



T.C
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN BİLGİLERİ, TUTUMLARI VE HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜNÜN OLUŞMASI ÜZERİNDE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Dr. Fatih KARACİF

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2021



T.C
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN BİLGİLERİ, TUTUMLARI VE HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜNÜN OLUŞMASI ÜZERİNDE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Dr. Fatih KARACİF

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. ZÜLEYHA ALPER

Bursa-2021

İÇİNDEKİLER

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ	V
ÖZET	VII
SUMMARY	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hasta Güvenliği.....	3
2.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi.....	4
2.3. Hasta Güvenliğinin Türkiye’deki Durumu.....	6
2.4. Tıbbi Hatalar	6
2.5. Hasta Güvenliği Kültürü	8
2.6. Hasta Güvenliği Eğitimi.....	9
2.7. Hasta güvenliği ve İletişim	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. Çalışma Grubu ve Verileri	13
3.1.1. Çalışma Grubu	13
3.1.2. Çalışma Verileri	13
3.2. Örneklem Seçimi.....	13
3.3. Çalışmanın Genel Planı ve Dahil Edilme Kriterleri.....	13
3.3.1. Çalışmanın Genel Planı.....	13
3.3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	14
3.4. Etik Kurul Onayı.....	14
3.5. İstatistiksel Analiz.....	14
3.6. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği.....	14
3.7. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ).....	15
4. BULGULAR	16
4.1. Çalışmaya Katılan Kişilerin Genel Özellikleri	16

4.2. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar ile İlgili Sorulara İlişkin Bulgular	20
4.3. Hasta Güvenliği Kùltürüne İlişkin Tutum Ölçeğine ait Bilgiler	25
4.4. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğine (İBDÖ) ilişkin bilgiler	40
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
7. KAYNAKLAR.....	57
8. EKLER	63
EK-1: Araştırma İzni.....	63
EK-2: Etik Kurul Onayı	64
EK-3: Anket Formu	66
EK-4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	70
9. TEŞEKKÜR.....	71
10. ÖZGEÇMİŞ	72

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-1: Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre dağılımı	16
Şekil-2: Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumları	16
Şekil-3: Yaşların yüzdesel dağılımı	17
Şekil-4: Kişilerin uzmanlık tercihlerine göre yüzdesel dağılımı	18
Şekil-5: Yapılan tıbbi hataların yüzdesel dağılımı.....	22
Tablo-1: Hasta Güvenliği ve Kalite Çalışmalarıyla İlgili Önemli Olaylar.....	5
Tablo-2: Katılımcıların yaş bilgileri	17
Tablo-3: Çalışmaya katılan öğrencilerin demografik verileri	19
Tablo-4: Katılımcıların staj gruplarına ait veriler	19
Tablo-5: Bir günde hastanede geçirilen ortalama süreye ait veriler	20
Tablo-6: Hasta güvenliği ile ilgili sorulara ait veriler.....	21
Tablo-7: Tıbbi hata ile ilgili sorulara ait veriler	23
Tablo-8: Katılımcıların hasta güvenliği eğitimi alma durumuna ilişkin bulgular	24
Tablo-9: Hasta güvenliği tanımını bilme durumu ile cinsiyet arasındaki ilişki	24
Tablo-10: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam ve alt faktörlere ait bulgular	25
Tablo-11: Katılımcıların <i>bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi</i> alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki.....	27
Tablo-12: Katılımcıların <i>hata bildirmede rahatlık</i> alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki	28
Tablo-13: Katılımcıların <i>hata nedeni olarak çalışma saatleri</i> alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki.....	29
Tablo-14: Katılımcıların <i>kaçınılmaz hata</i> alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki	31
Tablo-15: Katılımcıların <i>hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik</i> alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki.....	32

Tablo-16: Katılımcıların <i>bilgilendirme sorumluluğu</i> alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki	34
Tablo-17: Katılımcıların <i>takım çalışması</i> alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki	35
Tablo-18: Katılımcıların <i>hatada hastanın rolü</i> alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki	36
Tablo-19: Katılımcıların <i>müfredatta hasta güvenliğinin önemi</i> alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki.....	38
Tablo-20: Katılımcıların <i>Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği</i> toplam puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki	39
Tablo-21: İBDÖ puanlarına ilişkin bulgular	40
Tablo-22: Katılımcıların İBDÖ toplam puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki	41
Tablo-23: İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	42

ÖZET

Son yıllarda tıbbi hataların artış göstermesi nedeniyle hasta güvenliği çalışmaları hız kazanmıştır. Tıbbi hataların azaltılması ve önlenmesi için hasta güvenliği konularının tıp fakültelerinde tıp öğrencilerine aktarılması oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü hakkında bilgi ve tutumlarının araştırılması, hasta güvenliği kültürünün oluşması üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve iletişim becerileri ile hasta güvenliği arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Çalışma literatür taranarak oluşturulan web tabanlı anket yöntemi kullanılarak yapılandırılmıştır. Anket, ilk kısmı demografik verilerin yer aldığı genel bilgiler bölümü, ikinci kısımda hasta güvenliği ve tıbbi hata ile ilgili sorular, üçüncü kısımda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve son kısımda İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır. Araştırma Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim alan, ulaşılan 241 son sınıf tıp öğrencisi (%73) ile yürütülmüştür.

Çalışmamızda intörn öğrencilerin %53,9'u (n=130) kadın, %46,1'i (n=111) erkektir. Tıp öğrencilerinin %97,1'i (n=234) tıpta uzmanlık eğitimi almayı düşündüğünü ifade etmiştir. Tıp öğrencilerinin %72,2'si (n=174) hasta güvenliği eğitimi almadığını, %47,7'si (n=115) hasta güvenliği kültürüne ilişkin bilgisinin yetersiz olduğunu ve %14,1'i (n=34) ise daha önce tıbbi hata yaptığını belirtmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması $94,36 \pm 9,41$ ve İBDÖ toplam puan ortalaması $95,81 \pm 17,84$ hesaplanmıştır. İBDÖ ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puanlar arasında anlamlı düzeyde, pozitif ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak, hasta güvenliği konusunda nispeten olumlu tutumun ve hasta güvenliği konularına hakimiyetin yetersiz olduğu görülmüştür. Bu tutumların geliştirilmesi için bu konuda verilecek eğitimler hasta güvenliği kültürünü oluşturarak, tıbbi hataların azaltılmasına ve hasta güvenliğinin oluşmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: bilgi, tutum, hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, iletişim becerileri.



SUMMARY

Evaluation Of The Intern Students' Knowledge And Attitudes About The Patient Safety Culture And The Determination Of The Factors Affecting The Development Of The Patient Safety Culture

Due to the increase in medical errors in recent years, patient safety studies have gained momentum. It is very important to provide patient safety training in medical schools in order to reduce and prevent medical errors. The aim of this study is to evaluate the knowledge and attitudes of intern students about patient safety culture, to determine the factors affecting the development of patient safety culture, and to examine the relationship between communication skills and patient safety.

The study was carried out using the web-based questionnaire method created by scanning literature. The Questionnaire consists of 4 sections: the general information section with demographic data, the section with questions about patient safety and medical error, the Patient Safety Attitude Scale and the Communication Skills Assessment Scale (IASI) sections. The research was planned for interns who study at Bursa Uludağ University Faculty of Medicine and was conducted with 241 interns (73%) who agreed to participate in the study.

In our study, 53.9% (n = 130) of the intern students were female and 46.1% (n = 111) were male. 97.1% of the study group (n = 234) stated that after graduation they plan to continue their post-graduation education in a specialty area. While 72.2% (n = 174) of the interns stated that they did not receive any patient safety training, 47.7% (n = 115) stated that they had insufficient knowledge about patient safety culture, 14.1% (n = 34) stated that they had made a medical mistake before. The mean total score for the Patient Safety Attitude Scale was 94.36 ± 9.41 and the total mean score of

IASI was 95.81 ± 17.84 . A significant positive correlation was found between the total scores of IASI and Patient Safety Attitude Scale.

As a result, in our study, we found that internship students had relatively positive attitudes towards patient safety, but their knowledge on patient safety issues was insufficient. Including this subject in the curriculum in order to develop these attitudes will contribute to the reduction of medical errors and patient safety by creating a culture of patient safety.

Keywords: knowledge, attitude, patient safety, patient safety culture, communication skills.



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde en çok tartışılan konulardan biri olan hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılmasıdır (1). Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık sisteminin öncelikleri arasındadır (2). Hasta güvenliğini sağlamanın temeli, hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasından geçmektedir (3). Bu yüzden hasta güvenliğine odaklanan sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürü bir öncelik haline gelmekte ve gittikçe artan bir ilgi görmektedir (4).

Amerika Birleşik Devletleri'nde "Tıp Enstitüsünün (Institute of Medicine - IOM)" 2000 yılında yayımlanan "Hata insandandır: Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi Oluşturmak" adlı raporuna göre, bu ülkedeki hastanelerde her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu durum, sağlık sektöründeki hataların ne kadar önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alan tıbbi hatalar; trafik kazaları, Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu (AIDS), diyabet, meme kanseri gibi nedenlerden daha fazla ölüme yol açmaktadır. Çeşitli batı dünyası kaynaklarına ve araştırmalarına göre hastaneye yatışlarda tıbbi hatalardan dolayı ölüm oranları Türkiye' de %0,2 ile %0,5 arasında olduğu hesap edilmiştir. Bu oran %1'e kadar çıkabilmektedir (1). IOM tarafından yayımlanan rapor tüm dünyada yankı uyandırmış ve hasta güvenliğine verilen önem hızla artmıştır (5).

Tıbbi hatalar birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Tıbbi hataların en önemli nedenleri arasında iletişim yetersizlikleri gelmektedir. İletişim yetersizlikleri ve aksaklıkları nedeniyle, sağlık hizmeti sunulurken yapılan hataların sakatlıklara ve ölümlere neden olabilecek kadar yüksek risk taşıdığı gösterilmiştir (1).

Topluma sağlık hizmeti sunarken, tıbbi hatalara bağlı hasarı azaltmak ve hasta güvenliğini korumak sağlık profesyonellerinin temel

sorumluluğudur (6). Tıp öğrencileri gelecekteki sağlık hizmeti sağlayıcıları ve liderleridir; bu bakımdan sistemlerin sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini nasıl etkilediğini, kendilerini güvenli bakım hizmeti sunmaya hazırlamaları gerektiğini anlamalıdır (7). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization - WHO) ve Amerikan Tıp Kolejlere Birliği (The Association of American Medical Colleges - AAMC) tıp öğrencilerinin gelecekteki bu zorluğun üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için lisans seviyesindeki tıp eğitimi süresince, hasta güvenliği ve kalite geliştirme konularının işlenmesi gerektiğine vurgu yapmıştır (8–10).

Tıp öğrencilerinin klinik rotasyonlardaki deneyimleri ve hasta güvenliğine yönelik tutumları gelecekteki davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (11). Tüm sağlık personeli ve tıp eğitimcileri tarafından hasta güvenliğine daha fazla dikkat edilmesi ve hasta güvenliğinin tanınması gerekmektedir. Lee ve arkadaşlarının yayımladığı bir çalışmada, birçok öğrencinin klinik rotasyonlar sırasında tıbbi hatalar hakkında konuşmada zorluk yaşadığına dair kanıtlar sunulmuş, böylece hata bildirme kılavuzlarına ve iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim çabalarına ihtiyaç olduğu gösterilmiştir (12).

Bu çalışmanın amacı gerek kendi gerekse toplumdaki bireylerin sağlığı üzerinde büyük rol oynayacak hekim adaylarının eğitimlerinin son yılında, hasta güvenliği kültürü hakkında bilgi ve tutumlarının araştırılması, hasta güvenliği kültürünün oluşması üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve iletişim becerileri ile hasta güvenliği arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

1990'lı yılların sonuna doğru tıp uygulamaları köklü bir değişime uğramış, basit, az etkili ve nispeten güvenli olmaktan çıkıp karmaşık, etkili ancak potansiyel olarak tehlikeli hale gelmiştir (13). Hiçbir faaliyette sıfır risk yoktur; herhangi bir iş alanında insanlar hata yapabildiği gibi sağlık alanında da bu durum yaşanabilmektedir. Ancak hataları zorlaştıran ve doğru kararları kolaylaştıran sistemler tasarlayarak hatalar önenebilir (5).

Sağlık hizmeti sürecinin bir sonucu olarak ortaya çıkan olumsuz sonuçları ortadan kaldırmaya, azaltmaya ve hafifletmeye yönelik eylemler grubu olarak tanımlanan hasta güvenliği, günümüz tıp pratiğinin temelleri içinde giderek önem kazanmıştır. Tıbbi, bilimsel ve teknolojik evrim, sağlık profesyonellerinin gelişmiş tıbbi uygulama standardı benimsemeleri için kalıcı bir çaba gerektirmektedir (14).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hasta güvenliğini, sağlık bakımı sürecinde hastaya önenebilir zararın olmaması olarak tanımlamıştır. Başka çalışmalarda benzer şekilde hasta güvenliğini tıbbi bakımın neden olduğu kazara yaralanmalardan kurtulma özgürlüğü olarak tanımlamıştır (15). Ayrıca bu tanım tıbbi hatayı ifade etmektedir (5). Başka bir deyişle hasta güvenliği, sağlık bakımı ile ilgili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir bir minimuma indirilmesidir (16).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın (National Patient Safety Foundation - NPSF) tanımına göre de hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılmasıdır (1).

IOM 21'inci yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır:

- a) Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma,

- b) Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamaları hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi,
- c) Hasta-merkezli sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti,
- d) Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önleendiği bir sistem (sağlığa ulaşılabirlik),
- e) Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önleendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu,
- f) Eşıit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşıit olmasıdır (5).

2.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliği, tarihin eski çağlarından beri var olan bir konudur. Örneğin MÖ. 1700'lerdeki Hammurabi Kanunlarında, "Hekimin hastasını öldürmesi veya tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde, her iki elinin kesileceği..." yazılmıştır. Daha sonraları Hipokrat, bugün adeta tıbbın temel paradigmalarından biri olan "Primum non nocere" (önce zarar verme) ilkesini ortaya koymuştur. 1883 yılında İngiltere'de "Tıbbi ihmal" kavramı, kanunlara girmiştir. Florence Nightingale "Bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor", "Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır" diyerek hem hasta güvenliği, hem de bu kavramın ayrılmaz bir parçası olan hastane enfeksiyonlarına dikkat çekmiştir (17).

Hasta güvenliği kavramı; 1951 yılında kurulan, kalite ve güvenliği sağlamak için çalışmalara başlayan Ulusal Birleşik Komisyonu tarafından gündeme gelmiş, gerçek anlamda sağlık sistemindeki yerini 1960'lardan sonra almıştır. Hasta güvenliğinin öncelikli hale gelmesi ise 2000 yılında Tıp Enstitüsü'nün (IOM) "To Err is Human" adlı raporunun yayımlanması ile olmuştur (18). Hasta güvenliğinin tarihsel süreci açısından önemli olaylar

Tablo-1'de yer almaktadır.

Tablo-1: Hasta Güvenliği ve Kalite Çalışmalarıyla İlgili Önemli Olaylar (19)

<u>TARİH</u>	<u>OLAYLAR</u>
1955	Ernest Codman hasta sonuçları üzerine odaklanmıştır.
1984	Anestezi Hasta Güvenliği Birliği kurulmuştur. New York Eyaleti- Harvard Tıbbi uygulama çalışması yapılmıştır.
1992	Colorado /Utah'da Tıbbi Uygulama çalışması
1995	Hasta Güvenliği konusu üzerine İlk Annenberg Konferansı yapılmıştır.
1996	Ulusal Hasta Güvenliği Birliği kurulmuştur. Uluslararası Birleşik Komisyon, Olay Raporlama Sistemi'ni kurmuştur. IOM komisyonlarıyla birlikte Sağlık Hizmeti Ulusal Koalisyonu Amerika'da kaliteli bakım kanıtı sağlamak amacıyla akademik makale bilgi kaynağı olarak RAND Review kurulmuştur. Harvard Üniversitesinde Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata konusu üzerine İlk Yönetim Toplantısı yapılmıştır.
1997	Kalite Konumu komisyonlarında IOM Teknik Danışma Paneli- 1997-1998 tarihleri arasında yayımlanan çalışmaların güncelleştirilmesi
1998	Müşteri Koruma ve Kalite Danışma Komisyonu'nun sonucu olarak IOM tarafından başlatılan Amerika Projesi Sağlık Hizmeti Kalitesi oluşturulmuştur. Sağlık Hizmeti Kalite Ölçümü ve Raporlanması için Ulusal Forum oluşturulmuştur.
2001	Ulusal Hasta Güvenliği Güçleri oluşturuldu (FDA, AHRQ, CDC, CMS)
2002	IOM tarafından "Ulusal Sağlık Bakım ve Kalite Planı Raporu" nun yayınlanması Birleşik Komisyon tarafından "6 Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri" nin yayınlanması Sağlık Sigorta Merkezi ve Tıbbi Çağrı Hizmetleri tıbbi hataları azaltmayı içeren performans geliştirme ve kalite değerlendirme için gerekli katılım şartlarını yayımlamıştır.
2003	"Uluslararası Birleşik Komisyon" tarafından yeni araştırma sürecinde "Halkın Sağlığını Arttırma Stratejileri Vizyonu" nun duyurulması IOM tarafından "Ulusal Eylem İçin Öncelikli Alanlar" adlı raporun yayınlanması 2003 Hasta Güvenliği ve Kalite Geliştirme Eylemi onaylanmıştır. Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından hasta güvenliği göstergeleri ve web tabanlı kalite ölçümleri kitabının yayınlanması Sağlık Hizmeti Geliştirme Enstitüsü online kalite kaynaklarını geliştirmiştir.

Kaynak: Byers JF, White SV. Patient Safety: Principles and Practice. Springer Publishing Company. Newyork. 2004:s.5-6.

