

ASİSTAN HEKİMLERİN VE İNTERN DOKTORLARIN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ¹

EVALUATION OF THE ATTITUDES OF ASSISTANT PHYSICIANS AND INTERN DOCTORS REGARDING PATIENT SAFETY

Öğr. Gör. Gizem KETREZ

Giresun Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü,
gizemketrez@gmail.com, orcid.org/0000-0002-9503-0370

Prof. Dr. Hatice ULUSOY

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, hulusoy65@gmail.com,
orcid.org/0000-0002-8911-5490

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.09.2020-28.11.2020)

Özet

Bu araştırmanın amacı, asistan hekimlerin ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının bazı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesidir. Araştırmanın evrenini, bir Üniversite Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimler ve aynı üniversitenin Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 105 asistan hekim ve 103 intern doktor oluşturmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak, kişisel bilgi formu ile Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği (HGKİTÖ) kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, katılımcıların genel olarak hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları yüksek düzeydedir. Asistan hekim ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Asistan hekimlerin %75,2'si, intern doktorların ise %56,3'ü hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs veya ders almamıştır. Ölçekte en yüksek ortalamaya sahip alt boyut "hata yapma nedeni olarak çalışma saatleri" olmuştur.

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

¹Bu çalışma "Asistan Hekimlerin ve Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin (İntern Doktorların) Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi" adlı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Abstract

This study was conducted to evaluate the attitudes of assistant physicians and intern doctors regarding patient safety culture in terms of some socio-demographic variables. The universe of the research consists of the assistant physicians who worked at a University Hospital and senior students of the Faculty of Medicine. The sample of the study consisted of 105 assistant physicians and 103 intern doctors who agreed to participate voluntarily. Data collection tools were “Personal Information Form” and “Scale of Attitudes on Patient Safety Culture”. According to the findings, participants' attitudes towards patient safety culture in general were high. There were no statistically significant differences between the attitudes of assistant physicians and interns regarding patient safety culture ($p>0.05$). 75.2% of assistant physicians and 56.3% of intern doctors did not take any courses on patient safety. Sub-dimension with the highest average has been “Working Hours As Error Cause.”

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

GİRİŞ

Sağlık sektörü açısından en önemli öncelik, sunulan hizmetin hastaya zarar vermemesidir (Budak, 2008). Bununla birlikte hastaya uygulanan her bir girişim ve tedavi bazı riskleri de beraberinde getirebilmektedir. Günümüzde meydana gelen bu risklerin azaltılması veya kontrol altına alınabilmesi adına hasta güvenliği kavramı ön plana çıkmaktadır (Taş ve ark., 2013). Sağlık hizmetlerinde kalite hedefleri arasında yer alan ve birden fazla tanımları yapılan hasta güvenliği; sağlık hizmet sunumunun her aşamasında, kişilere verilecek muhtemel zararların önlenmesi amacı ile gerek sağlık kurumları gerekse çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır (Somunoğlu İkinci, 2016).

Hasta güvenliğini sağlama çabaları insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte (Sur, 2019), bu konuya dikkatin artması, ABD’de de 1999 yılında Institute of Medicine (IOM) tarafından yayınlanan bir rapor ile olmuştur. “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” isimli raporda, sağlık hizmetlerinin olması gerektiği kadar güvenliği olmadığı belirtilmekte ve tıbbi hatalar, hizmet sunumu sırasında meydana gelen yaralanma ve ölümlerin önde gelen bir nedeni olarak gösterilmektedir. Raporla, yılda 44.000-98.000 Amerikalının tıbbi hatalara bağlı olarak hayatını kaybettiği ifade edilmektedir (Kohn ve ark., 2000). ABD gibi gelişmiş ülkelerin yanı sıra dünya genelinde meydana gelen toplam tıbbi hataların yaklaşık üçte ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşandığı ifade edilmekte (WHO, 2017) ve bu ülkelerdeki hastanelerde her yıl 134 milyon tıbbi hata meydana geldiği ve her yıl 2,5 milyon ölüme neden olduğu yer alan bilgiler arasındadır (National Academies Of Sciences, Engineering And Medicine, 2018). Ülkemizde ise tıbbi hataların boyutu tam olarak bilinmemekle beraber, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir (Demir Dikmen ve ark., 2014).

