



# Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencilerinin Hasta Güvenlik Kültürüne İlişkin Bilgi ve Tutumları

## Knowledge and Attitudes Towards Patient Safety Culture among Sixth Year Medical Students

Emine Gülçin AY

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Yazışma Adresi  
Correspondence Address

**Emine Gülçin AY**  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı,  
Antalya, Türkiye  
E-posta: gulcinakbasdr@hotmail.com

Geliş tarihi \ Received : 12.06.2019  
Kabul tarihi \ Accepted : 18.09.2019  
Elektronik yayın tarihi : 27.04.2020  
Online published

Bu makaleye yapılacak atıf:  
Cite this article as:  
Ay EG. Tıp fakültesi dönem 6 öğrencilerinin hasta güvenlik kültürüne ilişkin bilgi ve tutumları. Akd Tıp D 2020;3:357-63.

Emine Gülçin AY  
ORCID ID: 0000-0001-7301-7944

### ÖZ

**Amaç:** Hasta güvenlik kültürünün geliştirilmesi, tıbbi hatalardan korunmak ve bu hataları en aza indirmek açısından önemlidir. Hasta güvenliği ilkeleri ve kavramları, tıp eğitim ve öğretiminin de önemli bir parçasıdır. Çalışmada tıp fakültesi dönem 6 öğrencilerinin hasta güvenlik kültürüne ilişkin bilgi ve tutumları incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Araştırma kesitsel tiptedir. Tıp fakültesi dönem 6 öğrencilerinden 245 kişiye “Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği” uygulanmıştır. Bu ölçekten alınan puan bağımlı değişken olarak, öğrencilerin özellikleri ise bağımsız değişkenler olarak tanımlanmıştır. Hasta güvenliğine yönelik tutum ile ilişkili bağımsız değişkenler t test ve varyans analizi ile test edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamızda, öğrencilerin hasta güvenliğine yönelik tutumları olumludur. Öğrencilerin %53,5’i “hasta güvenliği” tanımını, %38,4’ü ise “tıbbi hata” tanımını verilen seçenekler arasında doğru olarak yanıtlamıştır. Öğrenciler sıklıkla uzun çalışma saatleri nedeniyle oluşan yorgunluk ve stresin (%84,1); iletişim bozukluklarının (%58,8) ve ekip çalışmasının olmamasının (%49,0) tıbbi hataların sebebi olduğunu düşünmektedirler. Yapılan bir tıbbi hatayla karşılaştığını ya da şahit olduğunu ifade eden katılımcıların oranı %11,8’dir. En sık karşılaştıkları ve/veya şahit oldukları tıbbi hata ise eksik ya da yetersiz tıbbi tedavidir (%27,5). Katılımcılar arasından; hastanede daha fazla süre geçirenlerin Tutum Ölçeği puanları (87,30±8,66) ve hasta güvenliği kavramının tanımını doğru yapanların Tutum Ölçeği puanları (86,82±8,17) diğerlerinden daha yüksektir (sırası ile p=0,007 ve p=0,020).

**Sonuç:** Tıp fakültesi öğrencileri arasında hasta güvenliği kültürü ile ilgili tutumlar pek çok faktörden etkilenmekte ve farklılıklar göstermektedir. Öğrencilerin hasta güvenliği ile ilgili temel tutum ve algılarını anlamak, etkili eğitim programlarının tasarımı için kritik öneme sahiptir.

**Anahtar Sözcükler:** Hasta güvenliği, Tıbbi hatalar, Tıp öğrencileri

### ABSTRACT

**Objective:** Improving the patient safety culture in health care is important to prevent and minimize medical errors. Patient safety principles and concepts are also an important part of medical education and training. The aim of the study was to examine the knowledge, attitudes and related factors of patient safety culture among sixth year medical students.

**Material and Methods:** “The Attitudes toward Patient Safety Questionnaire” was answered by 245 sixth year medical students in this cross-sectional study. The points obtained from the scale were defined as dependent variables and the students' characteristics were defined as independent variables. The relationship between the independent variables and the scales was analyzed using the t test and variance analysis.

**Results:** The students' attitudes towards patient safety were positive with 53.5% of the students answering the definition of “patient safety” and 38.4% the definition of “medical error” correctly. Students often thought that fatigue and stress due to long working hours (84.1%); communication disorders (58.8%) and the lack of teamwork (49.0%) were the cause of medical errors. The rate

DOI: 10.17954/amj.2020.2125

of participants who encountered or witnessed a medical error was 11.8%. The most common medical error that the participants encountered and/or witnessed was incomplete or inadequate medical treatment (27.5%). Among the participants, the Attitude Scale scores of those who had spent more time in the hospital ( $87.30 \pm 8.66$ ) and who had correctly defined the concept of "patient safety" ( $86.82 \pm 8.17$ ) were higher than the others ( $p = 0.007$  and  $p = 0.020$ , respectively).