2.3. Hasta Güvenliğinin Türkiye'deki Durumu

Ülkemizde son yıllarda hasta güvenliğinin sağlık sektöründe 2006 yılında yer almasıyla birlikte bu kavrama ilişkin önemli adımlar atılmıştır. İlk gelişmelerden biri 2006 yılında Hasta Güvenliği Derneği'nin kurulmasıdır. Bu dernek hasta güvenliği konusunda üç kez uluslararası kongre organize ederek hasta güvenliği kültürünün yayılmasını amaçlamıştır. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı da bu alanda önemli çalışmalar yürütmektedir. Bunlardan biri hasta güvenliğine ilişkin temel uygulamaların Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan Hizmet Kalite Standartları içinde ele alınması olmuştur. Standartlar içerisinde "Hasta ve Çalışan Güvenliği" başlığı altında, içeriği JCI ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) hasta güvenliği hedeflerine uygun oluşturulan, otuz dört adet standart yer almaktadır. Hastanın doğru kimliklendirilmesi, yüksek riskli ilaçların yönetimi ve ilaç güvenliği, hasta düşmelerinin önlenmesi, güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi, güvenli kan transfüzyonunun sağlanması, etkili iletişimin sağlanması gibi standartlarla hastane yönetimleri asgari düzeyde sorgulanmaktadır (20).

Sağlıkta Kalite Standartları'nın geliştirilmesi amacı ile Sağlık Bakanlığı tarafından Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) kullanıma açılmıştır. Bu sistem; sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, ülkemizde yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri bir platformdur (21).

2.4. Tıbbi Hatalar

Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır (1). Sağlık hizmeti verilirken hastaların zarar görmesine yol açan tıbbi hataların, insan hatasından, teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklandığı gösterilmiştir (22).

Tıp bilimi, “Önce zarar verme” ilkesi üzerine kurulmuştur. Bununla birlikte ve sağlık sistemindeki teknolojik gelişmelere rağmen, tıbbi hatalar sağlık hizmeti uygulamalarında hasta güvenliğini tehdit etmeye devam etmektedir (23).

Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) 2004 raporunda, 2000 ile 2002 yılları arasındaki 575.000 ölümün tıbbi hatadan kaynaklandığını öne sürmektedir, bu da yılda yaklaşık 195.000 ölüm anlamına gelmektedir (24). Benzer şekilde, 2008 yılında hastanede yatan hastaların sağlık kayıtlarını inceleyen ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Dairesi Genel Müfettişliği, yalnızca sağlık güvencesi olan hastalar arasında tıbbi hata nedeniyle yılda 180.000 ölüm bildirmiştir (25). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından kullanıma açılan Güvenlik Raporlama Sistemi'ne (GRS) göre 2016 yılında 74.383 tıbbi hata bildirimi yapılmıştır (21).

Tıbbi hatalar, ABD'de yılda 251.000'den fazla ölümle sonuçlandığı tahmin edilen ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (26).

Hasta güvenliğine tehdit oluşturan tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkün olabilir (27). Tıbbi hatalar kök nedenlerine göre üçe ayrılmıştır:

- **İşleme bağlı hatalar:** Yanlış işlemi yapma,
- **İhmale bağlı hatalar:** Doğru işlemi yapmama,
- **Uygulamaya bağlı hatalar:** Doğru işlemi yanlış uygulama

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir. Bu hatalar şu başlıklar altında gruplandırılmıştır:

- 1) **İlaç hataları:** Çoğu önlenabilir olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. Bu hataların %34-56'sı önlenabilir hatalardır.
- 2) **Cerrahi hatalar:** Çalışmalar cerrahi servislerde yatan her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur.
- 3) **Tanı koymada hatalar:** Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye

veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Tanısal hatalara deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde daha çok rastlanılmaktadır.

- 4) **Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar:** Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, ventilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. İlaç uygulanmasında da ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.
- 5) **Diğer:** Hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır (1).

2.5. Hasta Güvenliği Kültürü

Son yıllarda özellikle risk düzeyi yüksek, nükleer enerji, madencilik, hava ve demiryolu taşımacılığı gibi sektörlerde güvenlik kültürü kavramına olan ilgi artmaktadır. Sağlık sektöründe de tıbbi hatalardan kaynaklanan kayıpların en aza indirilmesi, ayrıca hasta ve çalışanın güvenliğini tehdit eden olayların izlenip kayıt altına alınarak hasta güvenliği bilincinin oluşturulması konusu son dönemlerde giderek önem kazanmış ve “Hasta Güvenliği Kültürü” kavramı tartışılan konulardan biri olmuştur (28).

Bir kurumun güvenlik kültürü; söz konusu kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür. Hasta güvenliği kültürü ise, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. Hasta güvenliğini iyileştirebilmek için “Hasta Güvenliği Kültürü” nün geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (1).

Güvenlik kültürü geliştirmek, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik birçok çabanın temel unsurudur (12). Birçok çalışma, güvenlik kültürünün; artan hata bildirimi, beklenmeyen, istenmeyen veya potansiyel olarak tehlikeli olan olaylarda azalma ve azalmış mortalite açısından klinisyen davranışlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Suçlama veya cezalandırma korkusu olmadan güvenlik sorunları hakkında konuşmak, güvenlik sorunları ele alındıktan sonra yapılan iyileştirmeleri açıklamak için geri bildirim mekanizmalarına sahip olmak ve şeffaflığı teşvik etmek güçlü bir güvenlik kültürü oluşturma anahtarıdır (29). Hasta güvenliğinin bu ana unsurları genellikle açık bir şekilde öğretilmez, bunun yerine klinik yöntemlerin içinde genel eğitimin bir parçası olarak ele alınır (12).

Sağlık sektöründe gerek insani gerekse de maddi anlamda önemli kayıplara neden olan bu durumun önlenmesi için, sağlık kurumlarında etkin bir güvenlik kültürünün sağlanması ve geliştirilmesi yönündeki çalışmalar son yıllarda önemli bir ağırlık kazanmıştır (28).

Hasta güvenliği kültürünün teşviki, belirli bir süreç, ekip veya teknoloji yerine liderlik, ekip çalışması ve davranış değişikliği ilkelerine dayanan müdahalelerin bir kümesi olarak kavramsallaştırılabilir ve yerine göre tek bir müdahaleyi, çok yönlü bir yaklaşımı veya çoklu müdahaleleri içerebilir (30).

2.6. Hasta Güvenliği Eğitimi

Hasta güvenliğinin geliştirilmesi sağlık kültüründe köklü bir değişiklik gerektirir. Gelişmiş bir güvenlik kültürü ile zararın azaltılması küresel bir önceliktir (31). Politikacılar, Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ), Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (NPSF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi kuruluşlar ulusal ve kurumsal düzeylerde çok sayıda güvenlik girişimi geliştirmiştir (11). Ancak, bu girişimlerin çoğu doktorları, yöneticileri ve diğer sağlık profesyonellerini hedeflemiştir ve yeni nesil sağlık çalışanları olan tıp öğrencileri sıklıkla göz ardı edilmiştir (32).

Tıp eğitimi, hasta güvenliğini artırmada önemli bir rol oynar. Hasta güvenliği bilgisi gerekli olsa da, tutumların davranışlar üzerinde etkileri

dikkate alınarak hasta güvenliği tutumlarının değerlendirilmesi de çok önemlidir (33). Tutumun değerlendirilmesi, hasta güvenlik programlarının etkinliğini değerlendirmek için güvenilir bir ölçüdür (34). Tıp öğrencilerinin klinik rotasyonlar sırasında yaşadıkları deneyimlerin, hasta güvenliğine yönelik tutumlarını ve gelecekteki davranışlarını etkilediği gösterilmiştir. Tıp öğrencilerinin hasta güvenliğine yönelik tutumları üzerine yapılan birçok araştırmada yaşanan olumlu deneyimlerin hasta güvenliğini artırdığı, olumsuz deneyimlerin ise hastalara daha fazla zarar verdiği gösterilmiştir (33).

Çok sayıda çalışma hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için yeni mezun olacak doktorlara tıbbi hatalardan nasıl kaçınılacağını ve bu hataları en aza indirmek için nelere dikkat edilmesi gerektiği konusundaki eğitimlerin lisans seviyesinde yapılmasını önemle vurgulamaktadır (35–37).

Birçok araştırmacı, hasta güvenliği eğitiminin lisansüstü tıp eğitime dahil edilmesinin önemini vurgulamıştır (6,38). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hasta güvenliğinin önemini ve tıp eğitime dahil edilmesini kabul etmiş ve tıp öğrencileri için hasta güvenliği müfredat kılavuzu yayınlamıştır (39). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) müfredat kılavuzu konuları şu şekildedir:

- Hasta güvenliği
- Hasta güvenliğinde önemli olan insan faktörleri ve önemi
- Sistemi anlamak ve hasta güvenliğine olan etkisinin önemi
- Etkin bir takım oyuncusu olmak
- Hataları anlamak ve hatalardan öğrenmek
- Klinik riskleri anlama ve yönetme
- Kalite iyileştirme yöntemlerine giriş
- Hasta ve hasta yakınlarını ortak etme
- Enfeksiyon kontrolünü iyileştirme ve enfeksiyonu en aza indirme
- Hasta güvenliği ve invaziv işlemler
- İlaç güvenliğini artırmak (8).

Benzer şekilde eğitim önerileri Avustralya Hasta Güvenliği ve Kalite Konseyi tarafından da yapılmıştır (1). Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın

yayımladığı bir raporda hekim ve hemşire eğitiminde hasta güvenliği ile ilgili yer alması gereken konular belirtilmiştir. Bu konular hekimler için şu şekilde sıralanmıştır:

- Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği tanımları
- Teknoloji ve hasta güvenliği
- İnsan faktörleri: yorgunluk, karmaşık sağlık sorunlarına yaklaşım, vb.

- Hekim-hasta iletişimi
- Sağlık hizmeti sunum takımı içinde iletişim
- Hatalardan öğrenme: hata bildirimi, analizi ve raporlanması
- Hasta ve hasta yakınlarına hataların bildirilmesi
- Finansal ve hukuksal etkileri
- Sistem ve kültür değişimi (40).

Dünya genelinde bazı tıp fakülteleri hasta güvenliğini içeren eğitim modellerini resmi müfredatlarına uygulamıştır (6,41,42). 2008'de Kane ve arkadaşları, Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp fakültelerinin yalnızca %10,4'ünde herhangi bir hasta güvenliği müfredatı raporlandığını bildirmiştir (43). Alper ve arkadaşları da yapmış oldukları bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'daki 83 farklı özel ve devlet tıp okulundan %25'inin hasta güvenliği müfredatına sahip olduğunu belirtmişlerdir (44). Yayımlanmış kılavuzların çokluğuna rağmen, tıp fakülteleri evrensel olarak hasta güvenliği müfredatını yürürlüğe koymakta geç kalmıştır.

Hasta güvenliği konusunun önemi ve eğitim programlarında yer almasının gerekliliği tüm dünyada gündeme gelmiştir. Ülkemizde tıp fakültelerinin eğitim müfredatlarında henüz açık bir şekilde bu konular yer almamaktadır.

2.7. Hasta güvenliği ve İletişim

İletişim genel olarak; tutum, bilgi, düşünce, duygu ve davranışların, sözlü, yazılı veya sözsüz olarak, kaynaktan hedefe doğru aktarılması anlamına gelmektedir ve amaçsız etkileşim olmaktan çok, bir etki oluşturmak

için mesajın bilinçli bir şekilde aktarılması sürecidir (45). Doğru ve etkili bir iletişimin kurulmasında, iletişim çatışmalarının yok edilmesi veya azaltılmasında iletişim becerisi büyük bir öneme sahiptir (46).

İletişim Becerileri, sözel mesajlarla sözel olmayan mesajları uyumlu olarak kullanarak açık ve öz “ben” diliyle konuşabilme, etkin dinleyebilme, bireyin karşısındaki kişilerle etkin ve etkili ilişkiler kurabilmesini sağlayan, bireyin toplum içinde yaşamını kolaylaştıran saygı ve empati temelli davranışlar bütünüdür (47).

İletişim becerileri, doktor-hasta ilişkisinin oluşturulmasında çok önemlidir. Hekimlerin bilgi toplama, doğru bir teşhis koyma, tıbbi öneride bulunma, riskler hakkında bilgilendirmek ve hastalara sağlık durumlarıyla ilgili haberleri iletme gibi çeşitli iletişim becerilerini gösterme konusunda yasal, etik ve ahlaki yükümlülükleri vardır (48,49).

Etkili iletişim becerileri; sağlık çalışanlarının, sağlık problemlerinin üstesinden gelmeleri için hastaları etkin bir şekilde desteklemelerine, teşhis, verimlilik, hasta memnuniyetini ve tedavi sonuçlarını iyileştirmeye yardımcı olur. Aksine, hastayla etkisiz iletişim, tıbbi hataların sıklığının artmasına ve hasta bakımı kalitesinin düşmesine neden olur (50).

Hasta güvenliği konusunda uzun süredir çalışmalarını sürdüren ve uluslararası düzeyde en çok kabul gören kuruluşlardan biri olan Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International - JCI) tarafından 1995-2005 yılları arasında tüm kategorilerde hastaların ölümünü, ciddi fiziksel veya psikolojik yaralanmasını içeren 3548 adet beklenmedik olayın kök nedenlerinin arasında iletişim problemlerinin birinci sırada geldiği bildirilmiştir (51).

Doktorlar bireysel olarak, hastalarla ve onların aileleriyle empati yaparak, prosedürleri kontrol ederek, hatalardan ders alarak ve sağlık ekibi ile etkili bir şekilde iletişim kurarak hasta güvenliğini artırabilir (8). Ayrıca iletişimin iyileştirilmesi, mevcut hasta güvenliği çözümlerinin birincil amacıdır (18).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu ve Verileri

3.1.1. Çalışma Grubu

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim almakta olan 6. sınıf öğrencileri çalışmaya dahil edilmiştir.

3.1.2. Çalışma Verileri

Bilgilendirme sonrasında çalışmaya katılan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine başlıca 4 bölümden ve 21 sorudan oluşan anket uygulanmıştır.

3.2. Örneklem Seçimi

Hedef popülasyon 330 kişi olup, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerin 241'ine (%73) ulaşılmıştır.

3.3. Çalışmanın Genel Planı ve Dahil Edilme Kriterleri

3.3.1. Çalışmanın Genel Planı

Tıp fakültesi son sınıf öğrencilere web tabanlı anket uygulanması amacıyla Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından 03.02.2021 tarihinde izin (Ek-1) alındı. Gerekli ön bilgilendirmenin yapılmasını takiben çalışma kriterlerine uygun, gönüllü olarak doldurmayı kabul eden tıp fakültesi son sınıf öğrencilere 4 bölümden ve 21 sorudan oluşan web tabanlı anket (Ek-3) ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-4) uygulandı. İlk bölümde katılımcıların genel sosyodemografik bilgileri; ikinci bölümde Hasta güvenliği ile ilgili bilgileri ve tıbbi hata hakkında sorular; üçüncü bölümde hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarını ölçen Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ) ve son olarak dördüncü bölümde iletişim becerilerini değerlendirmeye yönelik İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) bulunmaktadır.

3.3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 1) Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde son sınıf öğrencisi olmak
- 2) Verilen anketi kendi iradesi ile doldurmayı kabul etmek
- 3) Anketi eksiksiz doldurmak

3.4. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22.07.2020 tarih ve 2020-13/3 sayılı kararı ile onaylanmıştır (Ek-2).

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki veriler için tanımlayıcı istatistikler (frekans, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler) kullanıldı, veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak verildi. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınıandı. Değişkenler ki kare, Yates düzeltilmeli ki kare (Chi square test with Yates correction) ve Fisher kesin olasılık (Fisher"s exact probability) testleri ile araştırıldı. Normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık sınırı olarak 0,05 alındı ve "p<0,05" olan değerler anlamlı olarak kabul edildi. Verinin istatistiksel analizi SPSS23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statics for Windows, Version23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

3.6. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

Tıp öğrencilerin hasta güvenliği kültürüne olan tutumunu ölçmek

üzere Carruthers ve ark. tarafından 2009 yılında geliştirilen ve geçerliliği güvenilirliği yapılan ölçek, 2018 yılında Torun ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (52). Orjinali 26 madde ve 7'li likert tipinde olan "Hasta Güvenliğine Yönelik Tutum Anketi" (Attitudes toward Patient Safety Questionnaire - APSQ) farklı çalışmalarda 5'li veya 7'li likert olarak kullanılmıştır (33,53–59). Ölçeğin Türkçe uyarlaması 5'li likert tipinde olup 9 alt boyuttan oluşmaktadır. "Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi" 3 soru, "Hata bildirmede rahatlık" 3 soru, "Hata nedeni olarak çalışma saatleri" 3 soru, "Kaçınılmaz hata" 3 soru, "Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik" 3 soru, "Bilgilendirme sorumluluğu" 3 soru, "Takım çalışması" 2 soru, "Hatada hastanın rolü" 2 soru ve "Müfredatta hasta güvenliğinin önemi" 2 soru olmak üzere toplam 24 maddeden oluşmuştur. Ters kodlu maddelerin olduğu ölçekten toplam alınabilecek minimum skor 24, maksimum skor 120'dir. Skorun artması olumlu tutum olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.78 olup, alt faktörler için elde edilen minimum iç tutarlılık "Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik" alt boyutunun 0.654 ve maksimum iç tutarlılık "Takım çalışması" alt boyutunun 0.845'tir (60).