Konu ile ilgili oldukça fazla ölümlerin gün yüzüne çıkmasıyla birlikte dünya genelinde çeşitli kuruluşlar tarafından hasta güvenliğine büyük ilgi gösterilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) çalışmaları Ekim 2004’te Hasta Güvenliği İçin Dünya İttifakı (World Alliance For Patient Safety) hareketi ile başlamış ve bu hareket tüm üye ülkelerin sağlık hizmetlerinin güvenliğinin artırılması arayışında önemli bir adım olmuştur. (WHO, 2017; WHO, 2004). Küresel çapta çeşitli programlar yürüten DSÖ tarafından son olarak 2017 yılında yürürlüğe giren programın teması “Güvenli İlaç Kullanımı (Medication Without Harm)” olarak belirlenmiştir (WHO, 2017a).

Tıbbi hatalar ciddi bir halk sağlığı sorununu temsil etmekte ve hasta güvenliğini tehdit etmektedir (Pietra ve ark., 2005). Tıbbi hata kaynaklı kayıpların en aza indirilmesi, ayrıca hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayların izlenip kayıt altına alınarak hasta güvenliği bilincinin oluşturulması konusunun giderek önem kazanmasıyla birlikte hasta güvenliği kültürü kavramı

ülkemizde de tartışılan konular arasında yerini almıştır (Dursun ve ark. 2010). Hasta güvenliği konusunda ülke genelinde etki yaratacak ilerlemeler Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmiş, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile hasta güvenliği konusunun da kalite geliştirme bileşeni içinde ele alınması sağlanmıştır (Sur, 2019). Bu doğrultuda hazırlanan "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS-Hastane)" son olarak Haziran 2020'de (V6) revize edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Ayrıca, hasta güvenliği bilincini yaymak ve hasta güvenliği kültürünün yayılmasını sağlamak amacıyla dernekler kurulmuş (Budak, 2008), bu dernekler tarafından kongreler düzenlenmiştir. Hasta güvenliğine verilen önemin göstergesi olarak Nisan 2006'da kurulan Hasta Güvenliği Derneği "önce zarar verme" sloganıyla Türkiye'de çalışan ilk organizasyon olmuştur. Söz konusu dernek kuruluşunun birinci ayında Ankara'da bir sempozyum ve daha sonrasında ise uluslararası kongreler organize etmiştir (Çiçek, 2012; Sur, 2008). Hasta güvenliği konusuna yasal düzenlemenin getirilmesi ise, Nisan 2009'da yayınlanan "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" ile gerçekleşmiş, Nisan 2011'de bu tebliğ "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik" haline getirilmiştir. Yönetmeliğin amacı, "tüm kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir" şeklinde ifade edilmiştir (R.G. 29.04.2009/27214; R.G. 06.04.2011/27897).

Hasta güvenliği kültürü; "kurumda hasta güvenliğinin en öncelikli konu ve ortak değer olarak kabul edilmesi" şeklinde ifade edilmekte (Çakmakçı ve Akalın, 2011) ve sağlık hizmetleri alanında çalışan, özellikle doktor, diş hekimi, hemşire, fizyoterapist ve diğer uzman sağlık personelinin çabaları sonucu meydana gelmektedir (Yalçın ve Acar, 2010). Çalışanların tutum, inanç, algı ve değerlerinden oluşan hasta güvenliği kültürünün oluşması için, hasta güvenliğinin önemi vurgulanmalı, hasta güvenliği tüm çalışanlar tarafından benimsenmeli (Taş ve ark., 2013; Dursun ve ark., 2010), hasta güvenliği konusunun herkes tarafından sahiplenilmesi gerektiğini ifade edilmeli, liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişim sağlanmalı ve bu iletişimin sürekliliği korunmalı, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden durumların belirlenmesi ve azaltılması için sorumluluk devredilmeli, hasta güvenliği için kaynak ayrılmalı ve hasta güvenliği eğitimlerinin sürekliliği sağlanmalıdır (Çakmakçı ve Akalın, 2001). Kurumlarda oluşturulacak olan hasta güvenliği kültürü sayesinde, hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açık bir şekilde ve ceza alma korkusu olmadan tartışıldığı bir ortam yaratılacak, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların sürekli olması sağlanacak ve böylelikle, tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktılarında önemli ölçüde iyileşmeler gerçekleşecektir (Budak, 2008).

