

**HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
MESLEKİ PROFESYONELLİK DÜZEYİNİN
TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMLERİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Necmettin İŞCİ

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ

Yüksek Lisans Tezi - 2015

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MESLEKİ
PROFESYONELLİK DÜZEYİNİN TIBBİ HATA YAPMA
EĞİLİMLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Necmettin İŞÇİ

**Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ**

**ERZURUM
2015**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI

**HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MESLEKİ
PROFESYONELLİK DÜZEYİNİN TIBBİ HATA YAPMA
EĞİLİMLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Necmettin İŞÇİ

Tez Savunma Tarihi : 21.01.2015

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mağfired KARA KAŞIKÇI (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Yard. Doç. Dr. Gülçin AVŞAR (Atatürk Üniversitesi) 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2015**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Meslek.....	3
2.2. Profesyonellik	8
2.2.1. Profesyonelin Sahip Olması Gereken Özellikler	10
2.2.2. Hemşirelikte Profesyonellik	11
2.2.3. Miller' in Hemşirelikte Profesyonelleşme Modeli	13
2.2.3.2. Yayın.....	15
2.2.3.3. Araştırma	15
2.2.3.4. Mesleki Organizasyonlara Katılma	16
2.2.3.5. Toplumsal Hizmet.....	17
2.2.3.6. Yeterlik ve Sürekli Eğitim	17
2.2.3.7. Etik Kodlar.....	18
2.2.3.8. Teori.....	19

2.2.3.9. Otonomi	19
2.2.4. Hemşirelikte Profesyonellikle İlgili Araştırmalar.....	20
2.3. Tıbbi Hata (Malpraktis)	22
2.3.1. Tıbbi Hata Nedenleri	24
2.3.2. Tıbbi Hataların Sonuçları.....	26
2.3.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	27
2.3.3.1. İlaç Hataları.....	28
2.3.3.2. Hastane Enfeksiyonları	29
2.3.3.3. Düşmeler	30
2.3.3.4. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar	30
2.3.3.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar	30
2.3.3.6. Yanlış Ya da Uygun Olmayan Malzeme Kullanıma Bağlı Hatalar	31
2.3.4. Hemşirelikte Tıbbi Hatalar	31
3. MATERYAL VE METOT.....	33
3.1. Araştırmanın Türü.....	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
3.4. Veri Toplama Aracı	34
3.5. Verilerin Toplanması	36
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	36

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	36
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
KAYNAKLAR	56
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	73
EK-2. ETİK KURUL KARARI.....	74
EK-3. KURUM İZİNLERİ	75
EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	79
EK-5. MESLEKTE PROFESYONEL TUTUM ENVANTERİ.....	81
EK-6. HEMŞİRELİKTE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ.....	83
EK-7. ÖLÇEK KULLANIMI İÇİN ALINAN İZİNLER	85

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, rehberlik eden, her konuda beni destekleyen, daima yanımda olduğunu hissettiğim çok değerli danışman hocam, Sayın Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ' a,

Jüri üyesi hocalarım Sayın Prof. Dr. Mağfiret KARA KAŞIKÇI'ya ve Sayın Yard. Doç. Dr. Gülçin AVŞAR' a,

Her zaman yanımda olan ve hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen değerli dostlarım Öğr. Gör. Fuat KAHRAMAN, Arş. Gör. Ahmet DİNÇ' e ve Naci YILDIRIM' a

Hayatım boyunca tüm süreçlerde yanımda olan, beni daima destekleyen çok kıymetli AİLEM ve ARKADAŞLARIM' a,

Her zaman beni destekleyen, bana yardım eden, beni ümitlendiren, yol arkadaşım sevgili EŞİM' e ve biricik kızım BEYZA' ya,

Tez çalışma sürecinde verilerin toplanmasında yardımcı olan sevgi ve özverinin adı değerli HEMŞİRE arkadaşlara teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Necmettin İŞCİ

ÖZET

Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi

Amaç: Bu araştırma, hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Materyal ve Metot: Araştırma, Haziran 2013 - Ocak 2015 tarihleri arasında Erzurum il merkezinde bulunan ve genel tanı-tedavi ve bakım hizmetleri sunulan 4 hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırma, ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 459 hemşire ile tamamlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu”, “Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri” ve “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ni içeren bir anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ile kurum izinleri alınmıştır. Toplanan veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik paket programları ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin genel olarak bayan, genç yaşta, bekâr ve çocuk sahibi olmadığı, Kamu Hastaneler Birliği’ne bağlı hastanelerde çalıştığı, dâhili servislerde ve servis hemşiresi olarak görev yaptığı, lisans mezunu ve 5 yıldan az mesleki deneyime sahip olduğu, bazen gece bazen de gündüz haftada ortalama 43 saat çalıştıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutum düzeylerinin yüksek ($\bar{X}=137.06\pm15.23$), tıbbi hataya eğilim düzeylerinin ise düşük ($\bar{X}=223.24\pm25.28$) olduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin çoğunun kendilerini oldukça profesyonel hissettikleri ve daha önce herhangi bir tıbbi hata yapmadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumları ile tıbbi hataya eğilimleri arasında pozitif yönde, kuvvetli ve ileri derecede anlamlı ilişki ($p<0.001$) bulunduğu saptanmıştır. Daha önce tıbbi hata yapan hemşireler ile hata yapmayan hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumları arasında farklılık olduğu ($p<0.05$), kendini profesyonel hissetme durumlarına göre hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri arasında anlamlı farklılıkların bulunduğu ($p<0.05$) ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının tıbbi hataya eğilimlerinin % 30’ unu açıkladığı belirlenmiştir.

Sonuç: Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının tıbbi hata yapma eğilimleri üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, mesleki profesyonellik, tıbbi hataya eğilim.

ABSTRACT

The Effect of Occupational Professionalism Level of the Nurses Working in a Hospital upon Their Tendency towards Making a Medical Mistake

Aim: This study has been carried out as definitive, cross-sectional, interrelating, with the purpose of determining the effect of occupational professionalism level of the nurses working in a hospital upon their tendency towards making a medical mistake.

Material and Method: The study was carried out between June 2013 and January 2015 in four hospitals located in the city center of Erzurum which provide general diagnosis and treatment services. The study was completed with 459 nurses who were accessible and who accepted to take part in the study. In the study, a questionnaire including 'Personal Information Form', 'Professional Attitude Inventory at Occupation' and 'Tendency towards Medical Mistake in Nursing' was used as a data collection tool. Ethical Committee Approval and institutional permissions were taken for the study to be carried out. Data collected were computerized and evaluated through SPSS 22.0 statistical package programs.

Results: It has been determined that the nurses who took part in the study were generally women, young, single with no child, working in hospitals under Public Hospitals Confederation, working in internal units as service nurse, with a bachelor's degree and less than 5-year work experience, working approximately 43 hours in a week, during nights and days. It has been found out that nurses' level of occupational professionalism attitude was high ($\bar{X}=137.06\pm15.23$), and their tendency towards medical mistake was quite low ($\bar{X}=223.24\pm25.28$). It has been determined that most nurses have felt themselves pretty professional and have never made a medical mistake before. It has been ascertained that there was a positive, strong and highly significant relationship ($p<0.001$) between nurses' occupational professionalism attitudes and their tendency towards making a medical mistake. It has been determined that there was a difference between occupational professionalism attitude of the nurses who have made medical mistakes before and who have not ($p<0.05$), and it has been found out that there were significant differences between nurses' tendency towards making a medical mistake according to their conditions of feeling themselves professional ($p<0.05$). It has been determined that nurses' occupational professionalism attitude defined 30% of their tendency towards making a medical mistake.

Conclusion: It has been found out that nurses' occupational professionalism attitudes have been influential upon their tendency towards making a medical mistake.

Key Words: Nursing, occupational professionalism, tendency towards making a medical mistake.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HTHEÖ	: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
IOM	: Institute of Medicine (Amerika Ulusal Tıp Enstitüsü)
JCAHO	: The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (Uluslararası Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu)
KW	: Kruskal-Wallis
MPTE	: Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri
THD	: Türk Hemşireler Derneği

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1.	Hemşirelikte Profesyonelleşme Tekeri.....14
Şekil 3.1.	Evren ve Örneklem Diyagramı.....34

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1.	Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı.....38
Tablo 4.2.	Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı.....39
Tablo 4.3.	Hemşirelerin Kendini Profesyonel Hissetme Durumu40
Tablo 4.4.	Hemşirelerin Kendini Profesyonel Hissetmeme Nedenleri.....41
Tablo 4.5.	Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma ve Tıbbi Hata Yapanları Görme Durumları İle İlgili Bulguların Dağılımı.....41
Tablo 4.6.	Hemşirelerin MPTE ve HTHEÖ'den Aldıkları Puanlar.....42
Tablo 4.7.	Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma ve Yapıldığını Görme Durumlarına Göre MPTE Puanları.....43
Tablo 4.8.	Hemşirelerin Kendilerini Profesyonel Hissetme Durumlarına Göre HTHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması44
Tablo 4.9.	MPTE ile HTHEÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Değerleri.....45
Tablo 4.10.	Mesleki Profesyonellik Tutumunun Tıbbi Hataya Eğilim Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....47

1. GİRİŞ

Günümüzde yaşanan hızlı toplumsal değişim ve teknolojik gelişmeler, mesleki profesyonelliği zorunlu kılmaktadır. Profesyonellik, toplumda bir mesleğin rol ve sorumluluklarını yerine getiren ve bir işi gerçekleştiren her bireyin edinmesi gereken bir düşünce ve davranış biçimi olarak ifade edilmektedir.^{1,2}

Mesleklerin birçoğu zaman içinde, işlevleri, organizasyon şekilleri, bulunması zorunlu bilgi ve yetenekleri, aldıkları ücret ve toplum nezdindeki değerlerine bağlı olarak ya varlıklarını devam ettirebilmekte veya ortadan kalkmaktadır. Ancak meslek üyelerinin uygulamalarını profesyonelce yerine getirmeleri, mesleğe toplum ve diğer meslekler tarafından verilen değeri artırmakla birlikte mesleğin devamlılığını da sağlamaktadır.³

Sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası olan hemşireler de birey, aile ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik çaba gösterirken profesyonel bir tutum içinde olmalıdır.^{4,5} Ancak sağlık alanında meydana gelen bilimsel, teknolojik, politik vb. değişimler sonucu ortaya çıkan durumlar hemşirelerin profesyonellik davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Hemşirelerin işlerini profesyonelce yapmamaları sonucu da geri dönüşü mümkün olmayan tıbbi hatalar görülebilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti alan kişilerin tıbbi hatalardan ve zarar verici etkilerinden korunmasında hemşirelerin işlerinde profesyonel davranışları oldukça önemlidir.⁶

Son yıllarda önemli bir konu haline gelen tıbbi hatalar, hizmet alan birey/yakınları, hizmet veren sağlık çalışanı, hizmet veren kurum ve ülke açısından birçok zarara neden olmaktadır.^{7,8} Hasta bakımında önemli görevler üstlenen hemşirelerin çeşitli nedenlerle yaptıkları tıbbi hatalar insan hayatını tehlikeye sokabilmektedirler.⁹ Hemşirelerin tıbbi

hata yapma riskini artıran birçok faktör bulunmakla birlikte^{10,11} mesleki olarak profesyonel olma durumlarının tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisi ile ilgili literatürde bir bilgiye rastlanmamıştır. Bu ihtiyaçtan hareketle araştırma, hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma konu ile ilgili yapılan ilk çalışma olması nedeniyle ayrı bir öneme sahip olup daha sonra yapılacak araştırmalara yol gösterici nitelikte olacaktır. Bu araştırma ile “Hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyi tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkili midir?” sorusuna yanıt aranacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Çok eski çağlardan günümüze kadar insanlar temel ihtiyaçlarını gidermek, kendilerini korumak, çevrelerini düzenlemek ve yeni alanlar keşfetmek için çeşitli faaliyetlerde bulunmuşlardır. Bu faaliyetler zaman geçtikçe hayatı sürdürmek ve yaşayabilmek için sürekli yaptıkları uğraşlar haline gelmiştir Zaman içerisinde insanların gereksinimlerine yönelik olarak edindikleri bu uğraşlar, uzmanlaşma ve gruplar arası iş bölümünün gelişimiyle “meslek” haline gelmiştir.^{12,13}

2.1. Meslek

Meslek kavramı, genel olarak üniversite eğitimi almış, yüksek sosyal statüye sahip kişilerce yerine getirilen, kendine özgü yasal ve ahlaksal kuralları bulunan ve bir kimsenin geçimini sağlayan uğraşı ifade etmek için kullanılmaktadır.¹⁴ Bir başka tanıma göre meslek, bir arada yaşayan insan topluluklarının iş bölümünden ortaya çıkan, bireyin geçimini sağlamak için üstlendiği, yasal bir çerçeve içinde yer alan ve bir davranış kalıbı oluşturan, insana statü veren toplumsal bir uğraştır.¹⁵ Meslekler, sürekliliği olan, toplumsal sorunları çözmek için özel bilgi ve beceri gerektiren, üyelerinin bireysel inisiyatif ve karar verme süreçlerini kontrol edebildiği, kârdan önce hizmet etme güdüsüyle hareket eden sürekli ve örgütlü, bilinçli bir uğraşı ya da işi de ifade etmektedir.^{16,17}

Bir uğraşın meslek olarak ifade edilebilmesi için, belirli özelliklere sahip olması gerekmektedir. Buna göre eğitim yoluyla edinilen yeterli bilgi ve beceriye sahip olan bireyler tarafından, yasal ve etik kurallar doğrultusunda topluma hizmet veren uğraşlar meslek olarak tanımlanmaktadır.¹⁸

Meslek, toplumda kişinin temel rollerinin başında gelmekte ve kişinin saygınlığı, şahsiyeti, geliri v.b. pek çok özelliği ile yakından ilişkisi bulunmaktadır. Çünkü meslek

sürekli olarak yapılması öngörülen, öğrenilmesi için belli bir eğitim ve/veya iş tecrübesi gereken, insanın hayatını kazanmak için yaptığı, ona manevi doyum sağlayan ve ahlak kuralları ile çelişmeyen bir faaliyettir.¹⁹ Toplumda tanınan bir meslek sahibi olmak kişiyi toplum önünde saygın bir konuma getireceği gibi pek çok ayrıcalık, sosyal, ekonomik, yasal ve politik açıdan da üstünlük sağlamaktadır.²⁰ Bununla birlikte meslek, insanların kendilerini, yeteneklerini, becerilerini geliştirmelerini, kimlik oluşturmalarını, dünya ile bağ kurmalarını, iletişim ihtiyaçlarının karşılanmasını ve düzenli yaşamayı da sağlamaktadır.²¹

Toplumda bireylerin gereksinimlerine göre oluşan uğraş alanları birçok aşamadan geçerek meslek haline gelmektedir. Meslekler toplumla etkileşime girerek içinde bulunduğu toplumun ihtiyaçlarına yönelik hizmet vermekte ve mesleklerin değeri de topluma verdiği bu hizmetler ile ölçülmektedir.^{22,23} Meslekler, toplumun yapılaşmasında, örgütlenmesinde, iş bölümünün oluşmasında ve biçimlenmesinde de etkili olup, toplumsal uzlaşmaya ve istikrara da katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle de toplumsal açıdan meslek önemlidir.^{23,24}

Meslek kavramı, “iş” kavramı ile aynı anlamda kullanılsa da meslek ve iş kavramları birbirinden farklıdır. Bu iki kavramı birbirinden ayıran farklılıklar 1900' lü yılların başından beri özellikle sosyal bilimciler tarafından ortaya konmaya çalışılmıştır. Bir işin ya da uğraşı alanının meslek olup olmadığını değerlendirmek üzere ilk olarak sosyolog Abraham Flexner meslek olmanın ölçütlerini belirlemiş, daha sonra pek çok düşünür ve yazar bu ölçütleri geliştirmişlerdir.²⁴ Flexner' ın tanımladığı ölçütlere göre meslek; temelde zihinseldir ve üst düzeyde bireysel sorumluluk gerektirir, öğrenilebilen, yenilenebilen ve araştırmalarla yeniden üretilebilen bilgi birikimine dayanır. Meslek aynı zamanda teorik olmanın yanı sıra pratiktir, ileri düzeyde özelleşmiş mesleki eğitim süreciyle öğretilir, meslek üyeleri arasında güçlü bir iç örgütlenme ve iyi gelişmiş

grup bilinci vardır, üyeler birbirlerine yardım etmeye eğilimli ve toplum yararına çalışmaya isteklidirler.^{24,25}

Povalko da 1971 yılında bir işi meslek yapan sekiz bileşen belirlemiştir. Hemşirelik mesleği için de yararlanılabilecek bu modelin 8 bileşeni vardır. Bu bileşenler, bilgi yükü (teori), yapılan işin toplumun temel sosyal değerleriyle bağlantısı, eğitim süresi, topluma hizmet sunma, bağımsızlık (otonomi), sosyallik (örgütlenme), mesleğe bağlılık ve meslek ahlakıdır.²⁶

Bir iş ya da uğraşın meslek olabilmesi için meslek üyeleri tarafından sürekli araştırmalarla elde edilip üretilen, kendine özgü bilimsel bilgi içeriğine sahip olması bu bilgi içeriğinin mesleğin gelişimine katkıda bulunması, toplumun yararına kullanılması ve üretilen bilginin yayınlanması gerekir. ^{24,25,27} Bu bilimsel bilgi birikimine sahip olabilmesi için de meslek üyelerinin yüksek öğrenim düzeyinde eğitilmesi önemlidir.²⁵