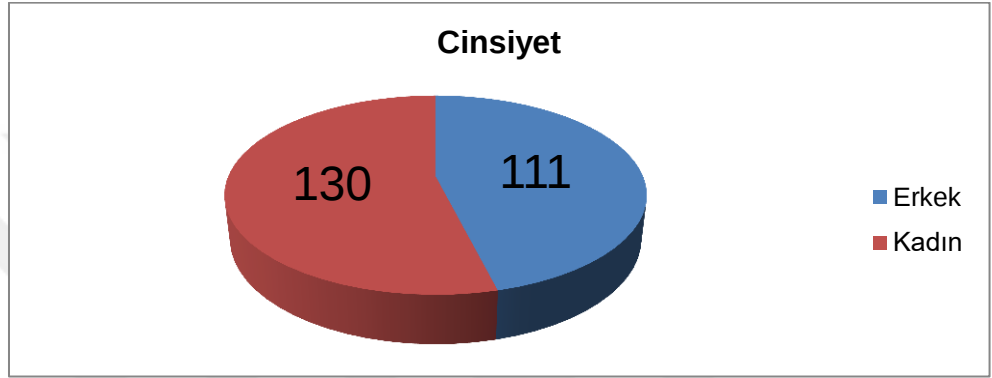
3.7. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ)

Bireylerin iletişim becerilerini nasıl değerlendirdiklerini anlamak amacı ile Korkut tarafından öncelikle lise öğrencileri için geliştirilen İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinin (İBDÖ), üniversite öğrencileri ve yetişkinlere yönelik olarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları da yapılmıştır (61,62). 25 madde ve tek boyuttan oluşan bu ölçekte 5'li likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Ölçekteki maddeler olumlu iletişim becerilerine ilişkin davranış, yaklaşım, düşünce ve duygu ifadelerini içermektedir. Ters kodlu maddelerin olmadığı ölçekten alınabilecek en yüksek puan 125, en düşük puan 25 olup elde edilen puanın fazlalığı bireylerin kendi iletişim becerilerini olumlu yönde değerlendirdikleri anlamına gelmektedir. Testin tekrarı yöntemi ile yapılan güvenirlik çalışması sonucunda ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.76, iç tutarlık katsayısı ise 0.80'dir (62).

4. BULGULAR

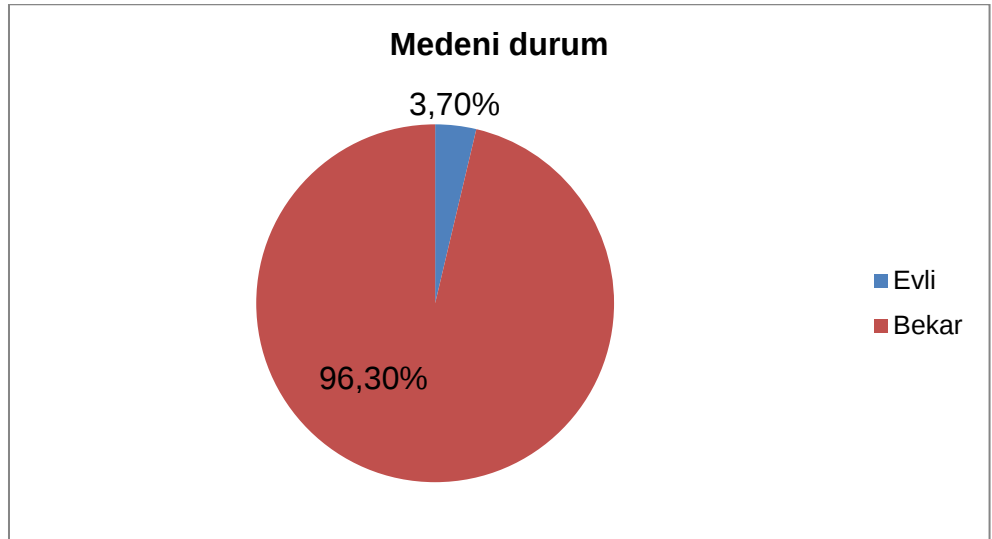
4.1. Çalışmaya Katılan Kişilerin Genel Özellikleri

Çalışmamıza 111 (%46,1) erkek, 130 (%53,9) kadın olmak üzere toplamda 241 tıp fakültesi son sınıf öğrencisi katılmıştır (Şekil-1).



Şekil-1: Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre dağılımı

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin 9'u (%3,7) evli, 232'si (%96,3) ise bekar olduklarını beyan etmişlerdir (Şekil-2).

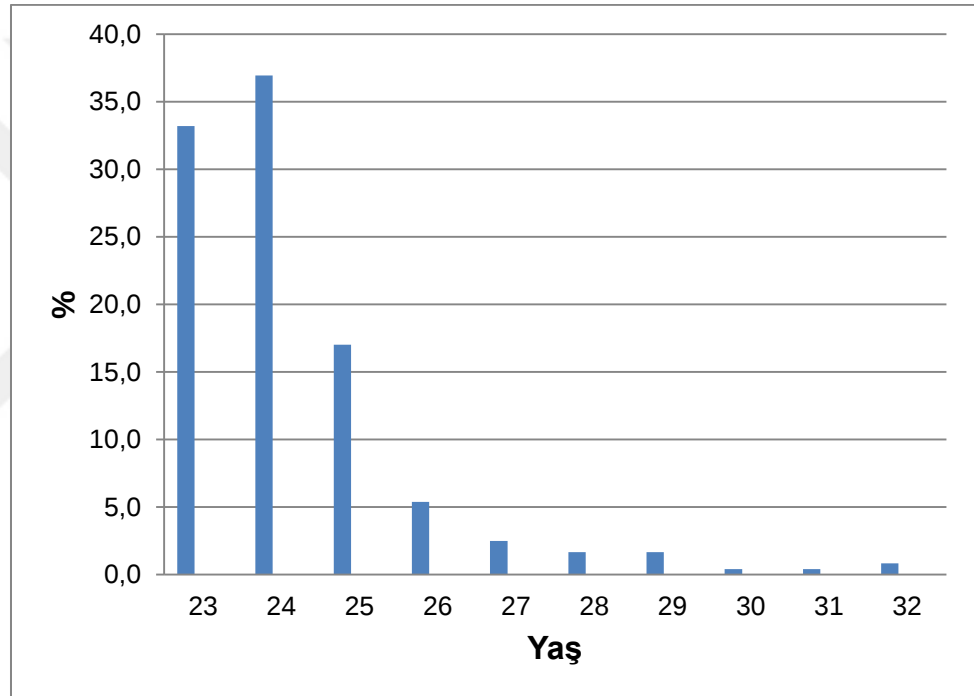


Şekil-2: Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumları

Katılımcıların maksimum yaş değeri 32, minimum yaş değeri 23'tür. Ortalama yaş değeri 24,29 olup medyan yaş değeri 24 olarak saptanmıştır (Tablo-2). Kişilerin yaş dağılımları Şekil-3'te verilmiştir.

Tablo-2: Katılımcıların yaş bilgileri

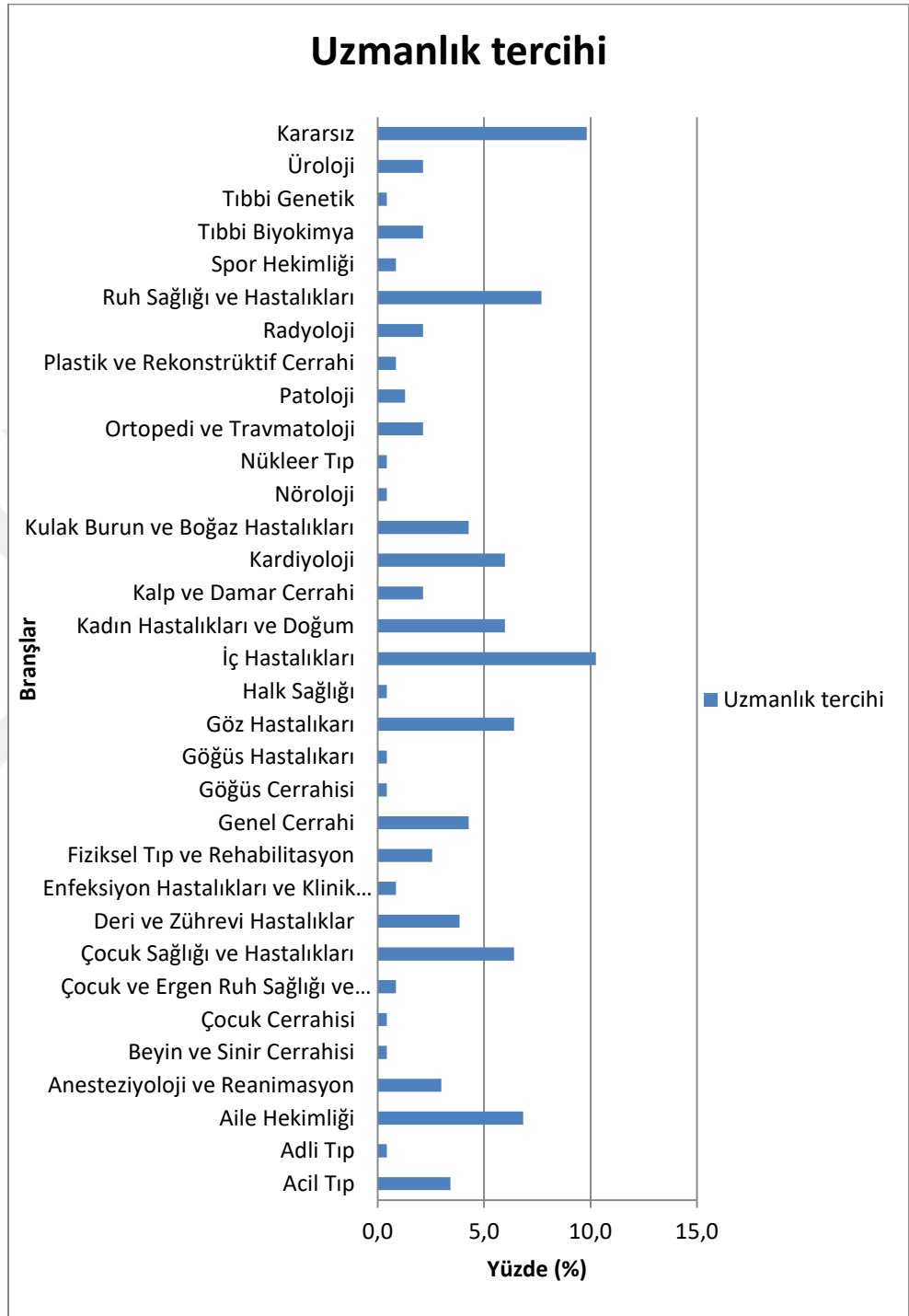
	n	Min	Max	Ort.	SS	Medyan
Yaş	241	23	32	24,29	1,559	24



Şekil-3: Yaşların yüzdesel dağılımı

Çalışmaya katılan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin %97,1'i (n=234) tıp fakültesini bitirdikten sonra tıpta uzmanlık eğitimi almayı düşündüğünü belirtmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin seçmek istedikleri uzmanlık alanları incelendiğinde, sırasıyla 24 öğrencinin (%10,3) iç hastalıkları, 18'inin (%7,7) ruh sağlığı ve hastalıkları ve 16'sının (%6,8) aile hekimliği uzmanlığını tercih ettikleri, 23 öğrencinin ise (%9,8) kararsız olduğu gözlenmiştir. Kişilerin uzmanlık tercihi dağılımları Şekil-4'te verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin demografik verileri Tablo-3'te

gösterilmiştir.



Şekil-4: Kişilerin uzmanlık tercihlerine göre yüzdesel dağılımı

Tablo-3: Çalışmaya katılan öğrencilerin demografik verileri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	11	46,1
	Kadın	130	53,9
Medeni Durum	Evli	9	3,7
	Bekar	232	96,3
Tıpta Uzmanlık Eğitimi Düşünme Durumu	Evet	234	97,1
	Hayır	7	2,9

Çalışmanın yürütüldüğü sırada intörn öğrencilerin yapmakta oldukları staj sorulduğunda %18,3 aile hekimliği, %17,8 iç hastalıkları, %17,4 ise çocuk sağlığı ve hastalıkları stajını almakta olduğunu söylemiştir (Tablo-4).

Tablo-4: Katılımcıların staj gruplarına ait veriler

Staj grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Acil Tıp – Genel Cerrahi	40	16,6
Aile Hekimliği	44	18,3
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	42	17,4
Halk Sağlığı	18	7,5
İç Hastalıkları	43	17,6
Kadın Hastalıkları ve Doğum	24	10
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	25	10,4
Seçmeli	5	2,1

Bir günde hastanede geçirdikleri ortalama süre sorulduğunda öğrencilerin 97'si (%40,2) 0-6 saat, 124'ü (%51,5) 6-12 saat, 18'i (%7,5) 12-18 saat ve 2'si (%0,8) 18-24 saat aralığında hastanede bulunduklarını belirtmişlerdir (Tablo-5).

Tablo-5: Bir günde hastanede geçirilen ortalama süreye ait veriler

		n	%
Bir günde hastanede geçirilen ortalama süre	0-6 saat	97	40,2
	6-12 saat	124	51,5
	12-18 saat	17	7,5
	18-24 saat	2	0,8

4.2. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar ile İlgili Sorulara İlişkin Bulgular

Hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumlarına bakıldığında öğrencilerin 174'ü (%72,2) daha önce hasta güvenliği konusunda eğitim almadığını, 67'si (%27,8) ise eğitim aldığını ifade etmiştir (Tablo-6). Hasta güvenliği konusunda eğitim alanların 66'sı (%98,6) bu eğitimin kendisine tıp doktoru tarafından verildiğini belirtirken sadece 1 (%1,6) kişi ise itfaiyeci yanıtını vermiştir.

Katılımcıların %19,5'i (n=47) 'hasta güvenliği' kavramının tanımını bildiğini söylemekteyken, %30,3'ü (n=73) bilmediğini belirtti. Kalan %50,2'lik (n=121) kesim ise kısmen bildiğini belirtmiştir (Tablo-6). Hasta güvenliği kelimesinin neyi çağrıştırdığı açık uçlu soru ile sorulduğunda 145 (%60,1) kişi hastaya zarar vermemek, 34 (%14,1) kişi hastaların güvenliğini sağlama ve bilgilerinin gizli tutulması, 62 (%25,7) kişi de diğer cevapları vermiştir. Diğer cevaplarından ise en fazla verilen yanıt 14 (%5,8) kişi tarafından verilen 'hastayı bulaşıcı hastalıklardan korumak' kelimesidir.

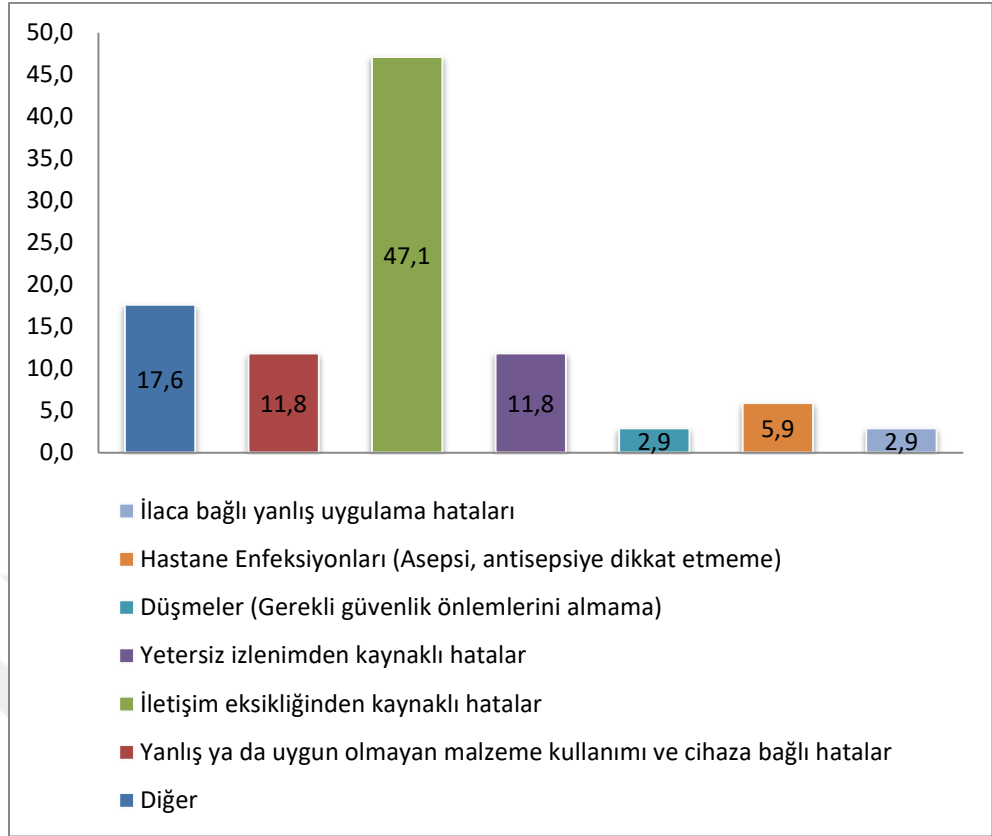
Hasta güvenliği kültürü ile ilgili bilgilerinin yeterliliği sorulduğunda ise tıp fakültesi son sınıf öğrencilerin %47,7 (n=115) gibi büyük bir kısmı yeterli bulmadığını söylemiştir (Tablo-6).

Tıp fakültesi müfredatında hasta güvenliği için ayrılan zamanı yeterli bulma sorusuna hekim adaylarının 36'sı (%14,9) evet derken, 205'i (%85,1) hayır yanıtını vermiştir (Tablo-6).

Tablo-6: Hasta güvenliği ile ilgili sorulara ait veriler

		n	%
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	27,8
	Hayır	174	72,2
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	19,5
	Hayır	73	30,3
	Kısmen	121	50,2
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	4,6
	Kısmen buluyorum	115	47,7
	Bulmuyorum	115	47,7
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	14,9
	Hayır	205	85,1

Tıbbi hata yapma durumları sorulduğunda, öğrencilerin 34'ü (%14,1) tıbbi hata yaptığını, 207'si ise tıbbi hata yapmadığını söylemiştir (Tablo-7). Tıbbi hata olarak iletişim eksikliğinden kaynaklı hatalar %47,1 ile (n=16) en çok, gerekli güvenlik önlemlerini almamaya bağlı düşmeler ve ilaca bağlı yanlış uygulama hataları %2,9 ile eşit oranda en az (n=1) yapılan hata olarak tespit edilmiştir (Şekil-5). Yapılan tıbbi hata sorusuna 'Diğer' yanıtını veren 6 (%17,6) kişi en çok hastaya kullanılan enjeksiyonun kendi eline batırılması ve tıbbi atık protokolüne uymama şeklinde tıbbi hata yaptıklarını beyan etmişlerdir.