Ülkemizde hasta güvenliği konusunda yapılmış çalışmalar son yıllarda giderek artmakla birlikte çalışmaların genellikle hemşireler üzerinde yapıldığı görülmektedir (Bal, 2019; Doğan, 2019; Dirik, 2014; Çırpı ve ark., 2009; Gökdoğan ve Yorgun, 2010). Bununla birlikte sağlık sistemi içerisinde oldukça önemli bir konumda olan hekimlerin katıldıkları çalışmalarda aynı zamanda hemşireler ve diğer sağlık personeli de yer almaktadır (Dönmez, 2017; Tunçer, 2016; Bölükbaşı, 2019; Seçer, 2019). Ancak sağlık kurumlarının artık herhangi bir sanayi kuruluşundan daha tehlikeli mekanlara dönüştüğünden söz edilmekte ve hataların önemli bir kısmı doğrudan veya dolaylı olarak hekimlere bağlanmaktadır (Hayran, 2019). Bu durum hasta güvenliği konusunda örneklem grubu olarak sadece hekimleri içeren çalışmalara olan gereksinimi artırmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Üniversite Hastanesinde görev yapan asistan hekimler ve Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilen bu çalışma, ülkemizde hasta güvenliği açısından örneklemimin sadece hekimlere yönelik olması ve hem



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

tıp eğitimini tamamlayıp uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimleri hem de tıp eğitimine devam etmekte olan intern doktorları bir arada ele alması nedeniyle önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın, asistan hekimlerin ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesine ve bu doğrultuda hekimlerin eğitimlerine yönelik planlamalar yapılmasına yol gösterici nitelikte olacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı tipte tasarlanan bu araştırmanın evrenini, 20-29 Mart 2019 tarihleri arasında bir Üniversite Hastanesinde görev yapan asistan hekimler (N=216) ve aynı üniversitenin Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri (N=208) olmak üzere toplam 424 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, aynı tarihler arasında araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 105 asistan hekim ve 103 intern doktor olmak üzere toplam 208 birey oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, toplam 12 sorudan oluşan ve araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ve Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği (HGKİTÖ) kullanılmıştır. Carruthers ve arkadaşları tarafından 2009 yılında 26 madde olarak geliştirilen ölçme aracının Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Torun ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmış, iki madde Torun ve arkadaşları (2018) tarafından ölçekten çıkarılmıştır. HGKİTÖ, toplam 24 maddeden ve 9 boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) şeklinde puanlanan beşli Likert tipindedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, madde 11, 13, 14, 15, 16 ve 17 ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ait olumlu tutumlarının olduğunu göstermektedir. Ölçek tıp öğrencilerine yönelik geliştirilmiştir ancak ölçeğin hekimler de dahil diğer tüm sağlık meslek mensuplarına uygulanabilmesi mümkündür (Carruthers ve ark., 2009).

Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Çalışmada elde edilen veriler, SPSS 22.00 programında analiz edilmiştir. Çalışmada yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Yapılan normallik testi sonucunda verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmış; bu kapsamda veriler independent t-testi, Tek Yönlü Anova testi, Tukey testi ile analiz edilmiştir. Araştırmada HGKİTÖ Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,748 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlanmadan önce, 2019-01/16 Karar No ve 02.01.2019 Tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı ile, Üniversite Hastanesi Başhekimliğinden ve Tıp Fakültesi Dekanlığından yazılı izinler alınmıştır. Ölçeğin yazarlarından da e-posta yoluyla ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için izin alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %46,1'i 28-30 yaş aralığında ve intern doktorların %52,4'ü 24 ve altı yaş grubunda yer almaktadır. Asistan hekimler 29,4 yaş ortalamasına sahip iken, intern doktorların yaş ortalaması 24,7 ve katılımcılara ait toplam yaş ortalaması 27,1 olarak saptanmıştır. Asistan

hekimlerin %53,8'i erkek, %51,4'ü evlidir. İtern doktorların ise, %57,3'ü kadın, %97,1'i bekardır. (Tablo 1).

Tablo 1: Asistan Hekim ve İtern Doktorların Yaş, Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Dağılımı

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

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

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

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

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

*(Her iki grupta da birden fazla seçeneği işaretleyen katılımcılar bulunmaktadır).