Meslekler kendi varlıklarını adalet, saygı, yaşam, özgürlük, mutluluk gibi değerlerle özdeşleştirirler. Yani, toplumun temel sosyal değerleriyle iç içedirler. Bu nedenle de bir meslek, toplum tarafından kabul görmeli yani toplumun sosyal değerlerine uyum sağlamalıdır.²⁶ Hatta toplumla meslek grupları arasında bir "toplumsal sözleşme" olduğu belirtilmektedir. Bu sözleşmeye göre toplum, toplumsal açıdan yaşamsal önem taşıyan işlevler konusunda meslek gruplarına yetki verir ve bu grupların kendi işlevlerini yürütmeleri için gereken bağımsızlığı yani otonomiye de onlara tanır.²⁸ İnsan yaşamına ve insan ilişkilerine odaklı meslekler için otonomi, oldukça önemlidir. Çünkü bu alanlarda meslek üyelerinin uygulamalarının ahlaki boyutu hakkında eleştirel düşünebilmesi, bağımsız ve etik karar verebilmesi gerekir.²⁹ Mesleki otonomiye sağlamak için de o mesleğin uygulama standartlarını ve rollerini belirleyen, mesleğin gelişimini destekleyen, mesleki ahlak kurallarını belirleyen, politikalar saptayan, mesleki hakları elde edebilmek için de üyeler arasında güçbirliği oluşturan bir meslek

örgütü olmalıdır.^{26,30,31} Mesleki örgütlerine katılımın olabilmesi ve mesleğin devamının sağlanabilmesi o meslek üyelerinin mesleğe bağlılık duymaları ile sağlanabilir.³² Meslek üyeleri, mesleki faaliyette bulunurken kendi isteklerine göre değil, meslek onurunu koruyan, mesleğin gelenek ve düzenine aykırı girişimleri ve eylemleri önleyen, onlara rehberlik eden etik kurallara göre hareket etmelidir.³³

Meslekleşme kriterleri doğrultusunda değerlendirildiğinde hemşireliğin bir meslek mi yoksa uğraş mı olduğu konusunda tartışmalar yapılmaktadır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing-ICN) tarafından hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilitasyon çalışmalarına katılan bir meslek olarak tanımlanmıştır.² Türk Hemşireler Derneği (THD) ise hemşireliği “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme, hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” şeklinde tanımlamıştır.²¹

Son yıllarda hemşirelik alanında bilimsel araştırmaların artması, hemşireliğe özgü uluslararası ve ulusal makale ve kitapların yayınlanması, kongre, sempozyum vb. bilimsel etkinlikler hemşirelik alanında bilimsel bilginin artmasına önemli düzeyde katkı sağlamaktadır.^{25,27,34} Ancak günümüzde, hemşirelik alanındaki bilimsel bilginin yetersiz olduğu ve hemşirelik uygulamalarına etkin bir biçimde yansıtılmadığı savunulmaktadır.^{24,25,35}

Temel görevi, insan yaşamı ve sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik bakım hizmetlerinin sunulması olan hemşirelik; bu anlamda insan onuruna saygı, yardımseverlik, şefkat, duyarlılık, empati, güvenilirlik, dürüstlük, vb. değerlerle özdeşleşir. Bu değerler hemşirenin bireyler arasında hiç bir ayrım gözetmeksizin,

duyarlı, adil ve saygılı bir bakım vermesi için rehberlik eder. Bu bakımdan hemşirelik toplumun sosyal değerlerini yansıtan bir meslektir.²⁵ Ancak, hemşireliğin toplumsal imajı, sağlık hizmetlerinin hekim egemenliği altında verilmesi, hekimin sağlık ekibinin doğal lideri olarak görülmesi gibi durumlar nedeniyle hemşirelik mesleği olumsuz yönde etkilenmektedir.^{25,29}

Hemşirelik mesleğinin eğitim süresi değerlendirildiğinde, halâ hemşirelikte farklı eğitim düzeylerinin varolduğu göze çarpmaktadır. Gerek uluslararası kuruluşların direktifleri²⁵ gerekse ulusal yasal düzenlemelerde³⁶ hemşirelerin üniversite düzeyinde eğitim almış olmaları istenirken ülkemizde yıllardır hemşirelik eğitiminde birlik sağlanamamıştır.

Hemşirelerin gerek bireyin iyiliğine yönelik etik karar verebilmesi, gerekse sağlık ekibi içinde görev, yetki ve sorumluluklarının bilincinde ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile etkin iş birliği içinde çalışabilmesi açısından otonomi önemlidir. Ancak, hemşirelerin etkili liderlik davranışları gösterememesi, sağlık ekibinde hekim egemen bir anlayışın olması, hemşirelerin rol karmaşası yaşaması gibi nedenlerle hemşirelerin otonomilerinin yeterli olmadığı belirtilmektedir.^{37,38} Hemşirelerin mesleki otonomilerini olumsuz etkileyen bir başka etken de mesleki örgütler kapsamında birlikte hareket edememeleridir. Hemşirelik ile ilgili birçok mesleki örgüt bulunmakla birlikte, mesleğe bağlılığın ve mesleki örgütlere üyelik oranlarının istenilen düzeyde olmadığı da bilinmektedir.³⁹

Hemşirelerin sağlık bakım hizmetinin sunumunda profesyonel tutum ve davranış sergilemesi, etik duyarlılığa sahip olması, etik ilke ve değerleri göz önünde bulundurması yani meslek ahlakına sahip olması gerekir.²⁵ ICN hemşireler için 1953 yılında etik kodları yazılı olarak ilan etmiş ve sonraki yıllarda çeşitli düzenlemelerden geçirerek, son olarak 2005 yılında yayınlamıştır. Bunun yanı sıra, dünyada birçok

ülkenin ulusal hemşirelik örgütleri de kendi ülkelerinin koşulları ve hemşireliğin yapısını göz önünde bulundurarak hemşireler için etik kurallar yayınlamışlardır. Ülkemizde de hemşirelerin etik yükümlülüklerine rehberlik sağlaması amacıyla Türk Hemşireler Derneği tarafından "Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar" başlıklı bir metin hazırlanmıştır.^{40,41}

Meslekleşme süreci kapsamında hemşirelik ele alındığında, hemşirelik meslekleşme bileşenlerine tam olarak sahip olmamakla birlikte özellikle 1980' lerden sonra meslekleşme sürecinde belirgin bir ilerleme sağlamıştır.^{1,24} Ancak, hemşireliğin başta bilimsel bilgi temeli ve otonomi olmak üzere çeşitli alanlarda zayıflıkları vardır ve özellikle bu alanların güçlendirilmesi gerekir.

Hemşireliğin meslekleşmesini engelleyen dışsal faktörlere rağmen hemşirelerin meslekleşme yolundaki hızını artırabilmeleri için mesleğin tanımını ve anlamını daha iyi kavramaları, profesyonelliğin göstergesi olan mesleki tutum ve davranışları bilmeleri ve sergilemeleri gerekmektedir.²⁶

2.2. Profesyonellik

Profesyonellik, günümüzde çağdaş toplumların en çok önem verdiği konulardan birisidir.⁴² Kelime anlamı “yeteri kadar nitelikli olma”⁴³ olan profesyonellik, bir alanda gösterilen uzmanlık, bilgi, beceri ve davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır.⁴⁴ Dinamik ve çaba harcamayı gerektiren bir süreç olarak değerlendirilen profesyonellik, işin gereklerini en mükemmel şekilde gerçekleştirebilmeyi içerir.²⁶ Dalgıç' a göre de, "Profesyonellik, mensubu olduğu meslek grubunun üstlendiği işin en iyisini yapmak veya standartı yüksek bir hizmet vereceği yönünde topluma söz vermektir."⁴⁵

Her hangi bir bireyin, profesyonel olup olmadığı çalıştığı alana yönelik bazı yetkinliklere sahip olmasına bağlıdır. Profesyonellik yetkinliklerinden bazıları,

dışarıdan zorlama olmadan mükemmellik standartlarını belirlemek, performansını geliştirmek için çalışma tarzını ve yöntemlerini gözden geçirmek, üstlendiği işi tamamlamak için uzun süre çalışmak, gerçekçi hedefler belirleyerek sonuç alana kadar işi izlemek, fırsat ve tehditleri ortaya çıkmadan önce görmek, olabilecekleri öngörmektir. Ayrıca profesyonellik, belli bir düzen içinde sistemli çalışmayı, maliyet-yarar hesabı yapmayı, kurum yada sektöre yenilik getirmeyi, inisiyatif kullanmayı, kriz anlarında stresle baş etmeyi, yeni bilgilere açık olmayı, yaratıcı olmayı gerektirir. Bununla birlikte profesyonellik başkalarının gelişmesinde yol gösterici olmak, destek vermek, başkalarını etkilemek ve harekete geçirmek, plan yapmak, kurumsal farkındalığı olmak, kendini ve duygularını kontrol etmek, yeteneklerine güvenmek, hizmet sunduğu kişilerle iyi ilişkiler kurmak ve onların ihtiyaçlarını takip etmek gibi yetkinlikleri de gerektirir.^{2,46-48}

Meslek üyelerinin profesyonel statüye ulaşmalarında mesleğin nesnel ve öznel açılarından profesyonel olduğunun kabul edilmesi de etkilidir. Öznel açıdan mesleğin üyeleri kendilerinin profesyonel olduğunun bilincinde olmalıdır. Nesnel açıdan ise, profesyonel mesleğin sunduğu hizmetlerden yararlananlar ve genel olarak halk, mesleği profesyonel olarak tanımaya ve kabul etmeye istekli olmalıdırlar.⁴⁹

Mesleki profesyonellik ise kişisel profesyonelliği kurumsal profesyonelliğe dönüştürmektir.¹ Günümüzde yaşanan hızlı toplumsal değişim ve teknolojik gelişmeler, mesleki profesyonelliği zorunlu kılmaktadır.³ Mesleğin toplumda cazip hale gelerek prestij sahibi olması, meslek üyelerinin saygı görmesi ve mesleğin devam edebilmesinde mesleki profesyonellik önemli bir rol oynamaktadır.⁵⁰

2.2.1. Profesyonelin Sahip Olması Gereken Özellikler

Profesyonel, toplumda bir görevi, bir mesleği düzenli ve en az hata ile sürdüren kişidir. Bir işin profesyoneli olmak, onu en ince ayrıntılarına kadar kavramış olmayı ve işinin gereklerini en mükemmel şekilde yerine getirebilmeyi gerektirir. Toplumda kabul gören ve gerçekleştirilmesi beklenen görev ne kadar karmaşıksa profesyonelleşme de o kadar önem kazanmaktadır.^{2,51}

Gökçora' ya göre profesyonel, bilgi ve beceri düzeyini sürekli güncel tutan, deneyimli, kendi kariyerini kendisi çizen, hem bireysel niteliğe hem yaptığı işin niteliğine hem de çevresiyle ilişkilerinin niteliğine özen gösteren kişidir. Aynı zamanda kendisinden beklenenleri çok iyi bilen, iş ahlak ve normlarına uyan, oyunu kuralına göre oynayan, bir çalışma felsefesine sahip olan ve eleştirel düşünebilen kişidir.⁵² Bir alanı meslek olarak seçen, bu alanda eğitim alarak kendini yetiştirip derinleşen ve o alandaki bilgi ve deneyimi ile hayatını kazanan profesyonel kişiler,¹⁷ yaptıkları işten coşku ve heyecan duyar, mesleğini destekler ve mesleğin gerektirdiği işlerin fazlasını da yapar.^{19,31}

Profesyonellerden kurallara otomatik olarak uymaları değil, uygulamalarında yetkin olmaları, akılcı ve etik davranmaları, herhangi bir toplumsal kuralı, ondan etkilenme olasılığı bulunan bireylerin gereksinimlerini de göz önüne alarak değerlendirmeleri, istikrarlı ve disiplinli olmaları beklenmektedir.⁵³ Yaptığı işte aynı istikrarı göstermeyen ve bir iş disiplinine sahip olmayan kişiler profesyonel olamazlar.²⁶ Profesyonel kişi, yaptığı işi serbestçe kontrol edebilme yetisine [özerklik], meslektaşlarına ve topluma karşı sorumluluk duygusuna da sahip olmalıdır.⁵²

Bu özelliklerin yanısıra profesyonel bir kimliğe sahip bir meslek üyesinin şu özelliklere de sahip olması beklenmektedir:

- **Sorumluluk sahibi olma:** Profesyonel kişiler, tarafsızlık ilkesine bağlı olarak en iyi standartlarda hizmet vermeli ve hizmet verdiği birey/gruplara saygılı olmalıdır.
- **Tarafsızlık ilkesi:** Profesyonel, yaptığı seçimlerde, verdiği kararlarda ve hizmet anlayışında hizmet alanların çıkarlarını ön planda tutarak kendi bilgi, deneyim ve analizlerinden yararlanmalıdır.
- **Yetkinlik düzeyi:** Profesyonellerin, yüksek kişisel ve mesleki becerilere sahip olmasının yanısıra kendilerini daha da geliştirmeleri istenmektedir.
- **Gizlilik:** Profesyonel meslek üyelerinin, hizmet verdikleri bireyler hakkındaki bilgileri gizli tutmaları ve bu bilgileri amacı dışında kullanmamaları gerekmektedir.
- **Müşteri çıkarlarını gözetme:** Profesyonel kişilerin hizmet verdikleri bireyler ile herhangi bir çıkar çatışmasına girmeden onların çıkarlarını korumak için çalışmaları beklenmektedir.
- **Rasyonel ücretlendirme:** Profesyonel kişiler, üstlendikleri sorumluluklarla, görev ve yetkilerle orantılı bir ücret almalıdırlar.
- **Kurum kültürüne uyum:** Çalıştığı kurumun değerlerine, ilkelerine, kurallarına, yasalarına ve kültürüne karşı saygılı bir tutum içinde olmak da profesyonel kişilerden beklenen bir başka özelliktir.
- **Geniş profesyonellik anlayışı:** Profesyonelin, sahip olduğu tüm bu ilkeleri sadece hizmet verdiği kesime değil, profesyonel ve amatör diğer kurumlarla olan ilişkilerinde de koruması gerekmektedir.⁵⁴

2.2.2. Hemşirelikte Profesyonellik

Toplumsal, teknolojik, yasal, ekonomik vb. değişimlerden en fazla etkilenen meslek gruplarından biri olan hemşirelikte de bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmesinde tartışılmaz bir yere sahip olan mesleki profesyonellik her geçen gün daha

da önem kazanmaktadır.⁶ İçinde bulunduğumuz yüzyılda sağlık sektöründeki hızlı değişimler profesyonel hemşirelere olan ihtiyacı daha da hissettirmektedir.⁴⁴

Hemşirelik, en ilkel toplulukların yaşadığı çağlardan beri bir toplum hizmeti olarak uzun yıllar varlığını korumuş, insanların sağlığını geliştirmek, korumak ve sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak üzere önemli bir yere sahip olmuştur.⁵⁵ İlk zamanlar sadece hasta bireylere hizmet verme ile özdeşleşen hemşirelik, günümüzde bilimsel ve çağdaş yaklaşımlar gerektiren profesyonel bir disiplin olarak anılmaya başlamıştır.^{2,25}

ICN'in 1975'te hemşireliği profesyonel bir meslek, hemşireyi profesyonel bir kişi olarak tanımladığı belirtilmektedir.²⁶ Uluslararası Çalışma Örgütü de hemşireyi profesyonel bir kişi olarak belirtmektedir.³¹

Hemşirelik kuramcıları da mesleğin profesyonelliğine yönelik farklı görüşlere sahiptirler. Florence Nightingale' e göre bir profesyonel olarak hemşirelik, diğerlerine yardım etmeye gönüllü olmaktır.⁵⁶ Profesyonelliğe ilişkin bir model geliştiren Hall ise, profesyonel tutumların niteliklerini profesyonel derneklere, toplantılara katılım, halka verilen sağlık hizmetine inanç geliştirme, otonomi ve kendini düzenlemeye yönelik inanç geliştirme ve ekonomik gelirin ötesinde bağlanma olarak sıralamıştır. Hall' ın geliştirdiği bu model konuyla ilgili araştırmaların kavramsal yapısının oluşturulmasında ve profesyonellik envanterinin geliştirilmesinde oldukça etkili olmuştur.^{46,56}

Profesyonel bir hemşire, entelektüel bilgi, beceri ve tutum birikimi ile kuramsal bilgisini uygulamayla bütünleştirebilmiş, koruyucu ve tedavi edici sağlık alanlarındaki çalışmalarında bu bilgisinden yararlanabilen; sorunların temeline inme, yargılama, karar verme ve sorun çözme yeteneği olan, iyi bir bakım verebilme yeteneğine sahip, eğitici ve yönetici özelliği olan kişi olarak tanımlanmaktadır.⁵⁷ Profesyonel hemşire aynı zamanda doğal, toplumsal olaylara duyarlı, doğa-birey-toplum arasındaki ilişkiyi

kavrayabilen, insanı parçalara ayırmak yerine bütün olarak gören, sosyal adalet duygusu gelişmiş bir kişidir.⁵⁸ İnsana-sağlığa duyarlı, mesleki bilince sahip, mesleki kararlarında her zaman hasta yararını gözeten, hizmet verdiği kişilerin bireyselliğine saygılı, etik ilkelere bağlı, daima hizmet kalitesini artırmaya çalışan profesyonel hemşire için her insan kendine özgüdür ve bakım da bireyseldir.²¹

Profesyonel hemşire, hızla değişen sağlık sistemi çevresinde yeni araştırma bulgularının ışığında bireyin bakım gereksinimlerini saptayan, gereksinimleri doğrultusunda bakım planını geliştiren ve kendi sunduğu bakımın sorumluluğunu üstlenen özerk bir uygulayıcı konumundadır.⁵⁹ Mesleki etik değerlere sahip çıkan, otonomisi yüksek ve bilimsel gelişmeleri takip eden bir meslek üyesi olarak profesyonel hemşireler hasta bakım kalitesinin artmasını da sağlamaktadır.⁶⁰