Şekil-5: Yapılan tıbbi hataların yüzdesel dağılımı

Hekim adaylarının %92,1 (n=222) gibi büyük bir çoğunluğunun, hastalara tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim almadığı görülmüştür. Katılımcılara, ‘Hastalara ve ailelerine tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusu sorulduğunda 224 (%92,9) kişi evet, 17 (%7,1) kişi ise hayır yanıtını vermiştir (Tablo-7).

Çalışmamızda tıbbi hataya maruz kalma durumu incelendiğinde tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin %27,4’si (n=66) sağlık bakımı alırken, kendisinin ya da ailesinden birisinin tıbbi hataya maruz kaldığını belirtmiştir (Tablo-7). Açık uçlu olarak sorulan maruz kalınan hata sorusuna; %48,4 (n=32) yanlış teşhis ve tedavi, %24,2 (n=16) ameliyata bağlı hata, %12,1 (n=8) teknik hata yanıtı verilmiş olup, hatanın sorumlusunun en çok %74,2 doktor, %22,7 hemşire olduğu söylenmiştir.

Önlenebilir tıbbi uygulama hatasının Türkiye’de hangi sıklıkta olduğunu sorduğumuzda kişilerin %35,3’ü (n=85) çok sık, 58,1’i (n=140) orta

sıklıkta, %5,4 (n=13) çok az, %1,2'si (n=3) hiç olarak cevaplamıştır. Tıbbi hata ile ilgili sorulara ait veriler Tablo-7'de verilmiştir.

Tablo-7: Tıbbi hata ile ilgili sorulara ait veriler

		n	%
Tıbbi hata yapma	Evet	34	14,1
	Hayır	207	85,9
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	7,9
	Hayır	222	92,1
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	92,9
	Hayır	17	7,1
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	27,4
	Hayır	175	72,6
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	35,3
	Orta sıklıkta	140	58,1
	Çok az	13	5,4
	Hiç	3	1,2

Çalışmaya katılan öğrencilerin hasta güvenliği eğitimi alma ve hasta güvenliği tanımını bilme durumları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$).

Hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına bakıldığında eğitim alanların %11,9'u (n=8) hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulurken % 19,4'ü (n=13) yeterli bulmadığını, eğitim almayanların 3'ü (%1,7) bilgisini yeterli bulurken 102'si (%58,6) de yeterli bulmadığını belirtmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Bireylerin hasta güvenliği eğitimi alma ve tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma durumları arasındaki ilişki Tablo-8'de

incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,002$).

Tablo-8: Katılımcıların hasta güvenliği eğitimi alma durumuna ilişkin bulgular

		Hasta güvenliği eğitimi alma				p değeri
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	35	52,2	12	6,9	0,000
	Hayır	3	4,5	70	40,2	
	Kısmen	29	43,3	92	52,9	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	8	11,9	3	1,7	0,000
	Kısmen buluyorum	46	68,7	69	39,7	
	Bulmuyorum	13	19,4	102	58,6	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	11	16,4	8	4,6	0,002
	Hayır	56	83,6	66	95,4	

Tablo-9’da hasta güvenliği tanımını bilme durumu ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde araştırmaya dahil edilen bireylerden hasta güvenliği tanımını bilenler açısından erkek ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,015$). Erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre tanımı tamamen, kız öğrencilerin ise erkek öğrencilere kıyasla kısmen daha fazla bildikleri gözlenmiştir.

Tablo-9: Hasta güvenliği tanımını bilme durumu ile cinsiyet arasındaki ilişki

		Cinsiyet				p değeri
		Erkek		Kadın		
		n	%	n	%	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	28	25,2	19	14,6	0,015
	Hayır	38	34,2	35	26,9	
	Kısmen	45	40,5	76	58,5	

4.3. Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeğine ait Bilgiler

Çalışmaya katılanların hasta güvenliği tutum ölçeği alt boyutundan aldıkları puanlar açısından ilk altı alt boyutun puanları 3 ile 15 arasında değişmekte olup, **“Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi”** alt boyutu için ortalama 9,25; **“Hata bildirmede rahatlık”** alt boyutu için ortalama 10,11; **“Hata nedeni olarak çalışma saatleri”** alt boyutu için ortalama 13,71; **“Kaçınılmaz hata”** alt boyutu için ortalama 13,06; **“Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik”** alt boyutu için ortalama 11,5 ve **“Bilgilendirme sorumluluğu”** alt boyutu için ortalama 10,05 olarak saptanmıştır.

Bireylerin hasta güvenliği tutum ölçeği alt boyutundan aldıkları puanlar açısından son üç alt boyutun puanları 2 ile 10 arasında değişmekte olup, **“Takım çalışması”** alt boyutu için ortalama 9,1; **“Hatada hastanın rolü”** alt boyutu için ortalama 8,67 ve **“Müfredatta hasta güvenliğinin önemi”** alt boyutu için ortalama 8,9 iken, **ölçek toplamından aldıkları puanlar** 48 ile 115 arasında değişmekte olup, ortalama 94,36 olarak tespit edilmiştir. Hasta güvenliği tutum ölçeğine ait veriler Tablo-10'da verilmiştir.

Tablo-10: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam ve alt faktörlere ait bulgular

N=241	Madde Sayısı	Min	Max	Ort.	SS
Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi	3	3	15	9,25	2,695
Hata bildirmede rahatlık	3	3	15	10,11	2,686
Hata nedeni olarak çalışma saatleri	3	3	15	13,71	2,073
Kaçınılmaz hata	3	3	15	13,06	2,029
Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik	3	3	15	11,50	3,021
Bilgilendirme sorumluluğu	3	3	15	10,05	2,663
Takım çalışması	2	2	10	9,10	1,390
Hatada hastanın rolü	2	2	10	8,67	1,335
Müfredatta hasta güvenliğinin önemi	2	2	10	8,90	1,358
Toplam	24	48	115	94,36	9,412

Hasta güvenliği eğitimi alma durumu ile *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* alt boyut puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hasta güvenliği eğitimi alanların *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p=0,001$).

Bireylerin hasta güvenliği tanımını bilme durumu ile *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,002$).

Çalışmaya katılan hekim adaylarının hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma durumu ile *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* alt boyut puanı arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli buluyorum yanıtını verenlerin *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* alt boyut puanı bulmuyorum yanıtını verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$).

Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma durumu ile *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,001$). Hasta güvenliği soruları ile *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo-11'de verilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin tıbbi hata yapma durumları ile *hata bildirmede rahatlık* alt boyut puanı analiz edildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup, tıbbi hata yapmayanların *hata bildirmede rahatlık* alt boyut puanları tıbbi hata yapanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,005$).

Tıbbi hataya maruz kaldığını ifade eden bireylerin *hata bildirmede rahatlık* alt boyut puan ortalaması 9,15 iken, tıbbi hataya maruz kalmadığını söyleyenlerin ortalaması 10,47 olarak hesaplanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Tıbbi hata soruları ile *hata bildirmede rahatlık* alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo-12'de verilmiştir.

Tablo-11: Katılımcıların *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	Bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	9,45	2,78	0,247 ^a
	Kadın	130	9,08	2,61	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	9,30	2,66	0,223 ^a
	Hayır	7	7,57	3,50	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	10,21	2,15	0,001 ^a
	Hayır	174	8,89	2,79	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	10,43	2,41	0,002 ^b
	Hayır	73	8,62	3,33	
	Kısmen	121	9,18	2,19	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	10,91	3,53	0,001 ^b
	Kısmen buluyorum	115	9,91	2,19	
	Bulmuyorum	115	8,43	2,83	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	10,67	2,72	0,001 ^a
	Hayır	205	9	2,61	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	8,76	2,65	0,338 ^a
	Hayır	207	9,33	2,70	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	10,63	2,65	0,080 ^a
	Hayır	222	9,14	2,67	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	9,30	2,69	0,517 ^a
	Hayır	17	8,65	2,76	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	8,76	2,64	0,134 ^a
	Hayır	175	9,44	2,69	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	8,93	2,86	0,524 ^b
	Orta sıklıkta	140	9,44	2,59	
	Çok az	13	9,54	2,63	
	Hiç	3	8,67	3,05	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

Tablo-12: Katılımcıların *hata bildirmede rahatlık* alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	Hata bildirmede rahatlık				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	9,95	2,83	0,558 ^a
	Kadın	130	10,25	2,56	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	10,18	2,62	0,100 ^a
	Hayır	7	7,86	3,93	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	10,51	2,61	0,128 ^a
	Hayır	174	9,96	2,70	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	10,79	2,53	0,060 ^b
	Hayır	73	9,56	3,19	
	Kısmen	121	10,18	2,34	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	9,82	3,37	0,068 ^b
	Kısmen buluyorum	115	10,53	2,46	
	Bulmuyorum	115	9,72	2,78	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	10,36	2,46	0,621 ^a
	Hayır	205	10,07	2,72	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	8,97	2,58	0,005 ^a
	Hayır	207	10,30	2,66	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	10,79	2,76	0,481 ^a
	Hayır	222	10,05	2,67	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	10,25	2,63	0,066 ^a
	Hayır	17	8,24	2,68	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	9,15	2,76	0,001 ^a
	Hayır	175	10,47	2,57	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	9,65	3,07	0,086 ^b
	Orta sıklıkta	140	10,24	2,41	
	Çok az	13	11,38	2,50	
	Hiç	3	11,67	0,57	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

Katılımcıların *hata nedeni olarak çalışma saatleri* alt boyut puanı ile demografik verileri, hasta güvenliği ile ilgili soruları ve tıbbi hata ile ilgili

soruları arasındaki ilişki Tablo-13'te incelenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo-13: Katılımcıların *hata nedeni olarak çalışma saatleri* alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	Hata nedeni olarak çalışma saatleri				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	13,68	2,07	0,846 ^a
	Kadın	130	13,74	2,07	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	13,70	2,08	0,490 ^a
	Hayır	7	14,14	1,46	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	13,82	1,92	0,700 ^a
	Hayır	174	13,67	2,13	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	13,68	1,90	0,674 ^b
	Hayır	73	13,58	2,66	
	Kısmen	121	13,81	1,70	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	13,09	1,70	0,127 ^b
	Kısmen buluyorum	115	13,97	1,70	
	Bulmuyorum	115	13,51	2,39	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	14,11	1,38	0,216 ^a
	Hayır	205	13,64	2,16	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	14,15	1,39	0,174 ^a
	Hayır	207	13,64	2,15	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	13,84	1,70	0,814 ^a
	Hayır	222	13,70	2,10	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	13,67	2,10	0,152 ^a
	Hayır	17	14,24	1,56	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	13,47	2,47	0,588 ^a
	Hayır	175	13,81	1,90	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	13,69	2,04	0,791 ^b
	Orta sıklıkta	140	13,69	2,16	
	Çok az	13	14,15	1,34	
	Hiç	3	13,67	1,52	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

Tablo-14'te tıbbi hata yapma durumları ile *kaçınılmaz hata* alt boyut puanı arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Buna göre katılımcıların tıbbi hata yapma durumları ile *kaçınılmaz hata* alt boyut puanı arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tıbbi hata yaptığını belirten kişilerin *kaçınılmaz hata* alt boyut puanları tıbbi hata yapmadığını ifade edenlere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,006$).

Hekim adaylarının demografik verileri ile *kaçınılmaz hata* alt boyut puanları kıyaslandığında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tıp öğrencilerinin hata güvenliği eğitimi alma, hasta güvenliği tanımını bilme, hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma, Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma durumları ile *kaçınılmaz hata* alt boyut puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.

Katılımcılara; hastalara tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alıp almadıkları, hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olup olmadığı, tıbbi hataya maruz kalıp kalmadıkları ve Türkiye'de önlenabilir tıbbi hata sıklığı gibi sorular sorulmuştur. Bu sorulara verdikleri cevaplar *kaçınılmaz hata* alt boyut puanı ile kıyaslanmıştır. Değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo-14: Katılımcıların *kaçınılmaz hata* alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	Kaçınılmaz hata				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	13,05	2,17	0,728 ^a
	Kadın	130	13,08	1,90	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	13,06	2,02	0,993 ^a
	Hayır	7	13	2,30	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	12,97	1,88	0,438 ^a
	Hayır	174	13,10	2,06	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	12,89	1,95	0,609 ^b
	Hayır	73	13,23	2,40	
	Kısmen	121	13,02	1,80	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	11,82	2,35	0,125 ^b
	Kısmen buluyorum	115	13,13	1,77	
	Bulmuyorum	115	13,11	2,20	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	12,83	1,90	0,300 ^a
	Hayır	205	13,10	2,05	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	13,85	1,59	0,006 ^a
	Hayır	207	12,93	2,06	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	13,47	1,75	0,393 ^a
	Hayır	222	13,03	2,06	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	13,06	2,05	0,781 ^a
	Hayır	17	13,06	1,78	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	13,06	2,11	0,858 ^a
	Hayır	175	13,06	2,01	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	13,25	1,99	0,205 ^b
	Orta sıklıkta	140	12,95	2,02	
	Çok az	13	13,38	2,32	
	Hiç	3	11,67	1,52	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

Çalışmada *hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik* alt boyut puanı ile demografik veriler, hasta güvenliği ile ilgili sorular ve tıbbi hata ile ilgili sorular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo-15).

Tablo-15: Katılımcıların *hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik* alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	Hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	11,14	3,14	0,348 ^a
	Kadın	130	11,80	2,89	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	11,51	3,01	0,803 ^a
	Hayır	7	11	3,91	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	11,25	3,08	0,433 ^a
	Hayır	174	11,59	3,01	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	11,02	3,67	0,820 ^b
	Hayır	73	11,47	3,33	
	Kısmen	121	11,70	2,51	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	10,27	3,46	0,352 ^b
	Kısmen buluyorum	115	11,70	2,99	
	Bulmuyorum	115	11,42	3,01	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	11,19	3,35	0,714 ^a
	Hayır	205	11,55	2,96	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	11,38	2,43	0,460 ^a
	Hayır	207	11,52	3,11	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	11,05	3,39	0,628 ^a
	Hayır	222	11,54	2,99	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	11,55	3,01	0,220 ^a
	Hayır	17	10,76	2,94	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	11,62	3,11	0,660 ^a
	Hayır	175	11,45	2,99	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	11,84	3,11	0,242 ^b
	Orta sıklıkta	140	11,26	2,86	
	Çok az	13	12,08	3,92	
	Hiç	3	10,67	4,16	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

Tablo-16'da çalışmamızdaki tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin tıbbi hata yapma durumları ile *bilgilendirme sorumluluğu* alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gösterilmiştir ($p=0,009$). Aynı zamanda *bilgilendirme sorumluluğu* alt boyut puanı tıbbi hata ile ilgili diğer sorularla da kıyaslanmış ve anlamlı farklılık bildirilmemiştir.

İntörnlerden tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme durumu açısından evet yanıtı verenler ile hayır yanıtı verenlerin *bilgilendirme sorumluluğu* alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,01$).

Tıp 6. sınıf öğrencilerinin demografik bilgileri ile *bilgilendirme sorumluluğu* alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Öğrencilerin hasta güvenliği eğitimi alma, hasta güvenliğinin tanımını bilme, müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma durumları ile *bilgilendirme sorumluluğu* alt boyut puanı kıyaslanmış ve anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Bireylerin *takım çalışması* alt boyut puanı ile demografik verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Aynı zamanda *takım çalışması* alt boyutu ile hasta güvenliği ile ilgili sorular ve tıbbi hata ile ilgili sorular arasındaki ilişkiye de bakılmış olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo-17).