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

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

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

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

Tablo 4: Katılımcıların Tıbbi Hatalarla İlgili Görüşlerinin Dağılımı

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

Asistan hekimlerin günlük muayene ettikleri hasta sayısı ortalama 53,02 hasta iken, intern doktorlarda bu sayı 26,60 hasta ve tüm katılımcıların günlük muayene ettikleri ortalama hasta sayısı 39,88 hasta olarak belirlenmiştir. Asistan hekimler aylık ortalama 7,79 defa ve intern doktorlar aylık ortalama 8,18 defa nöbet tuttuklarını belirtirken, tüm katılımcıların aylık ortalama nöbet sayısı 7,99'dir. Asistan hekimler bir seferde ortalama 29,13 saat, intern doktorlar ise bir seferde ortalama 31,65 saat nöbet tuttuklarını belirtmiş ve tüm katılımcılar açısından bir seferde tutulan ortalama nöbet süresi 30,38 saat olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Asistan Hekim ve İntern Doktorların Günlük Muayene Edilen Hasta Sayısı, Aylık Nöbet Sayısı ve Nöbet Süresi Dağılımları

Günlük muayene edilen hasta sayısı	N	Min.-Max.	Ort.	SS.
Asistan Hekim	99	4-200	53,02	41,402
İntern Dr.	98	4-150	26,60	24,393
Toplam	197	4-200	39,88	36,427
Aylık nöbet sayısı				
Asistan Hekim	97	3-30	7,79	3,195
İntern Dr.	102	4-21	8,18	3,434
Toplam	199	3-30	7,99	3,317
Nöbet süresi (saat)				
Asistan Hekim	96	10-40	29,13	8,280
İntern Dr.	95	8-48	31,65	7,681
Toplam	191	8-48	30,38	8,070

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

HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, “Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri” alt boyutunun asistan hekimlerde ($X=4,64$) ve intern doktorlarda ($X=4,57$) en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Asistan hekimlerin HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin en düşük puan ortalaması ($X=3,29$) “Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi” alt boyutuna ait iken, intern doktorların HGKİTÖ alt boyutlarına ilişkin en düşük puan ortalaması ($X=3,24$) “Bilgilendirme Sorumluluğu” alt boyutuna aittir (Tablo 6).

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

Alt boyutlar	Unvan	N	Ort.	SS.	Sonuç
1. Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	Asistan Hekim	105	3,29	,936	$t=0,260$
	İntern Dr.	102	3,26	,934	$p=0,795$
2. Hata bildirmede rahatlık	Asistan Hekim	103	3,61	,753	$t=0,849$
	İntern Dr.	101	3,51	,919	$p=0,397$
3. Hata nedeni olarak çalışma saatleri	Asistan Hekim	103	4,64	,772	$t=0,618$
	İntern Dr.	103	4,57	,729	$p=0,537$
4. Kaçınılmaz hata	Asistan Hekim	104	4,39	,787	$t=1,888$
	İntern Dr.	102	4,18	,792	$p=0,060$
5. Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	Asistan Hekim	105	3,73	,738	$t=0,430$
	İntern Dr.	103	3,68	,845	$p=0,668$
6. Bilgilendirme sorumluluğu	Asistan Hekim	104	3,31	,803	$t=0,563$
	İntern Dr.	103	3,24	,856	$p=0,574$
7. Takım çalışması	Asistan Hekim	105	4,30	,804	$t=0,323$
	İntern Dr.	100	4,34	,755	$p=0,747$
8. Hatada hastanın rolü	Asistan Hekim	105	4,11	,861	$t=0,617$

	İntern Dr.	103	4,18	,776	p=0,538
9. Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	Asistan Hekim	104	4,22	,727	t=1,284
	İntern Dr.	101	4,08	,798	p=0,201
HGKİTÖ Toplam Puan	Asistan Hekim	105	3,96	,499	t=0,957
	İntern Dr.	103	3,89	,425	p=0,340

Çalışmaya katılanların HGKİTÖ toplam puanlarına ait görüşleri incelendiğinde sadece, tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcıların HGKİTÖ toplam puan ortalamalarının, tıp fakültesini isteyerek seçmeyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer bir ifade ile tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları daha pozitifdir. (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların Bazı Değişkenlere Göre HGKİTÖ Toplam Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