2.2.3. Miller’ in Hemşirelikte Profesyonelleşme Modeli

Her mesleğin kendisine özgü profesyonellik davranışlarını belirlemesi, profesyonelleşme modelini ve profesyonelliğin değerlendirilmesine ilişkin araç ve yöntemler geliştirmesi önerilmektedir. Bu öneriyi değerlendiren Miller hemşireliğe özgü profesyonellik modelini geliştirmiş ve hemşirelikte profesyonellik bileşenlerini belirlemiştir.^{37,61,62}

Bu modele göre; tekerliğin merkezinde mesleğin en önemli nitelikleri olan hemşirelik eğitimi ve bilimsel temel, çevresinde ise destekleyici tutumlar yer almaktadır. (Şekil 2.1.)^{37,61,62}



Kaynak: Hemşirelikte Profesyonelleşme Tekeri⁶⁰

Şekil 2.1. Hemşirelikte Profesyonelleşme Tekeri

2.2.3.1. Eğitim

Literatürde profesyonellik için öne sürülen ve üzerinde fikir birliği yapılmış olan bileşenlerden biri, meslek üyelerinin uzun ve yüksek dereceli bir eğitim sürecinden geçmeleridir.⁶¹ Bu sürenin en az lisans düzeyinde olması istenmektedir.³⁰ Bu eğitim sonrasında edinilen deneyim ve becerilerin yüksek olması profesyonelliği beraberinde getirmektedir.⁶³

Ülkemizde hemşirelik eğitimi ile ilgili bir standardizasyonun olmaması, hemşirelikte lise ve lisans düzeyinde eğitim programlarının olması hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesini olumsuz etkilemektedir.²⁴ Yapılan bir araştırmada¹⁸ lise düzeyinde eğitime sahip hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeylerinin daha düşük olarak ortaya çıkması eğitimin profesyonelleşmede ne kadar etkili olduğuna

işaret etmektedir. Hemşirelerin eğitim düzeyinin artması, bilimsel araştırmaların artmasını sağlayarak mesleğin gelişmesine ve profesyonelliğin kazanılmasına katkıda bulunmaktadır.^{2,18,38}

2.2.3.2. Yayın

Hemşirelik mesleğinde var olan veya öngörülen problemlere ilişkin yapılan araştırmalar ve bunlara yönelik çözüm önerileri, hemşirelerin profesyonellik düzeyinin yükseltilmesi açısından önem kazanmaktadır. Bu araştırmaların bilimsel yayına dönüştürülmesi ise hem meslek üyelerine yol gösterici olmakta hem de hemşirelik mesleğinin akademik çevrelerce desteklenmesini sağlamaktadır. Böylece hemşirelik toplumsal yararı ön planda tutarak profesyonellik yolunda ilerleme kaydetmektedir.⁶³

Hemşirelik mesleğinin gelişmesi ve meslekler arasında daha sağlam bir yer edinmesi için hemşirelik alanında yapılan araştırma ve yayınların sayılarının artması gerekmektedir.²⁶ Ancak yapılan çalışmalar, hemşirelerin hemşirelikle ilgili yayınları izleme oranının oldukça düşük olduğunu göstermektedir.²⁴

2.2.3.3. Araştırma

Meslekte profesyonel davranışın ilk koşullarından biri de bilimi ve bilimsel yöntemi yeterince anlamak ve mesleğe yansıtmaktır.²⁴ Hemşirelikte de araştırmalar ile sağlık bakımına ilişkin somut ve soyut konular, akıl yürütme, analiz etme ve değerlendirme gibi bilimsel süreçlerden geçirilerek net hükümlere varılmak amaçlanmaktadır. Bu araştırma sonuçları ile hemşirelerin yaptıkları uygulamaları sorgulama ve bilimsel kanıtlara dayalı uygulama becerilerini geliştirmelerine olanak sağlamaktadır.³⁸ Hemşirelik araştırmalarının bilimsel kanıtlara dayandırılması, bakım kalitesinin yükseltilmesine ve mesleğin profesyonelleşmesine önemli katkılar sağlamaktadır.⁶⁴

Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin büyük çoğunluğunun araştırma sürecinde yer almadıklarını, araştırma yayınlarını okumadıklarını ya da araştırma bulgularını uygulamalarına yansıtmadıklarını ortaya çıkmıştır.^{65,66} Ülkemizde hemşirelikle ilgili yapılan araştırmaların sayısı artış gösterse de hemşirelikte araştırma sonuçlarının kullanımı henüz istenilen düzeyde değildir. Bu araştırmalar sonucu elde edilen bilimsel bilginin paylaşımı için kongre, sempozyum, konferans vb. düzenlenmekte ancak elde edilen bilgi hemşirelik uygulamalarına yeterince yansımamaktadır.^{27,35}

2.2.3.4. Mesleki Organizasyonlara Katılma

Mesleklerin profesyonelleşmesinde rol oynayan bir diğer faktör de meslek örgütleridir. Güçlü mesleki örgütler mesleğin gelişmesi ve meslek üyelerinin tek başına çözemediği zor sorunları çözmek için çalışırlar.⁶⁷ Hemşirelik mesleğinin de gücünü profesyonel olarak çalışan meslek örgütlerinden alması gerektiği, profesyonel bir meslek örgütünün ise ortak amaçlar çerçevesinde tüm meslek üyelerini bir araya getirebilmesi ve sözlerini eyleme dönüştürebilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.⁶⁸

Hemşirelerin sağlık bakım sisteminin en geniş grubunu oluşturmaları nedeniyle oluşturdukları potansiyel gücü meslek örgütleriyle birleştirmeleri, mesleki gelişimin hızlanması, mesleki sorunların çözülmesi ve meslekle ilgili olumsuzlukların giderilmesi yönünde katkı sağlamaktadır.^{24,69}

Ülkemizde de son yıllarda hemşirelik alanındaki mesleki örgütlerin sayısında artış yaşanmakla birlikte³⁰ profesyonelliğin önemli göstergelerinden birisi olan mesleki örgütlere üye olma ya da olmayı düşünme oranı oldukça düşüktür.^{13,30,38,40,70}

2.2.3.5. Toplumsal Hizmet

Mesleklerin amacı toplum için hayati olan hizmetleri sunmaktır.⁷¹ Ülker' in belirttiğine göre bir sosyal bilimci olan Donebedian, toplumla meslek grupları arasında bir "toplumsal sözleşme" olduğunu kabul etmektedir. Bu sözleşmeye göre toplum, toplumsal açıdan yaşamsal önem taşıyan işlevler konusunda meslek gruplarına yetki verir ve bu grupların kendi işlevlerini yürütmeleri için gereken bağımsızlığı onlara tanır. Bunun karşılığında da meslek gruplarının sorumluluk bilinci içinde ve kamuoyunun güvenini sarsmayacak biçimde davranmalarını bekler.²⁸ Toplumun beklentileri ışığında hemşirenin görevi, bireylere, ailelere ve gruplara, yaşadıkları ve çalıştıkları ortam koşulları içinde fiziksel, ruhsal ve sosyal yeterliliklerini belirlemeleri ve değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktır.⁴

Hemşirelerin profesyonel olarak kabul edilmeleri, büyük ölçüde toplumun hemşireler tarafından verilen hizmeti değerli bulup bulmadığına, destekleyip desteklemediğine, hemşirelerin sağlık bakımındaki uzmanlığına ve özel bilgilerinin toplum tarafından kabul edilip edilmemesine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde aslan payına sahip olan hemşirelik, birey, aile ve toplumun sağlığının sürdürülmesinde vazgeçilmez bir meslektir.²¹ Hemşirelik sahip olduğu bu güç ile profesyonel statüsünü yükseltmek için toplumun ihtiyaçlarını sürekli gözden geçirmeli ve toplumun değişen sağlık ihtiyacını karşılamalıdır.⁷²

2.2.3.6. Yeterlik ve Sürekli Eğitim

Sürekli eğitim, temel mesleki eğitim döneminde elde edilen bilgilerin devamlılığı ve yeni gelişmelerin takip edilebilmesi için profesyonelleşmenin artırılmasında temel göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir.³⁷ Amerikan Hemşireler Birliği' ne göre hemşirelikte sürekli eğitim, hemşirelerin becerilerini sürekli

geliştirme ve sürdürme, mesleki uygulamalarını zenginleştirme ve kariyer hedeflerine ulaşmaya yardım eden ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir.⁶³

Profesyonel statünün ve gücün ancak temel eğitimin ardından mezuniyet sonrası eğitimle kazanılacağı vurgulanmaktadır.⁷³ Tüm mesleklerde olduğu gibi hemşirelikte de meslek üyelerinin en iyi bakımı sunabilmeleri için kendilerini sürekli eğitmeleri, geliştirmeleri gerekmektedir. Üstelik hemşirelikte yaşanan eğitim karmaşası ve çeşitliği hemşirelikte sürekli eğitimi zorunlu hale getirmektedir.²¹

2.2.3.7. Etik Kodlar

Bir bilim alanı olan etik, genel olarak doğru ve yanlışları belirleyen ilkelere ait felsefi bilim veya ahlak felsefesidir. Profesyonellik koşulları sayılırken meslek üyelerini yönlendiren ve meslek kararlarına rehberlik eden meslek etiğine sahip olma bileşeni de vurgulanmaktadır.^{71,74}

Hemşire, bireylere hizmet verirken, davranış ve tutumlarını savunurken, gerekçelerini açıklarken, etik ikilemlerle karşılaştığında karar verirken bir takım dayanaklara yani etik ilkelere ve mesleki değerlere gereksinim duyar.⁵³ Hemşireliğin ilk etik kodları olarak kabul edilen Florence Nightingale' in hemşirelik andı hemşireler için önemli bir rehberdir.⁷⁰ 1897 yılından günümüze kadar da hemşirelere yol gösterecek etik kodlarla ilgili çalışmalar yapılmıştır. Ülkemizde de Uluslararası Hemşirelik Ahlak Yasası, Türk Hemşireler Derneği tarafından benimsenerek 2009 yılında “Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar” başlığı altında hemşirelere karar verme sürecinde rehber olacak ilkeler yayınlanmıştır.^{60,70}

Ancak hemşirelerin etik kodların içeriği ve bu kodların onlara nasıl yol göstereceği konusunda bilgilerinin sınırlı olduğu, karşılaştıkları etik sorunların çözümünde etik kodlara başvurmadıkları belirtilmektedir.⁷⁵

2.2.3.8. Teori

Profesyonelleşme bileşenlerinden biri de o mesleğin uygulamalarının çeşitli bilgi, teori, kuram üzerine kurulu olmasıdır. Hemşirelik de bilgi, teori ve kuramlar üzerine temellenen uygulamalardan oluşmaktadır. Hemşirelerin uygulamalarını, hekime bağımlı olarak yürütülen anlayıştan, bağımsız, kendi eğitim ve uygulamalarını kendisi yürüten bir anlayışa geçmesi zorunludur. Bunun için de hemşirelerin mesleki eğitimleri sırasında bu anlayışın geliştirilmesi ve çalışma yaşamlarında da bu anlayış doğrultusunda uygulamalarını yerine getirmeleri gerekir.⁷⁶ Hemşirelik teorileri, hemşirelere bakım verdikleri bireylerin durumlarını değerlendirmeye, bakım sürecinde elde edilen verileri çözümleyip düzenlemeye ve bireyin bakımını sistematik olarak planlama ve uygulama olanağı sağlayarak bakımın niteliğini artırır. Bu şekilde işlevlerini yerine getiren hemşireler, görevlerinde daha etkin ve otonomi sahibi başka bir deyişle daha profesyonel bir konuma gelir.^{35,55,60}

2.2.3.9. Otonomi

Otonomi (özerklik), meslek üyelerinin işlevlerini kendilerinin özgürce düzenlemesi ve kontrol etmesi yani meslek üyelerinin kendi uygulamaları üzerinde söz sahibi olmalarıdır. Gelişmiş mesleklerde meslek üyeleri kendi kendilerini kontrol ederler.²⁴

Hemşirelikte mesleki otonomi; meslek eğitimiyle uyumlu olarak kendi meslek üyeleri tarafından yönetilme, kendi uygulamalarını belirlemede ve kontrol etmede başka meslekten biri tarafından kontrol edilmemektir.^{77,78} Hemşireler profesyonel olabilmek için hastalarını ve kendilerini etkileyen konularda kontrolü ele almak zorundadır.⁷⁸ Ancak hemşireliğin hekime bağımlı fonksiyonlarının ön plana çıkması nedeni ile hemşirelerin bireysel otonomiye sahip olmadığı görüşü yaygındır.^{37,43,77,78}

Son yıllarda özellikle politik alanda yaşanan gelişmeler hemşirelerin rol ve işlevlerindeki değişikliklere ek olarak otonomisini de olumsuz etkileyen durumlara neden olmuştur. 2007 ve 2011 yıllarında hemşirelik alanında yapılan yasal düzenlemeler, hemşirelerin daha otonom şekilde hareket etmelerine imkân verirken,^{79,80} 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname doğrultusunda yapılan yasal değişikliklerde hemşirelerin hekime bağımlı fonksiyonları tekrar ön plana çıkmaya başlamış, hemşirelerin kendileri ile ilgili konularda bile karar alma yetkileri sınırlı tutulmuştur.^{81,82}

Profesyonel niteliklerin yeterli olmaması, hemşirelik hizmetinin etkin sunulmasını, mesleğinin gelişimini, imajını ve toplumun nitelikli sağlık bakımı almasını olumsuz etkilemektedir. Bunun için hemşirelerin profesyonel niteliklerini artırmaları ve yüksek tutmaları gerekmektedir.⁸³

2.2.4. Hemşirelikte Profesyonellikle İlgili Araştırmalar

Profesyonel hemşirelik, hızla değişen sağlık sisteminde hemşirelik mesleğinin genişleyen rolünü oluşturmaktadır. Hemşirelikte profesyonellik, hemşirelerin kaliteli hasta bakımı vermelerini sağlamakla birlikte hemşirelerin davranışlarına rehberlik ederek işlerine olan bakış açılarını da değiştirmektedir.¹⁹

Profesyonel bir hemşire, yabancı dil bilgisi, mesleki eğitimin ve tecrübeye sahip olma, mesleki alanında araştırma yapabilme yeteneği, mesleğe bağlılık, mesleki faaliyetlere katılma, meslek ahlakına uygun davranışlarda bulunma, meslek derneğine üyelik gibi özellikler taşınmalıdır.^{54,61} Ayrıca, kendi görevinin hizmet verdiği kurum içindeki değerinin bilincinde olmalı, mesleğin statüsünün yükselmesine ve mesleğin tanınmasına önemli katkılar sağlamalıdır.^{19,31,54}

Günümüzde hemşireliğin profesyonel bir meslek olup olmadığı konusunda

tartışmalar devam etmektedir. Profesyonel statüye ulaşmak ve gelişmiş meslekler içinde yer almak için uzun yıllardan beri çaba içinde olan hemşirelik geliştirmekte olan bir meslek olarak kabul edilmektedir.^{24,46} Hemşirelik, bu konuda özellikle son on yılda belirgin bir gelişme kaydetmiştir. Bu gelişme süreci içerisinde hemşirenin rolleri ve çalışma alanları genişletilmiş, eğitim programlarının içeriği zenginleştirilmiş, eğitim üniversiteye temellendirilmiş, yüksek lisans ve doktora programları artırılmış, mesleki örgütler ve mesleki yayınlarda bir artış gözlenmiştir.^{61,62,84} Ancak yine de hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin ölçüldüğü çalışmaların sonuçları dikkat çekicidir. Yapılan araştırmalarda hemşirelerin otonomi, mesleki örgütlere üyelik ve bilimsel makale yazma alanlarına ilişkin profesyonellik düzeylerinin düşük olduğu vurgulanmaktadır.^{29,37,38}

Eğitim düzeyinin yüksek olmasının ve mesleki deneyimin hemşirelerin profesyonellik düzeylerini etkilediği de ortaya çıkmıştır.^{46,85} Eğitim amaçlı hastanelerde çalışan hemşirelerin de profesyonellik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁸⁶ Bu durum eğitimin mesleki profesyonellik üzerindeki etkisini vurgulaması açısından önemlidir.

Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik durumları ile ilgili bir başka çalışmada da sorumlu hemşire olarak çalışanlar, mesleği seven ve mesleğinden memnun olanlar ile ekip içinde iyi iletişim kurabildiğine inanan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.²

Adams ve Miller‘ in hemşirelerin profesyonellik davranışlarını incelediği çalışmada da hemşirelerin yeterli ve sürekli eğitim, eğitimsel hazırlık ve teorinin kullanımına ilişkin yüksek profesyonellik seviyesine, yayın, araştırma ve otonomi boyutlarında ise düşük profesyonellik düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir.⁸⁷ Karadağ ve ark. ‘nın çalışmalarında da benzer şekilde hemşirelerin toplum hizmeti ve

teori konusunda profesyonellik düzeylerinin yüksek olduğu, eğitim ve otonomi konusunda ise profesyonellik düzeylerinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır.^{37,61}

Karmaşık bir hizmet alanı olan sağlık alanında hemşirelerin mesleki uygulamalarında profesyonel bir şekilde davranmamaları kurumdaki bakım hizmetlerinin aksamasına, bakım kalitesinin düşmesine, hizmet alan ve hizmet verenlerin memnuniyetsizliğine, buna bağlı olarak da kurumsal sorunlara neden olmaktadır.² Ancak hemşirelerin profesyonel davranmamaları sonucunda ortaya çıkan durumlardan en fazla etkilenen kişiler sağlık hizmeti verdikleri kişilerdir. Hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olmamaları, kendilerini sürekli geliştirmemeleri, kendi uygulamalarını bağımsızca yapamamaları, uygulamalarını bilimsel kanıtlara dayalı olarak yapmamaları, mesleğin gelişimine destek vermemeleri gibi profesyonel olmayan davranışlar sonucunda bakım hizmetlerinde bakımın gecikmesi, yaralanma, sakatlık ve hatta ölüme kadar varabilen tıbbi hatalar yapılabilmektedir.⁸⁸

2.3. Tıbbi Hata (Malpraktis)

Tıbbi hata, hastalığın yönetimi ya da altında yatan hastalık durumundan çok, sağlık bakım profesyonellerine bağlı gelişen zarar ya da yaralanmadır.⁸⁹ The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tıbbi hatayı, "sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi" şeklinde tanımlamaktadır.⁹⁰ Tıbbi hatalar, sağlık meslek sahibinin gerekli hizmet ve bakımı yapmaması, mesleki uygulamaları eksik ya da kötü yapması, yapmaması gereken bir uygulamayı yapması, yeterli beceriye sahip olmaması ve özen göstermemesi gibi profesyonel olmayan davranışlar sonucu ortaya çıkmakta ve hizmeti alan kişinin zarar görmesine neden olmaktadır.^{91,92} Bu hatalar genel olarak tedbirsizlik,

dikkatsizlik, meslekte acemilik ve yetersizlik, özen eksikliği ile emir ve yönetmeliklere uymamak sonucunda ortaya çıkmakta⁹³ ve hastanın ölümü, sakat kalması, uzun süreli hastanede yatması gibi istenmeyen sonuçlara neden olmaktadır.⁹⁴

Tıbbi hataların Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer aldığı, her yıl 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği ve ölüm nedenleri arasında motorlu taşıt kazaları, meme kanseri ve Acquired Immunodeficiency Sendrome (AIDS)'e bağlı ölümlerden önce geldiği belirtilmektedir.⁹⁵ İngiltere' de her yıl 40.000, Kanada' da 5.000 ile 10.000 arasında, Almanya' da ise her yıl 25.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirdiğinden söz edilmektedir.⁹⁶ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2007 yılında, her yıl dünya' da yaklaşık 10 milyon insanın önlenabilir tıbbi uygulamalar nedeniyle sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak son yıllarda da tıbbi hataların, 44 bin ile 98 bin gibi görülme sıklığı ile dünyadaki ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer aldığını belirtmiştir.⁹⁷

Ülkemizde de tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemekle beraber, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Tıbbi hatalarla ilgili şikâyetler Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu tarafından değerlendirilmektedir. Şura' da 1931-2004 yılları arasında yaklaşık 10 bin dosya görüşülmüştür. Dosyalardan 932' si son beş yıl içinde olan vakalar olup, bunların yaklaşık yarısında sağlık personeli az veya çok kusurlu bulunmuştur.⁹⁸ 1993-1998 dönemine ait 997 tıbbi hata vakasında hata nedenleri de incelenmiş ve ihmal, yetersiz tedavi ve yanlış tanıların en yaygın tıbbi hata nedenleri olduğu görülmüştür. Bu vakalarının % 55 gibi büyük çoğunluğunun da ölümle sonuçlandığı belirtilmiştir.⁹⁹ 1998-2002 döneminde ise Yüksek Sağlık Şurası' nca 1141 vakanın incelendiği, yıllık incelenen dosya sayısının son yıllarda 250' lere yaklaştığı ifade edilmiştir. Büken ve ark.'da 1990-2000 döneminde Adli Tıp Kurumu tarafından 636 tıbbi hata dosyasının incelendiğini belirtmişlerdir.¹⁰⁰

Tıbbi hataların meydana gelme sıklığı ve maliyetleri hem dünyada hem de ülkemizde oldukça yüksektir. Avustralya’ da meydana gelen tıbbi hataların 18.000 tanesi ölümle, 50.000 tanesi zarar görme ile sonuçlanmıştır.¹⁰¹ ABD’ de 36 sağlık merkezinde yapılan çalışmada tıbbi hata oranı % 19 olarak saptanmıştır.¹⁰² DSÖ 2004 raporunda, ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere, Yeni Zelanda ve Danimarka’ da yapılan çalışmalarda, tıbbi hata görülme sıklığının % 3.2 ile 16.6 arasında olduğu, tıbbi hataların % 14’ünün ölümle, % 70’inin ise hastanın yaşamında kısıtlılık oluşturacak sakatlıklarla sonuçlandığı belirtilmiştir.¹⁰³ İsrail’ de tıbbi hatalarla ilgili yapılan bir çalışmada yoğun bakım ünitesinde dört aydan fazla bir süre içinde 554 hata yapıldığı ve bu hataların % 29’unun ciddi veya ölümcül yaralanmalar şeklinde olduğu belirtilmiştir.⁷

Ülkemizde ise 2010 yılında yapılan bir çalışmada sağlık personelinin tıbbi hata yapma oranı % 6.2 ve yapılan hatalara şahit olma oranı da % 10.4 olarak belirlenmiş¹⁰⁴ ve bir başka çalışmada ise toplumdaki bireylerin de % 22’sinin herhangi bir tıbbi hataya maruz kalabileceği belirtilmiştir.¹⁰⁵ 2000-2004 yılları arasında, Yüksek Sağlık Şurası tarafından acil servislerde olduğu iddia edilen 112 malpraktis iddiası incelenmiş ve bu iddiaların %49.1’inde tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verilmiştir.¹⁰⁶ Tıbbi hata oranları ve sonuçları ile ilgili bu istatistiklerle birlikte bildirilmeyen, ortaya çıkmayan hata oranları da gözönüne alındığında bu oranların daha da yüksek olduğu düşünülmektedir.

2.3.1. Tıbbi Hata Nedenleri

Sağlık hizmeti verilirken hastaların zarar görmesine yol açan tıbbi hatalar, birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi hataların ana nedenleri bireyden kaynaklanan faktörler ve kurumdan kaynaklanan faktörler olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır.¹⁰⁷

Tıbbi hata nedenlerinin en başında gelen bireysel nedenler, yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim sorunları, zamansızlık, yanlış karar verme, gerekli özeni göstermeme dikkatsizlik veya tedbirsizlik, meslekte acemilik, yasa, emir ve yönetmeliklere uymama gibi nedenleri içermektedir.^{106,107} Yargıya taşınan tıbbi hata iddialarının büyük bir çoğunluğu da bireysel hatalardan kaynaklanmaktadır. Tıbbi hatalarla ilgili haberlerin incelendiği bir çalışmada hataların % 62.1'inin bilgi eksikliği-meslekte acemilik, % 19.2'sinin tedbirsizlik, % 17.4'ünün yanlış tedavi, % 11.6'sının dikkatsizlik, % 10.5'inin yanlış tanı ve % 8.7'sinin de yanlış ilaç uygulamaları gibi kişiden kaynaklı hatalar sonucu ortaya çıktığı belirtilmiştir.^{106,108}

Tıbbi hatalarının ortaya çıkmasındaki bir diğer neden olan kurumsal faktörlerde ise, teşhis ve tedavinin gerçekleştirildiği sağlık kurumu ve ülkenin sağlık sistemi içinde sağlık hizmeti veren kişinin yanlış ya da yetersiz kurulmuş bir organizasyon nedeniyle hataya sürüklenmesi söz konusudur. Sağlık kurumunun idari ve işlevsel yapısı, benimsenen kurum politikaları, personelin yanlış ya da yetersiz dağılımı, yetersiz bilgi sistemi, yetersiz ya da eksik cihazlar, geri bildirim yetersizliği ve sorunlara karşı yetersiz çözümler kurumsal kaynaklı hataları meydana getirmektedir.^{105,106}

Genel olarak sağlık çalışanlarının tıbbi hata nedenleri iş yükünün fazla olması, çalışan sağlık personeli sayısının az olması, sağlık personeline görev dışı işlerin yüklenmesi, stres, yorgunluk, çalışma sürelerinin uzun olması, aylık nöbet sayılarının fazla olması, tükenmişlik duygusu, görev yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemiş olması, iletişim eksikliği, olumsuz fiziksel ortam, yöneticilerden memnun olunmaması gibi nedenlerle tıbbi hata yaptıkları belirtilmektedir. Bunlarla birlikte doktor istemlerinin anlaşılabilmesi (yazının veya dilin kötü olması), sağlık personelinin çalıştıkları birimin sabit olmaması, tecrübesizlik, mesleki bilginin yetersiz olması, mesleğin sevilmemesi, hataları önleyici sistem olmaması, protokol ve prosedürlerin

olmaması ya da anlaşılır olmaması, mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması, kayıtların düzenli tutulmaması, nöbet değişimlerine dikkat edilmemesi, hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulması gibi durumlar da tıbbi hataya neden olan faktörler olarak görülmektedir.^{104,109,110}

Hemşirelerin tıbbi hata yapma nedenleri ile ilgili çalışmalarda ise hemşirelerin çalışma saatlerinin fazla olması^{111,112} hemşire sayısının yetersizliği^{111,113} ve yorgunluk,¹¹¹ hasta sayısının fazla olması,¹¹² dikkatsizlik,^{112,114} stres altında çalışma,¹¹⁴ iş yükünün fazla olması,^{114,115} bilgi veya deneyim eksikliği,^{110,112,115} eğitim düzeyinin düşük olması¹¹³ hata nedeni olarak belirtilmiştir.

2.3.2. Tıbbi Hataların Sonuçları

Tıbbi hatalar sadece hizmet alan bireyler açısından değil, aynı zamanda bireyin ailesi / yakınları, sağlık çalışanları, hizmet veren kurum ve ülke açısından da olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Bu hatalar, öncelikle tıbbi hataya maruz kalan kişinin ve yakınlarının ruhsal yönden olumsuz etkilenmesine, hastanın hastanede daha uzun süre kalmasına, daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duymasına, kalıcı sakatlık ve ölüme neden olabilmektedir.^{7,8} Birey ve ailesinin yaşadığı bu sıkıntılar da toplumun sağlık çalışanlarına karşı güveninin azalmasına, hatayı yapan kişinin ruhsal yönden olumsuz etkilenmesine, suçluluk duygusu, kendine güvenmeme, depresyon, moral düşüklüğü ve tükenme gibi duygulara neden olabilmekte ve sağlık çalışanlarının etkinliğini, verimliliğini ve performansını düşürebilmektedir.^{8,10}

Tıbbi hatalar hatayı yapan ve hataya maruz kalan kişilerin yanı sıra ülke ekonomisi açısından da olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Hataya maruz kalan kişilerin tedavisinin uzaması, yeni sakatlıkların veya komplikasyonların tedavisi, ilaç harcamalarının artması gibi durumlar ek maliyet getirdiği için bireyin sağlığı ile ilgili

toplam maliyetlerin artmasına ve birey iş göremediği için de işgücü kayıplarına neden olmaktadır.^{7,99} Bununla birlikte son yıllarda tıbbi hatalarla ilgili gerek ceza gerekse tazminat davalarının artması sonucu oldukça yüklü tazminatlar ödenmekte, bu da hem hatayı yapan kişi ile çalıştığı kurumu hem de ülke ekonomisini olumsuz etkilemektedir.^{116,117}

Tüm bu nedenlerden dolayı, sağlık çalışanları, hasta ve yakınları ile yöneticileri olumsuz olarak etkileyen, maddi-manevi kayıplara neden olan tıbbi hataların önlenmesi veya en aza indirilmesi öncelikli konularından biri olmalıdır.¹¹⁶

2.3.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hatalar, genel olarak tanı hataları, tedavi hataları, koruyucu tedavi hataları ve diğer hatalar şeklinde sınıflandırılmaktadır.¹¹⁸ Yapılan araştırmalarda en sık yapılan tıbbi hataların bulguların atlanması, tetkiklerin eksik incelenmesi sonucu teşhiste oluşan hatalar, girişimsel, hastane enfeksiyonları, yanlış taraf ameliyatı ve buna bağlı oluşan yan etki ve komplikasyonlar, kimlik doğrulama hataları, hastanın düşmesi vb. kazalar; hastanın yeterli beslenememesi; cihaz desteğinin hatalı kesilmesi sonucu oluşan hatalar ve hastanın taburcu olması sırasında yeterli bilgilendirilmemesi olduğu ortaya çıkmıştır.^{104,108,119-124}

Hemşirelerin yaptığı tıbbi hataların ise genel olarak bakım standartlarını uygulama/izleme yetersizliği, hastaların durumundaki değişikliklerin yeterince izlenmemesi ve değerlendirilmemesi, doktor istemlerinin yanlış yorumlanması, mevcut protokollere uyulmaması, iletişim yetersizliği, kayıt tutma yetersizliği, değerlendirme ve hasta güvenliği ile ilgili girişimlerin yetersizliği gibi nedenlerden kaynaklandığı belirtilmektedir.¹⁰⁸ Literatürde hemşirelik uygulamalarından kaynaklanan tıbbi hataların sıklıkla ilaç ve transfüzyon hataları, hastane enfeksiyonları, hastanın yetersiz

izlenmesinden kaynaklanan hatalar, düşmeler, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar ve yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanıma bağlı hatalar ile ilgili hatalar olduğu belirtilmektedir.^{10,124}

2.3.3.1. İlaç Hataları

Hastalıkların tanı, tedavi ve önlenmesinde önemli yere sahip olan ilaçların doğru kullanılmaları halinde yararlarının olmasına karşın, hatalı kullanılmaları halinde önemli tehlikelerle karşı karşıya kalınmaktadır.¹²⁵ Hasta güvenliğini de olumsuz etkileyen ve en yaygın tıbbi hatalardan biri olan ilaç hataları, hastalık, sakatlık ve hatta ölüme neden olduğu için son derece önemlidir.^{10,126}

İlaç uygulamaları multidisipliner bir süreç olmakla birlikte, hemşireler ilaç uygulamalarında son noktada yer aldıkları için bu hataların oluşmasında da önlenmesinde de oldukça önemli bir role sahiptirler.^{111,112} İlacın reçete edilmesinden uygulanmasına kadar geçen sürecin herhangi bir aşamasında meydana gelebilen bu hatalar genel olarak yanlış ilaç, yanlış hasta, yanlış doz, yanlış yol, yanlış zaman, yanlış malzeme kullanımı, hekim tarafından istemi yapılan ilacın uygulanmaması, uygulanan ilacın kaydedilmemesi ya da okunaksız istemden kaynaklanmaktadır.^{89,112,119,127} Bunun yanı sıra ilacın yasal olmayan istemle verilmesi, hekim istemi olmadan uygulanması, ilaç uygulamasının unutulması, okunuş ve görünüş benzerliği sonucunda ilaçların karıştırılması, yanlış doz hesaplaması, ilacın uygun koşullarda hazırlanmaması ve korunmaması, ilaç kutusu üzerindeki bilgilere dikkat edilmemesi, ilaç etkileşimlerine dikkat edilmemesi gibi yanlış tutum ve davranışlar da ilaç hatalarına neden olabilmektedir.^{128,129}

İlaç hataları hastanın hastanede daha uzun süre kalmasına, hastane maliyetinin artmasına ve dava açılma riskine neden olmaktadır.⁷ Ayrıca hemşirelerin özgüvenini

azaltmakta ve cezalandırılma, işten çıkarılma ve dava açılma korkusu ile hemşirelerin bu hataları rapor etmekten çekinmelerine neden olmaktadır.¹¹¹ Bu hataların önlenmesi için hemşirelerin mesleki uygulamalarında profesyonel olmaları gerekir.

2.3.3.2. Hastane Enfeksiyonları

Hastane enfeksiyonları, temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hata olarak kabul edilmektedir.^{130,131} Hastane enfeksiyonları bakım kalitesini de gösteren önemli ölçütlerden biridir.¹³²

Dünyada her yıl 190 milyondan fazla insanın hastaneye yattığı ve bu yatışların % 5'inin hastane enfeksiyonuna yakalandığı belirtilmektedir.¹⁰ Hastane enfeksiyonları, tedavi maliyetlerini artırması, hastaların hastanede kalış süresini artırması, ilaçlara direnç gelişmesi ve mortalite bakımından önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır.^{104,116,133}

Enfeksiyon kaynaklarının başında sağlık hizmeti sunanlar ilk sırayı almaktadır. Sağlık çalışanları içerisinde de hasta ile sürekli temasta bulunan ve bakımdan sorumlu olan hemşireler diğerlerine göre enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde etkin bir role sahiptirler. Gerek bu kişilerde hastalık ya da taşıyıcılık nedeniyle bulunan, gerekse bu kişilerin elleri ya da eşyaları ile bir hastadan diğerine mekanik olarak taşınan bakteriler hastane enfeksiyonlarının en önemli kaynaklarıdır. Ayrıca sağlık çalışanlarının hijyenik olmayan uygulamaları da önemli bir enfeksiyon faktörüdür.^{10,134} Bunlarla birlikte hemşire başına düşen hasta sayısının artması ile hemşirelerin mesleki uygulamalarına özen gösterememeleri, el yıkama davranışlarının zayıf olması gibi durumlar da hastane enfeksiyonlarına neden olabilmektedir.^{10,135}

2.3.3.3. Düşmeler

En sık karşılaşılan tıbbi hatalardan biri de hasta düşmeleridir. Hastaların düşme sonucu yaralanması, hastanede çalışan hemşirelerin de sık karşılaştığı şikâyet ve dava nedenlerinden biridir.^{9,124} Düşmeler sonucunda yumuşak doku yaralanması, suture gerektirmeyen yaralanmalardan kalça, pelvis, radius kırığı, suture gerektiren yaralanma, intra serebral hematoma gibi ciddi yaralanmalara ve hatta ölüme kadar varan durumlarla sonuçlanabildiği görülmektedir.^{136,137}

Düşmeler ve ilişkili yaralanmalar hemşirelik bakım kalitesinin bir göstergesi olup, sağlık bakım hizmeti için önemli bir risk oluşturmaktadır. Hastanelerde güvenli ortamın sağlanması, ikincil yaralanmalar, ek tedavi ve maliyetin önlenmesi için hemşirelerin profesyonelce davranmaları gerekmektedir.¹¹⁶

2.3.3.4. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar

Gelişmiş birçok ülkede tıbbi hatalarla ilgili davaların en sık rastlanılan nedenlerinden biri yetersiz hasta izlemeleridir.¹³⁸ Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, izlem sıklığının net olarak belirtilmemesi, izlemlerin gerektiği gibi yapılmaması gibi durumlar hastaların gerektiği gibi izlenememesine, hastada meydana gelen değişiklikler farkedilememesine ve hastanın zarar görmesine neden olabilmektedir.^{9,138} Bu tür olumsuz sonuçların ortaya çıkmaması için hemşirelerin çok dikkatli, bilinçli olmaları gerekir.