Tablo-16: Katılımcıların *bilgilendirme sorumluluğu* alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	Bilgilendirme sorumluluğu				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	9,58	2,84	0,077 ^a
	Kadın	130	10,45	2,43	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	10,13	2,56	0,067 ^a
	Hayır	7	8,96	3,95	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	10,01	2,91	0,997 ^a
	Hayır	174	10,06	2,57	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	10,23	3,17	0,102 ^b
	Hayır	73	9,48	2,51	
	Kısmen	121	10,32	2,51	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	9,91	2,50	0,898 ^b
	Kısmen buluyorum	115	10,03	2,61	
	Bulmuyorum	115	10,09	2,50	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	9,69	2,58	0,434 ^a
	Hayır	205	10,11	2,67	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	8,85	2,90	0,009 ^a
	Hayır	207	10,25	2,57	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	9,89	3,58	0,216 ^a
	Hayır	222	10,06	2,57	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	10,17	2,03	0,010 ^a
	Hayır	17	8,47	2,67	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	10,45	2,46	0,161 ^a
	Hayır	175	9,90	2,71	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	10,18	2,77	0,403 ^b
	Orta sıklıkta	140	9,98	2,50	
	Çok az	13	10,46	3,57	
	Hiç	3	8	2	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

Tablo-17: Katılımcıların *takım çalışması* alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	Takım çalışması				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	9,06	1,52	0,923 ^a
	Kadın	130	9,13	1,27	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	9,09	1,40	0,554 ^a
	Hayır	7	9,43	0,97	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	9,04	1,38	0,564 ^a
	Hayır	174	9,12	1,39	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	9,21	1,16	0,129 ^b
	Hayır	73	9,16	1,68	
	Kısmen	121	9,02	1,26	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	8,82	1,16	0,484 ^b
	Kısmen buluyorum	115	9,18	1,24	
	Bulmuyorum	115	9,02	1,54	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	9,25	0,96	0,903 ^a
	Hayır	205	9,07	1,45	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	8,97	1,46	0,575 ^a
	Hayır	207	9,12	1,37	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	9,53	1,07	0,092 ^a
	Hayır	222	9,06	1,41	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	9,14	1,38	0,071 ^a
	Hayır	17	8,53	1,66	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	8,97	1,52	0,419 ^a
	Hayır	175	9,15	1,33	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	9,20	1,47	0,383 ^b
	Orta sıklıkta	140	9,04	1,38	
	Çok az	13	9,15	0,98	
	Hiç	3	9	1	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

Tablo-18: Katılımcıların *hatada hastanın rolü* alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	Hatada hastanın rolü				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	8,59	1,40	0,518 ^a
	Kadın	130	8,73	1,27	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	8,66	1,34	0,557 ^a
	Hayır	7	9	1	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	8,67	1,28	0,922 ^a
	Hayır	174	8,67	1,35	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	8,70	1,19	0,795 ^b
	Hayır	73	8,66	1,60	
	Kısmen	121	8,66	1,21	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	8,64	0,92	0,926 ^b
	Kısmen buluyorum	115	8,70	1,27	
	Bulmuyorum	115	8,64	1,42	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	8,94	0,95	0,267 ^a
	Hayır	205	8,62	1,38	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	8,68	1,29	0,915 ^a
	Hayır	207	8,67	1,34	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	9,21	1,13	0,59 ^a
	Hayır	222	8,62	1,34	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	8,71	1,33	0,61 ^a
	Hayır	17	8,06	1,14	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	8,58	1,41	0,521 ^a
	Hayır	175	8,70	1,30	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	8,53	1,45	0,633 ^b
	Orta sıklıkta	140	8,76	1,30	
	Çok az	13	8,69	0,94	
	Hiç	3	8	0	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

Kişilerin hatada *hastanın rolü* alt boyut puanı ile demografik verileri, hasta güvenliği ile ilgili soruları ve tıbbi hata ile ilgili soruları arasındaki farklılık Tablo-18’de gösterilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin *müfredatta hasta güvenliğinin önemi* alt boyut puanı ile demografik verileri, hasta güvenliği ile ilgili sorulara ve tıbbi hata ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo-19).

Katılımcıların tıbbi hata yapma durumu ile *hasta güvenliği tutum ölçeği* toplam puanı arasındaki farklılığa bakıldığında anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p=0,043$). Tıbbi hata yapmadığını söyleyenlerin *hasta güvenliği tutum ölçeği* toplam puanı tıbbi hata yaptığını belirtenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızdaki tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma ile *hasta güvenliği tutum ölçeği* toplam puanı arasındaki ilişki analiz edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,031$). Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma sorusuna kısmen buluyorum yanıtını veren öğrencilerin *hasta güvenliği tutum ölçeği* toplam puanı bulmuyorum yanıtını verenlere göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo-20).

Tıp öğrencilerinin demografik verileri ile *hasta güvenliği tutum ölçeği* toplam puanı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmemiştir.

Yine intörnlerin hasta güvenliği eğitimi alma, hasta güvenliğinin tanımını bilme, müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma durumları ile *hasta güvenliği tutum ölçeği* toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo-19: Katılımcıların *müfredatta hasta güvenliğinin önemi* alt boyut puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	Müfredatta hasta güvenliğinin önemi				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	8,96	1,40	0,350 ^a
	Kadın	130	8,95	1,31	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	8,89	1,36	0,500 ^a
	Hayır	7	9,29	0,95	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	8,81	1,34	0,359 ^a
	Hayır	174	8,94	1,36	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	9,04	1,16	0,055 ^b
	Hayır	73	9,11	1,56	
	Kısmen	121	8,73	1,28	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	8,73	1,42	0,761 ^b
	Kısmen buluyorum	115	8,90	1,27	
	Bulmuyorum	115	8,93	1,44	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	8,64	1,35	0,126 ^a
	Hayır	205	8,95	1,35	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	8,85	1,32	0,718 ^a
	Hayır	207	8,91	1,36	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	8,95	1,12	0,911 ^a
	Hayır	222	8,90	1,37	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	8,93	1,35	0,137 ^a
	Hayır	17	8,53	1,32	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	8,88	1,42	0,874 ^a
	Hayır	175	8,91	1,33	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	8,91	1,42	0,633 ^b
	Orta sıklıkta	140	8,86	1,35	
	Çok az	13	9,31	0,94	
	Hiç	3	9,33	1,15	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

Tablo-20: Katılımcıların *Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği* toplam puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	93,48	9,81	0,067 ^a
	Kadın	130	95,12	9,02	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	94,53	9,29	0,070 ^a
	Hayır	7	88,71	12,32	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	95,30	9,50	0,187 ^a
	Hayır	174	94	9,37	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	96	9,74	0,172 ^b
	Hayır	73	92,86	10,09	
	Kısmen	121	92,63	8,78	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	92	9,32	0,031 ^b
	Kısmen buluyorum	115	96,04	8,75	
	Bulmuyorum	115	92,90	9,83	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	95,69	7,11	0,378 ^a
	Hayır	205	94,13	9,75	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	92,47	7,61	0,043 ^a
	Hayır	207	94,67	9,85	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	97,37	8,55	0,079 ^a
	Hayır	222	94,10	9,45	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	94,80	9,46	0,051 ^a
	Hayır	17	90,53	7,34	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	92,94	9,81	0,177 ^a
	Hayır	175	94,90	9,22	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	94,16	10,02	0,413 ^b
	Orta sıklıkta	140	94,21	9,12	
	Çok az	13	98,15	8,79	
	Hiç	3	90,67	5,85	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

4.4. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğine (İBDÖ) ilişkin bilgiler

Çalışmamızda öğrencilerin iletişim beceri puanları Tablo-21'de incelenmiştir. Buna göre, katılımcıların İBDÖ puanları 30 ile 124 arasında değişmekte olup İBDÖ puan ortalaması 95,81 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin İBDÖ puanları için medyan değer 98 ve standart sapma 17,841 olarak hesaplanmıştır.

Tablo-21: İBDÖ puanlarına ilişkin bulgular

	n	Min	Max	Ort.	SS
İBDÖ	241	30	124	95,81	17,841

Öğrencilerin cinsiyet, tıpta uzmanlık eğitimi düşünme ile İBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki sorgulandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Hasta güvenliği eğitimi alma, hasta güvenliği tanımını bilme, müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma ile İBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki analiz edilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tıbbi hata yapma, tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma, hastalara ve ailelerine tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme, tıbbi hataya maruz kalma ve önlenebilir tıbbi hata sıklığı ile İBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ancak çalışmaya katılan bireylerin hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma ile iletişim becerileri değerlendirme ölçeği toplam puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0,005$). Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini, kısmen buluyorum diyenlerin buluyorum diyenlere göre İBDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo-22).

Tablo-22: Katılımcıların İBDÖ toplam puanları ile diğer bilgileri arasındaki ilişki

	İBDÖ toplam puan				
		N	Ort.	SS	p değeri
Cinsiyet	Erkek	111	94,50	19,41	0,400 ^a
	Kadın	130	96,92	16,36	
Tıpta uzmanlık eğitimi düşünme	Evet	234	96,13	17,53	0,277 ^a
	Hayır	7	85	25,56	
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	67	98,76	14,99	0,230 ^a
	Hayır	174	94,67	18,73	
Hasta güvenliği tanımını bilme	Evet	47	98,74	16,83	0,205 ^b
	Hayır	73	91,89	21,21	
	Kısmen	121	97,03	15,60	
Hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma	Buluyorum	11	82,09	22,3	0,005 ^b
	Kısmen buluyorum	115	99,43	14,71	
	Bulmuyorum	115	93,50	19,31	
Müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma	Evet	36	95	12,78	0,130 ^a
	Hayır	205	95,95	18,60	
Tıbbi hata yapma	Evet	34	95,35	16,16	0,490 ^a
	Hayır	207	95,88	18,13	
Tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alma	Evet	19	100,32	11,75	0,320 ^a
	Hayır	222	95,42	18,23	
Hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme	Evet	224	95,87	17,83	0,831 ^a
	Hayır	17	95	18,43	
Tıbbi hataya maruz kalma	Evet	66	95,52	19,59	0,499 ^a
	Hayır	175	95,92	17,19	
Önlenebilir tıbbi hata sıklığı	Çok sık	85	96,48	19,39	0,103 ^b
	Orta sıklıkta	140	96,37	16,30	
	Çok az	13	84	21,76	
	Hiç	3	101,67	8,62	

a: Mann Whitney U testi

b: Kruskal Wallis H testi

Tablo-23: İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan arasındaki ilişkinin incelenmesi

N=241	Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan	
	Korelasyon değeri	p değeri
İBDÖ toplam puan	0,188	0,003

Çalışmamıza katılanların İBDÖ ve *hasta güvenliği tutum ölçeği* toplam puan arasındaki ilişki incelendiğinde iki değişken arasında anlamlı düzeyde doğrusal, pozitif yönde çok zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. ($r(214)=0,19$, $p<0,01$). Değişkenler arasındaki ilişki Tablo-23'te verilmiştir.

5. TARTIŞMA

Hasta güvenliği, sağlık bakımının en önemli önceliğidir ve tüm tıp mezunları, gelecekteki kariyerlerine başlarken hastalarına zarar vermemek için gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olmalıdır. Hasta güvenliği eğitimi de, bu hedefe ulaşmanın anahtarı olarak gösterilmiştir (11). Çalışmamızda, öğrencilerin mevcut tıp kültürü içinde hasta güvenliği kültürüne ilişkin bilgilerini öğrenmek, hasta güvenliğine yönelik tutumlarını ölçmek ve hasta güvenliği kültürünün oluşması üzerine etkili olan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda intörn öğrencilerin çok az bir kısmının hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı ve yaklaşık yarısının hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli gördüğü belirlenmiştir.

Tıp öğrencilerinin hasta güvenliği kültürüne olan tutumunu ölçmek üzere Carruthers ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, katılımcıların %63,7'sini kadınlar %36,3'ünü erkekler oluşturmakta iken yaş ortalamasının 21,17 olduğu bildirilmiştir (52). Yine Park ve ark.'nın tıp öğrencilerinin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını incelediği araştırmada yaş ortalaması 26,9 olup %58,3'ünü erkekler oluşturmaktadır (58). Yine tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan başka bir çalışma da popülasyonun %70,6'sını erkekler oluşturmuş ve yaş ortalaması 24,3 olarak tespit edilmiştir (12). Bizim çalışmamızda ise tıp öğrencilerinin yaşları 23 ile 32 arasında değişmekle birlikte ortalama yaş değeri 24,29 ve cinsiyet dağılımı %46,1 erkek ve %53,9 kadın olarak saptanmıştır. Çalışmalardaki farklılığın tıp eğitimi sürelerinin ülkelere göre değişmesinden ve farklı sınıflara uygulanmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda öğrencilerin %97,1'i tıpta uzmanlık eğitimi almayı düşündüğünü belirtmiş olup daha çok iç hastalıkları, psikiyatri ve aile hekimliği branşlarını tercih etmek istediği görülmüştür. Bunun sebebi hekim adaylarının cerrahi branşlara kıyasla tıbbi hataların daha az görüldüğü ve bu nedenle kendilerini daha güvende hissedecekleri uzmanlık alanlarına yönelmesi olabilir.

Kerfoot ve ark.'nın tıp stajyerlerinde hasta güvenliği bilgisini ölçtüğü çalışmanın sonuçları, stajyerlerin bu konudaki önemli bilgi eksiklikleri göz önüne alındığında, hasta güvenliği konusunda etkili eğitim müdahalelerine büyük ölçüde ihtiyaç duyulduğunu şiddetle savunmuştur (63).

Kiesewetter ve ark.'ları yaptıkları bir çalışmada tıp öğrencilerinin %79,8'inin hasta güvenliği konusunda eğitim almadığını bildirmiştir (42). Başka bir çalışmada ise hekimlerin %70'inin herhangi bir hasta güvenliği eğitimi almadığı gösterilmiştir (59). Benzer şekilde araştırmamızda katılımcıların %72,2'sinin hasta güvenliği konusunda eğitim almadığı görülmektedir. Aynı zamanda öğrencilerin %30,3'ü de hasta güvenliğinin tanımını bilmediğini ifade etmiştir.

Hasta güvenliği eğitimi alma durumu ile hasta güvenliği tanımını bilme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bireyler hasta güvenliği konusunda eğitim aldıkları için bu kavramı tanımlayabilmeleri beklenen bir durumdur. Yine beklenen bir şekilde çalışmamızda hasta güvenliği eğitimi alan katılımcıların hasta güvenliği kültürü hakkında bilgilerini daha yeterli bulduğu söylenebilir.

İntörnlere, cinsiyet ile hasta güvenliği tanımını bilme durumu karşılaştırılmış olup, erkeklerde hasta güvenliği tanımını bilenlerin sayısı kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışmamızdaki erkeklerin tıbbi hataların daha sık görülebildiği cerrahi branşlara olan artmış ilgileri nedeniyle hasta güvenliği konularına daha fazla önem vermeleri, bu konuları araştırmaları ve öğrenmeleri bunun nedeni olabilir.

Tıp fakültesinden mezun olacak öğrencilerin uzmanlık eğitimine başlarken hasta güvenliği ile ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları sağlanmalıdır (9). Hasta güvenliği kültürü ile ilgili bilgilerinin yeterliliği sorulduğunda ise tıp fakültesi son sınıf öğrencilerin %47,7'si yeterli bulmadığını, %47,7'si kısmen yeterli bulduğunu ve %4,6'sı ise yeterli bulduğunu söylemiştir. Başka bir çalışmada tıp öğrencilerinin %72'sinin yeterli hasta güvenliği bilgisine sahip olduğu bildirilmiştir (64).

Son yıllarda önemli uluslararası sağlık kuruluşları hasta güvenliği konularının tıp eğitim programlarına konulmasını savunmuş ve bu konuda

çeşitli raporlar yayımlamıştır (9,65). 2009 yılında ise Dünya sağlık örgütü, tıp fakültelerinde hasta güvenliği ile ilgili eğitim programları hazırlanmasına yönelik rapor yayımlamıştır (39). Paxton ve Rubinfedl tarafından stajyer tıp öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin çoğu müfredatta hasta güvenliğine yeterli zaman ayrılmadığını belirtmiştir (66). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda hasta güvenliğine ayrılan zaman yeterli bulunmamıştır.

Sağlık uygulama alanında hasta ile karşılaşma, hastaya herhangi bir uygulama yapmak öğrencilerde anksiyeteye ve korkuya neden olup öğrencilerin tıbbi hata yapmasına yol açabilmektedir (67). Tıbbi hataların başlıca nedenleri; iletişim problemleri, yetersiz bilgi akışı, hasta ile ilgili sorunlar (hasta kimliğinin yanlış tespit edilmesi, hasta hakkında yetersiz bilgi sahibi olma, yetersiz hasta eğitimi), kurumun çalışanlarına bilgi ve eğitim aktarımında yeterli olmaması, iş yükünün fazla olması şeklinde sıralanmaktadır (68).

Almanya'da çoğunluğu 3. ve 4. sınıf tıp öğrencilerinden oluşan bir çalışmada, öğrencilerin tıbbi hata yapma durumu ve hasta güvenliği tutumları incelenmiştir. Bu çalışmaya göre öğrencilerin %25'inin tıbbi hata yaptığı, bu hataların özellikle sterilizasyona uymama ve ilaç hataları şeklinde olduğu belirtilmiştir (42). Bizim çalışmamızda farklı olarak bu oran %14,1 olup, en çok yapılan hataların iletişim eksikliğinden kaynaklandığı bulunmuştur. Çalışmamızdaki öğrencilerin tamamının eğitimlerinin son yılında olup, mesleki bilgi ve tecrübe konusunda iyi bir donanıma sahip olmaları bunun nedeni olarak gösterilebilir.

Uzmanlar tıbbi hataları hastalara açıklamanın hasta güvenliği için gerekli bir unsur olduğunu vurgulamıştır (69). Tıbbi hataların hasta ve ailesine zamanında açıklanması, onların anlayabileceği terimler kullanılarak net olunması, hatanın neden olduğu olası zararların açıklanması, hasta ve ailesinin merak ettiği sorular varsa açık bir şekilde cevaplanması önemlidir (70).

New York Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Bölümü 2000 yılından bu yana tıp öğrencilerine, tıbbi hataların hastalara nasıl açıklanacağı konusuna yönelik zorunlu eğitim programı oluşturmuş ve bunu müfredata eklemiştir

(71). Araştırmamızda tıp öğrencilerinin büyük bir kısmı (%92,9) hasta ve ailesine, tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünmüştür. Lee ve ark. tıp öğrencilerinin hasta güvenliğine ilişkin algılarını inceledikleri çalışmada ise bu oran bizim araştırmamızdan düşük olarak %73,7 bulunmuştur (12). Çalışmamızda öğrencilerin klinik deneyim kazandıkça bu düşüncüyü daha çok benimsemesi, ayrıca kültürel değerlerdeki farklılıklar bunun nedeni olarak gösterilebilir.

Hataların açıklanmasına ilişkin eğitim programlarının, hataların açıklanması esnasında güveni artırmada yardımcı olduğu saptanmıştır (72). Yapılan bir çalışmada hastalara tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim alanlar %18 olarak saptanırken bizim araştırmamızda %7,9 olarak düşük bulunmuştur (12). Bu durum, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi formal tıp eğitiminde hasta güvenliği konularına yer verilmemesinden dolayı kaynaklanmış olabilir.

Bodur ve ark.'nın birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık personellerine (hekim, hemşire, diğer sağlık elemanı) yaptıkları bir çalışmada sağlık personellerinden %23'ü kendisinin veya ailesinden birinin tıbbi hataya maruz kaldığını ifade etmiştir (67). Schwappach ve Koeck de sağlık çalışanlarında tıbbi hata maruziyetini %30 olarak bildirmiştir (73). Bizim araştırmamızda da benzer şekilde bulunmuştur.