**Conclusion:** Attitudes about patient safety culture among the medical faculty students are affected by many factors and show differences. Understanding the students' basic attitudes and perceptions about patient safety is critical to the design of effective training programs.

**Key Words:** Patient safety, Medical errors, Medical students

## GİRİŞ

Hasta güvenliğine ve sağlık hizmeti kalitesine yönelik giderek artan ilgi ve alınan önlemlere rağmen, klinik uygulamada çok sayıda hatalar ve olumsuzluklarla karşılaşmaya devam edilmektedir. Güvenilir tahminlerde bulunmak zor olmakla birlikte, hastanede yatan hastaların %10'unun tıbbi tedaviye bağlı olumsuzluklara maruz kaldığı ve bunların en az yarısının önlenemez olduğu konusunda uluslararası bir fikir birliği vardır (1,2).

Hasta güvenliğinin artırılması için tıbbi hatalara neden olan temel faktörleri belirlemek ve hata kaynaklarını azaltmaya yönelik müdahaleler geliştirmek gerekmektedir. Hasta güvenliği, sağlık bakım sürecinde önlenemez herhangi bir zararın oluşmaması ve sağlık bakımıyla ilişkili zararların kabul edilebilir en az seviyeye indirgenmesi olarak tanımlanabilir (3,4).

Hasta güvenliği ilkeleri ve kavramları, tıp eğitim ve öğretiminde önemli bir parçası olarak kabul edilmekle birlikte genel pratikte hasta güvenliğinin sağlık eğitimi ve klinik bakımla bütünleştirilmesi konusunda belirsizlikler yaşanmaktadır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü 2011 yılında, tüm sağlık profesyonellerinin ve öğrencilerin bir güvenlik kültürü içinde nasıl çalışmalarını gerektiğini bütüncül bir yaklaşımla ele alan ve öğrenmelerini sağlayan bir eğitim müfredatı geliştirmiştir (5,6).

Farklı kültürlerden gelen öğrencilerin bilgi, beceri ve eğitim gereksinimleri de farklılıklar gösterebilir. Öğrencilerin hasta güvenliğine ilişkin temel algı ve tutumlarını anlamak, önemli ve öncelikli eğitim ihtiyaçlarını belirlemek; eğitim programlarının etkili tasarımı ve başarılı bir şekilde uygulanması için önemli faktörlerdir (7).

Bu çalışmanın amacı, tıp fakültesi dönem 6 öğrencilerinin hasta güvenlik kültürüne ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek ve ilişkili faktörleri incelemektir.

## GEREÇ ve YÖNTEMLER

Araştırma kesitsel tiptedir. Kasım-Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi 2018-2019 Dönem 6 öğrencileri oluşturmaktadır. Mevcudu 289 olan dönem 6 araştırma evreninin tümüne ulaşılması hedeflenmiş ve bu

nedenle örneklem seçimi yapılmamıştır. Ancak bazı öğrencilerin stajlarındaki görev dağılım karmaşıklığı nedeniyle yerlerinde bulunamaması ve bazı öğrencilerin de katılmayı reddetmesi nedeni ile 245 kişiyle (%84,7) çalışma tamamlanmıştır. Ulaşılan öğrencilere buldukları eğitim ve görev alanlarında anket formları dağıtılmıştır. Dağıtılan anket formları aynı gün içerisinde toplanmıştır.

Çalışmanın bağımsız değişkenleri; cinsiyet, anne eğitim durumu, hastanede ortalama olarak geçirilen süre (saat/gün), hasta güvenliği ve tıbbi hata kavramlarını verilen seçenekler arasından doğru olarak tanımlama ve tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığına duyulan güvendir. Bağımlı değişkenleri ise; Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan ortalama puandır.

Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği; 2009 yılında Carruthers ve ark. (8) tarafından tıp öğrencilerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarını değerlendirmek için geliştirilen 26 maddeden oluşan 7'li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin bazı düzenlemelerden sonra Türkçeye uyarlanması Torun ve ark. tarafından 2018 yılında yapılmış ve bu uyarlama sırasında 7'li likert yerine 5'li likert kullanılmış, ayrıca orijinal ölçekte yer alan iki madde çıkarılmıştır. Ölçekte dokuz alt faktör yer almaktadır. Bu faktörler; (1) Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi (3 soru), (2) Hata Bildirmede Rahatlık (3 soru), (3) Hata Nedeni Olarak Çalışma Saatleri (3 soru), (4) Kaçınılmaz Hata (3 soru), (5) Hata Nedeni Olarak Profesyonel Yetersizlik (3 soru), (6) Bilgilendirme Sorumluluğu (3 soru), (7) Takım Çalışması (2 soru), (8) Hatada Hastanın Rolü (2 soru) ve (9) Müfredatta Hasta Güvenliğinin Önemi (2 soru). Bu soruların altısı olumsuz ifade olarak düzenlenmiştir. Ölçekte yer alan sorular "kesinlikle katılmıyorum" ile "kesinlikle katılıyorum" arasında 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Katılımcıların alabileceği en yüksek toplam puan 120, en düşük puan ise 24'tür. Toplam 24 maddeden oluşan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,78 iken alt faktörlere ait Cronbach alfa değerleri 0,65-0,84 arasında değişmektedir (9). Ölçekten ve alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği, hasta güvenliğine ilişkin daha olumlu bir tutumun göstergesidir. Hasta güvenliğine ilişkin olumlu tutuma sahip kişiler; tıbbi hataları bireysel değil sistemsel bir sorun olarak görmekte, hasta güvenliğine ilişkin eğitimin önemini kabul etmekte, hasta katılımı

önemsemekte, hataların raporlandırılmasının gerekliliğine ve koşulların hasta güvenliği üzerindeki etkisine inanmaktadır (8).

Çalışmada; her alt ölçekten alınabilecek en yüksek puanlar birbirinden farklı olduğu için kişilerin aldığı ham puanlar üzerinden değerlendirme yapılması doğru olmayacağından; alt ölçek puanları değerlendirilirken, alınan puanların alt ölçekler arasında birbiri ile karşılaştırılabilir olması için, kişinin herhangi bir alt ölçekten almış olduğu puan aynı alt ölçekten alabileceği maksimum puana bölünerek 100 ile çarpılmış ve düzeltilmiş yüzde puanları hesaplanmıştır.

Literatürde, hasta güvenliğine ilişkin kavramlarla ilgili çok çeşitli terminolojik tanımlamalar mevcuttur. Bu nedenle, oluşabilecek kavramsal belirsizliği önlemek açısından; çalışmada tıbbi hata, Tıp Enstitüsü'nün raporunda tanımladığı “planlanan bir eylemin tamamlanamaması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planın yapılması” olarak ifade edilmiştir (10). Hasta güvenliği ise Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın tanımladığı şekli ile “sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi, sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılması” olarak tanımlanmıştır (11).

Çalışma Helsinki Bildirgesi ile uyumludur. Çalışmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmış ayrıca katılımcılara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş, katılımları için sözlü onamları alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 23.0 (IBM Corp. Released 2015. Armonk, NY programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzdeler, ortalama ve standart sapmalarla sunulmuş, grup karşılaştırmalarında t test ve varyans analizi testleri kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda  $p < 0.05$  olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan 245 öğrencinin 127'si kadın (%51,8), 128'inin anne eğitim durumu sekiz yılın üzerindedir (%52,2). Öğrencilerin 138'i ailesinin algılanan gelir durumunu “gelirinin giderine eşit olduğu” şeklinde belirtmiştir (%56,3). Ailesi büyükşehir ve kentlerde yaşayan öğrenci sayısı 155'dir (%63,3) ve 113 öğrenci gününün 8 saatten fazlasını hastanede geçirdiğini ifade etmektedir (%46,1) (Tablo I).

Katılımcılara “Hasta Güvenliği” ve “Tıbbi Hata” kavramlarına ilişkin bilgi ve eğitim durumlarını değerlendirmek için sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların 97'si daha önce hasta güvenliği kavramını duyduğunu ifade ederken (%39,6), 12 kişi ise daha önce hasta güvenliği konusunda herhangi

bir eğitime ya da kongreye katıldığını (%4,9) belirtmiştir. “Hasta güvenliği” tanımını katılımcıların 131'i doğru yanıt-larken (%53,5), “tıbbi hata” tanımını doğru yanıtlayanlar 94 kişidir (%38,4). Katılımcıların %84,1'i uzun çalışma saatleri nedeniyle oluşan yorgunluk ve stresi; %58,8'i iletişim bozukluklarını, %49,0'ı ekip çalışmasının olmamasını tıbbi hataların meydana gelme nedenleri olarak görmektedir. Katılımcıların 29'u (%11,8) yapılan bir tıbbi hatayla karşılaştığını ya da şahit olduğunu ifade etmektedir. En sık karşılaştıkları ve/veya şahit oldukları tıbbi hata ise eksik ya da yetersiz tıbbi tedavidir (%27,5).

Tablo II'de katılımcıların Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı görülmektedir. Toplam puana bakıldığında katılımcıların ölçekten alınabilecek 120 puanın ortalama olarak yüzde  $71,37 \pm 7,38$ 'ini aldıkları anlaşılmaktadır. Ölçek alt boyutlarından aldıkları düzeltilmiş ortalama puanlar ise; hata nedeni olarak çalışma saatleri  $82,04 \pm 15,06$  ve bilgilendirme sorumluluğu  $62,36 \pm 13,41$  arasında dağılmaktadır.

Katılımcıların cinsiyet, anne eğitim durumu, tıbbi hata kavramının tanımını yapma, tıbbi hatalardan korunmak açısından kendi bilgi ve farkındalığına güvenme gibi durumları ile “Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği”

**Tablo I:** Araştırma kapsamındaki kişilerin sosyodemografik özellikleri.

Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	127	51,8
Erkek	118	48,2
<b>Anne Eğitim Durumu</b>		
8 yıl ve altı	117	47,8
8 yıl üzeri	128	52,2
<b>Aile Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	44	18,0
Gelir gidere eşit	138	56,3
Gelir giderden fazla	63	25,7
<b>Aile Yerleşim Yeri</b>		
Büyükşehir	80	32,7
Kent	75	30,6
İlçe	64	26,1
Köy-kasaba	26	10,6
<b>Hastanede geçirilen süre (saat/gün)</b>		
8 saat ve altı	132	53,9
8 saat üzeri	113	46,1
<b>Toplam</b>	<b>245</b>	<b>100,0</b>

testinden aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna karşılık katılımcıların hastanede geçirdikleri ortalama

süre ve hasta güvenliği kavramının tanımını yapabilmeye durumlarına göre aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak farklıdır (sırası ile  $p=0,007$  ve  $p=0,020$ ) (Tablo III).

**Tablo II:** Katılımcıların Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği puanları.

Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği alt boyut puanları	Ort $\pm$ SD	Maks.* puan	Düzeltilmiş** yüzde puanı (Ort $\pm$ SD)
<b>Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi</b>	9,71 $\pm$ 2,37	15	64,73 $\pm$ 15,84
<b>Hata bildirmede rahatlık</b>	10,54 $\pm$ 1,97	15	70,31 $\pm$ 13,14
<b>Hata nedeni olarak çalışma saatleri</b>	12,30 $\pm$ 2,25	15	82,04 $\pm$ 15,06
<b>Kaçınılmaz hata</b>	11,32 $\pm$ 2,41	15	75,48 $\pm$ 16,07
<b>Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik</b>	9,35 $\pm$ 2,40	15	62,39 $\pm$ 16,02
<b>Bilgilendirme sorumluluğu</b>	9,35 $\pm$ 2,01	15	62,36 $\pm$ 13,41
<b>Takım çalışması</b>	7,88 $\pm$ 1,46	10	78,89 $\pm$ 14,68
<b>Hatada hastanın rolü</b>	7,46 $\pm$ 1,42	10	74,65 $\pm$ 14,21
<b>Müfredatta hasta güvenliğinin önemi</b>	7,69 $\pm$ 1,41	10	76,93 $\pm$ 14,14
<b>Hasta Güvenliğine Tutum Ölçeği toplam puanı</b>	85,64 $\pm$ 8,85	120	71,37 $\pm$ 7,38

\* ölçekten alınabilecek maksimum puan

\*\* düzeltme yapılırken her bir bireyin ilgili bölümden aldığı puan, ölçeğin aynı bölümünden alabileceği maksimum puana bölünmüş ve 100 ile çarpılmıştır.

**Tablo III:** Katılımcıların bazı özelliklerine göre Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı.

	Tutum Ölçeği Puan Durumu		
	Sayı	Ortalama ve Standart Sapma	P
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	127	86,58 $\pm$ 8,02	0,087*
Erkek	118	84,64 $\pm$ 9,55	
<b>Anne Eğitim Durumu</b>			
8 yıl ve altı	117	85,58 $\pm$ 8,20	0,921*
8 yıl üzeri	128	85,70 $\pm$ 9,44	
<b>Hastanede geçirilen süre</b>			
8 saat ve altı	132	84,23 $\pm$ 8,80	0,007*
8 saat üzeri	113	87,30 $\pm$ 8,66	
<b>Hasta güvenliği kavramının tanımını yapma</b>			
Doğru tanımlayanlar	131	86,82 $\pm$ 8,17	0,02*
Yanlış tanımlayanlar	114	84,29 $\pm$ 9,44	
<b>Tıbbi hata kavramının tanımını yapma</b>			
Doğru tanımlayanlar	94	84,77 $\pm$ 8,75	0,225*
Yanlış tanımlayanlar	151	86,19 $\pm$ 8,90	
<b>Tıbbi hatalardan korunmak açısından kendi bilgi ve farkındalığına güvenme</b>			
Çok güvenirim	40	86,12 $\pm$ 8,83	0,350**
Biraz güvenirim	166	85,10 $\pm$ 8,88	
Güvenmem	39	87,48 $\pm$ 8,72	

\* t test \*\*ANOVA

Ayrıca katılımcıların bazı özelliklerine göre Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı da incelenmiştir. Buna göre cinsiyet ile ölçek alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmazken günün 8 saatten fazlasının hastanede geçirenler günün 8 saat ve daha azını hastanede geçirenlere göre “Bugüne Kadar Alınan Hasta Güvenliği Eğitimi” ve “Kaçınılmaz Hata” alt boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır (sırası ile  $p=0,01$  ve  $p=0,005$ ). Hasta güvenliği kavramını doğru tanımlayanlar yanlış tanımlayanlara göre “Kaçınılmaz Hata” ve “Hata Nedeni Olarak Profesyonel Yetersizlik” alt boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır (sırası ile  $p=0,002$  ve  $p=0,01$ ). Tıbbi hata kavramını doğru tanımlayanlar yanlış tanımlayanlara göre “Kaçınılmaz Hata” alt boyutundan daha yüksek puan alırken ( $p=0,03$ ), “Bilgilendirme Sorumluluğu” alt boyutundan daha düşük puan almışlardır ( $p=0,007$ ). Tıbbi hatalardan korunmak açısından kendi bilgi ve farkındalığına güvenenler “Bugüne Kadar alınan Hasta Güvenliği Eğitimi” ve “Kaçınılmaz Hata” alt boyutlarından daha yüksek puan alırken (sırası ile  $p=0,000$  ve  $p=0,03$ ); “Hata Nedeni Olarak Profesyonel Yetersizlik”, “Bilgilendirme Sorumluluğu”, “Takım Çalışması” ve “Müfredatta Hasta Güvenliğinin Önemi” alt boyutlarından daha düşük puan almışlardır (sırası ile  $p=0,01$ ,  $p=0,009$ ,  $p=0,01$ ,  $p=0,007$ ).

## TARTIŞMA

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir konudur ve tüm tıp öğrencileri gelecekteki kariyerlerine başlarken hastanın zarar görmesini en aza indirmek için bu konuda gerekli bilgi ve yaklaşıma sahip olmalıdır. Tıp Fakültesi eğitim ve öğretiminin etkin sunulması bu hedefe ulaşmak için en temel unsurdur. Eğitim çabalarının yanında öğrencilerin konuyla ilgili deneyim ve algılarının artırılması da önemli fayda sağlayabilir. Örneğin tıp öğrencilerinin tıp fakültesindeki deneyimleri ve hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının hasta güvenliğine yönelik tutum ve davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu, bu yönde önlemler alınması gerektiği bildirilmektedir (12,13). Çalışmamızda ölçekten alınan puanların oldukça yüksek olması, bu önerilerin üzerinde önemle durulması gereken bir konu olduğunu kanıtlamaktadır. Son sınıf öğrencilerinin içinde bulunduğu mevcut durum, onların günlük tıp uygulamalarında önemli sayıda hata ve olumsuzluklarla karşılaşacağına bir göstergesi olabilir.

Çalışmada hasta güvenliği kavramından haberdar olan öğrencilerin oranı %39,0, hasta güvenliği konusunda herhangi bir eğitime ya da kongreye katılanların oranı ise %5,0'dır. Buna rağmen öğrencilerin %53,5'i verilen seçenekler arasından, hasta güvenliği kavramını doğru olarak tanımlayabilmiştir. Bu durum; hasta güvenliği konusunun, tıp lisans eğitim müfredatında standart ve zorunlu bir ders

olarak açıkça yer almasa da teorik ve klinik eğitimin bir parçası olarak öğrencilere verilmesinden kaynaklanabilir (9).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Amerikan Tıp Kolejlere Birliği de (AAMC) yayınladıkları raporlarda; tıp eğitimi süresince, hasta güvenliği ve kalite geliştirme konularının müfredatta işlenmesi gerektiğini belirtmektedirler (12,14). Hasta güvenliğine yönelik bilgi, beceri ve tutum kazanılmasında eğitimin önemi birçok çalışmada da vurgulanmaktadır (12-16). Çin ve Kore'de yapılan çalışmalarda, Dünya Sağlık Örgütü'nün tıp fakülteleri için hazırladığı hasta güvenliği müfredatını temel alarak tıp öğrencileri için eğitim programları geliştirilmiş ve öğrencilere uygulanmıştır. Eğitim sonrası öğrencilerin hasta güvenliği tutumlarında belirgin düzelmeye sağlanmıştır. Öğrenciler eğitim programlarının hasta güvenliği konusunda bilgi ve farkındalığı artırdığını ve müfredatta dahil edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (17,18).

Çalışmamızda tıbbi hata kavramını doğru olarak tanımlayabilen öğrencilerin oranı %38'dir. Öğrenciler; sıklıkla uzun çalışma saatleri nedeniyle oluşan yorgunluk ve stresin, iletişim bozukluklarının ve ekip çalışmasının olmamasının tıbbi hataların nedeni olduğunu düşünmektedirler. Öğrencilerin %11,8'i yapılan bir tıbbi hatayla karşılaştığını ya da şahit olduğunu belirtmektedir. Çoğunlukla Avrupa Birliği üye devletlerinden elde edilen Avrupa verileri de hastaneye yatışların % 8-12'sinde tıbbi hataların ve sağlıkla ilgili olumsuz olayların gerçekleştiğini göstermektedir (19).

Çalışmamızda öğrencilerin en sık karşılaştıkları tıbbi hata ise eksik ya da yetersiz tıbbi tedavidir. İlaç hataları hasta güvenliğini tehdit eden en yaygın tıbbi hatalardan biridir. Hemşireler ve ebeler ile yapılan birçok çalışmada; ilacın yanlış zamanda uygulanması, doz atlanması ve yanlış dozda uygulanması en sık rastlanılan hatalar olarak bildirilmektedir (20,21).

Hasta güvenliğiyle ilgili önemli konulardan biri tıbbi hataların raporlanmasıdır. Ancak yapılan çalışmalarda; çalışanların kişisel suçluluk ve pişmanlık, profesyonel prestijin zarar görmesi, azarlanma ya da sorgulanma korkusu, iş kaybı riski ve hukuki kaygılar da dahil olmak üzere bazı kaygılar nedeniyle hataları bildirmekten kaçındıkları belirtilmektedir (22,23). Tıbbi hata durumunda kişilerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi; hatalar raporlandırıldığında güvenliğe ilişkin doğru bir davranış yapıldığının belirtilmesi ve pozitif geri bildirim sağlanması gibi faktörlerin, tıbbi hataların raporlanmasını sağlayan önemli faktörler olduğu belirtilmektedir (24,25). Çalışmamızda öğrencilerin %65,0'ı tıbbi hata durumunda; olay ve kaza raporlarının hiçbir yoruma mahal bırakmadan gerçekçi ve objektif olarak tamamlanması gerektiğini; %53,0'ı ise olay veya kaza raporlarının hastanın tıbbi kaydına geçirilmesi gerektiğini düşünmektedirler.

Çalışmamızda katılımcıların “Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği” toplam puan ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, her alt ölçeğin soru sayısını eşitleyen “düzeltilmiş yüzde puanları” ile yorum yapmak daha doğru bir yaklaşım olacaktır (Tablo II). Bu hesaplama; öğrencilerin çalışma saatlerinin tıbbi hatalara daha fazla neden olduğunu düşündüklerini, profesyonel yetersizliğin ise tıbbi hatalardan daha az sorumlu olduğunu düşündüklerini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca öğrencilerin hatalardan kaçınmak için takım çalışmasına önem verdikleri, müfredatta hasta güvenliği konusunun yer alması gerektiğini, hata yapmanın kaçınılmaz olduğunu ve hatalarda hastanın da rolü olduğunu düşündükleri söylenebilir. Leung ve ark.nın tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları benzer bir çalışmada hata sebebi olarak çalışma saatleri, hata kaçınılmazlığı ve müfredatta hasta güvenliğinin önemi en yüksek olumlu cevaplanma oranlarına sahipken, hatayı azaltmada hasta rolünün ve takım çalışmasının ise olumlu cevaplanma oranları daha düşüktür (16). Buna karşın Liu ve ark.nın yaptıkları çalışmada hataları azaltmada hasta katılımı ve alınan hasta güvenliği eğitimi en yüksek olumlu yanıtlanma oranlarına sahipken, hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik ve bilgilendirme sorumluluğu en düşük olumlu yanıtlanma oranlarına sahiptir (15). Sonuçlar arasındaki bu farklılıklar; her ülkeye özgü sağlık sistemlerindeki özel düzenlemelerden, teşhis ve tedaviye aktif hasta katılımı ile ilgili farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda günün ortalama 8 saatten fazlasını hastanede geçiren katılımcılar “Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Ölçeği” testinden 8 saat ve daha azını hastanede geçirenlere göre daha yüksek puan almıştır (Tablo III). Hastanede daha uzun süre geçirmek, tıp öğrencileri için daha fazla hasta ve olgu tecrübesi sağlaması açısından hasta güvenliğine yönelik tutumu olumlu yönde etkileyebilir. Buna karşın hemşireler ve sağlık çalışanları ile yapılan birçok çalışmada uzun çalışma saatleri ile hasta güvenliği arasında negatif bir ilişki olduğu ayrıca çalışma saatleri uzadıkça tıbbi hata raporlayan sağlık çalışanlarının sayısının arttığı belirtilmiştir (26,27).

Çalışmanın ana kısıtlılıklarından biri, literatürde hasta güvenliği konusunda tıp fakültesi öğrencileri ve hekimler üzerinde yapılan az sayıda çalışma olması ayrıca çalışmada kullandığımız ölçeğin ülkemizde 2018 yılında geçerlik ve

güvenirliliği yapılan yeni bir ölçek olması nedeniyle benzer çalışmaların bulunamamış olmasıdır. Bu durum bulguların diğer çalışmalarla karşılaştırılmasını güçleştirmektedir. Bu çalışma genel olarak öğrencilerin öz değerlendirmelerine yöneliktir, bu nedenle çalışma sonuçları, öğrencilerin konu ile ilgili gerçek bilgi ve becerilerinin bir göstergesi olarak değerlendirilmemelidir.

Diğer bir kısıtlılık ise çalışmanın kesitsel olarak yapılması ve öğrencilerin veri toplama tarihinde bazılarının diğerlerinden daha kısa süre klinikte çalışmış olmasıdır. Daha kısa süre klinikte çalışanların doğal olarak tıbbi hatayla karşılaşma veya şahit olma olasılığı biraz daha azdır. Tüm katılımcıların klinikte en az bir yıl çalışması sonunda karşılaştığı tıbbi hata veya olumsuzluklar bizim şu andaki çalışmamızda saptadığımızdan daha yüksek olacaktır.

## SONUÇ

Sonuç olarak tıp fakültesi öğrencileri arasında hasta güvenliği kültürü ile ilgili tutumlar pek çok faktörden etkilenmekte ve farklılıklar göstermektedir. Öğrencilerin hasta güvenliği ile ilgili temel tutum ve algılarını anlamak, etkili eğitim programlarının tasarımı için kritik öneme sahiptir.

Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek, tıbbi hatalardan korunmak ve bu hataları en aza indirmek için gerekli olan eğitim ve yaklaşımların tıp fakültelerinin müfredat bileşenlerinde öğrencilerin ihtiyaçlarına göre uyarlanarak yer almaları gerekir.

Ayrıca tıp fakültesi öğrencileri arasında hem hasta güvenlik kültürünü teşvik etmeye yönelik eğitim programlarının etkisini değerlendirmek hem de öğrenciler arasında hasta güvenliğine yönelik tutum ve algılar açısından farklılıkları belirlemek için farklı dönemlerde eğitim alan öğrenci grupları ile çalışmak ya da aynı öğrenci grubunu uzunlamasına çalışmalarla değerlendirmek yararlı olabilir.

## TEŞEKKÜR

Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencileri Şeymanur Çakır, Jiyanda Kurcan, Süleyman Uluçay, Hasan Burak Çaylak, Arif Kuyusuz ve Fatih Tatlıpınar’a anket uygulama aşamasındaki yardımlarından dolayı ve Prof. Dr. Levent Dönmez’e yol göstericiliği ve teşviklerinden dolayı teşekkür ederim.

**KAYNAKLAR**

1. World Health Organization. Patient Safety: Making health care safer. Geneva: World Health Organization, 2017.
2. Rafter N, Hickey A, Condell S, Conroy R, O'connor P, Vaughan D, Williams D. Adverse events in healthcare: Learning from mistakes. *QJ Med* 2015; 108:273-7.
3. World Health Organization. Human factors in patient safety review of topics and tools. Report for methods and measures working group of who patient safety. Geneva: 2009.
4. Institute of Medicine Committee on Data Standards for Patient Safety. Achieving a New Standard for Care. In: Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, eds. Washington D.C: National Academies Press, 2004.
5. Leotsakos A, Ardolino A, Cheung R, Zheng H, Barraclough B, Walton M. Educating future leaders in patient safety. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2014; 7:381-8.
6. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition. Geneva: World Health Organization, 2011.
7. Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, MacDonald L, Mearns K, Cleland J, Williams D. Patient safety: Helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Health Care* 2007; 16:256-9.
8. Carruthers S, Lawton R, Sandars J, Howe A, Perry M. Attitudes to patient safety amongst medical students and tutors: Developing a reliable and valid measure. *Medical Teacher* 2009; 31:370-6.
9. Torun N, Dinçer M, Öztaş D, Demir P, Sanisoğlu SY. Tıp Fakültesi öğrencilerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutum ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Journal of Contemporary Medicine* 2018; 31(1):1-6.
10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. In: Committee on Quality of Health Care in America eds. Why do errors happen. Institute of Medicine, Washington D.C: National Academy Press, 2000; 49-69.
11. Cooper JB, Gaba DM, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. *Medscape General Medicine* 2000; 2(3):38.
12. World Health Organization. World alliance for patient safety. WHO patient safety curriculum guide for medical schools. Geneva: 2009.
13. Liao JM, Etchegaray JM, Williams ST, Berger DH, Bell SK, Thomas EJ. Assessing medical students' perceptions of patient safety: The medical student safety attitudes and professionalism survey. *Academic Medicine* 2014; 89(2):343-51.
14. Association of American Medical Colleges (AAMC). Report V Contemporary Issues in Medicine: Quality of Care. Medical School Objectives Project August 2001.
15. Liu H, Li Y, Zhao S, Jiao M, Lu Y, Liu J. Perceptions of patient safety culture among medical students: A crosssectional investigation in Heilongjiang Province, China. *BMJ Open* 2018; 8:1-9.
16. Leung GKK, Ang SBL, Lau TC, Neo HJ, Patil NG, Ti LK. Patient safety culture among medical students in Singapore and Hong Kong. *Singapore Med J* 2013; 54(9):501-5.
17. Leung GKK, Patil NG, Ip MSM. Introducing patient safety to undergraduate medical students. A pilot program delivered by health care administrators. *Med Teach* 2010; 32:547-51.
18. Myung SJ, Shin JS, Kim JH. The patient safety curriculum for undergraduate medical students as a first step toward improving patient safety. *J Surg Educ* 2012; 69:659-64.
19. World Health Organization. Regional Office for Europe. Data and statistics. [ww.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics](http://ww.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics) erişim tarihi: 27.03.2019
20. Gorgich EAC, Barfroshan S, Ghoreishi G, Yaghoobi M. Investigating the causes of medication errors and strategies to prevention of them from nurses and nursing student viewpoint. *Global Journal of Health Science* 2016; 8(8):220-7.
21. Woods A, Doan-Johnson S. Executive summary: Toward a taxonomy of nursing practice errors. *Nurse Manage* 2002; 33(10):45-8.
22. Ünal A, Seren S. Medical error reporting attitudes of healthcare personnel, barriers and solutions: A literature review. *J Nurs Care* 2016; 5(6):1-8.
23. Noble DJ, Pronovost PJ. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. *J Patient Saf* 2010;6(4): 247-50.
24. Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi* 2010; 8(1):1-14.
25. Şerifoğlu UK, Sungur E. Kazaların Habercileri: Kaza habercisi olayların yönetimi ve Sağlık & Güvenlik Kültürü İlişkisi. IV. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri. 20-21 Nisan 2007. Adana: MMO. Yayın No: E/2007/424, 2007.
26. Wu Y, Fujita S, Seto K, Ito S, Matsumoto K, Huang CC, Hasegawa T. The impact of nurse working hours on patient safety culture: A cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research* 2013; 13:394.
27. Rogers AE, Hwang W, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 2004; 23(4):202-12.