	Değişkenler	N	Ort.	SS.	Sonuç
Unvan	Asistan Hekim	105	3,96	,499	t=0,957
	İntern Dr.	103	3,89	,425	p=0,340
Cinsiyet	Kadın	107	3,92	,366	t=0,515
	Erkek	100	3,95	,551	p=0,607
Medeni durum	Evlü	57	3,95	,493	t=0,299
	Bekar	151	3,92	,454	p=0,765
Hasta güvenliği konusunda kurs/ders aldınız mı?	Evet	71	3,99	,471	t=1,419
	Hayır	137	3,90	,459	p=0,157
Tıp fakültesini isteyerek mi seçtiniz?	Evet	183	3,96	,462	t=2,082
	Hayır	24	3,74	,444	p=0,039
İşinizi severek yapıyor musunuz?	Evet	137	3,96	,501	t=1,110
	Hayır	70	3,88	,377	p=0,268
Gerektiğinde danışmanlık edecek alanında deneyimli kişilerle/hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azaltır mı?	Evet	195	3,94	,462	t=1,675
	Hayır	13	3,72	,458	p=0,095
Şu ana kadar tıbbi hata yaptınız mı?	Evet	82	3,87	,523	t=1,310
	Hayır	125	3,96	,415	p=0,192
Başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olduğunuz mu?	Evet	160	3,92	,463	t=0,313
	Hayır	47	3,94	,460	p=0,754
Yaş	24 ve altı yaş	56	3,94	,451	
	25-27 yaş	71	3,90	,451	F=0,793
	28-30 yaş	52	3,90	,507	P=0,499
	31 ve üzeri yaş	26	4,05	,457	
Aylık Nöbet Sayısı	5 ve altı	27	3,97	,417	
	6-8	118	3,95	,436	F=1,170
	9-11	43	3,93	,491	P=0,323
	12 ve üzeri	11	3,69	,636	

Nöbet Süresi	16 ve altı saat	25	4,00	,442	F=0,550 P=0,649
	17-25 saat	42	3,96	,480	
	26-35 saat	13	3,92	,425	
	36 saat ve üstü	111	3,89	,485	
Günlük Muayene Edilen Hasta Sayısı	20 hasta ve altı	75	3,93	,445	F=0,344 P=0,793
	21-45 hasta	61	3,90	,467	
	46-70 hasta	39	3,94	,527	
	71 hasta ve üzeri	22	4,01	,411	

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

Tablo 8: HGKİTÖ Güvenilirlik Analizi

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

TARTIŞMA

Asistan hekimlerin ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının bazı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesi amacıyla 105 asistan hekim ve 103 intern doktor olmak üzere toplam 208 katılımcı ile yapılan bu çalışmada, katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. İlgili literatürde bazı çalışmaların sonuçları da bulgumuzu destekler nitelikteyken (Liu ve ark., 2018; Kamran ve ark., 2018; Barsbay ve ark., 2018), bunun aksine GarciaElorrio ve arkadaşları (2016) Arjantin'de dördüncü ve beşinci sınıf tıp öğrencilerinin hasta güvenliği ile ilgili bilgi, inanç ve tutumlarının yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Tunçer (2016) ise hekim, hemşire ve ebelerin hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyin altında olduğunu ve özellikle hekimlerin hasta güvenliği tutumlarının düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir. Çalışmada asistan hekim ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı da bulunmuştur ($p > 0,05$). Mesleki yeterliliği henüz tamamlanmamış öğrenci statüsünde olan internlerle, fakülteden mezun olmuş mesleğinde belirli bir süre deneyim sahibi olan asistan hekimlerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarının farklı olmaması ilgi çekici bir bulgu olarak düşünülebilir.

Araştırmamıza göre katılımcıların %65,9'u hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs veya ders almamıştır. İlgili literatür incelendiğinde ise sağlık çalışanları tarafından hasta güvenliği eğitimi alma durumunun yüksek olduğu görülmektedir (Tunçer, 2016; Sütçü, 2019; Dönmez, 2017). Çalışmamızda asistan hekimlerin yalnızca %24,8'inin hasta güvenliği eğitimi aldığı saptanmıştır. Bulgularımıza benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada da hekimlerin sadece %29,4'ü bu konuda eğitim aldığını belirtmiştir(Dönmez, 2017).

Alınan hasta güvenliği eğitiminin artmasıyla birlikte hasta güvenliğine ilişkin tutumun da artması beklenen bir bulgudur. Bunun aksine çalışmamızda hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs veya ders alma durumu düşük olmasına rağmen hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutum yüksek düzeydedir. Bunun nedenleri arasında; katılımcıların aldıkları kurs veya ders eğitiminin etkin ve etkili olduğu, aldıkları eğitime kendi istekleri doğrultusunda katılmış ve eğitimi mecburi olarak değil de mesleklerinin bir parçası olarak görmüş oldukları düşünülebilir. Bu durum da katılımcıların almış oldukları eğitime karşı çok daha olumlu bir tutum sergilemelerine neden olmuş olabilir.

Benzer şekilde alınan hasta güvenliği eğitiminin artmasıyla birlikte tıbbi hata yapma oranının da azalması beklenmektedir. Bu çalışmada anlamlı bir farklılık bulunamamış olsa da ilgili literatürde hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumuyla tıbbi hata oranını ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur (Demir ve ark., 2020; Bodur ve ark., 2012).

Çalışmamızdan elde edilen dikkat çekici bir bulguya göre katılımcıların %60,4'ü şu ana kadar tıbbi hata yapmadığını fakat %77,3'ü başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olduğunu belirtmiştir. İlgili literatür incelendiğinde tıbbi hataya tanık olma durumu hatayı yapma olasılığından daha yüksektir ve çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir (Dönmez, 2017; Can, 2019). Can'ın çalışmamızla aynı üniversite hastanesinde çalışan hekimlerle yaptığı çalışmada hekimlerin %75,8'i kendisinin yanlış ya da hatalı uygulama yapmadığını, ancak %72,5'i yanlış ya da hatalı uygulamaya tanık olduğunu belirtmiştir (Can, 2019). "Tıbbi hatayı ben yapmıyorum ama başkaları yapıyor" şeklinde yorumlayabileceğimiz bu bulgunun nedeni, hata yaptığını ifade etmekten çekinme, kurumda suçlama kültürünün olması ve tıbbi hatalar nedeniyle yasal sonuçlara katlanmaktan kaçınılması ihtimalleri olarak değerlendirilebilir (Barsbay ve ark., 2018).

Çalışmamızda "Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri" alt boyutu en yüksek puan ortalamasına sahiptir.İlgili literatürde, tıbbi hataların nedeninin çalışma saatleri olduğu sonucuna ulaşan bazı çalışmalar bulgumuzla paraleldir (Yayla, 2018; Abdulkareem, 2017; Bodur ve ark., 2011; Filiz, 2009; Ateş, 2010; Kamran ve ark., 2018; Leung ve ark., 2013). Uzun ve yorucu çalışma saatleri, nöbet sayılarının fazla olması, bir günde bakılan hasta sayısının fazlalığı gibi faktörler uykusuzluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyon eksikliği ve yargılama bozukluklarına neden olmakta, bu da hastadaki değişikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara neden olmaktadır (Aktaran: Caymaz, 2015). Nitekim çalışmamızda insanüstü bir çabayla bir ayda ortalama sekiz nöbet ve her defasında ortalama 30 saat nöbet tutan katılımcıların çalışma saatlerini hata nedeni olarak görmeleri beklendiği bir bulgudur. Çalışmamızda katılımcıların %88,4'ü tıp fakültesini isteyerek seçtiği halde, mevcut durumda yaklaşık her üç katılımcıdan biri işini severek yapmamaktadır. Bu durumun bir nedeni de uzun ve yorucu çalışma saatleri olabilir. Liu ve arkadaşları (2018) dört farklı tıp fakültesinde gerçekleştirdikleri çalışmada, birinci ve ikinci sınıf tıp öğrencilerine ait en yüksek ortalamaya sahip alt boyutun "Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri" olması bulgumuzu desteklemektedir.

Çalışmamızdan elde edilen bir diğer bulgu ise, tıp fakültesini isteyerek seçen katılımcıların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının daha pozitif olduğudur. Katılımcıların tıp fakültesini isteyerek

seçip, meslek seçimlerine kendilerinin karar vermesinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarını etkilediğini söylemek mümkün olabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin HGKİTÖ toplam ortalamaları değişkenlere göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; asistan hekimlerin, erkeklerin, evlilerin, hasta güvenliği konusunda kurs veya ders alanların, işini severek yapanların, gerektiğinde danışmanlık edecek alanında deneyimli kişilerle/hocalarla çalışmanın tıbbi hatayı azalttığını söyleyenlerin, şu ana kadar tıbbi hata yapmadığını ifade edenlerin, başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olanların, 31 ve üzeri yaş grubunda yer alanların, aylık nöbet sayısı 5 ve altı olanların, bir seferde genellikle 16 ve altı saat nöbet tutanların ve günlük ortalama 71 hasta ve üzeri muayene edenlerin toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür (Tablo7). Başka bir ifade ile bu katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları daha pozitifdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcıların genel olarak hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumları yüksek düzeydedir. (Asistan Hekim $X=3,96$; İtern Dr. $X=3,89$). Asistan hekim ve intern doktorların hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ölçekte en yüksek ortalamaya sahip alt boyut “hata yapma nedeni olarak çalışma saatleri” olmuştur. Katılımcıların %65,9’u hasta güvenliği konusunda herhangi bir kurs veya ders almamıştır. Tüm katılımcıların çoğunluğu (%60,4) şu ana kadar kendisinin tıbbi hata yapmadığını belirtirken ve %77,3’ü başkalarının tıbbi hata yaptığını tanık olduğunu ifade etmiştir.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda; tıbbi hataların önemli bir nedeni olarak görülen çalışma saatlerinin düzenlenmesi, hasta güvenliğine yönelik eğitimlere hekimlerin katılımının artırılması, hasta güvenliği konusunda asistan hekimlere yönelik hizmet içi eğitim verilmesi, tıp fakültelerinde zorunlu bir ders olarak verilmeyen hasta güvenliği konusunun müfredatta öncelikli ve zorunlu olarak yer alması önerilebilir.

KAYNAKÇA

Abdulkareem, A. S. (2017). Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

Ateş, Ç. (2010). Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin İlaç Uygulama Hataları Ve Hata Nedenlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Ankara.

Bal, G. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı. İstanbul.

Barsbay, S., Parıltı, N., Çakmak Barsbay, M. (2018). Healthcare Professionals’ Attitudes Regarding Patient Safety In Clinics. Journal Of Current Researches On Health Sector, 8 (2), 67-78.

Bodur, S., Filiz, E., Durduran, Y. (2011). Sağlık Personeli Ve Toplumun Tıbbi Hatalar İle İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi. 21(4):123-130.

Bodur, S., Filiz, E., Çimen, A., Kapçı, C. (2012). Ebelik Ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. Genel Tıp Dergisi. 22(2): 37-42.

Bölükbaşı, F.B. (2019). Hekim ve Hemşirelerde İş Tatmini İle Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Samsun.

Budak, M. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü. Bulunduğu eser: Sur, H. (Ed.) *Hasta Güvenliği Yaklaşımları*. (ss.191-212). İstanbul. Medipolitan Eğitim Ve Sağlık Vakfı Yayınları.

Can, M. (2019). Hekimlerin Örgütsel Bağlılık Düzeyi İle İhbarcılık (Whistleblowing) Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Sivas.

Carruthers, S., Lawton, R., Sandars, J., Howe, A., Perry, M. (2009). Attitudes To Patient Safety Amongst Medical Students And Tutors: Developing A Reliable And Valid Measure, *Medical Teacher*, 31:8, e370-e376, DOI: 10.1080/01421590802650142.

Çaymaz, M. (2015). Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2(4):1-14.

Çakmakçı, M., Akalın, E. (2011). Hasta Güvenliği: Türkiye Ve Dünya. Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Ankara.

Çırpı, F., Doğan Merih, Y., Yaşar Kocabey, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):27-28.

Çiçek, A. (2012). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş Ve Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. İzmir.

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

Demir, R., Kızılcı Çakaloz, D., Taşpınar, A., Çoban, A. (2020). Ebelik Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Konusundaki Düşünceleri ve Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7(2): 148 -156.

Dirik, H. F. (2014). Çalışma Ortamı Ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim. İzmir.

Doğan, C. (2019). Dahili Klinik Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum.

Dönmez, B. (2017). Hekim Ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi: Sivas Numune Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Sivas.

Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (1):1-14.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

- Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Konya.
- GarciaElorrio, E., Macchiavello D.,Rodriguez V.,Catalano Y.,CornaG ,Dahinten J , Ontivero, V. (2016). Knowledge, BeliefsAndAttitudes Report On PatientCareAndSafety İn UndergraduateStudents: ValidatingTheModified APSQ-III Questionnaire. Medwave. 16(11):E6809 Doi: 10.5867/Medwave.2016.11.6809.
- Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 13(2): 53-59.
- Hayran, O. (2019). Tıbbi Hataların Azaltılmasında Hekimin Rolü. Bulunduğu eser:Sur, H.,Palteki, T.,Yazıcı, G. (Ed.)Hasta Güvenliği. (ss.129-146).Ankara. Palme Yayınları.
- Kamran, R., Bari, A., Khan, R.A., Al-Eraky, M. (2018). PatientSafetyAwarenessAmongUndergraduateMedicalStudents İn PakistaniMedical School. Pak J MedSci. 34(2):305-309. Doi: <https://Doi.Org/10.12669/Pjms.342.14563>.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). ToErr Is Human: Building A Safer HealthSystem. National Academy Press, Washington, D.C.
- Leung, G.K.K., Ang, S.B.L., Lau, T.C., Neo, H.J., Patil, N.G., Ti, L.K. (2013). PatientSafetyCultureAmongMedicalStudents İn SingaporeAnd Hong Kong. SingaporeMed J. 54(9): 501-505 Doi:10.11622/Smedj.2013172.
- Liu H, Li Y, Zhao S, Jiao, M., Lu, Y., Liu, J., Jiang, K., Fang, H., et al. (2018). Perceptions of patientsafetycultureamongmedicalstudents: a cross-sectionalinvestigation in HeilongjiangProvince, China. BMJ Open;8:e020200. doi:10.1136/ bmjopen-2017-020200.
- NationalAcademies Of Sciences, EngineeringAndMedicine. (2018). CrossingThe Global QualityChasm: ImprovingHealthCareWorldwide. ConsensusStudy Report, Washington Dc: TheNationalAcademy Press.
- Pietra, L. L., Calligaris, L., Molendini, L., Quattrin, R., Brusaferrro, S. (2005). MedicalErrorsandClinical Risk Management: State of the Art. ActaOtorhinolaryngolItal. 25(6): 339–346.
- Resmi Gazete, (2009). Sağlık Bakanlığından: Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ, Sayı 27214.
- Resmi Gazete, (2011). Sağlık Bakanlığından: Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Dair Yönetmelik, Sayı 27897.
- Seçer, B. (2019). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.
- Somunoğlu İkinci, S.(2016). Hasta Güvenliği. Bulunduğu eser: Ataklı, A., Kaplan, A. (Ed.) *Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik*.(ss.477-496) Güneş Tıp Yayınları.
- Sur H. (2008). Hasta Güvenliği İle İlgili Gelişmeler. Bulunduğu eser: Sur, H. (Ed.)*Hasta Güvenliği Yaklaşımları*.(ss.39-54).İstanbul. Medipolitan Eğitim Ve Sağlık Vakfı Yayınları.
- Sur, H. (2019). Hasta Güvenliği Ve İlişkili Kavramların Ortaya Çıkışı Bulunduğu eser:Sur, H.,Palteki,T.,Yazıcı, G. (Ed.)*Hasta Güvenliği*. (ss.3-9).Ankara. Palme Yayınları.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Sütçü, N. (2019). Hasta Güvenliği Kültürü Algısı İle Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı. İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane, Tam Pozitif Reklamcılık /Matbaa, Ankara.

Taş, Y., Akpınar, A. T., İşçi, E. (2013). Kalite Yönetim Sistemi İle Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. 7. Ulusal Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi.

Torun, N., Dinçer, M., Öztaş, D., Demir, P., Sanisoğlu, S. Y. (2018). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. Journal Of Contemporary Medicine. 8(2):0-0.

Tunçer, G. (2016). Bebek Dostu Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanelerinde Çalışan Hekim, Hemşire Ve Ebelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İ Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim Programı. İstanbul.

Yalçın, Ş., Acar, A. (2010). Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ed. Harun Kırılmaz, 789, Baydan Ofset, 12-26.

Yayla, E.N. (2018). Hekimlerin Profesyonizm Anlayışının Tıbbi Hatalarda Tutum Üzerine Etkisinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı. Sivas.

World Health Organization. (2004). World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005.

World Health Organization. (2017). Patient Safety: Making Health Care Safer. Geneva: World Health Organization; Licence: CcBy-Nc-Sa 3.0 Igo.

World Health Organization. (2017a). Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge On Medication Safety. Geneva: World Health Organization, Licence: Ccby-Nc-Sa3.0IGO.