Tıbbi hatadan dolayı suçlanan kişi en başta hekimlerdir. Bu durum hastaların, hekimi kendi tedavilerinden birinci derecede sorumlu görmelerinin sonucudur (67). Çalışmamızda ise maruz kalınan hatanın sorumlusunu katılımcıların %74,2'si doktor, %22,7'si hemşire olarak belirtmiştir. Blendon ve ark. da benzer şekilde hekimlerin %70'inin kendilerine yapılan tıbbi hatanın sorumlusu olarak meslektaşlarını gösterdiğini saptamıştır (74). Başka bir çalışmada ise toplumdaki bireylerin büyük bir çoğunluğu (%76) tıbbi hata sorumlusuna hekim yanıtını vermiştir (67).

Dünya genelinde her 10 hastadan birinin tıbbi hata nedeniyle zarar gördüğü ve bunların yaklaşık yarısının önlenabilir olduğu bildirilmiştir. ABD, Kanada, İngiltere, Danimarka, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar sonucunda tıbbi hata görülme sıklığının %3,2 ile

%16,6 arasında olduğu raporlanmıştır (75–77). Wilson ve ark.'nın yaptığı sekiz Afrika ülkesini kapsayan bir çalışmada tıbbi kayıtlar geriye dönük olarak incelenmiş ve bunun sonucunda beklenmedik olay görülme sıklığı %8,2 saptanmıştır. Bu olayların da %83'ünün önlenebilir olduğu tespit edilmiştir (78). Türkiye gibi gelişmekte olan diğer ülkelerde ise önlenebilir tıbbi hata sıklığının daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde  nlenebilir tıbbi hata sıklığını çalışmamızdaki öğrenciler %35,3 çok sık, %58,1 orta sıklıkta olduğunu düşünmektedir.

Hasta güvenliğine yönelik tutumlar, hasta güvenliği kültürünün temelidir (79). Tıp fakültesi son sınıf  ğrencilerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarını incelediğimiz ölçekte genel olarak toplam puan ortalaması 94,36 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda tıp  ğrencilerinin hasta güvenliği kültürü hakkında genel olarak nispeten olumlu tutumlara sahip olduğu gösterilmiştir. Ölçek alt boyutları arasında en olumlu tutum *“hata nedeni olarak çalışma saatleri”*nde, en olumsuz tutum ise *“bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi”* alt boyutunda görülmüştür. Ankara'da Torun ve ark.'nın tıp  ğrencilerinde yaptıkları bir araştırmada hasta güvenliği tutum  l eği toplam puanın 93 olduğu ve bu açıdan çalışmamızla benzer sonuçlar gösterdiği saptanmıştır (60).

Hasta güvenliğine yönelik tıp fakültesinde alınacak eğitim ile tıbbi hataların nedenlerinin öğrenciler tarafından anlaşılması hataları önleyecek ve hasta güvenliği konularına hakim olunmasını sağlayacaktır. Son sınıf öğrencilerin bugüne kadara alınan hasta güvenliği eğitimi alt boyut puanı 9,25 olup, bu açıdan nötr tutumlara sahip olduğu söylenebilir. Oates ve ark. tıp  ğrencilerinin hasta güvenliği tutumlarındaki değişikliği değerlendirmek için Carruthers ve ark. geliştirdiği anketi (APSQ) kullanarak bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmaya göre *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* faktör puanı ortalama 10,75 olarak tespit edilmiştir (54). Ezequiel ve ark. bu alt boyut için ortalama puanı 4. ve 5. Sınıf tıp  ğrencilerinde 10,71 bulmuştur (80). Çalışmamızdaki bu alt boyut için elde edilen bulguların diğer çalışmalardan düşük olması hasta güvenliği eğitimi alanların sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Literatürden farklı olarak yüksek puan

ortalamaları olan başka çalışmalar da mevcuttur. Bunun sebebi ise 7'li likert tipi anket kullanımı ile açıklanabilir (56–59,81).

Çalışmamızda hasta güvenliği konusunda eğitim alan kişilerin *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* alt boyut puanları eğitim almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Öğrencilerden hasta güvenliği eğitimi alanların bilgi düzeyleri yüksek olacağından dolayı bu alt boyut için tutumların daha olumlu olması beklenen bir bulgudur. Yine hasta güvenliği tanımını bilenlerin *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* alt boyutu açısından yüksek puanlar aldığı ve daha olumlu tutum sergiledikleri gösterilmiştir ($p=0,002$). Kişilerin yapmış oldukları stajlarda tıbbi hatalarla karşılaşma olasılıklarının yüksek olması ve tıbbi hatadan kaçınmak istemeleri nedeniyle hasta güvenliği konularını araştırması veya bu konuda eğitim alması bu durumun sebebi olabilir.

Hasta güvenliği kültürüne ilişkin bilgisini yeterli bulma durumu ile *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre hasta güvenliği kültürüne ilişkin bilgisini yeterli bulan katılımcılar, tıbbi hataların nedenlerini anlama ve tıbbi hata yapmalarını önleme konusunda tıp eğitiminin kendilerini hazırladığını düşünmektedir.

Bu çalışmada müfredatta hasta güvenliğine ayrılan zamanı yeterli bulma durumu ile *bugüne kadar alınan hasta güvenliği eğitimi* arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Beklenen bir şekilde müfredatta hasta güvenliğine yeterli zaman ayrılmadığını ifade eden öğrenciler, formal tıp eğitimi ile hasta güvenliği konularına hakim olmadıklarını belirtmişlerdir.

Hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalıdır (1). Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek ve tıbbi hataları azaltmaya çalışmak, hataların bildirilmesi ve analiz edilmesi ile mümkündür (82). Malezya'da tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada *hata bildirmede rahatlık* alt boyut puan

ortalaması 11,9 bildirilmiştir (33). Yine başka bir çalışmada bu alt boyut için puan ortalaması 11,34 gösterilmiştir (80). Oates ve arkadaşları (54) ise *hata bildirmede rahatlık* faktör puan ortalamasını 10,04 saptarken, bizim çalışmamızda benzer şekilde *hata bildirmede rahatlık* faktör puan ortalaması 10,11 idi.

Tıp fakültesinde verilen hasta güvenliği eğitiminin hem kısa hem de uzun vadede öğrencilerin bilgi, beceri ve tutumları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ve tıbbi hata bildirme davranışlarını pozitif yönde etkilediği saptanmıştır (83). Bunun aksine araştırmamızda hasta güvenliği eğitimi alma durumu ile *hata bildirmede rahatlık* alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaması, katılımcıların cezalandırılma endişesi ile stajlarda yapılan hataları sorumlu kişilerle açıkça paylaşmaktan çekinmesi ve eğitim alanların sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda tıbbi hata yapan kişilerin yapmayanlara göre hata bildirim konusunda daha olumsuz tutum gösterdikleri tespit edilmiştir. Tıbbi hata yapan öğrenciler suçlayıcı kültürün etkisinden ve cezalandırılma korkusundan dolayı böyle bir tutum içine girdiğini söyleyebiliriz.

Tıbbi hataya maruz kalma durumu ile *hata bildirmede rahatlık* alt boyut puanı arasındaki ilişki incelenmiştir. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İlginç bir şekilde kendisinin veya ailesinden birinin tıbbi hataya maruz kaldığını düşünen katılımcıların yapılan tıbbi hatayı bildirme konusunda olumsuz tutuma sahip olduğu görülmüştür. Araştırmamızdaki hekim adaylarının, hatanın bilerek yapılmadığını düşünerek meslektaşlarını korumak istemesi bunun sebebi olabilir.

Çalışma saatlerinin fazla olması ile tıbbi hatalar ve hasta güvenliği arasında önemli bağlantı olduğu ispatlanmıştır (84). Bu bağlantıdan yola çıkarak çalışma saatlerinin hata sebebi olması konusunda kişilerin tutumlarını değerlendirdik. *Hata nedeni olarak çalışma saatleri* açısından araştırmamız diğer çalışmalardan daha yüksek puan ortalamasına (13,71) sahip olup, daha olumlu tutumlar göstermiştir (54,80). Ayrıca faktörler arasında en olumlu tutumun bu alt boyutta tespit edilmesi ile literatüre benzerdir (60). Tıp öğrencileri eğitimlerinin son yılında bulundukları staj içerisinde nöbet de dahil

olmak üzere yoğun tempo içerisinde olmalarından dolayı böyle bir tutum göstermiş olabilirler.

Tıbbi hatalarda tıp mesleğinin kendi doğasından kaynaklanan temel faktörler vardır (85). Bu faktörler değiştirilemez ancak insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir (86). Tıp mesleği oldukça stresli, iş değişkenliği veya iş kompleksliği oldukça yoğun bir uygulama alanıdır. Bundan dolayı hekimlerin yaşadığı aşırı stres, iş yükünün fazla olması, hekimler ve hasta arasında yaşanan iletişimsizlik gibi faktörler tıbbi hata yapmalarına neden olmaktadır (85). Adams ve Garber, bu konu ile ilgili olarak insan ve sistem kaynaklı sorunların tıbbi hatalara yol açtığını söylemiştir (86).

Ülkemizde Torun ve arkadaşları tıp fakültesi öğrencilerinde hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanmasını yaptıkları bir çalışmada kişilerin *kaçınılmaz hata* alt boyut puanı ortanca değerini 13 olarak bildirmiştir (60). Araştırmamızda ise tıp öğrencileri genel olarak hatanın kaçınılmaz olduğunu düşünmekte ve *kaçınılmaz hata* alt boyutu için ortalama 13,06 puan almıştır. Çeşitli kaynaklarda *kaçınılmaz hata* faktörü puan ortalaması düşük olup sırasıyla 9,75; 10,4; 11,1 olarak bildirilmiştir (33,55,80). Sosyal ve kültürel özellikler çalışmalardaki farklılıkların nedeni olabilir.

Oates ve ark. Avustralya'daki 4 tıp fakültesinde tıp öğrencilerinin hasta güvenliği tutumunu incelemiştir (54). Bu çalışmaya göre sağlıkla ilgili önceki deneyimler ile *kaçınılmaz hata* arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise benzer ilişki mevcut olup, daha önce tıbbi hata deneyimleyen kişiler hatanın kaçınılmaz olduğu konusunda hemfikirdir.

Çalışmamızda *hata nedeni olarak profesyonel yetersizlik* alt boyutu ortalama puanı literatürle uyumlu olarak 11,5 bulunmuştur (54,60,80).

Hasta ve aileleri ile yapılan görüşmelerde, bireylere hatanın tanımlanması (ne olduğunun açıklanması), özrü, tekrarı en aza indirmek için yapılan girişimler ve telafisi, açıklamanın uygun şekilde yapılmasının önemsendiği belirlenmiştir (87). Ayrıca, hata durumunda yapılan açıklamalar

hasta-hekim ilişkisini iyileştirdiği gösterilmiştir (88). Bodur ve ark. yaptıkları bir çalışmada, tıbbi hata durumunda hem sağlık personeli hem de toplum yüksek oranda hataların hastaya açıklanması gerektiğini belirtmiştir (67). 2016 yılında Arjantin’de yapılan bir araştırma tıp öğrencilerinin genel olarak tıbbi hataların hastalara açıklanması konusunda olumsuz tutum gösterdiğini bildirmiştir (80). Oates ve ark. yaptıkları çalışmada katılımcıların *bilgilendirme sorumluluğu* alt boyut puan ortalamasını 10,27 olarak bulmuştur (54). Benzer şekilde çalışmamızdaki kişilerin *bilgilendirme sorumluluğu* alt boyut puan ortalaması 10,05 saptanmıştır. Çalışmamızdaki hekim adaylarının Arjantin’deki araştırmaya göre daha olumlu tutum göstermeleri, intörn öğrencilerin tıbbi hataların hastalara açıklanması konusunda daha bilgili ve donanımlı olmasından kaynaklanabilir.

Mello ve ark.’nın 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada, yapılan tıbbi bir hatayı hastaya açıklamanın ve hastadan özür dilemenin açılan davalarda artışa yol açmadığı tespit edilmiştir (88). Çalışmamızda ise tıbbi hata yapma durumu ile *bilgilendirme sorumluluğu* alt boyutu arasındaki ilişki incelendiğinde tıbbi hata yapan kişiler *bilgilendirme sorumluluğu* açısından hata yapmayanlara göre daha olumsuz tutum sergilemiştir. Tıp fakültesinde uygulamalı eğitim gören öğrencilerin, hastaların göstereceği olumsuz veya sert tepkilerden korkması ve buna bağlı olarak motivasyonlarının düşmesi bunun sebebi olabilir.

Bu araştırmada, hastalara tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünme durumu ile *bilgilendirme sorumluluğu* alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gösterilmiştir ($p=0,01$). Çalışmamız beklenen bir şekilde, tıbbi hata bildirimini hasta güvenliğinin önemli bir parçası olarak kabul eden bireylerin kabul etmeyenlere göre *bilgilendirme sorumluluğu* konusunda daha olumlu tutumlar gösterdiğini saptamıştır.

Takım çalışması, hasta güvenliğini sağlamada kilit faktördür. Hekimler, çalışma yaşamları boyunca farklı ekiplerin bir parçası olacaklardır ve etkili ekip çalışmasının önemini anlamak hasta güvenliğinin sürdürülebilmesi için çok önemlidir (89,90). Etkili ekip çalışması için takım

alışması ile ilişkili bilgi, beceri ve tutumun yeterli olması gerekir (1). Tıp öğrencileri de bulundukları klinik stajlarda sağlık hizmeti sunan ekibin bir parçasıdır.

Tıp pratiği, geleneksel olarak, hasta bakımından tek başına sorumlu olan bireysel hekime odaklanmıştır. Ancak günümüzde hastalara nadiren tek bir sağlık profesyoneli bakmaktadır. Kompleks bir tıp sistemi bağlamında hasta güvenliği, hastaya bakan diğer kişilerle yanlış iletişim, onların rolleri ve sorumluluklarının yanlış anlaşılmasından kaynaklanan olumsuz olayları en aza indirmek için etkili ekip çalışmasının gerekli olduğunu kabul eder (39). Bireylerin *takım çalışması* alt boyut puan ortalaması incelendiğinde 9,10 olarak saptanmıştır. Bu bulgulara göre öğrencilerin, takım çalışmasının tıbbi hataları azaltmada ve hasta güvenliğini sağlamadaki önemini anladıkları düşünülmektedir. Literatürde de benzer sonuçlar bildirilmiştir (33,80).

Doktor ve hasta tıbbi karar verme sürecini birlikte üstlenirler ve hasta kendi doktorunu bağımsız olarak seçme hakkına sahiptir. Yapılan araştırmalar, hasta katılımının tıbbi hataların oluşumunu azaltabileceğini ve hasta güvenliği kültürünü geliştireceğini göstermiştir (91). Alfaqawi ve ark. Gazze şeridinde doktorların hasta güvenliği ve tıbbi hata konusundaki tutumlarını değerlendirmek üzere 150 katılımcı ile çalışma yapmıştır. Bu çalışmaya göre hekimlerin tıbbi “hatada hastanın rolüne” yönelik nötr tutum gösterdiği tespit edilmiştir (55). Başka bir çalışmada da benzer sonuçlar bildirilmiştir (80). Bizim alışmamızda ise farklı olarak tıbbi hataları azaltmak için hastaların tedaviye katılımı tıp öğrencileri tarafından önemli bulunmuştur.

Hasta güvenliği eğitim müfredatı, öğrencilerin tutumları üzerinde etkisi olan birçok faktörden biridir. Hasta güvenliğine yönelik tutumların eğitim müdahalesinden sonra iyileşebileceğine dair kanıtlar sunulmuştur (71,92–94). Ayrıca hasta güvenliği eğitimi ile ilgili bazı çalışmalar, öğrencilerin klinik rotasyonları sırasında deneyimledikleri hasta güvenliği kültürüne yönelik bilgi, beceri ve tutumların zaman içinde “gizli müfredat” nedeniyle sınırlı kaldığını göstermiştir (71). Nadarajan ve ark. Malezya’da yaptıkları bir araştırmada öğrencilerin müfredatta hasta güvenliğinin önemine ilişkin algılarını düşük saptamıştır (33). Yine yapılan başka bir çalışmada *müfredatta hasta*

güvenliğin önemi hakkında katılımcıların nötr tutum gösterdiği belirlenmiştir (55). Bizim çalışmamızda ise bireyler olumlu tutum göstererek, hasta güvenliğinin müfredatta öncelik haline gelmesi gerektiğini kabul etmiştir. Bu bulgular açısından araştırmamız literatürdeki çeşitli kaynaklarla uyumludur (54,56,59,60).

İletişim becerileri tıp fakültelerinin eğitim programları kapsamında özel önem taşımakta, günümüzde temel bir klinik beceri olarak ele alınmaktadır. Ulusal Çekirdek Eğitim Programında iyi hekimlik uygulamaları için öğrencilere kazandırılması gereken tutum ve davranışlar arasında, hasta ve hasta yakınları ile sağlıklı iletişim ve empati kurma, hekim–hasta etkileşiminde dürüst ve güvenilir hekim modeli oluşturma, bir ekip çalışması gerektirmesi nedeniyle sağlık hizmeti verme aşamalarındaki üyelere karşı açık, dürüst ve paylaşımcı davranış sergileme gibi iletişim öğelerine ilişkin tutum ve davranışlar yer almaktadır. Ayrıca, öğrencilerin ve hekimlerin iletişim becerileri konusunda eğitilmelerine ve değerlendirilmelerine ilişkin tıp alanında uluslararası kuruluşlarca alınmış kararlar ve hazırlanmış rehberler bulunmaktadır (95).