2.3.3.5. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Tıbbi hataların meydana gelmesinde en etkili faktörlerden biri de sağlık ekibi üyeleri arasında yeterli iletişimin sağlanamamasıdır. Özellikle hastanelerde hastaların tedavi ve bakımı ile ilgili ekip içi ve ekipler arasında yazılı, sözlü ya da elektronik ortamda iletişim kurularak tedavi ve bakım için gerekli veriler toplanmaktadır. Bu

verilerden herhangi birinin eksik kaydedilmesi, yanlış kaydedilmesi, kaydedilmemesi, zamanında kaydedilmemesi, nöbet teslimlerinde ya da hasta nakillerinde sözlü olarak yanlış aktarılması, hekim istemlerinin yeterince açık olmaması, yazıların okunaksız olması, hasta / yakınlarının dinlenmemesi, hastanede kullanılan kısaltmalarda ortak dil kullanılmaması vb. nedenler diğer ekip üyelerinin hatalı kararlar almalarına ve hatalı uygulamalar yapmalarına yol açmaktadır.^{9,10,139,140} İletişim ile ilgili tıbbi hataların genel olarak telefonla, sözel ya da yazılı olarak verilen hasta istemlerinden kaynaklandığı belirtilmektedir.^{105,124,139} Yapılan çalışmalarda hemşirelerin de hastanedeki tıbbi hataların çoğunun iletişim eksikliğinden kaynaklandığını ve kendilerinin de iletişim eksikliğine bağlı olarak tıbbi hata yaptıklarını belirttikleri ortaya çıkmıştır.^{120,141}

2.3.3.6. Yanlış Ya da Uygun Olmayan Malzeme Kullanıma Bağlı Hatalar

Sağlık kuruluşlarında, hasta tanı, tedavi ve bakım işlemlerinde kullanılan malzeme, araç- gereç, cihaz vb. nin gerektiği gibi kullanılmaması, yanlış kullanılması, uygun olmayan ya da bozuk malzemelerin kullanılması, kullanıcıların bilgi ve deneyim eksikliği, tıbbi cihaz seçimlerinin ve bakım/kalibrasyonlarının yetersiz olması gibi durumlar yanlış teşhis, yanık, enfeksiyon gibi tıbbi hatalara neden olabilmektedir.^{107,111,131,142} Bu malzemelerin kullanımında sağlık ekibi üyeleri çok dikkatli ve uyanık olmalıdır.

2.3.4. Hemşirelikte Tıbbi Hatalar

Sağlık hizmeti almak için sağlık kuruluşlarına başvuran kişiler tanı, tedavi ve bakımlarının doğru, eksiksiz bir şekilde yapılmasını beklemekte ve en kısa sürede sağlıklarına kavuşmayı istemektedir. Ancak sağlık alanında yaşanan bilimsel, teknolojik, politik vb. değişimlerle birlikte hasta sayısı ve beklentilerinin de artması zaman zaman sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasında aksamalara ve sağlık

hizmet kalitesinin azalmasına yol açmaktadır. Bu da bazen geri dönüşü mümkün olmayan hatalara neden olabilmektedir.⁶

Tıbbi hatalar konusu tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Hemşireler hasta bakımında doğrudan görev aldıkları için yaptıkları yanlış uygulamalar hasta güvenliğini tehdit edebileceği gibi,¹⁴³ yapılan hatalı uygulamaları farkedip önlemleri de hastanın güvenliğini sağlar.¹⁴¹ Hemşireler insan sağlığının ve yaşamının korunması için sahip olunması gereken bilgi ve beceriden yoksun olduğu takdirde hizmet sundukları insanların hayatını tehlikeye sokabilmektedir.¹⁰

Hemşirelik alanında da son yıllarda hem tıbbi hata yapma oranında hem de tıbbi hatalarla ilgili şikayet ve davalarda bir artış gözlenmektedir.^{124,144,145} Sağlık çalışanları içinde çoğunluğu oluşturan hemşireler, eğitim düzeyi açısından çeşitlilik göstermesi, iş yüklerinin fazla olması, olumsuz çalışma koşulları, çalışma saatlerinin uzun olması, yorgunluk, bakım uygulamalarının yetkisiz kişilerce yapılması, bağımlı ve bağımsız fonksiyonlarının çokluğu ve çeşitliliği, hizmetiçi eğitimlerin yeterli olmaması, uzman hemşire sayısının az olması, kliniklerin fiziksel olarak yeterli olmaması gibi nedenlerle diğer meslek gruplarına göre daha fazla tıbbi hata yapma riski ile karşılaşmaktadırlar.^{10,11}

Sağlık kurumlarında tıbbi hataların önlenmesinde en büyük pay hemşirelere düşmektedir. Çünkü hemşireler sağlık kuruluşlarında hastanın sağlığını geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik çabaların hemen her aşamasında yer almaktadır. Bu nedenle işini yerine getirirken titiz davranan, işleri gerektiği şekilde yapan, denetim yapılmadığı anlarda bile kurallara uyan, kendini geliştiren, işini severek yapan ve hata oluşmaması için gayret gösteren yani işini profesyonelce yapan bir hemşirenin daha az tıbbi hataya yol açacağı şüphesizdir.¹⁴

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

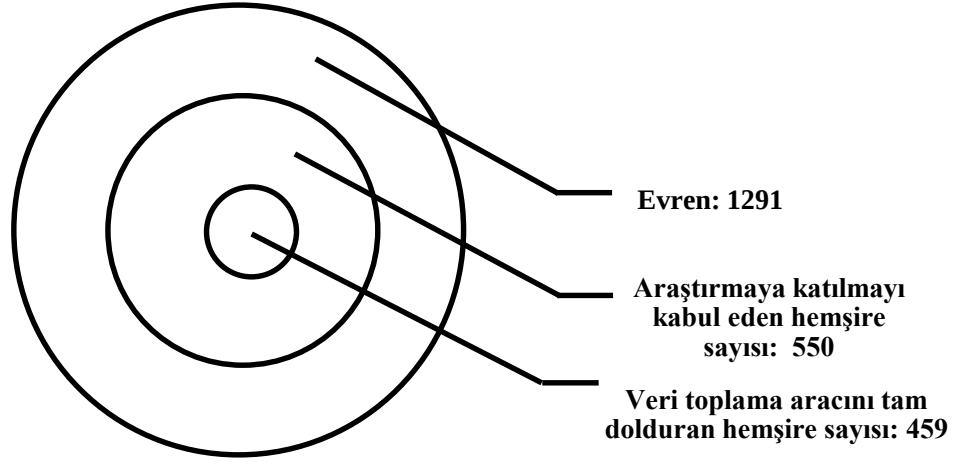
Araştırma, Haziran 2013 - Ocak 2015 tarihleri arasında Erzurum il merkezinde bulunan ve genel tanı-tedavi ve bakım hizmetleri sunulan 4 hastanede gerçekleştirilmiştir. Bu hastanelerden;

- Atatürk Üniversitesi' ne bağlı Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, 1400 yataklı olup verilerin toplandığı tarihte 570 hemşire çalışmaktaydı.
- Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği' ne bağlı Palandöken Devlet Hastanesi, 220 yataklı olup araştırma verilerinin toplandığı dönemde 115 hemşire çalışmaktaydı.
- Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği' ne bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ise 980 yataklı olup araştırma verilerinin toplandığı dönemde 550 hemşire çalışmaktaydı.
- Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği' ne bağlı Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi ise 80 yataklı olup araştırma verilerinin toplandığı dönemde 56 hemşire çalışmaktaydı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırma kapsamına alınan hastanelerde görev yapan tüm hemşireler (N=1291 hemşire) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçim yöntemine gidilmeden araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ulaşılabilen, izinli, raporlu vb. olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden (n=550) tüm hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Ancak Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi' nden 157, Palandöken Devlet Hastanesi' nden 96, Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi' nden 25 ve

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nden 181 hemşire olmak üzere toplam 459 hemşire veri toplama aracını tam olarak doldurmuştur (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Evren ve örneklem diyagramı

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile ilgili soruları içeren “Kişisel Bilgi Formu” ile “Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE) ” ve “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) ” ni içeren bir anket formu kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, katılımcıların yaş, cinsiyet, pozisyon, çalışılan hastane türü vb. sorular ile hemşirelerin kendilerini profesyonel hissetme durumlarını, profesyonel hissetmeme nedenlerini, tıbbi hata yapma ve tıbbi hata yapanları görme durumlarını sorgulayan toplam 17 sorudan oluşmaktadır (EK-4).

MPTE: Erbil ve Bakır¹ tarafından 2009 yılında geliştirilerek geçerliği ve güvenilirliği test edilen MPTE, mesleki eğitim ve gelişme, kişilerarası ilişkiler, sorunlara yaklaşım gibi konularda tutumu içeren sorulardan oluşan tek boyutlu bir envanterdir.

Beşli Likert tipinde yanıtlanan (5-Bana tamamen uyuyor, 4-Bana biraz uyuyor, 3-Kararsızım, 2-Bana uymuyor ve 1-Bana hiç uymuyor) envanter 32 maddeden oluşmaktadır (EK-5). Envanter, her bir maddeye verilen puanın toplanmasıyla elde edilen toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir. Envanterden alınabilecek minimum puan 32, maksimum puan ise 160'dır. Katılımcıların envanterden aldıkları puan arttıkça profesyonellik düzeyinin de arttığı kabul edilmektedir. Erbil ve Bakır^{1'} ın çalışmasında envanterin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89 olarak belirlenmiş olup bu çalışmadaki güvenirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

HTHEÖ: Altunkan¹⁰ tarafından 2009 yılında hasta bakımında doğrudan görev alan hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilim düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve geçerlik ve güvenirliği test edilmiştir. Beş alt boyut (İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları-18 madde, Hastane Enfeksiyonları-12 madde, Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği-9 madde, Düşmeler-5 madde, İletişim-5 madde) ve 49 maddeden oluşan ölçek 5'li Likert tipinde (1-Hiç, 2-Çok nadir, 3-Zaman zaman, 4-Genellikle ve 5-Her zaman) yanıtlanmaktadır (EK-6). Değerlendirme yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ölçek, her bir maddeye verilen yanıtların puanları toplanarak toplam puan ve alt boyut puanı üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin azaldığı, puan azaldıkça da tıbbi hata yapmaya eğiliminin arttığı kabul edilmektedir.¹⁰

Altunkan'ın¹⁰ çalışmasında HTHEÖ' nin Cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak bulunurken bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı toplamda 0.97, alt boyutlarda ise iletişim boyutu 0.79, düşmeler boyutu 0.87, hasta izlemi/malzeme güvenliği boyutu 0.89, hastane enfeksiyonları boyutu 0.93 ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları boyutu 0.95 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler 15 Ekim 2013-15 Ocak 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama sürecinde araştırma kapsamına alınan hastanelerde gece ve gündüz vardiyalarında çalışan tüm hemşirelere (N=1291) ulaşılmaya çalışılmış ancak izinli, ya da raporlu olma, anketi doldurmak istememe vb. nedenlerle 550 hemşireye ulaşılabilmiştir. Bu hemşireler, araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapılarak araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden 550 hemşireye veri toplama aracı dağıtılmıştır. Ancak, 459 hemşire veri toplama aracını tam olarak doldurmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktararak SPSS for Windows 22.00 istatistik paket programı ile bir istatistik uzmanı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Cronbach Alfa analizi, frekans ve yüzde dağılımı, tanımlayıcı istatistikler, Pearson Momentler Çarpımı korelasyon analizi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyleri araştırmanın bağımsız değişkenini, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri de bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma sürecine başlamadan önce Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'ni geliştiren yazarlardan bu araçların veri toplamada kullanılabilmesi için e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK-7)

Araştırmanın verilerinin toplanmasından önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu onayı (EK-2) ile verilerin toplanacağı kurumlardan yazılı resmi izinler (EK-3) alınmıştır.

Veri toplama aşamasında da hemşireler araştırma hakkında bilgilendirilerek araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerin sözlü onayları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırma, Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği' ne bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi ve Palandöken Devlet Hastanesi ile Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi' nde çalışan hemşirelere genellenebilir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulguların hemşirelerin kendi ifadelerine dayalı olması araştırmanın bir sınırlılığıdır. Literatürde konu ile ilgili yapılmış çalışmaların olmaması da bulguların tartışılmasında sınırlılıklara neden olmuştur. Ancak bu araştırmanın konu ile ilgili yapılan ilk çalışma olması araştırmanın güçlü yanını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisini belirlemek için gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (n=459)

Kişisel özellikler		N	%
Yaş	18-22	102	22.2
	23-27	176	38.3
	28-32	89	19.4
	33-37	61	13.3
	38 yaş ve üzeri	31	6.8
Cinsiyet	Bayan	375	81.7
	Erkek	84	18.3
Medeni Durum	Evli	225	49.0
	Bekâr	234	51.0
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Yok	303	66.0
	Var	156	34.0
Çocuk Sayısı*	1	68	43.6
	2	68	43.6
	3 ve üzeri	20	12.8

*% değerleri çocuk sahibi olduğunu belirten 156 hemşire üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.1), % 38.3'ünün 23-27 yaş arasında, % 81.7'sinin bayan, % 51'inin bekâr, olduğu, % 66.0'sının çocuk sahibi olmadığı, çocuğu olanların da % 43.6 'nin 1 ve % 43.6 'nin 2 çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (n=459)

Mesleki özellikler		n	%
Çalışılan Hastane	Üniversite Hastanesi	157	34.2
	Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı hastane	302	65.8
Çalışılan Birim	Cerrahi servisler	157	34.2
	Dâhili servisler	287	62.5
	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü birimi	5	1.1
	Poliklinik	10	2.2
Pozisyon	Servis hemşiresi	424	92.4
	Yönetici hemşire	35	7.6
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	113	24.6
	Önlisans	86	18.7
	Lisans	235	51.2
	Yüksek lisans-Doktora	25	5.5
Mesleki Deneyimi	0-5 yıl	281	61.2
	6-10 yıl	97	21.1
	11-15 yıl	37	8.1
	16 yıl ve üzeri	44	9.6
Çalışma Şekli	Kadrolu	378	82.4
	Sözleşmeli	57	12.4
	Şirket aracılığı ile	24	5.2
Çalıştığı Vardiya Türü	Sürekli gündüz	121	26.4
	Sürekli gece	89	19.4
	Bazen gündüz bazen gece	249	54.2
Haftalık Çalışma Saati	Min: 25 saat Max: 72 saat	Ort. 43.39±5.23	
Bakım Verilen Hasta Sayısı	Min: 1 hasta Max: 80 hasta	Ort. 19.22±13.04	

Hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde ise (Tablo 4.2), % 65.8'i Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı hastanelerde çalıştığı, % 62.5'inin dâhili birimlerde ve % 92.4'ünün servis hemşiresi olarak görev yaptığı, % 51.2'sinin lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin % 61.2'sinin 0-5 yıl arasında mesleki deneyime sahip olduğu, % 82.4'ünün kadrolu olarak çalıştığı, % 54.2'sinin genellikle bazen gündüz bazen de gece çalıştığı, haftalık ortalama 43 saat çalıştıkları ve günde ortalama 19 sayıda hastaya bakım verdikleri saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Kendini Profesyonel Hissetme Durumu (n=459)

Kendini profesyonel hissetme durumu	n	%
Hiç profesyonel hissetmeme	12	2.6
Biraz profesyonel hissetme	141	30.7
Oldukça profesyonel hissetme	236	51.4
Tamamen profesyonel hissetme	70	15.3

Katılımcıların kendilerini profesyonel hissetme durumları ile ilgili bulgular değerlendirildiğinde (Tablo 4.3), hemşirelerin % 51.4'ünün kendini oldukça profesyonel hissettiği, % 30.7'sinin ise kendini biraz profesyonel hissettiği belirlenmiştir. Kendini tamamen profesyonel hisseden hemşirelerin oranının ise % 15.3 olduğu belirlenmiştir.

