bir diyaliz merkezinde görev yaptı. 2013 yılından bu yana farklı ilçe devlet hastanelerinde görevine devam etmiştir ve etmektedir. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda 2016 yılında yüksek lisans eğitimine başlayan UYSAL, evli ve iki kız çocuk annesidir.

Aysun UYSAL
Hemşire