Çalışmamızda, intörnler iletişim becerileri değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmiştir. Buna göre kişilerin İBDÖ puan ortalaması 95,81 olarak saptanmıştır. Dolayısıyla tıp fakültesi son sınıf öğrencileri genel olarak iletişim becerileri düzeylerini yüksek olarak değerlendirmiştir. Bu durum aldıkları tıp eğitiminin iletişim becerilerini olumlu etkilemesinden kaynaklanmış olabilir. Elde ettiğimiz bulgular literatürdeki çalışmalarla benzerdir (95–98).

Çalışmaya katılan bireylerin hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulma durumu ile İBDÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0,005$). Bu farklılık hasta güvenliği kültürü hakkında bilgisini yeterli bulan ve kısmen yeterli bulan öğrencilerden kaynaklanmıştır. Hasta güvenliği kültürüne yönelik bilgisini yeterli bulma durumu açısından “kısmen buluyorum” yanıtını veren öğrencilerin “buluyorum” yanıtını verenlere göre İBDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tıbbi hataların en önemli nedenlerinden biri olan iletişim yetersizlikleri, hasta güvenliğini tehdit eden bir unsurdur (50,51). Bu nedenle etkili sağlık iletişimi, sağlık riskleri ve çözümleri konusunda bilinci artırır, riskleri azaltmak için motivasyon ve yetenek sağlar, aynı durumlarda diğer insanlara destek olur ve davranışları değiştirir. Hasta bakımı verirken alınan önemli kararların doğru anlaşılmmasını sağlar (1). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü'nün hasta güvenliği konusunda yayınladığı kılavuzda tıp öğrencilerinin iletişim tekniklerini bilmesi ve etkili iletişim performansı göstermesi gerektiği bildirilmiştir (39).

Çalışmamızda tıp fakóltesi 6. Sınıf öğrencilerin İBDÖ puanı ve *“hasta güvenliği tutum ölçeği”* toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde iki değişken arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde önemsenmeyecek düzeyde zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. Bu durumun, iletişim becerileri konusunun tıp eğitiminde işlenmesine rağmen hasta güvenliğinin resmi olarak müfredatta olmaması ve öğrencilerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin (deneyim kazanamamasından) bilgilerinin yetersiz olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü hakkında bilgi ve tutumlarının araştırılması, hasta güvenliği kültürünün oluşması üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve iletişim becerileri ile hasta güvenliği arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçladığımız çalışmada; genel olarak, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliğine karşı nispeten olumlu bir tutuma sahip olduğu ve yaklaşık yarısının hasta güvenliği kültürüne ilişkin bilgisini yeterli bulmadığı görüldü. Alt faktörler arasında *“hata nedeni olarak çalışma saatleri”*, *“takım çalışması”* ve *“müfredatta hasta güvenliğinin önemi”* alt boyutlarında olumlu tutumlar görülmesine rağmen öğrencilerin alınan tıp eğitimi ile hasta güvenliği konularına hakim olmadıkları saptandı. Aynı zamanda tıbbi hata bildirmede sorun yaşadıkları ve tıbbi hataları hastalara açıklama konusunda isteksiz oldukları belirlendi. Katılımcıların, kendi iletişim becerilerini olumlu olarak değerlendirdiği ve bunu da hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarına az da olsa yansıttıkları gözlemlendi. Her ne kadar nispeten olumlu tutum gösterilse de, bu durumun hasta güvenliği konularını gayri resmi bir şekilde klinik deneyimler yoluyla öğrenen kişilerden kaynaklandığı düşünüldü.

Sağlık kurumlarında ekip çalışması hasta güvenliğini geliştirebilir. Bu nedenle tıp öğrencilerinin etkin birer takım oyuncusu olması sağlanmalıdır. Hataların nedenlerinin araştırılması, tartışılması hatalardan öğrenmeyi sağlayarak hatanın tekrarını önleyecektir. Bunun için hataları izlemeye ve önlemeye yönelik çalışma grupları oluşturulabilir. Yine bu gruplara tıbbi hata bildirme becerisinin kazandırılması hata raporlama bilincini artıracaktır.

Çalışmamızda en çok yapılan tıbbi hatanın iletişim eksikliğinden kaynaklandığı saptandı. İletişim becerilerinin artması ile hasta güvenliğinde olumlu tutumların artacağını düşündüğümüzden, buna yönelik daha fazla çalışmanın yapılması gerekmektedir. Aynı zamanda tıp öğrencilerinin mesleki kariyerlerinde iletişim yetersizliğinden kaynaklanan tıbbi hatadan kaçınmaları için iletişim ile ilgili eğitimlere önem verilmesi, kurumlarda öğrencilerin farklı

iletişim modelleri kullanımına teşvik edilmeleri sağlanmalıdır. Ayrıca Hasta-hekim iletişimini sağlamak ve pratik becerilerini geliştirmek maksadı ile onların tamamen risksiz bir ortamda, deneme-yanılma yoluyla öğrenmelerine imkân sağlayan simülasyon tabanlı eğitim programları kullanılarak iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile iletişime bağlı tıbbi hataların önüne geçilmesi planlanmalıdır.

Hasta güvenliği eğitimi alan öğrencilerin sayısının az, hasta güvenliği hakkında bilginin yetersiz oluşu ve tıp eğitimi ile hasta güvenliği konularına hakim olunamaması müfredatta bu konuya yer verilmesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Dünya genelinde müfredatta hasta güvenliği eğitime yer veren tıp fakülteleri bulunmaktadır. Bununla birlikte, düşük ve orta gelirli ülkeler bu çabada hala geri kalmaktadır.

Lisans ve mezuniyet sonrası tıp eğitimi sırasında verilecek hasta güvenliği eğitimleri, geleceğin hekim adaylarında hasta güvenliği tutumlarının geliştirilmesine ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasına katkı sağlayacaktır. Ülkemizde hasta güvenliği konularını içeren resmi müfredatın oluşturulması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Çakmakçı M, Akalın HE. Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları. 2010;13-126.
2. Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 2007;411-22.
3. Akgün Ö, Doğaner A, Demirel G. İntörn Öğrencilerin Hasta Güvenliği Tutum ve Kültürlerinin Tıbbi Hata Durumlarına Etkisi. Acibadem Univ Sağlık Bilim Derg. 2020;11(2):276-283.
4. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. BMC Health Serv Res. 2010;10:13-21.
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Report of the Institute of Medicine. National Academy Press 2000;12:312-5.
6. Nie Y, Li L, Duan Y, et al. Patient safety education for undergraduate medical students: a systematic review. BMC Med Educ. 2011;11:33.
7. Shah N, Jawaid M, Shah N, Ali SM. Patient safety: Perceptions of medical students of dow medical college, Karachi. J Pak Med Assoc. 2015;65(12):1261-5.
8. Patterson MJ. Recent changes to the sound insulation provisions of the building code of Australia. Acoustics Australia. 2004;32:111-6.
9. O'Leary D, Leape L. Unmet Needs: Teaching Physicians to Provide Safe Patient Care. 2012;425.
10. Ruffin A. Contemporary Issues in Medicine : Quality of Care Medical School Objectives Project. Medicine (Baltimore). 2001;18-3.
11. Liao JM, Etchegaray JM, Williams ST, et al. Assessing medical students' perceptions of patient safety: The medical student safety attitudes and professionalism survey. Acad Med. 2014;89(2):343-51.
12. Lee HY, Hahm M II, Lee SG. Undergraduate medical students' perceptions and intentions regarding patient safety during clinical clerkship. BMC Med Educ. 2018;18(1):7-11.
13. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. Lancet. 1999;353(9159):1178-81.
14. Arimany-Manso J, Martin-Fumadó C. The importance of patient safety. Med Clínica English Ed. 2017;148(9):405-7.
15. World Health Organization. WHO Patient Safety. WHO patient safety research : better knowledge for safer care. 2009;12.
16. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: Key concepts and terms. Int J Qual Heal Care. 2009;21(1):18-26.
17. Ovalı F. Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg. 2010;1(1):33-43.
18. Lark ME, Kirkpatrick K, Chung KC. Patient Safety Movement: History and Future Directions. J Hand Surg Am. 2018;43(2):174-8.

19. Byers JF, White SV. Patient Safety: Principles and Practice. Springer Publishing Company. New York. 2004;53:6-55.
20. Çiçek A. Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2018;6(1):10-9.
21. T.C Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Güvenlik Raporlama Sistemi™2016 yılı istatistik ve analiz raporu. 2016. www.grs.saglik.gov.tr. Erişim Tarihi: 01.02.2021.
22. Bernstein M, Hebert P, Etchells E. Patient Safety in Neurosurgery: Detection of Errors, Prevention of Errors, and Disclosure of Errors. Neurosurg Q. 2003;13:125-37.
23. Ugur E, Kara S, Yildirim S, Akbal E. Medical errors and patient safety in the operating room. J Pak Med Assoc. 2016;66(5):593-7.
24. HealthGrades. Quality Study Patient Safety in American Hospitals. HealthGrades Company. 2004.
25. Levinson DR. Office of Inspector General Adverse Events in Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries Objectives. 2010. <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-08-00221.pdf>. Erişim Tarihi: 01.02.2021.
26. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016;353:1-5.
27. Clancy CM, Farquhar MB, Collins Sharp BA. Patient safety in nursing practice. J Nurs Care Qual. 2005;20(3):193-7.
28. Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Bilimler Dergisi. 2010;8(1):1-14.
29. General Medical Council and the Medical Schools Council. First, do no harm: Enhancing patient safety teaching in undergraduate medical education. 2015. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/first-do-no-harm-patient-safety-in-undergrad-education-final_pdf-62483215.pdf. Erişim Tarihi: 25.01.2021.
30. Martinez KA, Dy SM, Weaver S, et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. Ann Intern Med. 2016;158:369-74.
31. Willeumier D. Advocate health care: a systemwide approach to quality and safety. Jt Comm J Qual Saf. 2004;30(10):559-66.
32. Kirch DG, Boysen PG. Changing the culture in medical education to teach patient safety. Health Aff (Millwood). 2010;29(9):1600-4.
33. Nadarajan SP, Karuthan SR, Rajasingam J, Chinna K. Attitudes toward patient safety among medical students in malaysia. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(21):1-9.
34. Jamshidi E, Saberi M, Rajabi F, et al. Attitude of Nurses toward the Patient Safety Culture: A Cross-Sectional Study of the Hospitals in Tehran, Iran. Patient Saf Qual Improv J. 2017;5(3):554-560.
35. Ziv A, Small SD, Wolpe PR. Patient safety and simulation-based medical education. Med Teach. 2000;22(5):489-95.
36. Seiden SC, Galvan C, Lamm R. Role of medical students in preventing patient harm and enhancing patient safety. Qual Saf Heal Care. 2006;15(4):272-6.

37. Greiner A, Knebel E. Committee on the Health Professions Education Summit. Health Professions Education: A Bridge to Quality. The National Academic Press. 2003.
38. Rosebraugh CJ, Honig PK, Yasuda SU, Pezzullo JC, Woosley RL. Centers for Education and Research on Therapeutics report: Survey of medication errors education during undergraduate and graduate medical education in the United States. Clin Pharmacol Ther. 2002;71(1):4-10.
39. Walton M, Woodward H, Van Staaldin S, et al. The WHO patient safety curriculum guide for medical schools. Qual Saf Heal Care. 2010;19(6):542-6.
40. Vangeest JB, Cummins DS. An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety: Results of national study of physicians and nurses. Medicine (Baltimore). 2003;1-28.
41. Maeda S, Kamishiraki E, Starkey J. Patient safety education at Japanese medical schools: Results of a nationwide survey. BMC Res Notes. 2012;5(1):1.
42. Kiesewetter J, Kager M, Lux R, et al. German undergraduate medical students' attitudes and needs regarding medical errors and patient safety-A national survey in Germany. Med Teach. 2014;36(6):505-10.
43. Kane JM, Brannen M, Kern E. Impact of patient safety mandates on medical education in the united states. J Patient Saf. 2008;4(2):93-7.
44. Alper E, Rosenberg EI, O'Brien KE, Fischer M, Durning SJ. Patient safety education at u.s. and canadian medical schools: Results from the 2006 clerkship directors in internal medicine survey. Acad Med. 2009;84(12):1672-6.
45. Güneri E, Üney R, Demirci OO. Kişiler Arası Etkili İletişim. İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları. 2018;1-2.
46. Karadağ M, Işık O, Cankul Hİ, Abuhanoğlu H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2015;1:160-79.
47. Sezer N, Karadoğan Doruk SE. Etkili İletişim Becerileri. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi. <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/etkiliiletisimbecerileriau243.pdf>. Erişim Tarihi: 28.01.2021.
48. Berlin L. Informing patients about risks and benefits of radiology examinations utilizing ionizing radiation: a legal and moral dilemma. J Am Coll Radiol. 2011;8(11):742-3.
49. Gramma R, Parvu A, Enache A, Roman G, Ioan B. Truth or lie--some ethical dilemmas in the communication of a severe diagnosis. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2013;117(1):172-82.
50. Ayuob NN, Qadi MA, Eldeek BS, Boker AM. Evaluation of a communication skills training course for medical students using peer role-play. J Pak Med Assoc. 2017;67(5):745-51.
51. Öztürk K. Hasta Güvenliği ve İletişim. Sağlıkta Nabız Aktüel Sos Tıp Derg. 2010;7(25):14-5.
52. Carruthers S, Lawton R, Sandars J, Howe A, Perry M. Attitudes to

- patient safety amongst medical students and tutors: Developing a reliable and valid measure. *Med Teach*. 2009;31(8):370-6.
53. Wetzel AP, Dow AW, Mazmanian PE. Patient Safety Attitudes and Behaviors of Graduating Medical Students. *Eval Heal Prof*. 2012;35(2):221-38.
 54. Oates K, Wilson I, Hu W, et al. Changing medical student attitudes to patient safety: A multicentre study. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):1-7.
 55. Alfaqawi M, Böttcher B, Abuowda Y, et al. Treating patients in a safe environment: A cross-sectional study of patient safety attitudes among doctors in the Gaza Strip, Palestine. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1-9.
 56. Kamran R, Bari A, Khan RA, Al-Eraky M. Patient safety awareness among undergraduate medical students in Pakistani medical school. *Pakistan J Med Sci*. 2018;34(2):305-9.
 57. Escher C, Creutzfeldt J, Meurling L, et al. Medical students' situational motivation to participate in simulation based team training is predicted by attitudes to patient safety. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):1-7.
 58. Park KH, Park KH, Kang Y, Kwon OY. The attitudes of Korean medical students toward patient safety. *Korean J Med Educ*. 2019;31(4):363-9.
 59. Al-Khaldi Y. Attitude of primary care physicians toward patient safety in Aseer region, Saudi Arabia. *J Fam Community Med*. 2013;20(3):153.
 60. Torun N, Dinçer M, Öztaş D, Demir P, Sanisoğlu SY. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *J Contemp Med*. 2018;8(2):153-8.
 61. Korkut F. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi: Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg*. 1996;2(7):18-23.
 62. Korkut F. Yetişkinlere yönelik iletişim becerileri eğitimi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg*. 2005;28(28):143-9.
 63. Kerfoot BP, Conlin PR, Trivison T, McMahon GT. Patient safety knowledge and its determinants in medical trainees. *J Gen Intern Med*. 2007;22(8):1150-4.
 64. Jahan F, Aguiar M, Alshehabi D, Mahdi F. Pre-Clinical Medical Students' Perception regarding Patient Safety in Primary Care. *Br J Med Heal Res*. 2018;5(10):8-11.
 65. Walton MM, Shaw T, Barnett S, Ross J. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(6):437-42.
 66. Paxton JH, Rubinfeld IS. Medical errors education: A prospective study of a new educational tool. *Am J Med Qual*. 2010;25(2):135-42.
 67. Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C. Hemşirelik Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. *Genel Tıp Derg*. 2012;22(2):3-4.
 68. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ's patient safety initiative: building foundation, reducing risk. 2003.

69. Mitka M. Disclosing Medical Errors Does Not Mean Greater Liability Costs, New Study Finds. *JAMA*. 2010;304(15):1656-7.
70. Chamberlain CJ, Koniaris LG, Wu AW, Pawlik TM. Disclosure of "Nonharmful" Medical Errors and Other Events: Duty to Disclose. *Arch Surg*. 2012;147(3):282-6.
71. Madigosky WS, Headrick LA, Nelson K, Cox KR, Anderson T. Changing and Sustaining Medical Students' Knowledge, Skills, and Attitudes about Patient Safety and Medical Fallibility. *Acad Med*. 2006;81(1):94-101.
72. Kim CW, Myung SJ, Eo EK, Chang Y. Improving disclosure of medical error through educational program as a first step toward patient safety. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):4-9.
73. Schwappach DLB, Koeck CM. What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *Int J Qual Heal Care J Int Soc Qual Heal Care*. 2004;16(4):317-26.
74. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med*. 2002;347(24):1933-40.
75. WHO. Patient safety fact file. Patient Safety and Risk Management Service Delivery and Safety. 2019. https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient-safety-fact-file.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 05.02.2021.
76. Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. *OECD Health Working Papers*. 2018;(106):1-58.
77. Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(3):216-23.
78. Wilson RM, Michel P, Olsen S, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*. 2012;344:832.
79. Burke DM. Enhancing the patient safety culture of ABSN students through instruction on medical error recovery. *ProQuest Diss Theses*. 2014;(January):192.
80. García Elorrio E, Macchiavello D, Rodriguez V, et al. Knowledge, beliefs and attitudes report on patient care and safety in undergraduate students: validating the modified APSQ-III questionnaire. *Medwave*. 2016;16(11):e6809.
81. Leung GKK, Patil NG. Patient safety in the undergraduate curriculum: Medical students' perception. *Hong Kong Med J*. 2010;16(2):101-5.
82. Seren İntepeler Ş, Dursun M. Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(2):129-35.
83. Jansma JD, Wagner C, ten Kate RW, Bijnen AB. Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:335.
84. Mayo A, Duncan D. Nurses' perceptions of medical errors. *J Nurs*

- Care Qual. 2004;19(3):209-17.
85. Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2008;11(2):161-200.
 86. Karaca A, Arslan H. A Study for Evaluation of Patient Safety Culture in Nursing Services. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Derg. 2014;1(1):9-18.
 87. Avcı K, Aktan T. Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;5:48-54.
 88. Mello MM, Kachalia A, Roche S, et al. Outcomes In Two Massachusetts Hospital Systems Give Reason For Optimism About Communication-And-Resolution Programs. Health Aff. 2017;36(10):1795-803.
 89. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ. 2000;320(7237):745-9.
 90. Siassakos D, Fox R, Hunt L, et al. Attitudes Toward Safety and Teamwork in a Maternity Unit With Embedded Team Training. Am J Med Qual. 2010;26(2):132-7.
 91. Liu H, Li Y, Zhao S, et al. Perceptions of patient safety culture among medical students: a cross-sectional investigation in Heilongjiang Province, China. BMJ Open. 2018;8(7):e020200.
 92. Rosen AK, Singer S, Zhao S, et al. Hospital safety climate and safety outcomes: is there a relationship in the VA? Med Care Res Rev. 2010;67(5):590-608.
 93. Arora S, Sevdalis N, Ahmed M, et al. Safety skills training for surgeons: A half-day intervention improves knowledge, attitudes and awareness of patient safety. Surgery. 2012;152(1):26-31.
 94. Gaupp R, Körner M, Fabry G. Effects of a case-based interactive e-learning course on knowledge and attitudes about patient safety: a quasi-experimental study with third-year medical students. BMC Med Educ. 2016;16:172.
 95. Özcan S, Yurdabakan İ. Öz ve Akran Değerlendirmenin Temel İletişim Becerileri Başarısı Üzerindeki Etkileri. Tıp Eğitimi Dünyası. 2008;27(27):27-39.
 96. Akçam A, Kanbay Y, IŞIK E. Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sos Bilim Derg. 2019;(2):74-92.
 97. Bingöl G, Demir A. Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. Goztepe Tıp Derg. 2011;26(4):152-9.
 98. Sungur SA. Üniversite Öğrencilerinin İletişim Becerileri Algısı İle Kişilerarası İlişki Boyutları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akad Dergisi. 2018;11(2):126-38.

8. EKLER

EK-1: Araştırma İzni



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı: 64021249-299/E.1845
Konu: Araştırma Uygulama İzni

03.02.2021

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 01.02.2021 tarihli ve 38728088-299/1712 sayılı yazınız.

İlgi tarihli yazınız ile Aile Hekimliği Anabilim Dalının Öğretim Üyesi Prof. Dr. Züleyha ALPER'in sorumluluğunu üstleneceği ve Araştırma Görevlisi Dr. Fatih KARACİF'in tezi olan "Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Bilgileri, Tutumları ve Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşması Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışmanın Fakültemiz 6. Sınıf öğrencilerine uygulanması isteğiniz Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Ayşe Melda PAYASLIOĞLU
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

U.U. Tıp Fakültesi Dekanlığı Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA Bilgi İçin: Hatice UĞUR AYDIN

Tel : 0224 295 00 81- 295 00 85 Faks: 0224 295 00 19 Şef

e-posta : tipogis@uludag.edu.tr

Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr

Tel : 0224 295 00 81-85

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır.Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/Teyit/Ae3xfuuTKkayL9wuW7Rdqw>

EK-2: Etik Kurul Onayı

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARASTIRMANIN AÇIK ADI	Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Bilgileri, Tutumları ve Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşması Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat. I Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Züleyha Alper
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Araş.Gör.Dr.Fatih Karacif, Prof.Dr.Yeşim Uncu, Prof.Dr.Alis Özçakır
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
	DESTEKLEYİCİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Uzmanlık tez çalışması
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	01.08.2020 / 3 ay
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	330
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	03.07.2020	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	03.07.2020	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	☒ Tarih: 03.07.2020
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	☒ Tarih: 03.07.2020
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	☐
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	☒ Tarih: 03.07.2020
	SONUÇ ÖZET RAPORU	☐
	DİĞER:	☒ Araştırma ilk başvuru ön yazısı (tarih: 03.07.2020), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Bilgileri, Tutumları ve Hasta Güvenliği Klütürünün Oluşması Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi
------------------------------	---

Karar No: 2020-13/3

Tarih: 22 Temmuz 2020

KARAR BİLGİLERİ

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.

1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,

2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,

3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,

4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BASKININ UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

ÜYE İLER	Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
	Prof.Dr.Alper YILMAZ Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
	Doç.Dr. Ayşe TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
	Doç.Dr. Özgür VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
	Doç.Dr. Halil ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
	Doç.Dr. Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
	Doç.Dr. İsmail HUYSA Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
	Doç.Dr. İzzet Üyesi Cüdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
	Doç.Dr. İzzet Üyesi Engin SAGDILEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
	Doç.Dr. İzzet Üyesi Sezer ERER KAYA Üye	Tıp Tanh ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tanh ve Etik AD.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
	Selma MİĞİL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*Toplantıya Katılma

EK-3: Anket Formu

Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Bilgileri, Tutumları ve Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşması Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi

Sevgili katılımcılar,

Hasta güvenliği kültürüne ilişkin bilgilerin, tutumların ve bu kültürün oluşması üzerinde etkili olan faktörlerin incelendiği bu tez çalışmamız için düzenlenen ankette kimliğinizi belli edecek hiçbir soru bulunmamaktadır. Veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Anketimizin tamamlanma süresi yaklaşık 10 dakikadır. Anketimize katılmayı kabul ettiğiniz ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Form No:

- 1- Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın
- 2- Yaşınız:
- 3- Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
- 4- Tıp fakültesi sonrası uzmanlık yapmayı düşünüyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 6. soruya geçebilirsiniz.)
() Evet () Hayır
- 5- Tıp fakültesi sonrası uzmanlık tercihiniz? (Lütfen boşluğa yazınız.)
.....
- 6- Şuan yapmakta olduğunuz staj? (Lütfen boşluğa yazınız.)
.....
- 7- 1 (Bir) günde ortalama olarak hastanede geçirdiğiniz süreyi işaretleyiniz.
() 0-6 saat () 6-12 saat () 12-18 saat () 18-24 saat
- 8- Daha önce hasta güvenliği konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 10. soruya geçebilirsiniz.)
() Evet () Hayır
- 9- Hasta güvenliği konusunda almış olduğunuz eğitim size kim tarafından verildi?
() Tıp doktoru () Hemşire () Tıp dışı-Alanında uzman kişiler
() Diğer (.....)
- 10- "Hasta Güvenliği" kavramının tanımını biliyor musunuz?
() Evet () Hayır () Kısmen
- 11- Hasta güvenliği kelimesi size neyi çağırıştırıyor? (Lütfen boşluğa yazınız.)
.....
- 12- Hasta güvenliği kültürü hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?
() Buluyorum () Kısmen buluyorum () Bulmuyorum
- 13- Tıp fakültesi müfredatında hasta güvenliği için ayrılan zamanı yeterli buluyor musunuz?
() Evet () Hayır
- 14- Hiç tıbbi bir hata yaptınız mı? (Cevabınız hayır ise 16. soruya geçebilirsiniz.)
() Evet () Hayır
- 15- Bir önceki soruya yanıtınız evet ise, aşağıdakilerden size en uygun olanını işaretleyiniz?

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 22.07.2020
Karar No : 2020-13/3

- () İlaç bağılı yanlış uygulama hataları
 () Hastane Enfeksiyonları (Asepsi, antiseptiye dikkat etmeme)
 () Düşmeler (Gerekli güvenlik önlemlerini almama)
 () Yetersiz izlenimden kaynaklı hatalar
 () İletişim eksikliğinden kaynaklı hatalar
 () Yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımı ve cihaza bağlı hatalar
 () Diğer (.....)

16- Hastalara tıbbi hataların nasıl açıklanacağı konusunda eğitim aldınız mı?
 () Evet () Hayır

17- Hastalara ve ailelerine tıbbi hata bildiriminin hasta güvenliğinin önemli bir parçası olduğunu düşünüyor musunuz?
 () Evet () Hayır

18- Sağlık bakımı alırken, siz ya da ailenizden biri hiç tıbbi hataya maruz kaldı mı? (Cevabınız evet ise lütfen boşluğa yazınız.)
 () Evet () Hayır

..... hatasına maruz kaldım/kaldı, bence hatanın sorumlusu

..... idi.

19- Önenebilir tıbbi uygulama hatası Türkiye 'de sizce hangi sıklıkta olmaktadır?
 () Çok sık () Orta sıklıkta () Çok az () Hiç

20- Aşağıda tıbbi hata ve hasta güvenliğine ilişkin kişilerin düşünceleri ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini göre sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.

Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Tutum Ölçeği

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Tıp Fakültesinde almış olduğum eğitim, tıbbi hatanın nedenlerini anlamam konusunda beni hazırlamaktadır.					
2	Aldığım tıp eğitimi sayesinde hasta güvenliği konularına hâkimim.					
3	Tıp Fakültesinde almış olduğum eğitim, tıbbi hata yapmamı önlemesi konusunda beni hazırlamaktadır.					
4	Bir hata yaptığım zaman sonucu hasta için ne kadar ciddi olursa olsun rahatlıkla bildiririm.					
5	Başkaları bir hata yaptığını zaman sonucu hasta için ne kadar ciddi olursa olsun rahatlıkla bildiririm.					
6	Hastaya zarar verdiğim zaman veya zarar verme ihtimalimin olduğu zaman bir sorumlum ile açıkça konuşabileceğimden eminim.					
7	Tıbbi hataları azaltmak için doktorlar kısa süreli çalışmalıdır.					
8	Doktorlar mesai sırasında düzenli molalar almayarak hata yapma riskini artırırlar.					
9	Doktorların çalışma saatlerinin artması hata yapma riskini arttırabilir.					
10	En deneyimli ve alanında en iyi olan doktorlar bile hata yapar.					
11	Mesleğinde gerçek bir profesyonel olan doktor hata veya yanlış					

Uludağ Üniversitesi
 Tıp Fakültesi
 Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
 tarafından onaylanmıştır.
 Tarih : 22.07.2020
 Karar No : 2020-13/3 p

	yapmaz.								
12	İnsanların hata yapması kaçınılmazdır.								
13	Tıbbi hatalar, en çok mesleklerinde beceriksiz olan hemşirelerden kaynaklanır.								
14	Tıbbi hatalar, en çok mesleklerinde beceriksiz olan doktorlardan kaynaklanır.								
15	Tıbbi hata yapmak mesleki beceriksizliğin bir göstergesidir.								
16	Hasta için olumsuz sonuçlanmayan hataları bildirmek gerekli değildir.								
17	Doktorların yalnızca hastaların zarar gördüğü durumlarda hatalarını hastalarına söyleme sorumluluğu vardır.								
18	Yapılan bütün tıbbi hatalar bildirilmelidir (söylenmelidir).								
19	İyi bir multidisipliner takım çalışması tıbbi hataları azaltacaktır.								
20	Takım çalışmasının ilkelerinin öğretilmesi tıbbi hataları azaltacaktır.								
21	Tıbbi hataların önlenmesinde hastaların da önemli rolleri vardır.								
22	Hastaları tedavilerine katılmaları için teşvik etmek tıbbi hataların görülmeye riskini azaltmada yardımcı olabilir.								
23	Hasta güvenliği konusu tıp öğrencilerine öncelikli konular arasında öğretilmelidir.								
24	Hasta güvenliği ile ilgili sorunları öğrenmek daha donanımlı bir doktor olmamı sağlayacaktır.								

21- Aşağıda iletişim becerilerini değerlendirmeye yönelik ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra katılma derecenizi 1 ile 5 arasında bir sayıyı işaretleyerek belirtiniz. (1: hiç katılmıyorum, 5: tamamen katılıyorum anlamındadır.)

İLETİŞİM BECERİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (İBDÖ)

		1	2	3	4	5
1	Sorunlarını dinlediğim insanlar benim yanımdan rahatlayarak ayrılırlar.					
2	Düşüncelerimi istediğim zaman anlaşılır biçimde ifade edebilirim.					
3	Başkalarını bir kasıt aramadan dinlerim.					
4	Sosyal ilişkide bulunduğum insanları oldukları gibi kabul edebilirim.					
5	İnsanların önemli ve değerli olduklarını düşünürüm.					
6	Birisiyle ilgili bir karara ulaşmadan önce onunla ilgili gözlemlerimi gözden geçiririm.					
7	İlişkide bulunduğum kişilerin anlatmak istediklerini dinlemek için onlara zaman ayırıyorum.					
8	İnsanlara karşı sıcak bir ilgi duyarım.					
9	İnsanlara gerektiğinde yardım etmekten hoşlanırım.					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 22.07.2020
Karar No : 2020-13/3

10	Olaylara değişik açılardan bakabilirim.								
11	Düşüncelerimle yaptıklarım birbirleriyle tutarlıdır.								
12	İlişkilerimin daha iyiye gitmesi için bana düşenleri yapmaya özen gösteririm.								
13	Kendime ve başkalarına zarar vermeden içimden geldiği gibi davranabilirim.								
14	Arkadaşlarımla beraberken kendimi rahat hissedirim.								
15	Yaşadığım olaylardaki coşkuyu her halimle başkalarına iletebilirim.								
16	İlişkilerim nasıl geliştiğini ve nereye gittiğini anlamak için düşünmeye zaman ayırırım.								
17	Karşımdakini dinlerken anlamadığım bir ayrıntı olduğunda konunun açığa kavuşması için sorular sorarım.								
18	Benimle özel olarak konuşmak isteyen bir arkadaşım olduğunda konuyu ayaküstü konuşmamaya özen gösteririm.								
19	Birisini anlamaya çalışırken sakın bir ses tonuyla konuşurum.								
20	İlişkilerimi zenginleştiren eğlenceli, keyifli bir yanım var.								
21	Birisine bir öneride bulunurken, onun öneri vermemi isteyip istemediğine dikkat ederim.								
22	Birini dinlerken ne karşılık vereceğimden çok onun ne demek istediğini anlamaya çalışırım.								
23	İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissedirim.								
24	Bir yakınımın sorunum olduğunda bunu onunla suçlayıcı olmayan bir dille konuşmak için girişimde bulunurum.								
25	Karşımdakini dinlerken sırf kendi merakımı gidermek için ona özel sorular sormaktan kaçınırım.								

Çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz...

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarafından onaylanmıştır
Tarih : 22.07.2020
Karar No : 2020-13/3 ✓

EK-4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 2
	Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014	

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Prof. Dr. Züleyha ALPER tarafından yürütülen “Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Bilgileri, Tutumları ve Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşması Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimse baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlarda toplanacak bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı, Soyadı-Ünvanı-İmza)
Prof.Dr. Züleyha ALPER

Araştırmanın Amacı:

(Anket çalışmasının amacı, çalışmaya katılmayı kabul edecek olan gönüllünün anlayacağı bir dilde anlatılmalıdır)

Tıp öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü hakkında iyi bir anlayışla beraber etkin ve doğru bir iletişim becerilerine sahip olmaları da önemlidir, çünkü çalışma hayatı boyunca hasta güvenliği sorunlarına yönelik tutumlarını şüphesiz etkileyecektir. Hasta güvenliği kavramı günümüzde genel toplumda merak edilen ve sağlık profesyonellerince de tartışılan konulardan biridir. Bu çalışmada; gerek kendi gerekse toplumdaki bireylerin sağlığı üzerinde büyük rol oynayacak hekim adaylarının hasta güvenliği kültürü hakkında bilgilerini öğrenmek ve hasta güvenliği kültürü tutumları ile iletişim becerileri arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmaktadır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

(Araştırmamız başlıca 4 bölümden ve 21 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların genel sosyodemografik bilgileri; ikinci bölümde Hasta güvenliği ile ilgili tanımlama ve tıbbi hata deneyimleri ile ilgili sorular; üçüncü bölümde hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarını ölçen sorular; ve son olarak dördüncü bölümde iletişim becerilerini ölçmeye yönelik sorular bulunmaktadır. Araştırmada doğru ve güvenilir bir sonuca ulaşabilmek açısından anket sorularının tam olarak cevaplanması çok önemlidir; istenen bilgilerin anket üzerinde eksik girilmesi geçersiz olmasına neden olduğundan dolayı tüm önermelerin yanıtlanması gerekmektedir. Anketin doldurulması yaklaşık 10 dakikayı almaktadır.

Araştırmanın Süresi: 3 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 330

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Çalışmanın adı: Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Bilgileri, Tutumları ve Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşması Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi
Tarih: 03/07/2020

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 22.07.2020
Karar No : 2020-13/3

9. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, mesleki bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tüm samimiyeti ile desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Yeşim UNCU, Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR, Prof. Dr. Züleyha ALPER'e,

Çalışmamın sürdürülmesinde bana her açıdan yardımcı olan, yoğun programı olmasına rağmen ilgi ve desteğini esirgemeyen,engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, beni sabır ve anlayışla yönlendiren, her zaman yol gösteren, çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. Züleyha ALPER hocama,

Tez verilerimin istatistik yorumlamasında desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Güven ÖZKAYA hocama,

Beraber uzmanlık eğitimi aldığım ve dostluklarından mutluluk duyduğum Dr. M. Talha ARSLAN, Dr. Hüseyin SERİNÇAY, Dr. Muzaffer Ö. DÖNMEZ'e,

Anketleri sabırla cevaplayan tüm Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi intörnlerine,

Asistanlık sürecinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Çalışma dönemim boyunca tüm sıkıntılarımda yanımda olan, desteğini bir an olsun esirgemeyen sevgili eşime ve canım aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

10.ÖZGEÇMİŞ

11.08.1991 tarihinde Çarşamba'da doğdum. İlköğretim eğitimimi Kırıkkale ve Trabzon illerinde, lise eğitimimi ise Kırıkkale Fen Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2011 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım.

2017 yılında mezuniyetimin ardından İznik Devlet Hastanesi Acil Servisinde başladığım mecburi hizmet görevimi yaklaşık 4 ay sürdürdükten sonra 2018'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak görevime başladım.