Kendilerini profesyonel hissetmeme nedenleri incelendiğinde (Tablo 4.4) ise hemşirelerin en fazla hemşirelik dışı işler yapmaktan hemşirelikle ilgili işlere yeterince zaman ayıramama (% 16.1), yöneticilerin profesyonellik konusunda hemşireleri motive etmemesi (% 12), mesleki uygulamalarda bağımsız karar alamama (% 11.1) gibi nedenlerden dolayı kendilerini profesyonel hissetmedikleri görülmüştür.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Kendini Profesyonel Hissetmeme Nedenleri*

Kendini profesyonel hissetmeme nedeni	n	%
Okulda öğrendiklerini uygulamaya yansıtamama	30	6.5
Çalışma arkadaşlarının yadırgaması	10	2.2
Hemşirelik dışı işler yapmaktan hemşirelikle ilgili işlere yeterince zaman ayıramama	74	16.1
Ekonomik yetersizlikten dolayı bilimsel gelişmeleri takip edecek faaliyetlerde bulunamama	27	5.9
Hemşireliği sevmediği için profesyonel olma gereği duymama	14	3.1
Mesleki uygulamalarda bağımsız olarak karar alamama	51	11.1
Diğer ekip üyeleri ile olumsuz ilişkilerin profesyonellik konusunda olumsuz etkilemesi	32	7.0
Profesyonellik konusunda özgüvenin yetersiz olduğunu düşünme	16	3.5
Yöneticilerin, profesyonellik konusunda yeterince motive etmemesi	55	12.0
Meslekte yeni olma ve tecrübe eksikliği	21	4.6

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma ve Tıbbi Hata Yapanları Görme Durumları İle İlgili Bulguların Dağılımı

Hemşirelerin tıbbi hata yapma ve tıbbi hata yapanları görme durumları	n	%
Daha önce herhangi bir tıbbi hata yapma durumu		
Evet	97	21.1
Hayır	362	78.9
Birlikte çalıştığı hemşirelerin herhangi bir tıbbi hata yaptığını görme durumu		
Evet	232	50.5
Hayır	227	49.5

Hemşirelerin daha önce bir tıbbi hata yapma durumları ve diğer hemşireler tarafından hata yapıldığını görme durumları incelendiğinde (Tablo 4.5), hemşirelerin %21.1'inin daha önce tıbbi hata yaptığını, %78.9'unun ise daha önce tıbbi hata yapmadığını belirttiği saptanmıştır. Hemşirelerin % 50.5'i birlikte çalıştığı hemşireler

tarafından yapılan tıbbi hataları gördüğünü, % 49.5'i ise birlikte çalıştığı hemşirelerin herhangi bir tıbbi hata yaptığını görmediğini belirtmişlerdir.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar

		n	Min.	Max.	$\bar{X}$	S.S
Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri		459	66	160	137.06	15.23
Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	459	22	90	84.73	9.16
	Düşmeler	458	3	25	21.61	3.79
	Hastane Enfeksiyonları	459	15	60	54.54	7.49
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	459	16	45	40.42	5.60
	İletişim	459	11	25	21.99	2.60
	Toplam puan	459	97	245	223.24	25.28

Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE ile HTHEÖ'nden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde (Tablo 4.6), MPTE'nden ortalama 137.06 ± 15.23 , HTHEÖ'nden ise ortalama $\bar{X} = 223.24 \pm 25.28$ puan aldıkları belirlenmiştir. HTHEÖ alt boyutlarında ise en yüksek puan ortalamasının “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” ($\bar{X} = 84.73 \pm 9.16$) alt boyutunda, en düşük puan ortalamasının ise “düşmeler” ($\bar{X} = 21.61 \pm 3.79$) ve , “iletişim” ($\bar{X} = 21.99 \pm 2.60$) alt boyutlarından alındığı saptanmıştır. Bu bulgular hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri konusunda da en fazla düşmeler ve iletişim konusunda hata yapmaya eğilimli olduklarını, en az da ilaç ve transfüzyon uygulamaları konusunda hata yapmaya eğilimli olduklarını göstermektedir.

Tablo 4.7. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma ve Yapıldığını Görme Durumlarına Göre MPTE Puanları

		Meslekte Profesyonel Tutum
		Envanteri Puanı
		$\bar{X} \pm SS$
Daha önce herhangi bir tıbbi hata yapma durumu	Evet	133.81±15.56
	Hayır	137.93±15.04
	Test değeri ve p	t = 2.374
		p =.018*
Birlikte çalıştığı hemşirelerin herhangi bir tıbbi hata yaptığını görme durumu	Evet	137.35±14.19
	Hayır	136.76±16.24
	Test değeri ve p	t =.412
		p =.680**

* p < 0.05, ** p > 0.05

Hemşirelerin daha önce herhangi bir tıbbi hata durumuna göre MPTE puanları karşılaştırıldığında tıbbi hata yaptığını belirten hemşirelerin mesleki profesyonel tutum puanlarının ($\bar{X}$ =133.81±15.56), tıbbi hata yapmadığını belirten hemşirelere ($\bar{X}$ =137.93±15.04) göre daha düşük olduğu ve iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu (p< 0.05) görülmüştür (Tablo 4.7). Araştırmaya katılan hemşirelerin, birlikte çalıştığı hemşirelerin tıbbi hata yaptığını görme durumlarına göre MPTE puanları karşılaştırıldığında ise her iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı (p> 0.05) belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Kendilerini Profesyonel Hissetme Durumlarına Göre HTHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması

HTHEÖ alt boyutları Kendini Profesyonel Hissetme Durumu	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Düşmeler	Hastane enfeksiyonları	Hasta İzlemi / Malzeme Güvenliği	İletişim	HTHEÖ Toplam puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Hiç profesyonel hissetmeme ¹	83.33±11.61	20.25±4.20	52.17±11.57	37.75±6.12	20.83±3.53	214.33±33.89
Biraz profesyonel hissetme ²	83.82±9.48	20.80±4.00	53.11±7.71	39.38±5.25	21.49±2.65	218.46±24.91
Oldukça profesyonel hissetme ³	85.94±7.00	22.00±3.47	55.73±6.01	41.21±4.78	22.18±2.36	227.07±20.24
Tamamen profesyonel hissetme ⁴	82.70±13.22	22.13±4.07	53.77±9.82	40.29±7.90	22.57±2.87	221.46±35.92
Test değeri ve p	KW=10.610 P=.014*	KW=16.209 P=.001**	KW=14.677 P=.002*	KW=19.570 P=.000**	KW=15.263 P=.002*	KW=20.092 P=.000**
Fark	3>2-4	3-4>2	3>2	3>1-2	3-4>1-2	3>2

* p < 0.05, ** p ≤ 0.001

Katılımcıların kendilerini profesyonel hissetme durumlarına göre HTHEÖ Puanları karşılaştırıldığında (Tablo 4.8), tüm alt boyutlarda kendilerini oldukça profesyonel hissedenler ile kendilerini tamamen profesyonel hisseden hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, hemşirelerin kendilerini profesyonel hissetme durumları arttıkça HTHEÖ’nden puanlarının da arttığı yani tıbbi hata yapma eğilimlerinin azaldığı ve tüm alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı farklılıklar ($p<0.05$, $p\leq 0.001$) olduğu belirlenmiştir. Bu farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucunda farklılıkların genel olarak kendini oldukça profesyonel hisseden hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 4.9. MPTE ile HTHEÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Değerleri

		1	2	3	4	5	6	7
1-Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri	r	-						
	p							
2-İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	r	.499	-					
	p	.000*						
3-Düşmeler	r	.429	.650	-				
	p	.000*	.000*					
4-Hastane enfeksiyonları	r	.481	.796	.700	-			
	p	.000*	.000*	.000*				
5-Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	r	.524	.733	.672	.735	-		
	p	.000*	.000*	.000*	.000*			
6-İletişim	r	.430	.563	.585	.619	.720	-	
	p	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*		
7-Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam puanı	r	.550	.917	.804	.920	.880	.741	-
	p	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	

* $p<0.001$

Araştırma amacı doğrultusunda hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeylerinin tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda MPTE ile HTHEÖ'nin hem toplam puanı hem de alt boyutların tümü arasında pozitif yönde, oldukça kuvvetli ve çok ileri derecede anlamlı ilişkilerin olduğu ($p<0.001$) bulunmuştur (Tablo 4.9). Bu bulgular, meslekte profesyonel tutum puanları arttıkça tıbbi hataya eğilim ölçeği puanlarının da arttığını, bir başka ifadeyle tıbbi hataya eğilimin azaldığını göstermektedir.

Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4.10). Regresyon analizi sonucunda mesleki profesyonellik tutumu ile “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” ($R=.499$, $R^2=.249$, $p<0.05$), “Düşmeler” ($R=.429$, $R^2=.184$, $p<0.05$), “Hastane Enfeksiyonları” ($R=.481$, $R^2=.232$, $p<0.05$), “Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği” ($R=.524$, $R^2=.275$, $p<0.05$) ve “İletişim” ($R=.430$, $R^2=.185$, $p<0.05$) alt boyutları arasında orta düzeyde ve ileri derecede anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” ile ilgili tıbbi hata yapma eğiliminin % 25'ini, “Düşmeler” ile ilgili tıbbi hata yapma eğiliminin % 18'ini, “Hastane Enfeksiyonları” ile ilgili tıbbi hata yapma eğiliminin % 23'ünü, “Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği” konusunda tıbbi hata yapma eğiliminin % 28'ini ve “İletişim” konusunda tıbbi hata yapma eğiliminin % 19'unu açıkladığı belirlenmiştir.

Son olarak hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının genel olarak tıbbi hataya eğilim üzerine etkisi değerlendirildiğinde ise mesleki profesyonellik tutumu ile tıbbi hataya eğilim arasında orta düzeyde ve ileri derecede anlamlı bir ilişki ($R=.550$, $R^2=.303$, $p<0.05$) bulunduğu, hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının

hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri üzerinde etkili olduğu ve hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin % 30'unu açıkladığı saptanmıştır.

Tablo 4.10. Mesleki Profesyonellik Tutumunun Tıbbi Hataya Eğilim Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	43.562	3.363		12.953	.000
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Boyutu	.300	.024	.499	12.316	.000
R=.499	R ² =.249				
F _(1, 457) = 151.691	p=.000				
Sabit	6.961	1.455		4.785	.000
Düşmeler Boyutu	.107	.011	.429	10.127	.000
R=.429	R ² =.184				
F _(1, 456) =102.562	p=.000				
Sabit	22.110	2.780		7.953	.000
Hastane Enfeksiyonları Boyutu	.237	.020	.481	11.736	.000
R=.481	R ² =.232				
F _(1, 457) =137.722	p=.000				
Sabit	14.006	2.020		6.933	.000
Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği Boyutu	.193	.015	.524	13.153	.000
R=.524	R ² =.275				
F _(1, 457) =173.003	p=.000				
Sabit	11.930	.993		12.012	.000
İletişim Boyutu	.073	.007	.430	10.195	.000
R=.430	R ² =.185				
F _(1, 457) =103.938	p=.000				
Sabit	98.046	8.941		10.966	.000
Toplam	.913	.065	.550	14.088	.000
R=.550	R ² =.303				
F _(1, 457) =198.470	p=.000				

5. TARTIŞMA

Mesleki profesyonellik, mesleki standartların oluşturulmasında ve kaliteli bakım sunulmasında oldukça önemli bir yere sahiptir. Meslek üyelerinin profesyonellik düzeylerinin düşük olması, hem meslek üyesi, hem hizmet alan kişi hem de kurumu olumsuz etkileyerek bakım hizmetlerinin aksamasına, bakım kalitesinin düşmesine, hizmet alan ve veren kişilerin zarar görmesine ve kurumsal sorunlara neden olmaktadır.¹⁴⁷ Bu sorunlardan en önemlisi de tıbbi hatalardır.^{95,104,130}

Hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı^{29,37,38} belirtilmektedir. Hemşirelerin tıbbi hata yapma risklerini artıran birçok nedenin yanısıra mesleki profesyonellik düzeylerinin düşük olmasının da tıbbi hata riskini artıracığı düşünülmektedir. Ancak bu konuyla ilgili yapılmış bir araştırma sonucuna rastlanmaması mevcut araştırmanın gerçekleştirilmesinde rol oynamıştır. Bu gereksinimden hareketle gerçekleştirilen bu çalışma ile hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisi incelenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlarda araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel özellikler açısından genel olarak bayan, genç yaşta, bekâr ve çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Mesleki özellikleri ile ilgili olarak da hemşirelerin çoğunluğunun lisans düzeyinde eğitime ve 5 yıldan daha az mesleki deneyime sahip oldukları, Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği' ne bağlı hastanelerde, dâhili servislerde ve servis hemşiresi olarak görev yaptıkları, haftalık ortalama 43 saat, genellikle bazen gece bazen de gündüz vardiyasında çalıştıkları ve günlük ortalama 19 hastaya bakım verdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Araştırmaya katılan hemşirelere kendilerini ne kadar profesyonel hissettikleri sorulduğunda, hemşirelerin % 66.7'sinin kendisini profesyonel olarak hissettiğini

belirttiği görülmüştür (Tablo 4.3). Bu durumun katılımcıların büyük bir kısmının eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışması, lisans düzeyinde eğitime sahip olmaları ve henüz meslek hayatının başında olmalarından dolayı bilgilerinin yeni olması, mesleki heyecanlarının kaybolmamasından ve mesleği profesyonel olarak görmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda da eğitim düzeyinin yüksek olmasının hemşirelerin profesyonellik düzeylerini etkilediği,^{8,37,46,63} ve eğitim amaçlı hastanelerde çalışan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁸⁶ Ayrıca, yapılan bir çalışmada hemşirelerin eğitim durumu ve çalıştığı hastane ile mesleki profesyonellik tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.¹⁸ Konu ile ilgili yapılan araştırma sonuçları bu çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Hemşirelerin kendilerini profesyonel hissetmelerinde özellikle hemşirelik alanında son yıllarda meydana gelen hızlı gelişmelerin de etkili olduğu düşünülebilir. Hemşirelerin yasal olarak görev tanımlarının daha çağdaş bir şekilde yapılması, hemşirelikte uzmanlaşmanın tanınması ve lisansüstü eğitime ilgilerinin artması, hemşirelik eğitiminin ağırlıklı olarak üniversitelerde verilmesi gibi gelişmelerin de hemşirelerin kendilerini profesyonel hissetmelerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin yaklaşık üçte ikisinin (% 66.7) kendini profesyonel hissetmelerine karşın üçte birinin (% 33.3) kendini profesyonel hissetme oranının düşük olması da (Tablo 4.3) dikkate alınması gereken bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Kendini profesyonel hissetmeyen hemşirelere bunun nedeni sorulduğunda da hemşirelerin en fazla hemşirelik dışı işler yapmaktan dolayı hemşirelikle ilgili işlere yeterince zaman ayıramamasından ve yöneticilerin profesyonellik konusunda hemşireleri motive etmemesinden dolayı kendilerini profesyonel hissetmedikleri ortaya çıkmıştır (Tablo 4.4). Bu bulgular kurumsal ve yasal koşulların hemşirelerin mesleki profesyonellik

durumları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Saraçoğlu'nun⁴³ çalışmasına göre hemşirelerin hemşirelik dışı işler yapmaları mesleki uygulamalara yeterli zaman ayıramamalarına ve otonomilerinin zayıflamasına neden olmaktadır. Bu bulgular, hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız olarak karar alamadıkları ve hemşirelik eğitimi sırasında öğrendikleri bilgi ve becerileri uygulamaya yansıtamadıkları için de kendilerini profesyonel hissetmemeleri (Tablo 4.4) yönündeki bulgularla ve hemşirelerin yeterli otonomiye sahip olmadıklarını belirten literatürle^{37,43,77} uyumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki profesyonellik tutum puanları değerlendirildiğinde mesleki profesyonellik tutumlarının da oldukça yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyleri ile ilgili çalışmalarda da mevcut araştırma bulgularına benzer şekilde hemşirelerin profesyonel tutum puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.^{1,2,18,21,26,148,149} Hemşirelikte son yıllarda mesleki eğitimin üniversite düzeyine çıkarılması, araştırma yapma ve yayın yapma oranlarının artması, teorik bilgi yönünden güçlü olmaları, özellikle mesleki dal derneklerine üyeliklerin artması gibi gelişme ve ilerlemelerin hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarını olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri değerlendirildiğinde ise tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini değerlendiren diğer çalışmalarda da hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır.^{10,11,146} Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun genellikle bazen gece bazen de gündüz çalıştıkları, haftada ortalama 43 saat çalıştıkları ve günde ortalama 19 hastaya bakım verdikleri (Tablo 4.2) gözönüne alındığında bu bulgu sevindirici bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Ayrıca hemşirelerin % 78.9'unun daha önce bir tıbbi hata yapmadıklarını belirtmesi (Tablo 4.5) de tıbbi hataya eğilimin

düşük olduğu yönündeki bulguları desteklemektedir. Hemşirelerin yaklaşık yarısının (% 50.5) yapılan tıbbi hataları farketmeleri de sevindirici bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Altunkan' ın¹⁰ çalışmasında da hemşirelerin % 93.8'inin çalışma hayatı süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir hata yapmadıklarını belirttiği ortaya çıkmış olup mevcut araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin en az ilaç ve transfüzyon uygulamaları konusunda, en fazla da düşmeler ve iletişim konusunda tıbbi hata yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.6). Hemşirelerin yarısından fazlasının eğitim düzeyinin lisans ve lisansüstü olması ve bu nedenle de mesleki bilgilerinin taze olması nedeniyle mesleki profesyonellik düzeylerinin yüksek, tıbbi hata yapma eğilimlerinin de düşük olduğu söylenebilir. Hemşirelerin en sık yaptıkları mesleki uygulamalardan biri olan ilaç ve transfüzyon uygulamaları konusunda daha az hata yapmalarının, eğitim düzeylerinin yüksek olmasından dolayı daha fazla bilgi ve deneyime sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bulgular yapılan diğer araştırma sonuçları ile uyumlu bulgular olup, bu araştırmalarda da hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamaları konusunda daha az hata yaptıkları¹⁰ hemşirelerin eğitim düzeyinin artması ile ilaç hatalarının azaldığı^{9,113} ilaçların etkisini ve veriliş dozunu lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin daha çok bildiği¹¹¹ belirlenmiştir.

Hemşirelerin düşmeler ve iletişim konusunda hata yapmaya daha eğilimli olmaları da literatürle uyum göstermektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, hasta güvenliği açısından en sık karşılaşılan hata türlerinin başında düşmeler ve iletişim sorunlarının geldiği^{9,10,144} ve hemşirelerin iletişim ve düşmeler konusunda tıbbi hataya eğilimli oldukları,^{10,11,115,120} hata bildirimleri arasında en yüksek oranın düşmelerle ilgili olduğu¹⁵⁰ ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin en sık karşılaştığı şikâyet ve dava nedenlerinden birinin hastaların düşme sonucu yaralanmaları^{142,144} olması da

hemşirelerin düşmeleri önleme ve etkili iletişim konusunda sıkıntı yaşadıklarını göstermektedir.

Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının tıbbi hataya eğilimlerini etkileyip etkilemediğini incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda mesleki profesyonellik tutumu ile hem genel olarak tıbbi hataya eğilim hem de tıbbi hata türlerinin tümü arasında pozitif yönde, kuvvetli ve çok ileri derecede anlamlı ilişkilerin olduğu görülmüştür (Tablo 4.9). Bu bulgu mesleki profesyonellik tutumu arttıkça, tıbbi hataya eğilimin azaldığını göstermektedir. Ayrıca kendini oldukça ya da tamamen profesyonel hisseden hemşirelerin tüm tıbbi hata türlerinde hataya eğilimlerinin düşük olduğu, mesleki profesyonellik tutumları arttıkça tıbbi hata yapma eğilimlerinin azaldığı ve gruplar arasında anlamlı farklılıkların olduğu (Tablo 4.8) belirlenmiştir. Bu bulgularla birlikte daha önce tıbbi hata yapmadığını belirten hemşirelerin mesleki profesyonellik tutum puanlarının yüksek olması da (Tablo 4.7) birbirlerini destekleyen bulgular olarak değerlendirilmekte ve mesleki profesyonelliğin tıbbi hata yapma eğilimi üzerindeki etkisini göstermektedir.

Hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamaları hatalarına eğiliminin % 25'inin, düşmeler ile ilgili tıbbi hataya eğiliminin % 18'inin, hastane enfeksiyonlarına yönelik tıbbi hataya eğiliminin % 23'ünün, hasta izlemi/malzeme güvenliği ile ilgili tıbbi hataya eğiliminin % 28'inin, iletişim kaynaklı tıbbi hataya eğiliminin % 19'unun ve genel olarak tıbbi hataya eğilimin % 30'unun mesleki profesyonel tutumdan kaynaklandığı görülmüştür. (Tablo 4.10). Bu etki oranları yüksek oranlar olup, mesleki profesyonelliğin tıbbi hataya eğilim üzerindeki etkisinin oldukça güçlü olduğunu göstermektedir.

Bu bulgular, sağlık kurumlarında tıbbi hataların önlenmesinde hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin üst düzeyde tutulması ve yöneticileri tarafından desteklenmeleri gereğini ortaya koymaktadır. Hemşirelerin mesleklerini profesyonelce yerine getirmeleri demek, en iyi ve özenli bir şekilde ancak en az hata ile vermeleri demektir.

Sonuç olarak, hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının artırılması tıbbi hata yapma eğilimlerini azaltacağı ve hasta/yakınlarının, hemşirenin, sağlık kuruluşunun ve ülkenin uğrayacağı zararları en aza indirgeyeceği tahmin edilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin tıbbi hata yapma eğilimi üzerine etkisini belirlemek amacıyla Erzurum il merkezinde bulunan 4 hastanede çalışan ve araştırmaya katılan 459 hemşire ile gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda;

- Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun bayan, genç yaş grubunda, bekâr ve çocuk sahibi olmadığı,
- Hemşirelerin yaklaşık yarısının kendini oldukça profesyonel hissettiği, profesyonel hissetmeyen hemşirelerin de en fazla “Hemşirelik dışı işler yapmaktan hemşirelikle ilgili işlere yeterince zaman ayıramadıkları” için kendilerini profesyonel hissetmedikleri,
- Mesleki profesyonellik tutum düzeylerinin yüksek olduğu,
- Hemşirelerin çoğunun daha önce herhangi bir tıbbi hata yapmadığı, ancak yaklaşık yarısının daha önce başka hemşirelerin tıbbi hata yaptığını gördükleri,
- Tıbbi hatalarla ilgili olarak da en az “İlaç ve transfüzyon uygulamaları”, en fazla da “İletişim” ve “Düşmeler” konusunda tıbbi hataya eğilim gösterdikleri,
- Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumları ile tıbbi hataya eğilimleri arasında pozitif yönde, kuvvetli ve ileri derecede anlamlı ilişkilerin olduğu,
- Daha önce tıbbi hata yapan hemşireler ile hata yapmayan hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumları arasında farklılık olduğu,
- Hemşirelerin kendilerini profesyonel hissetme durumlarına göre de tıbbi hataya eğilimleri arasında anlamlı farklılıkların olduğu ortaya çıkmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Çalışma bulguları hemşirelerin kendi değerlendirmeleri sonucunda elde edildiğinden gelecek çalışmalarda hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesinde farklı yöntemlerden de yararlanılması,
- Mevcut çalışma, konuyla ilgili ilk çalışma olması nedeniyle bu konuyla ilgili farklı örneklem gruplarında da tekrarlanması,
- Hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin belli aralıklarla değerlendirilerek, yüksek düzeyde tutulması için faaliyetlerde bulunulması,
- Hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin yüksek düzeyde tutularak tıbbi hataya eğilimlerinin azaltılması,
- Hemşirelerin özellikle düşmeler ve iletişim konusunda tıbbi hataya eğilimlerini azaltacak faaliyetlerde bulunulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Erbil N, Bakır A. Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009, 6:290-302.
2. Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuğcu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2009, 14:12-17.
3. İlhan S. Bazı temel işlevleri ve artan önemi açısından meslek. *Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları*, 2004, 132-137.
4. Birol L. *Hemşirelik Süreci*, Genişletilmiş 7. Baskı. İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 2007: 21-22.
5. Yıldız S. Profesyonel hemşirenin rol ve işlevleri. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 2003, 7:35-40.
6. Adıgüzel O. Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2010, 28:159-170.
7. Polat O. *Tıbbi Uygulama Hataları, Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları*, 1. Baskı. Ankara, Seçkin yayınları, 2005: 79-89.
8. İntepeler ŞS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15:2.
9. Öztunç M. Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Hatalı Tıbbi Uygulama Yapma Durumları ve Hatalı Tıbbi Uygulama Nedenlerinin Önemine İlişkin Görüşleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2012.

10. Altunkan H. Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009.
11. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15: 3.
12. Tolan B. *Toplum Bilimlerine Giriş*. 4. Baskı, Ankara, Adım Yayıncılık Ltd. Sti., 1996: 222-231.
13. Korkmaz F, Görgülü S. Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010, 1-17.
14. Şahin AE. Türkiye' de ilköğretim okulu müdürlüğünün bir meslek olarak mevcut durumu: Bir delphi çalışması. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009, 26:125-136.
15. Soyşekerci S. Örgütlerde Profesyonellerin Yönetimi Sorunu ve Türkiye' de Üniversitelerde Akademisyenler Üzerinde Araştırılması. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2007.
16. Bayhan G. Öğretmenlerin Profesyonelliğinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Yönetimi ve Denetimi Bilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2011.
17. Emre H. Türkiye'deki Gazetecilerde Profesyonellik Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon ve Örgütsel Davranış Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2009.
18. Beydağ KD, Arslan H. Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3:75-87.

19. Özel İ. Hemşirelerin Profesyonelliğe İlişkin Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2010.
20. Arslan M. *İş ve Meslek Ahlakı*, 2. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi. 2005: 79.
21. Yüksekol ÖD. Elazığ İl Merkezinde Çalışan Hemşirelerin Kendilerini Profesyonel Açıdan Nasıl Algıladıklarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2010.
22. Sarıkaya T, Khorshid L. Üniversite öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen etmenlerin incelenmesi: Üniversite öğrencilerinin meslek seçimi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2009, 7:393-423.
23. Eskimez Z, Öztunç G, Alparslan N. Lise son sınıfta okuyan kız öğrencilerin hemşirelik mesleği hakkındaki görüşleri. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2008, 15:58-67.
24. Karadağ A. Meslek olarak hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 5:1-8.
25. Cerit B. Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları İle Etik Karar Verebilme Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2010.
26. Kaya P. İstanbul'un Bir İlçesinde Kamu ve Özel Sektörde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2011.
27. Bayık A, Erefe İ, Özsoy SA, Uysal A, Özer M, Ergül Ş. Kadın mesleği olarak hemşireliğin son yüzyıldaki gelişimi. *Hemşirelik Forumu*, 2002, 5:16-25.
28. Salvage J. Nursing in Action. Çeviri: Ülker S. *Etkinliğe Doğru Eylem*, 2. Baskı. Ankara, Aydoğdu Ofset, 1993:5-6.

29. Dinç L, Ülman YI, Gül B, Kadioğlu TFG, Yıldırım G, Edisan Z. *Hemşirelik ve Etik*. Tıp Etiğinden Biyoetiğe: V. Tıp Etiği Kongresi Kitabı, 1. baskı. Ankara, 2009: 45-51.
30. Korkut H. Hemşirelerin Mesleki Dernekleri ve Dernekler Kanununa İlişkin Bilgileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
31. Craven R, Hirnle C. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2003: 37.
32. Çöl G. Örgütsel bağlılık kavramı ve benzer kavramlarla ilişkisi. *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 2004, 6:4-12.
33. Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007, 29:7-12.
34. Kurban NK, Ulusoy MF. Hemşirelik doktora derecesine sahip öğretim üyelerinin uluslararası atıf indeksleri kapsamındaki dergilerde yayımlanan bilimsel makalelerinin profili. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2008, 10:15-25.
35. Karagözoğlu Ş. *Bilim ve Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik*. II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu, Sempozyum Kitabı, Ankara, 2004:127-130.
36. Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. T. C. Resmi Gazete, sayı:26775, 02.Şubat 2008.
37. Karadağ A, Hisar F, Elbaş NÖ. The level of professionalism among nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 2007, 39:371-374.
38. Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2009, 51:168-173.

39. Korkmaz F. Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2002.
40. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2009, 40:113-119.
41. Türk Hemşireler Derneği, Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/Upload/hemsire%20broşur.pdf>. 25 Ekim 2014.
42. Sürücü Ş. Hemşirelik ve Profesyonelizm. http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/senel%20nisan.pdf. 20 Kasım 2014.
43. Saraçoğlu E. Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Programı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
44. Björkström MN, Athlin EA, Johansson IS. Nurses' development of professional self-from being a nursing student in a baccalaureate programme to an experienced nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17:1380-1391.
45. Dalgıç G. Toplumun Hemşireliğe İlişkin Görüşleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1995.
46. Altıok HÖ, Üstün B. Profesyonellik: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014, 7:151-155.

47. Şahman İ. Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme ABD Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008.
48. Seçer Ş. Profesyonel mesleklere ve profesyonel bireylere güven. *Kamu-İş*, 2009, 10(4):247-277.
49. Güner S. Ebelik Bölümü Öğretim Üyelerinin Bakış Açısından Türkiye’ de Ebelik Mesleğinin Profesyonelleşme Sürecindeki Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2011.
50. Sözen S. Polis ve profesyonellik. *Polis Bilimleri Dergisi*, 2004, 6:115-130.
51. Gökçora İH. Türkiye’de Bilimsel İletişim ve Bilim Yönetiminde Profesyonellik. <http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak06/u06-15.pdf>. 23 Ekim 2014.
52. Gökçora İH. Profesyonelliğe Saygı!. <http://www.universite-toplum.org/text.php3?id=249>. 23 Ekim 2014.
53. Orak NŞ, Alpar ŞE. Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2012 2:522-531.
54. Cinper Ç. Diyaliz Hemşireleri İşlevlerinin Profesyonel Yaklaşım Yönünden Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2011.
55. Karadağ G, Uçan O. Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 1:42-51.
56. Tourville C. The living tree of nursing theories. *Nursing Forum*, 2003, 38:21-36.

57. Harmancı AK. Hemşirelerin Mesleki Organizasyonlara İlişkin Görüşleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2003.
58. Kaya H. Küresel sağlığı geliştirmede hemşirelik eğitimi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010, 7:360-365.
59. Özkaraca R. Hekim ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2009.
60. Çelik S. Hemşirelerin Profesyonellik Davranışlarının İş Doyumuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi. 2010.
61. Karadağ A, Hisar F, Özhan Elbaş N. Hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal envanter. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2004, 7:14-22.
62. Miller BK, Adams D. Beck L. Miller for professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 1993, 9:290-295.
63. Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Sönmez ÖD. Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2011, 9:2.
64. Kara M, Babadağ K. Kanıta dayalı hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 6:96-104.
65. Yin King Lee L. Evidence-based practice in Hong Kong: issues and implications in its establishment. *Journal of Clinical Nursing*, 2003, 12:618-626.
66. Zeitz K, McCutcheon H. Evidence-based practice: to be or not to be, this is the question!. *International Journal of Nursing Practice*, 2003, 9:272-279.

67. Ünsal A, Yıldırım T, Aymelek N. Öğrencilere verilen eğitimin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgi düzeylerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3:25-34.
68. Karaöz S. Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Education Today*, 2004, 25:31-40.
69. Kiper S, Koştı N. Denizli Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin mesleki örgütlenme konusundaki görüşleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010, 5:1-14.
70. Korkmaz F. Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011, 59-67.
71. Taylan S. Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Roller. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.
72. Oweis AI. Bringing the professional challenges for nursing in jordan to light. *Journal of Nursing Practice*, 2005, 11:244-249.
73. İleri SG. Yeni Mezun Hemşirelerin Profesyonel Rollerine Geçiş Süreci Algısı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.
74. Şirin A, Öztürk R, Bezci G, Çakar G, Çoban A. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2008, 83:69-75.
75. Erdil F, Korkmaz F. Ethical problems observed by student nurses. *Nursing Ethics*, 2009, 16:489-599.

76. Johnson M, Webber B. *An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2005: 8-20.
77. Seren Ş. Hemşirelikte otonomi. *Hemşirelik Forumu*, 2001 4:21-23.
78. Kangallı, P. Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Otonomi Düzeyleri ve Otonomiye Etkileyen Mesleki ve Kurumsal Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2005.
79. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. T. C. Resmi Gazete, sayı: 26510, 2 Mayıs 2007.
80. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T. C. Resmi Gazete, sayı: 27910, 9 Nisan 2011.
81. 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. T. C. Resmi Gazete, sayı: 28103, 2 Kasım 2011.
82. 31.10.2012 tarihli ve 3131 sayılı Makam Onaylı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/d348abfd874e404fb3d21bc45_e65ec80.pdf. 2 Kasım 2014.
83. Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15:4.
84. Chitty KK. The Professionalization of nursing: In Professional nursing, 5th ed. Chitty KK , Black BP Saunders Elsevier. 2007, 69-75.
85. Hisar F, Karadağ A, Kan A. Development of an instrument to measure professional attitudes in nursing students in Turkey. *Nurse Education Today*, 2010, 30:726-730.

- 86.** Çelik S, Hisar F. The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 2012, 18:180-187.
- 87.** Adams D, Miller BK. Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 2001, 17:203-210.
- 88.** Oktay S, Aksayan S. 2000'e iki kala Türkiye'de hemşirelik için yasal düzenlemelere bir bakış. *Hemşirelik Forumu*, 1998, 1:79-80.
- 89.** Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012, 11:421-430.
- 90.** JCAHO Sentinel Event Statistics 2006. www.jointcommission.org. 3 Kasım 2014.
- 91.** Büken NÖ, Büken E. Tıbbi malpraktis konusunda tartışmalar. *Klinik Tıp Etiği Hukuku Tarihi*. 2003, 11:140-147.
- 92.** İnce H, İnce N, Ayhan Ö, Safran N. Hatalı tıbbi uygulama ve korunma yolları. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005, 68:123-127.
- 93.** Bilge Y, Geçim İE. *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları*, 1.Baskı. İstanbul, Baskı Evi Matbaa Promosyon ve Reklam Hizm. San. Tic. Ltd. Şti, 2012:8-10.
- 94.** Weingart SN, Wilson RM, Harrison B. Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*, 2000, 320:774-777.
- 95.** The Institute of Medicine (IOM). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*, National Academies Press, Washington, 2001.
- 96.** Tütüncü Ö, Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama. http://web.deu.edu.tr/kalite/dosyalar/ulusal_makale/Ek5.doc. 2 Kasım 2014.

97. Ögün B. Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
98. Temel M. Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forum Dergisi*, 2005, 84-90.
99. Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmeleri: Kocaeli ilinden bir alan çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008, 11:161-199.
100. Büken E, Büken NÖ, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 2004, 11:233-247.
101. Savaş H. *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları Tıbbi Malpraktis Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları*. Ankara, 3. Baskı. Seçkin Yayıncılık, 2013: 43-65.
102. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities. *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162:1897-1903.
103. World Health Organization (WHO). World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005. http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. 1 Kasım 2014.
104. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010, 8:100-111.

105. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009.
106. Yılmaz K. *Defansif Tıp, Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçması Durumunda ortaya Çıkan Problemler*, 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2014: 57-92.
107. Akalın EH. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2005, 5:141-146.
108. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2009, 84:1-10.
109. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: What we need to know for patient safety. *Journal Nurse Care Quality*, 2004; 19: 209-17.
110. Parshuram CS, To T, Seto W, Trope A, Koren G, Laupacis A. Systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication. *Canadian Medical Association Journal*, 2008, 178:42-48.
111. Aştı T, Kıvanç MM. Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 6:1-9.
112. Sezgin B. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2007.
113. Chang KY, Mark B. Antecedents of severe and nonsevere medication errors. *Journal of Nursing Scholarship*, 2009, 41:70-78..

114. Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Schein JR, Cousins DD. Medication errors involving patient-controlled analgesia. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 2008, 65:429-440.
115. Meurier CE, Vincent CA, Parmar DG. Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 26:11-119
116. Mlayimoğlu A. Halk Eğitim Merkezine Devam Eden Bireylerin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşleri ve Tıbbi Hatalarla İlgili Deneyimleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2012.
117. Nordgren LD, Johnson T, Kirschbaum M, Peterson ML. Medical errors: excess hospital costs and lenghts of stay. *Journal of Health Care Quality*, 2004, 26:42-48.
118. Szer E. Hasta Güvenliği Kültürü ve lm Yöntemleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmır: Dokuz Eylül niversitesi, 2012.
119. ırpı F, Merih D, Kocabey M. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2:26-34.
120. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13:53-59.
121. Cappy S. Perioperative patient safety: a multisite qualitative analysis. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal*, 2006, 83:871-897.
122. Sharek PJ, Classen D. The incidence of adverse events and medical error in pediatrics. *Pediatric Clinics of North America*, 2006, 53:1067-1077.

123. Young HM, Gray SL, Mc Cormick WC, Sikma SK, Reinhard S, Trippett LJ, Christlieb C, Allen T. Types, prevalence, and potential clinical significance of medication administration errors in assisted living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2008, 56:1199-1205.
124. Demir AZ. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2010, 1:67-74.
125. Ayık G, Özsoy AS, Çetinkaya A. Hemşirelik öğrencilerinin ilaç uygulama hataları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2010, 18:136-143.
126. Preston RM. Drug errors and patient safety: the need for a change in practice. *British Journal of Nursing*, 2004, 13:72-8.
127. Durmaz A. Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçların Kliniğe Kabul Edildikten Sonra Kullanımı İle İlgili İlaç Hatalarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.
128. Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005, 47:175-178.
129. Aygün D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2011, 45:110-114.
130. Institute of Medicine: To Err is Human: Building is a safer healthsystem. <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>. 2 Kasım 2014.

131. World Health Organization (WHO). Word alliance for patient safety. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care(Advanced Draft): A Summary, Clean Hands are Safer Hands. http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf. 3 Kasım 2014.
132. Dağlı Ö. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Nozokomiyal Enfeksiyonların İrdelenmesi ve Enfeksiyon Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2006.
133. Yalçın AN, Bakır M, Hayran M, Dener F, Ünal S. İki farklı üniversite hastanesinde hastane enfeksiyonlarının ekonomik yönden karşılaştırılması. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 1998, 2:46-9.
134. Günaydın M, Gürler B. Hastane enfeksiyonlarının kontrolünde dezenfeksiyon, antisepsi ve sterilizasyon "DAS" uygulamaları. *Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği (ANKEM) Dergisi*, 2008, 22:221-23.
135. Özçetin M, Saz EP, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*. 2009, 3: 49-53.
136. Terrell KM, Weaver CS, Giles BK, Ross MJ. ED Patient falls and resulting injuries. *Journal of Emergency Nursing*, 2009, 35:89-92.
137. Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R. Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınana önlemlerin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2:19-25.
138. Safran N. Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis. Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.

139. Uyer G. Hemsire-hasta iletişimi ve iletişimin hasta yönünden önemi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 2000, 8:90-4.
140. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 17:233-236.
141. World Health Professions Alliance Fact Sheet (2002). Health Professionals Call for Priority on Patient Safety. www.whpa.org/factptsafety.htm. 3 Kasım 2014.
142. Aştı T, Acaroğlu T. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 4:22-27.
143. Özata M, Aslan Ş. Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Hasta Güvenliğine Etkilerinin Belirlenmesi. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/1_kongre_cilt2.pdf. 1 Kasım 2014.
144. Zencirci DA. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2010, 1:67-77.
145. Kuğuoğlu S, Çevener Ç, Tanır MT, Aktaş E. İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2:86-93.
146. Öztürk YE, Özata M. Hemşirelerde örgütsel vatandaşlık davranışı ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişkinin araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2013, 18:365-381.
147. Yıldırım A. Meslekleşme süreci ve hemşirelik. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2001, 4:23-25.
148. Reyhanoğlu N. Hemşirelikte Profesyonel Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2011.

- 149.** Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20:193-199.
- 150.** Göktaş S. Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2007.

EK-1. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı :	Necmettin İŞCİ
Doğum Tarihi :	27.09.1987
Doğum Yeri :	Tomarza
Medeni Hali :	Evli
Uyruğu :	T.C.
Adres :	Iğdır Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü 76000 IĞDIR
Tel :	0476.226 48 86
Faks :	0476.226 48 86
E-mail :	necmettinisci@gmail.com
Eğitim	
Lise :	Melikgazi Mustafa Eminoğlu Lisesi (2004)
Lisans :	Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu-Sağlık Memurluğu Bölümü (2005-2009)
Yüksek Lisans :	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı (2012-2015)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce : Orta Derece (YDS: 56.25 ; 17 Nisan 2014)	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Türk Hemşireler Derneği	
Yönetici Hemşireler Derneği	
İlgi Alanları v e Hobiler	
Sağlık, Müzik	
Seyahat, Futbol	
Kitap, Masa Tenisi	

EK-2. Etik Kurul Kararı

	ETİK KURUL SONUÇ FORMU	
Araştırmanın Adı: "Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi"		
Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)		
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()		
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()		
Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 10.06.2013 tarihinde yapılan toplantısında "Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi" konulu Doç. Dr. Serap Altuntaş ve Necmettin İşçi' nin çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.		
 Doç.Dr. Fatma KUDÜCÜ TÜFEKÇİ Başkan Yrd.	 Prof.Dr. Mehmet TAN Başkan	 Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU Üye
Doç.Dr. Nadiye ÖZER Üye Katılmadı	Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU Sekreter/Raportör 	

EK-3. Kurum İzinleri

	T.C ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü	
SAYI: 20389917/72.00-3167 KONU: İzin Alınması		27.08.2013
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA		
İLGİ: 23.08.2013 tarih ve 88179374-1792*17160 sayılı yazı.		
Anabilim Dalınız Yüksek Lisans öğrencisi Necmettin IŞÇI' nin tez çalışmasını ilgili birimlerde yapabilmesine ilişkin Rektörlük Makamının ilgili yazısı ektedir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.		
 Prof.Dr. Yavuz Selim SAĞLAM Müdür		
Eki: İlgili Yazılar (2 Adet)		
HARİCİ TLF : 0 442 - 236 09 70 FAX : 0 442 - 236 09 69 E-mail: sagbilens@atauni.edu.tr Enstitüler Binası Kat : 3 25240 ERZURUM		



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-1792
Konu : Tez Çalışması

23.08.2013-017160

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz öğrencilerinden Necmettin İŞÇİ'nin tez çalışmaları ile ilgili Erzurum İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden alınan 14/08/2013 tarih ve 13375 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Samih DİYARBAKIR
Rektör Yardımcısı

Eki:1

Öğr. İst.
27.08.2013
4/47

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 ERZURUM
Telefon: (0442) 2311601-2311343 (Büro) Faks: (0442) 2361916
e-posta: odaire@atauni.edu.tr





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 98003106-604.01.02/ 13375
Konu : Araştırma izni

14 AĞU 2013

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Personel Daire Başkanlığı)
ERZURUM

İlgi: 31/07/2013 tarih ve 15929 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Necmettin İŞÇİ'nin, 'Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi' başlıklı tez çalışmasıyla ilgili anket uygulamasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palandöken Devlet Hastanesi ve Nenehatun Kadın Doğum Hastanesinde yapması tarafımızca uygun görülmüş olup, bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Fazlı ERDOĞAN
Genel Sekreter



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü



Sayı : 45361945-03/6989

Erzurum : 03.07.2013

Konu : Tez çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İLGİ : 02.07.2013 tarih ve 1410-13706 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızla Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü lisans öğrencisi Necmettin İŞÇİ'nin "Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasına esas teşkil edecek anket uygulamasını hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Hasan KAYNAR

BAŞHEKİM V.

EK-4. Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcı,

Yüksek Lisans Tezi kapsamında yapılan bu araştırmanın amacı hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeylerinin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisini belirlemektir. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmaya vereceğiniz değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Öğr. Gör. Necmettin İŞCİ

Yüksek Lisans Öğrencisi

BÖLÜM I

1. **Çalıştığınız Hastane:** () Üniversite Hastanesi () Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastane
2. **Hangi birimde çalışıyorsunuz ?**.....
3. **Yaşınız:** () 18-22 yaş () 23-27 yaş () 28-32 yaş () 33-37 yaş () 38-42 yaş () 43 ve ↑
4. **Cinsiyetiniz:** () Bayan () Erkek
5. **Pozisyonunuz:** () Hemşire () Sorumlu Hemşire () Diğer:.....(Lütfen belirtiniz)
6. **Medeni Durumunuz:** () Evli () Bekâr
7. **Çocuğunuz var mı?** () Yok () Var Varsa sayısı:.....
8. **Eğitim Durumunuz:** () Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans-Doktora
9. **Çalışma şekli:** () Kadrolu () Sözleşmeli () Diğer:.....(Lütfen belirtiniz)
10. **Mesleki deneyiminiz** () 0-5 yıl () 6-10 yıl () 11 -15 yıl () 16-20 yıl () 21 yıl ve üzeri
11. **Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?**.....saat

12. Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz? () Gündüz () Gece () Gece-gündüz karma

13. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:.....

14. Kendinizi mesleğinizde ne kadar profesyonel hissediyorsunuz?

- 1 () Hiç profesyonel hissetmiyorum 2 () Biraz profesyonel hissediyorum
3 () Oldukça profesyonel hissediyorum 4 () Tamamen profesyonel hissediyorum.

15. Kendinizi profesyonel hissetmiyorsanız sizce nedeni ne olabilir?

- () Okulda öğrendiklerimi uygulamaya yansıtamıyorum
() Çalışma arkadaşlarım beni yadırgıyorlar
() Hemşirelik dışı işler yapmaktan hemşirelikle ilgili işlere yeterince zaman ayıramıyorum
() Ekonomik yetersizlikten dolayı bilimsel gelişmeleri takip edecek faaliyetlerde bulunamıyorum
() Hemşireliği sevmediğim için profesyonel olma gereği duymuyorum
() Mesleki uygulamalarımda bağımsız olarak karar alamıyorum
() Diğer ekip üyeleri ile olumsuz ilişkiler beni profesyonellik konusunda olumsuz etkiliyor
() Bu konuda özgüvenimin yetersiz olduğunu düşünüyorum
() Yöneticilerim, profesyonellik konusunda bizi yeterince motive etmiyor
() Diğer (Lütfen belirtiniz).....

16. Daha önce herhangi bir tıbbi hata yaptınız mı? () Evet () Hayır

17. Diğer hemşire arkadaşlarımızın herhangi bir tıbbi hata yaptığını gördünüz mü?

- () Evet () Hayır

EK-5. Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren sütuna ait olan ve ifadenin hizasında bulunan kutucuğun içine X şeklinde işaretleyiniz.	Tamamen Uyuyor	Biraz Uyuyor	Kararsızım	Uymuyor	Hiç Uymuyor
1. Mesleğimi seviyorum.					
2. Mesleki karar ve uygulamalarda özgürüm.					
3. Hizmet verdiğim insanların güvenini kazanmaya çalışırım.					
4. İş yerinde hizmet alan kişiler sorun çıkardığında önce onu sakinleştirip ikna etmeye çalışırım.					
5. İş arkadaşlarımla ve hizmet alanlarla iletişim kanallarını sürekli açık tutarım.					
6. İş arkadaşlarımla sürekli iş birliği içindeyim.					
7. Kişiler arası ilişkilerde yeterliyim.					
8. Gerek iş arkadaşlarıma gerekse hizmet alanlara düşüncelerimi rahat ve etkin bir şekilde ifade ederim.					
9. İş ilişkilerimde çoğu zaman hoşgörülü davranırım.					
10. Karşımdaki insanı değerlendirirken ilk önce gözlemlerim.					
11. Hizmet verdiğim kişilerin kültürlerini, gelenek örf ve adetlerini anlamaya çalışırım.					
12. Davranışlarım insanların sadece dış görünüşlerine göre değişiklik göstermez.					
13. İş yerinde gereksinimlerin artması motivasyonumu etkilemez.					
14. Mesleki anlamda problem çözme konusunda kendimi yeterli bulurum.					
15. Mesleki bilgimi ve eğitimimi tamamen kullanırım.					
16. Mesleki prensiplerimi önemserim.					
17. Mesleki önerilere, yeni fikir ve eleştirilere açığım.					
18. İşyerinde her zaman yaratıcı olmaya çalışırım.					
19. Olayları geçmiş deneyimlerimi kullanarak değerlendiririm.					
20. Mesleğimle ilgili son gelişmeleri takip ederim.					
21. Yaptığım işin sorumluluğunu tamamen üzerime alırım.					
22. Mesleğimle ilgili yeni çıkan uygulamaları öğrenmeye çalışırım.					

23. Hem kendimin hem de iş arkadaşlarımla mesleki uygulamalarında eleştirel düşünürüm.					
24. Mesleki kongre, konferans ve toplantılara katılırım.					
25. Mesleğimle ilgili bir kuruluşa veya derneğe üyeyim.					
26. Mesleğimle ilgili bilimsel araştırma yaparım.					
27. Meslekte yüksek öğrenimin gerekli olduğuna inanırım.					
28. Çalışma alanımda yaptığım bütün uygulamaları rapor (kayıt) etmeye çalışırım.					
29. İş yerindeki eksiklikleri belirleyerek gerekli yere bildiririm ve temin etmeye çalışırım.					
30. İş yerindeki yaptığım bütün uygulamalarda neden-sonuç ilişkilerini göz önünde tutarım.					
31. Mesleki sorunlara çözüm getirebilmek için sürekli bir arayış halindeyim.					
32. İşimde disiplinliyim.					

EK-6. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Alt boyutlar	Madde no		Hiç	Çok Nadir	Zaman Zaman	Genellikle	Her Zaman
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	1	IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					
	2	Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum					
	3	Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					
	4	Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
	5	İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum					
	6	İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
	7	Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
	8	Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
	9	İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
	10	Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
	11	İlacın hazırlanması ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
	12	Okunmuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim					
	13	Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim.					
	14	İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.					
	15	İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
	16	İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım					
	17	İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
	18	İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
Düşmeler	1	Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm					
	2	Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlarım					
	3	Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim					
	4	Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim					
	5	Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.					

Hastane Enfeksiyonları	1	İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
	2	Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim					
	3	Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
	4	IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
	5	Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
	6	İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
	7	Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					
	8	Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.					
	9	Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.					
	10	Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
	11	Ureter kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
	12	Serum şişeleri ve setlerini 24 saat'de bir değiştiririm					
Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	1	Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim.					
	2	Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.					
	3	Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.					
	4	Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yaparım					
	5	Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım					
	6	Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım					
	7	Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.					
	8	Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.					
	9	Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim					
İletişim	1	Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım					
	2	Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim.					
	3	Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim					
	4	Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim.					
	5	Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.					

EK-7. Ölçek Kullanımı İçin Alınan İzinler

nilufererbil <nilufererbil@mynet.com>

4 09 2013 ☆

Alıcı: bana ▾

Merhaba Necmettin Bey,

Geliştirmiş olduğumuz "Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri"ne ilginiz için teşekkür ederim. Bu envanteri tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Envanterin özgün halini ve yönergesini ekte gönderiyorum. Çalışmanız makale olarak yayınlandığında bilgi verirseniz memnun olurum.

Size başarılar dilerim.

Hoşçakalın...

Doç.Dr.Nülüfer ERBİL

----- Özgün İleti -----

Kimden : necmettinisci@gmail.com

Kime : nilufererbil@mynet.com

Gönderme tarihi : 04 Eylül 2013 Çarşamba 13:49

Konu : Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri

Sayın Nilüfer Hocam,

Merhaba;

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans programında yüksek lisans tez aşamasındayım. 2009 yılında

Aslıhan Bakır hanımefendi ile yaptığınız "**Meslekte profesyonel tutum**

envanterinin geliştirilmesi" (Erbil, N., Bakır, A. (2009). *Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 6:1.*)

isimli çalışmada toplama aracı

olarak geliştirdiğiniz "**Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri'ni**"

Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ danışmanlığındaki Tez çalışmamda izniniz dahilinde

kullanmak istiyorum.

Şimdiden Teşekkür eder..

İyi Çalışmalar Dilerim...

Öğr. Gör. Necmettin İŞÇİ

Iğdır Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Musa özata <musaozata@gmail.com>

Alıcı: bana ▾

Necmettin bey ölçeği kullanmanızda bir sakınca yok. Ölçeğin orijinalini ekte yolluyorum. iyi çalışmalar.

4 Eylül 2013 13:38 tarihinde NECMETTİN İŞÇİ <necmettinisci@gmail.com> yazdı:

Sayın Musa Hocam,

Merhaba;

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans programında yüksek lisans tez aşamasındayım. 2009 yılında
Danışmanlığını yaptığınız Handan ALTUNKAN'ın Yüksek Lisans Tezindeki veri
toplama aracı

olarak geliştirdiğiniz "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'ni"

Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ danışmanlığındaki Tez çalışmamda izniniz dahilinde
kullanmak istiyorum.

Şimdiden Teşekkür eder..

İyi Çalışmalar Dilerim...

Öğr. Gör. Necmettin İŞÇİ

Iğdır Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu