



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**HEKİMLERİN PROFESYONALİZM ANLAYIŞININ TIBBİ
HATALARDA TUTUM ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ:
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Elif Nisa YAYLA

Sivas
Ağustos 2018

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**HEKİMLERİN PROFESYONALİZM ANLAYIŞININ TIBBİ
HATALARDA TUTUM ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ:
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Elif Nisa YAYLA

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Naim KARAGÖZ

Sivas
Ağustos 2018

KABUL VE ONAY

Üniversite: : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği
Bilim Dalı :
Tezin Başlığı : Hekimlerin Profesyonizm Anlayışının Tıbbi Hatalarda Tutum Üzerine Etkisinin Belirlenmesi; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği
Savunma Tarihi : 03.08.2018
Danışmanı : Dr. Öğretim Üyesi Naim Karagöz
Unvanı - Adı Soyadı İmza

Jüri Başkanı : Doç. Dr. Rüştü Yayar

Üye : Prof. Dr. İlhan Çetin

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Naim Karagöz

Oy Birliği

Oy Çokluğu

Elif Nisa Yayla tarafından hazırlanan " Hekimlerin Profesyonizm Anlayışının Tıbbi Hatalarda Tutum Üzerine Etkisinin Belirlenmesi; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği " başlıklı tez, kabul edilmiştir.

.../.../.....

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

Elif Nisa YAYLA

ÖN SÖZ

Şükranlarımı sunmak istediğim pek çok kişi var.

Tez çalışmam sırasında rehberlik, bilgi, deneyimini esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Naim KARAGÖZ'e,

Çalışmanın niteliğini geribildirimleri ve görüşleriyle artıran tez izleme jüri üyelerine; ayrıca veri analizi, istatistik işlemleri aşamasında değerli katkıları için Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ'e,

Araştırmaya gönüllü katılımlarıyla destek veren ve vakit ayıran tüm hekimlere

Teşekkür ederim.

Özel ve akademik yaşantımda benim için çok değerli olan, beni yüksek lisans eğitimiyle tanıştıran ve desteklerini esirgemeyen, Araştırma Görevlisi Nurperihan TOSUN'a minnettarım.

Bu süreçte bana yüreктen destek veren ve sürekli motive eden arkadaşlarım iyi ki varsınız.

Beni destekledikleri ve yaşamımdaki tüm seçimlerime saygı gösterdikleri için aileme sevgilerimi sunuyorum.

Elif Nisa YAYLA

Temmuz 2018

Sivas

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
1. TIBBİ HATALAR.....	4
1.1. Tanımlar ve Kavramsal Çerçeve	4
1.1.1. Sağlık Hizmet Sunumu İlkeleri	6
1.1.2. Tıbbi Standart	9
1.1.3. Tıp Etiği.....	9
1.1.4. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu.....	10
1.2. Hasta Güvenliği	12
1.2.1. Hasta Güvenlik Kültürü.....	20
1.2.2. Hasta Güvenlik İklimi	21
1.3. Tıbbi Hata Sınıflaması.....	23
1.4. Tıbbi Hata Nedenleri	25
İKİNCİ BÖLÜM	31
2. PROFESYONALİZM.....	31
2.1. Tanımlar	31
2.2. Profesyonellik Göstergeleri	41
2.3. Profesyonelleşme Süreçleri	42
2.4. Tıbbi Profesyonizm Eğitimi	51
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	54
HEKİMLERİN PROFESYONALİZM ANLAYIŞININ TIBBİ HATALARDA	
TUTUM ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ.....	54
3.1. GEREÇ VE YÖNTEM.....	54
3.1.1. Araştırmanın Tipi	54

3.1.2. Araştırmanın Amacı	54
3.1.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	54
3.1.4. Veri Toplama Araçları.....	56
3.1.5.Araştırma Planı.....	57
3.1.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	58
3.1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	58
3.1.8 Verilerin Değerlendirilmesi.....	58
3.2. BULGULAR	59
3.3.TARTIŞMA.....	76
SONUÇ.....	81
KAYNAKÇA	83
EKLER.....	100
Ek 1 : Anket.....	100
Ek 2: Etik Kurul Raporu.....	107
ÖZGEÇMİŞ.....	108

KISALTMALAR

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
ABIM	:American Board of Internal Medicine (Amerikan İç Hastalıkları Kurulu)
ACP-ASIM	:American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (Amerikan Hekimler Koleji-Amerikan İç Hastalıkları Derneği)
AIDS	:Acquired İmmune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezlik Sendromu)
Arş.Gör. Dr.	:Araştırma Görevlisi Doktor
C.Ü.	:Cumhuriyet Üniversitesi
DHB	:Dünya Hekimler Birliği
Doç. Dr.	:Doçent Doktor
Dr.Öğr.Üyesi	:Doktor Öğretim Üyesi
EFIM	:European Federation of Internal Medicine (Avrupa İç Hastalıkları Federasyonu)
HHY	:Hasta Hakları Yönetmeliği
HKS	:Hasta Hizmet Kalite Standartları
ICN	:International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
IOM	:Institute of Medicine (Amerika Ulusal Tıp Enstitüsü)
JCAHO	:The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (Uluslararası Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu)
JCI	:Joint Commision International
M.Ö.	:Milattan Önce

NPSF	:National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı)
Prof. Dr.	:Profesör Doktor
SB	:Sağlık Bakanlığı
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
T.C.	:Türkiye Cumhuriyeti
TDK	:Türk Dil Kurumu
TTB	:Türk Tabipler Birliği
Uzm Dr.	:Uzman Doktor
WHO	:World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
y.y.	:Yüzyıl

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. En Sık Yapılan Tıbbi Hatalar Ve Sınıflandırılması	17
Tablo 2. Tıbbi Hata Sebepleri	30
Tablo 3. İş ve Meslek Arasındaki Farklar	32
Tablo 4. Profesyonizm Tanımında Yeralan Unsurlar	37
Tablo 5. ABD’de Mesleklerin Profesyonelleşme Süreci.....	44
Tablo 6. Katılımcıların Ünvana Göre Evren, Örneklem ve Uygulanan Sayıları.....	55
Tablo 7. Katılımcıların Uzmanlık Alanına Göre Evren, Örneklem ve Uygulanan Sayıları	55
Tablo 8. Araştırmada Kullanılacak Ölçeklerin Cronbach Alfa Katsayıları	57
Tablo 9. Araştırma Planı.....	57
Tablo 10. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	59
Tablo 11. Katılımcıların Mesleki Bilgi İfadelerine İlişkin Bulguları.....	59
Tablo 12. Katılımcıların Meslek Birliği İfadelerine İlişkin Bulgular.....	61
Tablo 13. Katılımcıların Mesleki Etik İfadelerine İlişkin Bulguları	62
Tablo 14. Katılımcıların Mesleki Sosyalleşme İfadelerine İlişkin Bulguları.....	62
Tablo 15. Katılımcıların Mesleki Hakimiyet İfadelerine İlişkin Bulguları	63
Tablo 16. Katılımcıların Profesyonizm İfadelerine İlişkin Bulguları.....	65
Tablo 17. Katılımcıların Profesyonelleşme Süreci İfadelerine İlişkin Bulguları	65
Tablo 18. Katılımcıların Mesleki Kapalılık İfadelerine Yönelik Bulguları	66
Tablo 19. Katılımcıların Tıbbi Hata Algısı İfadelerine Yönelik Bulguları	66
Tablo 20. Katılımcıların Tıbbi Hataya Yaklaşım İfadelerine Yönelik Bulguları.....	67
Tablo 21. Katılımcıların Tıbbi Nedenleri İfadelerine Yönelik Bulguları.....	67
Tablo 22. Katılımcıların Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	68
Tablo 23. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımları	69
Tablo 24. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	71
Tablo 25. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı	72
Tablo 26. Katılımcıların Unvanlarına Göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda	

Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	73
Tablo 27. Profesyonizm Anlayışı ve Tıbbi Hatalarda Tutum Değişkenleri	
Arasındaki Korelasyonlar.....	74

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Tıbbi Hata ve Malpraktis İlişkisi	6
Şekil 2. İyileştirme Yaklaşımları ve Beklenen Sonuçlar	16
Şekil 3. Sınıflandırma Sistemi Bazında Hata Dağılımı	18
Şekil 4. Örgüt Kültürü, Güvenlik Kültürü, Güvenlik İklimi ve Güvenlik Yönetimi Uygulamaları Arasındaki İlişki	22
Şekil 5. Tıbbi Hata Türleri	24
Şekil 6. İnsana Bağlı ve Kuruma Bağlı Faktörlere Göre Tıbbi Hata Nedenleri	26
Şekil 7. Tıbbi Hata Kaynakları	27
Şekil 8. Tıbbi Hata Sebepleri	30
Şekil 9. Profesyonizm Algıları	36
Şekil 10 . Uğraşların Profesyonelleşme Süreçleri	43
Şekil 11. Profesyonellik Dönemleri	45
Şekil 12. Profesyonizm Gelişimi	46
Şekil 13. Tıbbi Profesyonizm Gelişimi	47
Şekil 14. Hizmet Anlayışında Kayma	53

ÖZET

Bu araştırma hastanede çalışan hekimlerin profesyonallizm anlayışlarının tıbbi hatalarda tutum üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir. Araştırma, 12-24 Şubat tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinde 182 hekim ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Profesyonallizm Ölçeği” ve “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” nin yer aldığı bir anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ile kurum izinleri alınmıştır. Toplanan veriler SPSS 25.0 ile değerlendirilmiştir.

Saptanan bulgular şunlardır; araştırmaya katılan hekimlerin %51.64’ünün 24-30 yaş grubunda olduğu, %61.53’ünün evli, %60.98’inin erkek, %53,84’ünün mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olduğu, %81,86’sının mesleğini bilinçli seçtiği saptanmıştır. Hekimlerin profesyonallizm anlayışlarının ($\bar{x}=3,72$) ve tıbbi hatalarda tutumlarının olumlu ($\bar{x}=3,46$) olduğu ortaya çıkmıştır. Profesyoneleşme Süreci alt boyutu ile Tıbbi Hata Algısı alt boyutu arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur. Mesleki Bilgi alt boyutunda 24-30 yaş grubundakilerin puan ortalaması 49,19 bulunurken 60 yaş ve üstü yaş grubundakilerin puan ortalaması 53,50 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Profesyoneleşme alt boyutunda 41-50 yaş grubundakilerin puan ortalaması 21,52 iken 60 yaş üstü yaş grubunun puan ortalaması 25,40 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Ve hekimlerin profesyonallizm anlayışlarının tıbbi hatalarda tutum üzerinde etkili olmadığı ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hekimlik, mesleki profesyonellik, profesyonallizm, profesyonellik anlayışı, tıbbi hata, tıbbi hatalarda tutum

ABSTRACT

The research was carried out in a descriptive, cross-sectional, and interrogative design to determine the influence of hospital-based physicians' attitudes toward medical errors on professionalism understanding. The research was carried out at the Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital with 182 physicians on February 12-24. A survey form was used to collect data in the research, including the "Professionalism Scale" and the "Attitude Scale for Medical Errors". Ethics committee approval and institutional permission were obtained to carry out the research. The collected data were evaluated with SPSS 25.0

The research's results was it; It's detected that 51.64% of the physicians participating in the research was in the 24-30 age group, 61.53% was married, 60.98% was male, 53.84% had 1-5 years of professional work, 81.86% had chosen the profession consciously. It was found that physicians' attitudes toward professionalism ($\bar{x} = 3.72$) and their attitudes towards medical errors ($\bar{x} = 3.46$) were positive. A positive correlation of 20.8% was found between the Professional Process sub-dimension and the Medical Error Perception sub-dimension. In the Professional Knowledge subscale, the sum of scores for the 24-30 age group was 49.19, while the score for the age group of 60 years and over was 53.50 ($p < 0.05$). In the sub-dimension of professionalism, the score of the group of 41-50 age group was 21.52, while the score of the age group of 60 years and over was 25,40 ($p < 0,05$). And it has emerged that physician's understanding of professionalism is not effective on attitudes in medical errors.

Keywords: Medical profession, professionalism, professionalism understanding, medical error, attitude on medical errors.

GİRİŞ

En eski çağlardan beri insanoğlu yetersiz ve çözümsüz kaldığı durumlarda uzmanlığa dayanan bilgi sahibi kişilerden yardım talep etmektedir. Zaman içinde bu bilgi türleri sistemleşerek meslek ve profesyonellik kavramları ortaya çıkmıştır. Uzmanlık gerektiren mesleklerin başında sayılan Hekimlik mesleği üyeleri hekimler günümüzde tıp fakültelerinde yoğun, uzun ve yorucu eğitim alarak yetişmektedir. Alınan eğitim o kadar yüksek uzmanlaşma gerektirir ki hekimler kendi meslektaşları, hatta kendi branşları dahilindeki meslektaşlarının anlayabileceği bilgi türüyle donanır. İnsanın temel ihtiyaçlarından biri olan sağlık ile hekimler arasında doğrudan ilişki vardır. Günümüz itibariyle yalnız hastalık haline binaen değil sosyal, hukuki ve psikolojik ihtiyaçtan dolayı hekimlere danışırız. Örneğin; 50 kişi üzerinde çalışana sahip bir iş yeriniz var ise hekim istihdam etmek zorundasınız. Sağlıklı veyahut malul durumda olduğunuzu ispat etmek için hekim raporuna ihtiyaç duyarsınız. Ölen birini görebilmek için hekimden rapor almanız gerekmektedir. Hastalık durumu taşımaksızın estetik endişelerle yine hekimlere danışırsınız.

Dünya nüfusunun artması beraberinde sağlık kurumlarına başvuruların artması, teknolojinin gelişmesi, globalizasyon, sağlık hizmet sunumlarında birçok işlemin birlikte yapılması ve birbirleriyle yakından bağlantı olması, etik olmayan piyasa güçlerinin müdahaleleri, biyoterörizm sorunlarının yaşanmasıyla birlikte sağlık hizmet sunumunda bazı aksaklıklar yaşanmaktadır. Bu aksaklıkların başında tıbbi hatalar gelmektedir. Hata yapmanın olağan bir durum olduğü herkes tarafından kabul edilirken hekimlerin yaptığı hataların bilançosu daha ağır olabileceğinden dolayı aynı anlayış gösterilmemektedir. Her sene klinik hatalardan kaynaklanan ölümler; trafik kazaları, AIDS ya da meme kanserinden kaynaklanan ölümleri geçmektedir (IOM, 2000). Tıbbi hatalar Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ölümlerin önde gelen üçüncü nedenidir. Birleşik Krallık'ta ise her 35 saniyede bir ortalama bir hasta zarar görmektedir. Tıbbi hatalardan hasta yakınları ve hekimlerde etkilenebilmektedir. Kalıcı sakatlık, psikolojik buhran, mesleki performanslarının düşmesi, işten ayrılma, ek hastaneye kaldırma, dava masrafları, hastanelerde edinilen enfeksiyonlar, gelir kaybıyla ilişkili zararın maliyetinin her yıl bir milyar dolara ulaştığı tahmin edilmektedir. Bütün bu olanlara sisteme ve sağlık hizmetlerine olan

saygınlığın ve güvenilirliğin kaybedilmesi eklenir. (WHO-Patient Safety Making Health Care Safer,2017)

Tıbbi hatalar yanlış ilaç kullanımı, tanı, tedavi, cerrahi ve laboratuvar sürecinden kaynaklı oluşabilmesinin yanında tuzsuz diyet yapması gereken hastaya tuzlu diyet verilmesi gibi rutin işlerde bile ortaya çıkabilir. Hastaneler yüksek güvenli yerler olması gerekirken durum böyle değildir. Bütün bu kayıpların yaşanmaması için hatalar oluşmadan fark edilmesi gereklidir. Hekim ve hemşirelerin görevlerini yerine getirirken karşılaştıkları hataların çoğunluğu sıklıkla tekrar edilmektedir. Ancak çalışanlar tıbbi hatayı hata olarak algılamadıkları için raporlamadıkları düşünülür. Tıbbi hataları değerlendirilerek ve stratejiler geliştirilerek raporlamalar artırılabilir. Sağlık profesyonelleri bilgi düzeyi, konu ile ilgili duyguları ve davranışları ile tıbbi hatalara karşı tutum sergilerler.

Sağlık hizmeti alan kişilerin tıbbi hatalardan korunmasında hekimlerin işlerinde profesyonel davranmaları oldukça önemlidir. Profesyonizm, profesyonelliğe bağlı mesleklerin yöntem, tutum, sorumluluk, bakış açısı, özerklik ve etik açıdan standarda sahip olup bunları geliştirmeyi taahhüt eden ideolojidir (Swick,2000; Kurutkan,2010). Sağlık hizmet sunumunun başrol oyuncularından olan hekimlerin profesyonel davranışları doğrudan hastayı, sağlık kurumunu, toplumun sağlık hizmetine olan güvenini bilhassada hekimin kendine olan saygınlığını etkileyebilir. “Web of Science, Türkiye Atıf Dizini, Yök Ulusal Tez Merkezi, Ulakbim, Asos Index” veri tabanlarında yapılan taramalarda ülkemizde hekimlerin profesyoalizm anlayışlarını belirlemeye çalışan çok az çalışma varken (Kurutkan, 2010; Ülkü ve Şenol, 2017; Mıdık, 2012; Avşar vd, 2012; Kavas vd, 2015) yurtdışında birçok çalışma yapıldığı görülmüştür (Campbell vd, 2007; Tromp vd, 2010; Arnold vd, 1998; Camp vd, 2006 ; Hemmer vd, 2000; Roos vd, 2013). Tıbbi hatalarda tutum alanında ise Sexton vd (2006), Madigosky vd (2006), Modak vd (2007), Schnall vd (2008), Baker vd (2010) çalışmalar yaptığı görülmüştür.

Konuyla ilgili literatür taraması sırasında; mesleki bilgi, tutum ve davranışlara doğrudan bağlantılı olan profesyonizm ile tıbbi hatalarda tutumlar arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hekimlerin tıbbi hatalarda tutumlarını olumsuz etkileyebilecek profesyonellik unsurlarının olmaması

gerekmektedir. Küreselleşme ile birlikte sağlığın metalaşması, hekimlerin kendilerini diğer mesleklerden farklı olmadığını düşünmesine ve ticari yapılanma içerisinde davranmalarına yol açmıştır. Bu da hekimlerin profesyonallizm anlayışının tıbbi hatalarda tutumlarını etkileyebilir mi sorusunu akla getirmiştir. Bu çalışma hekimlerde profesyonallizm ve tıbbi hatalarda tutum kavramlarını birlikte inceleyen ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır.

Araştırmanın Amacı

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan hekimlerle yapılan bu çalışmanın üç amacı vardır:

1. Hekimlerin profesyonallizm anlayışlarının ve tıbbi hatalarda tutumlarının belirlenmesi,
2. Profesyonallizm anlayışı ile tıbbi hatalarda tutumlarının birbirleriyle olan ilişkilerin incelenmesi,
3. Profesyonallizm anlayışı ve tıbbi hatalarda tutumların hekimlerin demografik özelliklerine göre incelenmesi.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TIBBİ HATALAR

1.1. Tanımlar ve Kavramsal Çerçeve

Hasta güvenliğiyle bağlantılı olarak tanımlanan bazı temel kavramların uluslararası tanımlarındaki gibi kullanılmaması kavramsal karışıklığa yol açacaktır. Bu kavramsal karışıklığın giderilmesi ancak tanımların doğru ve ayrıntılı değerlendirilmesine bağlıdır.

Güvenlik (Safety); Tehlikelerden uzak bulunma durumudur.

Hasta Güvenliği (Patient Safety) ; Sağlık kuruluşlarının hizmet sunacağı kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamıdır (NPSF, 2008).

Risk (Risk); Bir durumun ortaya çıkabilme ihtimalidir.

İhlal Etme (Neglect); Bir işlem esnasında usül, standart veya kuraldan kasıtlı olarak sapmadır.

İstenmeyen-Olumsuz Olay (Advers Event); bir ilaç veya girişim yoluyla tedavi sırasında ortaya çıkan, beklenmeyen tıbbi problemdir.

Vahim Olay (Sentinel Event); ölümle sonuçlanabilecek ciddi fiziksel ve psikolojik hasarların beklenmedik bir şekilde oluşması veya oluşma riski bulunan durumlardır (National Cancer Institute,2018).

Kılıpayı-Ramak kala Olay (Near-Miss); yaralanma, hastalık veya hasarla sonuçlanmayan ancak olma potansiyeline sahip planlanmamış olaydır (National Safety Council Near Miss Reporting Systems, 2013).

Hata (Error, Mistake, Slip, Fault) ; bilgisizlik ve tedbirsizlikle yapılan hareket ve durum nedeniyle bir davranış kuralında sapma, yanlışlığa düşme, yanlış pozisyona kolayca kaymadır. İngilizce error kelimesinin karşılığı olarak birebir kullanılır (Error, 2009).

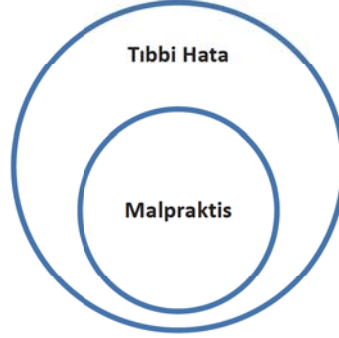
Tıbbi Hata (Medical Error); Planlanan olayın işleme konulmaması, istenilen biçimde netice vermemesi veya hedeflenene ulaşmak için planlamanın yetersiz olmasıdır (Kohn vd, 2000:4).

Tıbbi hata kavramını Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO şu şekilde tanımlamıştır; “Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucunda hastanın zarar görmesine tıbbi hata denir” (JCAHO, 2006). Tıbbi hatada hasta ya hatalı uygulama sonucunda ya da yan etkinin gözardı edilmesi sonucunda zarar görmektedir. Önlenabilir olumsuz tıbbi durumlar olarak da nitelendirilebilir. Türkçe metinlerde bu kavram İngilizce metinlerdeki anlamıyla genellikle birebir kullanılır.

Malpraktis; Latince kökenli male ve praxis kelimelerinden türeyen, İngilizce malpractice (kötü hatalı uygulama) kelimesi; görevini ihmal eden tüm meslek üyelerinin alanının gerektirdiği yeterlilik, sorumluluk ve standartlarını karşılayamaması anlamına gelir (Cecilia, 2003’den Özgönül, 2010). Tıbbi özgün olarak tanımı ise hatalı hareket veya görev ihmali sonucu bir yaralanmaya yol açmaktır (Black’s Law Dictionary, 1997). Aslında kelime kökeni tüm meslek alanlarında kullanılan bir kavramken ülkemizde tıbbi hataları tanımlamak için tercih edilmektedir. Öyle ki Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlüğünde (TDK) malpraktis ; “özen göstermeksizin veya yanlış uygulanan tedavi sonucunda ortaya çıkan, görevi kötü kullanma anlamına gelen hukuki durum” olarak yer alır. Buna ek olarak Türk Tabipler Birliği (TTB) meslek etiği kurallarında da malpraktis, “bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi, hekimlik mesleğinin kötü uygulanması” şeklinde tanımlanmıştır. Tıbbi malpraktis ifadesinin tam karşılığı olarak tıbbi uygulama hatası, tıbbi kötü uygulama, hekimliği kötü uygulama olarak tanımlamak doğru olacaktır.

Tıbbi hata ve malpraktis arasında ilişkiye bakıldığında; ihmal ve yanlış uygulama sonucunda hastada zarar meydana gelmesine bakılmaksızın bu uygulama bir tıbbi hatadır.

Ancak her tıbbi hata sonucunda hastada bir zarar oluşmayabilir. “Malpraktiste, muhakkak zarar gelişmesi beklenirken tıbbi hataların bir kısmı zarara neden olmamaktadır.” (Karataş ve Yakıncı, 2010) (Bkz; Şekil 1.)



Şekil 1. Tıbbi Hata ve Malpraktis İlişkisi

Komplikasyon; Her tür tıbbi müdahalede istenmeyen ama oluşma ihtimali bilinen ve gerçekleşmesine izin verilen riskler vardır, bunlara komplikasyon denir (Çetin, 2006). Komplikasyon “hastalık sırasında ortaya çıkan ve hastalığın temel özellikleriyle ilişkili olmayan her türlü olumsuz sağlık olayı veya süreci”dir (TDK, 2011).

Her tıbbi uygulamanın olağan sapmaları ve riskleri vardır. Hukuki çerçevede, sağlık personelleri tıbbi müdahaleleri "izin verilen risk" alanı içinde yerine getirirler. Bu sebeple sağlık personelleri, gereken tedbirleri başlangıçta almalı, zaruri durumlar haricinde riskli müdahalelerden kaçınmalıdır. Böylelikle kötü sonuçlar meydana gelse bile sağlık personellerine sorumluluk yükletilmez.

1.1.1. Sağlık Hizmet Sunumu İlkeleri

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerisi azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlere sağlık hizmetleri denir (Sağlık Bakanlığı- SB, 2000) .

Birleşmiş Milletler Anlaşmasınının 25. maddesinde “herkesin, gerek kendisi gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere, sağlığını ve refahını sağlayacak uygun bir yaşama düzeyine ve işsizlik,

hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır. Her birey ana ve çocuk, özel bakım ve yardım görme hakkına sahiptir. Evlilik veya evlilik dışında doğan bütün çocuklar aynı sosyal korumadan yararlanırlar” denilmektedir. Anlaşma ile sağlık, her insanın doğuştan hakkı olarak tanınmış ve iradesi dışında sağlığına zarar verecek direkt ve dolaylı etmenlerin güvenlik altına alınması gerektiği ifade edilmiştir.

1986 yılında Ottawa’da sağlığın geliştirilmesi amacıyla yapılan uluslararası konferansta sağlık için zorunlu ön koşullar ve başlıca faaliyet alanlarının ne olması gerektiği açıklanmıştır. Buna göre sağlıklı olabilmek için toplumdaki her bireyin uygun düzeyde eğitim almış olması, yeterli gelire sahip olması, yeterli ve dengeli biçimde beslenebilmesi, çevresel koşulların uygun olması, yöneticilerin hizmet sunumunda adalet ve hakkaniyet ile yaklaşmasını işaret ederek sahip olunması gereken bu olanakların sağlanması için devletlerin sağlık politika ve finansmanları sağlamaları gerektiği belirtilmiştir.

Sağlıklı Halk Politikaları Hakkında Adelaide Tavsiyelerinde Alma-Ara Bildirgesinin kabul edilmesi, sağlıklı halk politikası oluşturulmanın ulusal ve yerel hükümet düzeyinde de önemli olduğu belirtilmiştir. Devletlerin sağlığa yönelik çalışmalarının hesap verebilir olması kamu sağlığı için gereklidir. Hükümetler sağlık politikalarının sonuç ve eksiklerinden dolayı vatandaşlarına karşı sorumludur. Halk sağlığını garanti etmenin anlamı; hükümet politikalarının sağlığa etkileri hakkında toplumdaki herkesin anlayabileceği bir dilde ölçme ve raporlama yapması gerektiğidir.

Dördüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki önceliklerden birinin hem kamu hem de özel sektörün, bireylerin sağlığına zarar vermekten kaçınmayı hedefleyen politika ve uygulamalar yoluyla sağlığı teşvik etmesi ve geliştirmesi gerektiği bildirilmiştir.

1995 Lizbon Hasta Hakları Bildirgesinde sağlık hizmeti sunumu ilkeleri şunlar olarak belirlenmiştir:

- Tıbbi bakımın kaliteli olması hakkı,
- Sağlık eğitimi hakkı,

- Seçim yapabilme serbestliği,
- Gizlilik hakkı,
- Kendi geleceğini belirleme hakkı,
- Bilgilendirilme hakkı,
- Onur hakkı
- Dini destek hakkı

Bu ilke sınırları altında devletler sağlık hizmetleri sunumlarını adil olarak toplumun tüm kesimlerine ulaşmasını sağlamak için gerekli yasal tabakayı, sağlık politikaları ve işleyiş düzenini kurmakla mesuldür.

Ülkemizde 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı raporunda sağlık hizmetleri sunumu temel amaçları şunlar olarak belirlenmiştir;

- İnsan merkezilik
- Sürdürülebilirlik
- Katılımcılık
- Uzlaşmacılık
- Gönüllülük
- Güçler Ayrılığı
- Desantralizasyon
- Hizmette rekabet

Bu amaçlar ışığında sağlık hizmetleri sunumunda bireyin ihtiyaç ve beklentilerini esas alma, uygun ve faydalı sağlık sisteminin devamlılık arz etmesi, hep daha iyiyi arama ve hatalardan öğrenici sistem oturtma, hizmetlere ilişkin görüşlerin alınması ve yapıcı tartışma ortamlarının yaratılması, sağlık kurumundan faydalanan ve çalışanların zoraki değil teşvik edici şekilde sistemde yer alması, çağdaş ve değişen koşullara uyum sağlanması ve hizmet kalitesinin artırılıp maliyetlerin azaltılması hedeflenmiştir.

1.1.2.Tıbbi Standart

Tıp bilimince gerekli olduğu bilinen, ispatlanmış ve kabul edilmiş kurallar tıbbî standart olarak adlandırılıp, tıbbî standartlar hekim tecrübesi ve doğa bilimlerinin eriştiği seviye, olarak da tanımlanmaktadır (Hakeri, 2011: 288). Hasta bakım standardı ise hastanın sağlık kurumuna başvurduğu andan itibaren karşılaştığı tüm süreç boyunca sağlık kurumunun ve çalışanların uyması gereken standarttır (Saygın, 2014).

Hekimlerin uyması gereken tıbbi standartlar, bu standartların başarısız uygulanması sonucunda tıbbi hatalar oluşabileceği ve hekimlerin sorumluluklarını yerine getirmek için gelişmeleri yakından izlemesi gerektiği Biyotıp Sözleşmesi, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Hasta Hakları Yönetmeliği- HHY, TTB Meslek Etiği Kurallarında belirtilmiştir.

Tıbbi hatanın ne olduğunu belirlemek için öncelikle tıbbi bakım standardının ne olduğu belirlenmelidir (Banja, 2005: 57). Joint Commission International- JCI (2017)'in sağlık kuruluşları için belirlediği ölçütlerde; hastanenin vahim olayları ve ramak kala hataları tespit etmek ve yönetmek için önceden belirlenmiş bir süreç kullanması ve yan etkiler veya hasta ve çalışan güvenliği riskleri için önceden tanımlanmış risk yönetimi programı uygulanması gerektiği konularının altını çizmiştir.

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı nezdinde hastanelerde sağlıkta kalite standartları olarak ‘’ güvenli cerrahi, yoğun bakım skorum, güvenli doğum, partograf örneği, düşme riski ölçekleri, renkli kodlar, tanımlayıcı figürler, el hijyeni’’ gibi tıbbi standartlar kullanarak hastane içerisinde oluşabilecek tıbbi hatalar önlenmeye çalışılmaktadır.

1.1.3.Tıp Etiği

Tıp etiği sağlık alanlarındaki tutumların iyi veya kötü açısından değerlendirilmesi çabası olarak tanımlanmaktadır. Diğer deyişle tıp bilimindeki değer sorunlarının tartışılmasıdır (Aydın, 2001) . Etik kurallar, davranışları şekillendiren ve sınır oluşturan, etik ilkelerden çıkarım yapılan düzenlemelerdir. Belirli bir konudaki etik kurallar kümesine de etik kod denir (Kadioğlu, 2007).

Kodlar; kişilerin olması gereken davranış özelliklerini belirler. Bu özelliklere sahip davranışlar kurallar gibi zorunluluk değil gereklilik belirtir. Etik kod niteliği taşıyan uluslararası belgelere örnekler Dünya Hekimler Birliği-DHB Tıp Bildirgeleri, ülkemizdeki Deontoloji Tüzüğü, TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları gösterilebilir (Aydın, 2001).

Tıp etiği çerçevesinde bir unsur olan etik ilkeler, daha kuvvetle benimsenmiş ve daha sık kullanılır durumdadır, çünkü tıbbi eylemlere daha sık yol göstericidirler. Bu ilkeler farklı kesimler tarafından farklı şekilde sistemleştirilmiştir. Etik akademik çalışması yapanlar arasında dünya çapında çoğunlukla benimsenen dört ilke şunlardır;

- Yarar sağlama,
- Özerk olma ve başkalarının özerkliğine saygı gösterme,
- Zarar vermeme,
- Adil olma (Kadioğlu, 2007)

Yarar sağlama ilkesi biryana zarar vermeme ilkesi hasta güvenliğinin sağlayan başlıca öğelerden birisidir. Tıp etiği temel ilkeleri, hem kurala bağlanmamış olaylara karar vermelerde de yol gösterici hem de kuralların genel çerçevesini oluşturmada yardımcı olur (Aydın ve Ersoy, 1995; Kadioğlu F ve Kadioğlu S, 2001'den Yıldırım ve Kadioğlu, 2007).Ve bu ilkeler arasında hiyerarşi bulunmamaktadır (Yıldırım, Kadioğlu, 2007).

1.1.4.Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu

Tıbbi müdahale, kişilerin sağlığındaki ortaya çıkması muhtemel hastalıkları önlemek, eksikliği teşhis ve tedavi etmek; hastalığın ilerlemesini önlemek ya, kanuni yetkiye sahip kimselerce tıp biliminin genel kural ve esaslarına göre gerçekleştirilen her türlü faaliyettir (Hakeri, 2009: 21; Çakmut, 2003: 24).

Hukuka uygun tıbbi müdahale, *“kişileri hastalık, sakatlık ve diğer istenmeyen tıbbi durumlardan koruma, bu durumlar olmuşsa teşhis ve tedavi etme, iyileşmeden sonraki sosyal iyilik halinin devamını sağlama gibi meşru sebeplerle; komusunda eğitim almış kişiler tarafından, tıp bilimi çerçevesinde hasta izni dâhilinde*

gerçekleştirilen; kişinin beden ve ruh tamlığını etkileyen filler” olarak tanımlanmıştır (Savaş, 2011: 41).

Tıbbi uygulamanın hukuka uygun olmasına dair birçok farklı sınıflandırma bulunmaktadır. Bunların tümü iki genel temele dayanmaktadır; hekimin mesleğini yerine getirme hakkı ve hastanın yaşama, kendini geliştirme ve geleceği üzerinde karar verme hakkı.

Hekimin mesleğini yerine getirme hakkı kapsamında; 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’da tıbbi müdahaleye ehil olma şartları belirtilmiştir. Buna göre, *“Bir tıp fakültesinden mezun olup diploma almak ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak, Türk olmayanlar için ise dışarıda aldıkları diplomalarının denkliğini onaylatmış olmaları”* Türkiye’de hekimlik yapmak için yeterlidir. Kanuna göre bu vasıfları taşıyan her hekimin tıbbi müdahale hakkı vardır. T.C. Anayasası 27. maddesine göre herkes bilim, sanat serbestçe öğrenme ve öğretme, açıklama, yayma, bu alanlarda her türlü araştırma hakka sahiptir. Türkiye’de hekimin mesleki uygulamaları dolayısıyla yüklenmesi gereken sorumluluk kanunlarca ve meslek etik kurulunca düzenlenmiştir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 2. maddesine göre, *“Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve dış tabibi hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevki ne olursa olsun muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.”*

6119 sayılı adli Müessesesi Kanunu, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Türk Tabipler Birliği Kanunu, Hususi Hastaneler Kanunu, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Tababet Uzmanlık Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği, Yataklı Tedavi Kurumları İşletmeciliği Yönetmeliği’nde hekimin mesleğini yerine getirme hakkı, bu hakkın sınırları ve mesleki icranın uygulama düzenlemeleri yapılmıştır. Bu kanuni düzenlemelerin dışında ‘serbest çalışan bir hekimle bizzat hasta veyahut refakatçisi, hekime ödenecek bir bedel karşılığında tıbbi teşhis ve tedavi edimini yerine getirme yükümlülüğü altına sokan sözleşmeye ‘hekimlik sözleşmesi’ denir (Demir, 2008: 233). Hekim ve hasta arasındaki bu

sözleşme kanunla düzenlenmemiş, atipik, bir sözleşmedir. Normal şartlar altında, hekimlik sözleşmesi iyileşme vaat etmeyen bir sözleşmedir ve bu yönüyle estetik cerrahın zorunlu olmayan girişimlerinin taşıdığı eser sözleşmesinden ayrılır (Aşçıoğlu, 1993: 17; Demir, 2008: 238). Yani bu durumda da hekim, sonuç hakkında hastaya vaatte bulunduğundan bu vaadi gerçekleştirme borcu altına girmiştir. Hekim yukarıda sıralanan şartlara uygun bir tedavi uygulamış, standart bakımı aşan bir vaatte bulunmamış; ancak yine de komplikasyon doğmuş ise, bundan sorumlu tutulmaz (Polat, 2005: 77).

Hastanın geleceği üzerinde karar verme hakkında ise; kişi kendi geleceğini belirleme hakkı hukuki dayanağını T.C. Anayasası'nın 17.maddesinde düzenlenen herkesin yaşama ve vücut bütünlüğü koruma hakkından ileri gelerek tıbbi uygulamanın hukuka uygunluğunu belirleyen temel koşul hastanın konu olan uygulamaya vereceği rızadır (Erman, 2003; T.C. Anayasası 1982). Hasta rızasının geçerli olabilmesi için rızayı bildirmeye ehli olması, kendi üzerinde yapılacak tıbbi müdahalenin önemini ve sonuçlarını kavrayıp karar verebilecek yaşta ve zeka düzeyinde olması gerekir. Buna ‘‘rıza ehliyeti’’ denir (Medeni Kanun, 2009). Kamu şahsiyetinin haksız fiil sonucu ihlal edilmesine karşın korunma HHY 22. maddesindeki ‘‘rıza olmaksızın tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz’’ ibaresinden gelmektedir (HHY, 1998).

1.2.Hasta Güvenliği

WHO, hasta güvenliğini sağlık hizmetleriyle ilgili hataların ve advers etkilerin önlenmesi olarak tanımlamıştır (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety> 17.02.2018). Sağlık hizmetlerinin temelinde yer alan hasta güvenliği, tıbbi hataların engellenmesini yani sunulan hizmetin hastaya yarar yerine zarar vermesinin ve engellenmesi anlamında kullanılmaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007) . Sağlık hizmetleri toplum faydasına olmanın yanında hizmet sunumuyla ilişkili süreçler, teknolojiler ve birlikte çalışan birçok meslek grubunun dahil olduğu bu sürecin karmaşık bileşimi dolayısıyla hata ve istenmeyen olayların ortaya çıkması riski bulunmaktadır (Akalin, 2004; ICN, 2006). Sağlık hizmetlerinin acil ve ertelenemez olması, yüksek uzmanlaşma gerektirmesi, işlevsel bağımlılığın

fazla olması, sektörel işbirliği gerektirmesi ve yüksek teknolojilerin kullanılması gibi karmaşıklık, bu hassas süreçte hatalara yol açabilmektedir.

Nüfusun ve hastaneye taleplerin çoğalmasıyla birlikte tıbbi hataların dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu düşünülmektedir (Kohn ve ark, 2000). Her yıl, kabul edilemez bir sayıda hasta güvensiz, kalitesiz ve çoğu önüne geçilebilir hizmetlerden dolayı yaralanır, hatta ölür. Her sene klinik hatalardan kaynaklanan ölümler; trafik kazaları, AIDS ya da meme kanserinden kaynaklanan ölümleri geçmektedir (IOM, 2000).

Çin Yüksek Mahkemesinin elektronik veri tabanında 26 Kasım 2016'ya gelindiğinde, 20 milyondan fazla tıbbi hata dava kaydına sahip olduğu görülmüştür (China judgments online Beijing: Supreme People's Court; 2016. <http://wenshu.court.gov.cn/>). Tıbbi hatalar Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ölümlerde önde gelen üçüncü nedendir. Birleşik Krallık'ta son tahminler her 35 saniyede bir ortalama bir hasta, hastanede zarar gördüğü bir olay olduğunu bildirmiştir. Dünyada hastanede yatan her 10 hastanın biri tıbbi hatalardan zarar görürken bunların, en az % 50'si önlenabilir durumlardır. Advers olayların sıklığı ve önlenebilirliğine ilişkin bir araştırmada 26 düşük ve orta gelirli ülkede advers olay oranı % 8 civarında olup, bunların% 83'ü önlenabilir hatalar olarak tespit edilmiş,% 30'u ölümle sonuçlanmıştır. Dünyada yılda 421 milyon hastaneye yatışın gerçekleştiği ve bu hastaneye yatırma sırasında hastalarda yaklaşık 42.7 milyon yan etki meydana geldiği tahmin edilmektedir. Tüm advers olayların yaklaşık üçte ikisi düşük ve orta doğu ülkelerinde görülür. Yapılan tıbbi yanlışlardan hasta yakınları da etkilenebilmektedir. Hastaların ve ailelerin kapasite ve üretkenlik kaybıyla sonuçlanan yaşamlar veya kalıcı sakatlık kaybıyla ilişkili zararın maliyetinin her yıl bir milyar dolara ulaştığı tahmin edilmektedir. Dahası, hasta ve ailesi için, sevilen birini kaybetmek veya kalıcı sakatlık ile baş etmeyle ilişkili olarak psikolojik maliyetleri ölçmek daha zordur (WHO-Patient Safety Making Health Care Safer,2017).

Tıbbi hatalar fiziksel ve psikolojik zararların dışında milyarlarca dolarlar ekonomik kayıplara da yol açmaktadır. Yetersiz bakımla ilgili tıbbi masraflar hakkında yapılan araştırmalar, hastanelerde ek hastaneye kaldırma, dava masrafları,

hastanelerde edinilen enfeksiyonlar, gelir kaybı ve engellilik giderlerin yılda 6 milyar dolardan 29 milyar dolara kadar mal olduğunu görülmektedir. Sağlık hizmetlerine saygınlığın ve güvenilirliğin kaybedilmesi, güvensiz sağlık hizmetinin neden olduğu ek hasar biçimlerindedir. Mevcut kanıtlar, Avrupa'daki hastane harcamalarının% 15'inin güvenlik kazalarının düzeltilmesine ayrıldığını göstermektedir. Birleşik Devletleri güvenlik iyileştirmeleri yaparak, 2010-2015 yılları arasında Medicare hastanelerinde tek başına 28 milyar ABD doları tasarruf sağlamıştır(WHO-Patient Safety Making Health Care Safer,2017). Türkiyede hekim istemlerinin bilgisayara girilmesi ve karar destek sistemini uygulaması tıbbi hataları yaklaşık %83 azalttığı saptanmıştır (Top, Gider, Taş, Çimen ve Tarcan, 2009).

Hekimlerin ölümcül bir hata yaptıklarında mesleki performanslarının düşmesi, işten ayrılma, yıllarca sürebilecek duygusal bir bunalım yaşayabilmektedirler (Warburton, 2009: 224). Tıbbi hata yapıldığı algılanması sonucunda tükenmişliğin arttığı ve empatinin azaldığı; bunun da çalışanları daha çok tıbbi hatalara sevk ettiği görülmüştür (West vd, 2006). Çalışanlardaki yorgunluk, uykusuzluk, uzun mesai saatleri ve stres tıbbi hata algılarını etkilemektedir (Landrigan vd,2004; West vd, 2009).

Tıbbi hataların bildirilmesi ile ilgili korkular bulunmaktadır, bunlar iyileşmede ilerlemeyi ve hata önlemeyi öğrenmeyi engeller (WHO-Patient Safety Making Health Care Safer,2017). Hasta güvenliğine yönelik ihmal ve hataların bu derecede yüksek boyutta hasarlarına acilen önlem alınması için çalışmalar yapmak gerekmektedir. Hasta güvenliği konusunu münakaşa edecek ortamlar oluşturularak, personellerin, hastaların ve refakatçilerin bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir (Birgili, 2010: 59). Hasta güvenliğine yönelik çalışmaların başarılı olabilmesi, “problemin ölçüsüne yönelik farkındalığı arttırmak ve hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıracak, suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir kültür geliştirmekle birlikte raporlamaları arttırmakla mümkün olabilecektir” (WHO World Alliance For Patient Safety-Forward Programme, 2006). Hata raporlama sistemleri, çalışanların eksik yanlarının tespit edilmesi, güçlü yanlarının keşfedilmesi, organizasyon içinde verilecek işlerin belirlenmesinde yol gösterici bir araç olmakla beraber hastaneler için önemli referans kaynağı olacaktır (Adıgüzel, 2015).

Hataların bildirilmesine en büyük engel sağlık çalışanlarının; disiplin cezalarından, davalardan ve sorumluluk almaktan korkmasıdır (Hobgood ve ark, 2004). Tıbbi hata yapanların %81,5'i raporları doldurmadıklarını, %71,4'ü "personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar" ifadesine "katılıyorum" şeklinde yanıt vermiştir (Çakır ve Tütüncü, 2009). Kılıç'ın yaptığı çalışmada "hata oluştuğu zaman önlenirse bildirilmesine gerek olmağı" düşüncesine hekimlerin %46,9'u, hemşirelerin %56,4'ü katılmaktadır (Kılıç, 2009). Hastanelerde hata bildirim sıklığına bakıldığında, %12'si hastaya zarar verebilecek düzeyde bir hata gerçekleşip zarar vermeden atlatıldığında her zaman raporlanmaktayken; %19'u hata hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde asla bildirilmemektedir veya %39'u nadiren bildirmektedir (Çakır ve Tütüncü, 2009). Ayrıca tıbbi hata bildiri yapan hekim ve hemşirelerin, yöneticilerden geri bildirim alamadıklarını ifade eder (Reason, 1998).

Ertem ve Öksel'in (2009) basına yansıyan tıbbi hatalar üzerine retrospektif inceleme çalışmasında 1 Ocak 2000 ve 31 Aralık 2007 tarihlerinde tıbbi hata yapan kişilerin %65,2'sinin hekimler olduğu, hatanın uygulandığı klinik alanların %43'ü ameliyathane cerrahi bölümünde gerçekleştiği, hataya maruz kalanların %65'inin hastanede kalma sürelerinin uzamış olduğu, hatalı uygulamaya maruz kalan kişilerin %49'unun öldüğü gözlenmiştir.

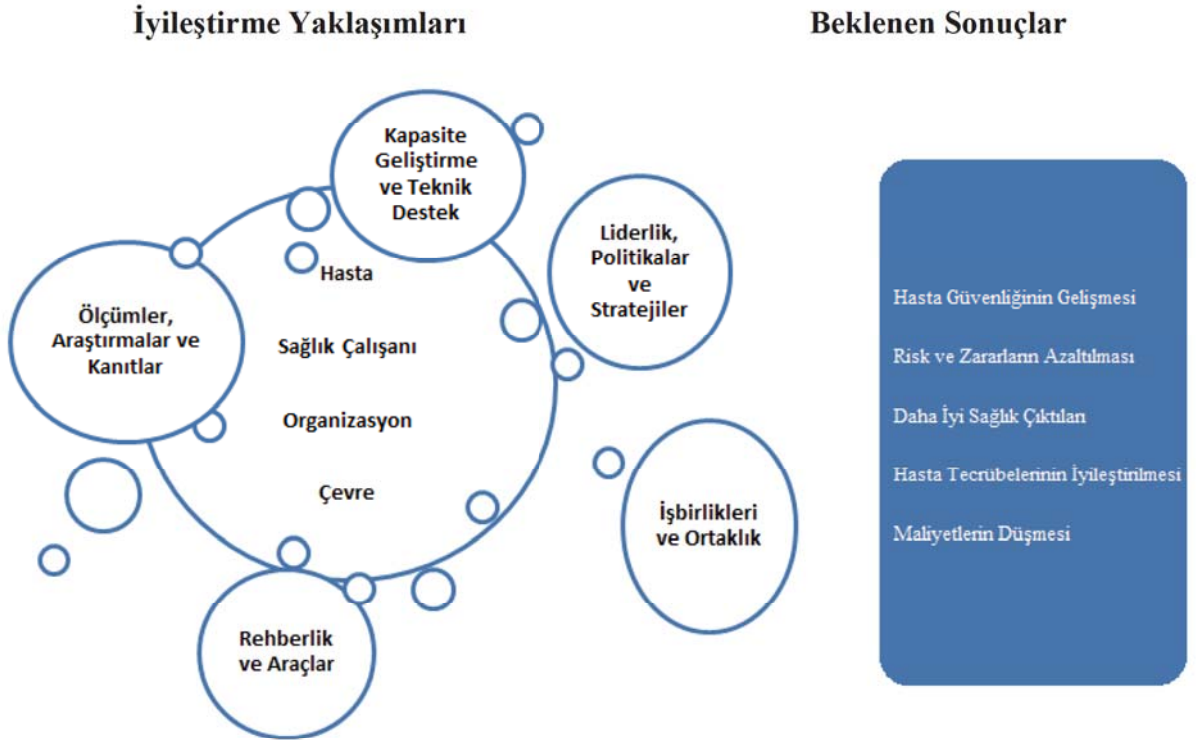
Vural vd (2014)'nin yaptığı çalışmada 200 sağlık çalışanının %75,5'i hataların çoklu sistem sorunlarından kaynaklandığını ve bireylere mal edilmemesi gerektiğini belirtirken Bodur vd (2011)'nin yaptığı çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin %55,8'i ve bu personellerden hizmet alan sağlıklı bireylerin %49,7'si tıbbi hatalarda kişiler ve kurumların birlikte sorumlu olduğunu ifade etmişlerdir.

Yıldırım, Aksu, Çetin ve Şahan (2009)'ın Tokat'da hekimler ile birlikte yaptığı çalışmada malpraktis sonucunda maaş kaybı, tıbbi maliyetler ve yaşam bakım maliyetleri, görme kaybı, organ veya uzuv kaybı, yetersizlikten veya sevgisizlikten dolayı yaşamdan hoşlanmada azalma, şiddetli ağrı ve duygusal bozukluklar gibi fiziksel ve psikolojik bozukluklar içeren ekonomik olan ve olmayan zararlar oluştuğunu belirtmelerinin yanında, katılımcı hekimlerin %60'ı tıbbi uygulama hataları ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgilerinin

olmadığını,%66,7'si tıbbi uygulamadan kaynaklanan dava açılması veya dava açılma endişesinin hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetine zarar verdiğini ifade etmiştir.

Özgönül (2010)'ün tıp ve hukuk profesyonellerine yaptığı çalışmada katılımcıların %64,80'i Türkiye'deki tıbbi hataların önemli boyutta olduğunu düşündüğü, %74,5'i tıbbi hata nedenlerini sistem yetersizliklerine bağladığı; katılımcı hekimlerin %17,1'i hastayla tıbbi hatayı paylaştığını belirtmiştir. Hukuki yaptırımların tıbbi hataları azaltacağı görüşüne katılımcıların %63,4'ü inanırken, hataların hastaya söylenmesi tıp bilimine olan güveni azaltmayacağına katılımcıların %74,7'si katılmaktadır.

WHO (2017) *"her hastanın, her yerde, her zaman risk ve zarar vermeden güvenli sağlık hizmeti aldığı bir dünya"* vizyonu ve *"hasta güvenliğinde sürdürülebilir gelişmelerin kolaylaştırılması ve hastanın zarar görmesini önlemek için risklerin yönetilmesi"* görevlerini benimseyerek, WHO Hasta Güvenliği ve Risk Yönetimi birimi hasta güvenliği için izlenecek iyileştirme yaklaşımlarını ve beklenen sonuçlarını şu şekilde ifade etmiştir (Bkz, Şekil 2.) ;



Şekil 2. İyileştirme Yaklaşımları ve Beklenen Sonuçlar

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı hata bildirimini veri toplamasını iki şekilde izlemektedir; indikatörler ve güvenlik raporlama sistemi. İndikatörlere örnek olarak hastane enfeksiyonları, kan ve vücut sıvıları ile temas, kesici-delici alet yaralanması ve düşmeler örnek verilebilir. Hastane Hizmet Kalite Standartları (HKS) gereği tıbbi süreçlerde yapılan hata bildirimlerini ulusal boyutta toplama, elde edilen bildirimlerin değerlendirilerek yeni kalite standartlarının geliştirilmesi, tıbbi hatalar konusunda sağlık çalışanlarında farkındalık uyandırma gayeleri doğrultusunda sağlık kurumlarının ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları isim belirtmeden bildirebilecekleri, hata sınıflandırmayı temel alan Güvenlik Raporlama Sistemi 23 Mart 2016 tarihi itibari ile kullanıma açılmıştır. GRS, sağlık personellerinin ip adresi, lokasyon bilgisi, kişi adı vb. hiçbir kişisel bilgi verilmeden tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri platformdur. Zorlayıcı ve cezalandırıcı bir imajın dışında gönüllülük esasına dayanan, hata bildirimini kolaylaştıran ve arttıran vizyon amaçlanmıştır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012).

15 Haziran 2018 tarihine dek GRS'ye 234767 hata bildirimini yapılmıştır. Bunların cerrahi hatalar kısmının %41,09'u cerrahi asistanları; ilaç hatalarının %43,25'i, laboratuvar hatalarının %69.06'sı ve hasta güvenliği hatalarının %30.76'sı hemşireler tarafından yapıldığı bildirilmiştir. En sık bildirim yapılan güvenlik hataları Tablo 1.'de belirtilmiştir.

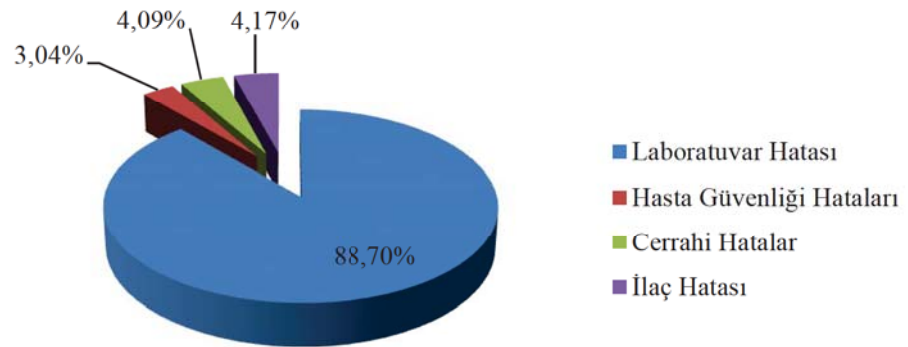
Tablo 1. En Sık Yapılan Tıbbi Hatalar Ve Sınıflandırılması

Cerrahi Güvenlik Hataları	İlaç Hataları	Laboratuvar Hataları	Hasta Güvenliği Hataları
Ameliyat bölgesinin/tafaının işaretlenmemesi	Hatalı doz istemi	Hemolizli numune	Hastanın düşmesi
Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması	Yanlış ilaç istemi	Pıhtılı numune	Hastanın yanlış kimliklendirilmesi
Ekip üyelerinin kendini tanıtmaması	İletişim eksikliği	Yetersiz numune	Bakım/televi gecikmesine bağlı olarak hastada komplikasyon gelişmesi
Malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrol edilmemesi	Yanlış ilaç hazırlanması	Hatalı test istemi	Bakım/televi uygulaması öncesinde hasta kimliğinin doğrulanmaması
Gerekli cerrahi	Eczaneden	Uygunsuz	Hasta tesliminin uygun

profilaksinin uygulanmaması	yanlış ilacın transferi	alınmış numune	yapılmaması
Cerrahi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi	Elektronik ortamda yanlış ilaç seçimi	Hatalı numune kabı/tüpü	Arızalı ekipmanın zamanında onarılmaması/değiştirilmemesi
Anestezi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi	İlaçların yanlış paketlenmesi	Numune alma zamanının kaydedilmemesi	Hastanın asansör arızası nedeni ile mahsur kalması
Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi	Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu	Zamanında verilmeyen sonuç	Yapılan bakım/tedavinin tıbbi kayıtlara hatalı işlenmesi
Gerekli DVT-profilaksisinin uygulanmaması	Okunaksız el yazısı	Patoloji istek formunun düzenlenmemesi	Hastanın temel bilgilerinin yanlış kaydedilmesi
Antikoagülan kullanımının sorgulanmaması	Sözel istemin yazılı hale getirilmemesi	Hatalı kayıt	

Buna göre en sık yapılan hatalar, cerrahi alanda işlemi ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi; ilaç alanında hatalı doz istemi; laboratuvar alanında hemolizli numune; hasta güvenliği alanında ise hastanın düşmesidir.

Sınıflandırma Sistemi Bazında Hata Dağılımına göre en sık yapılan tıbbi hataların %88,70 laboratuvar hatası,%4,17 ilaç hatası, %4,09 cerrahi hatalar ve %3,04'ü hasta güvenliği hatalarıdır. (Bkz, Şekil 3.)



Şekil 3. Sınıflandırma Sistemi Bazında Hata Dağılımı (GRS, 2018)

Bu doğrultuda JCI Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerini şu şekilde açıklamıştır (JCI, 2018);

- Hasta Kimliklendirilme doğruluğunun geliştirilmesi
- Hizmet sağlayıcılar arasında etkili iletişimin artırılması
- İlaç kullanım güvenliğini iyileştirilmesi
- Doğru-taraf ve hasta cerrahisi prosedürlerinin sağlanması
- Hastaların düşme kaynaklı zarar görme riskinin azaltılması
- Klinik alarm sistemleri ile ilişkili zararı azaltmak
- Sağlıkla ilişkili enfeksiyon riskini azaltılması
- Hastane, hasta popülasyonunda bulunan güvenlik risklerinin tanımlaması.

WHO Genel Müdürü Ghebreyesus'un (2018) 6. Dünya Hasta Güvenliği, Bilim ve Teknoloji Zirvesi'nde yaptığı konuşmasında tıbbi hatalar konusunda şu hususlara dikkat çekmiştir;

“Şu anda dünya çapında ölüm ve yaralanmaların önde gelen 14. nedeni olduğu tahmin edilen sağlık alanındaki tıbbi hataların, tüberküloz ve sıtma ile aynı seviyede hastaya zarar vermektedir. Dünyada her yıl tahmini 421 milyon hastane yatış söz konusudur ve bunların ortalama 10'da 1'i yan etkilere maruz kalmaktadır. İnsanlar sağlık hizmetlerinin güvenli olduğuna emin olmadığı durumlarda sağlık kurumlarına başvurmamaları, evde hastalık durumlarının daha da kötüye gitmesi ve başkalarına bulaştırmalarına yol açar. Bu da daha fazla hastalık yükü ve maliyet oluşturmaktadır. Bunun en büyük örneği 2014 ve 2015 yıllarında Batı Afrika Ebola salgını sırasında birçok hastanın, hasta güvenliğinden şüphe ettiği için evde kalmasının yıkıcı bir sonuca mal olmasıdır.”

Hasta güvenliğinin sağlanması için kısa yollar ve hızlı düzeltmeler bulunmadığı belirtilmiştir. Ancak, hataları önleyebilecek ve insanları güvende tutulabilecek ortamı yaratan beş yapı taşı önerilmiştir, bunlar;

1. Doğru hasta güvenlik kültürünü yaratacak kararlı liderler desteklenmeli.

2. Açık politikalar oluşturulmalı ve her sağlık çalışanı, hastaları güvende tutmak için en iyi kanıtlara dayanarak en iyi uygulamaları bilmeli ve anlamalı. Tıbbi hataları raporlamayı ve hatalardan öğrenmeyi teşvik edecek politikalar oluşturulmalı ve bu durumlar gerçekleştiğinde ne yapılması gerektiği belirlenmeli. Tıbbi hataları bildirmeye yönelik teşvikleri arttıran kültür yaratılmalı.

3. Veri odaklı iyileştirmeler yapılmalıdır. Sağlam veri sistemleri kurulmalı, neyin işe yarayıp neyin işe yaramadığını izlenmeli, böylece sürekli olarak öğrenilebilir ve düzenleme yapılabilir.

4. Yeterli sayıda, yetkin ve şefkatli sağlık çalışanları sağlanması çok önemlidir. Tüm sağlık çalışanlarına işlerini yapabilme yeteneklerini en iyi şekilde yerine getirmeleri için gerekli koşullar, beceriler, eğitimler ve araçlar verilmelidir.

5. Tedavi süresince hasta ve hasta aileleri sürece dahil edilmeli. İnsanlar kendi bakımlarının sorumluluğunu almaya dahil edildiğinde, dinlendiklerinde, bilgilendirildikleri ve danışıldıklarında, ihtiyaçları ve tercihlerine saygı gösterildiğinde, hata ve zarar olasılığı önemli ölçüde düşmektedir.

1.2.1.Hasta Güvenlik Kültürü

Tıbbi hataların önlenmesi, öncelikle hataların kabullenmesi ve onlardan deneyim kazanılmasıyla mümkün kılınacaktır. Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlamak, davranış ve tutum değişimi gerektirdiği için belli bir süreci gerekli kılmaktadır. Bu nedenle güvenli sağlık hizmeti sunmanın ilk adımı hasta güvenliği kültürünü oluşturmaktır (Akalin, 2005).

Bir organizasyonun güvenlik kültürü; bireysel ve grup değerlerinin bir ürünüdür. Hasta güvenlik kültürü tutum, algı, yetkinlik, davranış örüntüsünü ve bir organizasyonun sağlık ve güvenlik yönetiminin taahhüdünü, stilini ve yetkinliğini belirleyen davranış modelleridir (Health and Safety Executive, 2002). JCI Güvenlik kültürünü, bir organizasyonun ne olduğu ve güvenliği için peşinde koştuğu şeylerin toplamı olarak tanımlamıştır ([www. Jointcommission .org/ Library / TM _ Physicians / tmp_11_06.html](http://www.Jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.html)). Güvenlik kültürü, kurumda bir şeyleri yaparken kullanılan yoldur (Clarke, 2006; Healthcare Risk Control, 2005). Kültür edinilip ve kabullendikten sonra basitçe değişim göstermemektedir. Aynı kültürü benimseyen

çalışanlar, değişimlere mukavemet göstermekte ve yeni değişimleri edinmeleri uzun sürebilmektedir (Şekercileröglü, 2001). Bu nedenle güvenlik kültürünün oluşmasında sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusunda bilgilendirilmiş ve yeterince mesleki eğitim almış olması önemli bir unsurdur.

Başta kurum liderleri olmak üzere hasta güvenlik gerekliliği ve önemi altı çizilerek, riskli müdahaleleri belirlemek, oluşabilecek hataları azaltmak için programlar tasarlamak, müdahale sırasında oluşabilecek tıbbi hataların çekince olmadan bildirildiği bir ortam yaratmak ve bu çalışmalara yeterli kaynak ayırarak güvenlik standartlarını belirlemek güvenlik kültürü oluşturmanın baş unsurlarıdır. Kurumun tüm çalışanları hasta güvenliği konusunda bilinçlendirilmeli; hastane yönetimi, tıbbi personeller, hasta ve hasta yakınlarının birbirleriyle iletişimi artırılmalıdır. Yönetimin yapılan tıbbi hata durumundaki olumlu tutum, çalışanların hataları rapor etmeyi, geri bildirimlerin olumlu sonuç doğurmasını arttıracaktır (Adıgüzel, 2015).

1.2.2.Hasta Güvenlik İklimi

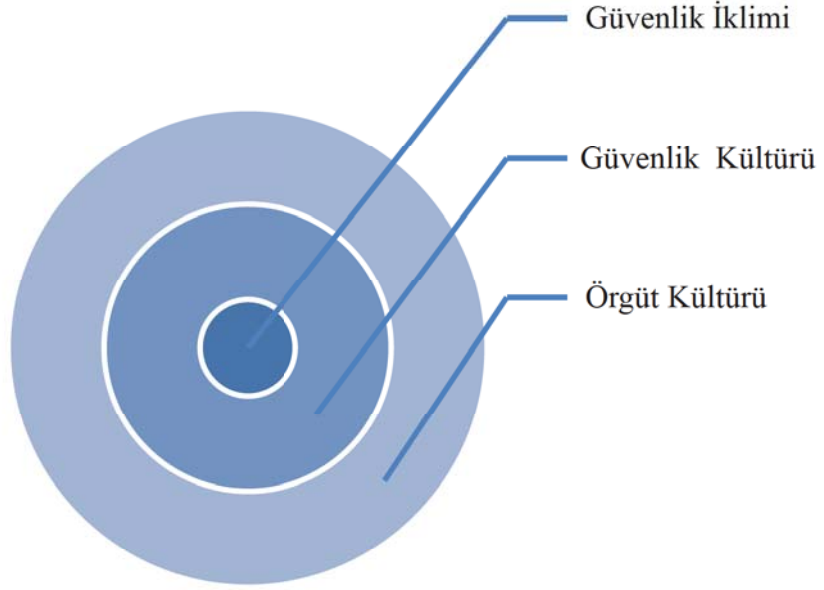
Kavramı ilk defa dile getiren Zohar'a göre güvenlik iklimi, çalışanların örgüt güvenliğine yönelik işyerlerindeki ortamlarına dair sahip oldukları bilgilerdir (1980: 101). Güvenlik iklimi diğer bir kaynakta güvenli iş ortamını sağlayacak olan kuralların oluşturulması olarak tanımlanmıştır (Williamson vd, 1997). Güvenlik iklimi çevre, ekonomi ve uygulama gibi dış faktörlere göre değişimler göstermekle birlikte çalışanların çalışma güvenliğine ilişkin psikolojik algısını da yansıtır (Karadal ve Merdan, 2017).

Güvenlik kültürü ve iklimi birbiri yerine kullanılıp, karıştırılsa da akademik anlamda farklı terimlerdir. Güvenlik iklimi tam olarak kültürü karşılamasa da güvenlikle ilgili değerler ve inançların durumu hakkında bilgi verir. Güvenlik iklimi çalışma ortamında kazanılan güvenlik kültürüyle sağlanabilir. Bir departmanda yürütülen günlük işlerde, uygulanan prosudur ve talimatlar güvenlik kültürü yansımaları iken; güvenliğe verilen önemi yansıtan prosüdür ve uygulamalara ilişkin ortak algılar ise güvenlik iklimidir (Tak ve Bilçin, 2010). Örgüt kültürü çok daha uzun soluklu birikimleri, değişmesi zaman alan tutumlar ifade ederken iklim anlık durumu temsil eden hızlı ve kolay değişen algılar olarak düşünülmelidir (Olive vd,

2006:133; Guldenmund, 2000). Zaman içerisinde kazanılmış olumlu veya olumsuz örgüt kültürü de örgüt iklimini etkilemektedir (Türen vd, 2014).

Yönetimin güvenlik algısı ve bu uzantıda yaptığı uygulamalar, örgütün güvenlik kültürünü dolayısıyla da güvenlik ikliminin şekillenmesinde kilit rol oynar.

Şekil 4.'de güvenlik kültürü ve güvenlik klmi arasındaki ilişki gösterilmiştir;



Şekil 4. Örgüt Kültürü, Güvenlik Kültürü, Güvenlik İklimi ve Güvenlik Yönetimi Uygulamaları Arasındaki İlişki (Yorulmaz vd, 2016)

Güvenlik ikliminin pozitif algılandığı örgütlerde, çalışanların daha az iş kazasına uğradıkları veya yaşadıkları iş kazalarını daha kolay ve fazla rapor ettikleri gözlemlenmesinden ileri gelerek (Zhu, Fan, Fu ve Clissold, 2010) güvenlik iklimi algısı, doğrudan güvenlik davranışını veya güvenlik performansını etkiler denilebilir. Bunun yanında, güvenlik iklimi çalışanların performansı, örgütsel bağlılıkları ve iş tatminleri üzerinde de etkili olduğu tespit edilmiştir (Michael vd, 2005).

Sağlık kurumunu içerisinde yapılacak tüm çalışmalarda hasta güvenliğinin temel unsur olması gerekmektedir. Bu konuda ki çalışmalara kurumun doğrudan hastalarla temas halinde olan departmanlarından çalışanları koordine eden hastane yönetimine kadar herkesin katılması kültürün oluşmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bir sağlık kuruluşunda, hasta güvenliği iklimini oluşturmak veya

değiştirmek için en önemli adım idarecilerin desteği olup, bunun yanında güvenlik kültüründe en önemli belirleyicileri güvenlik algısı ve birimler içindeki takım çalışmalarınıdır (Birgili, 2010: 70).

1.3. Tıbbi Hata Sınıflaması

Kaynaklara göre tıbbi hataların birkaç sınıflandırması vardır.

1980’li yıllarda herkes iş kazaları nedenlerinin insan kaynaklı olmasını beklerken hatanın sistemden kaynaklandığının anlaşılmasından sonra sistemlerin kusursuz tasarlanmış olduğu ve asla hata olmayacağı fikri gizli hatalar kavramını ile yıkılmıştır (Leape, 1994: 1854). Karmaşık örgütlerden biri olan sağlık kuruluşlarında kullanılan teknolojik cihazların, tedavi aşamalarının, ilaç uygulamalarının gizli hatalara yol açma ihtimali olduğu gibi sağlık kuruluşlarının yönetimi ile ilgili süreçlerde de gizli hatalara yol açabilen uygulamalar olduğu görülmüştür.

Reason (1990: 28) tıbbi hataları 2 sınıfa ayırmış ve ilk kez aktif ve gizli hatalardan bahsetmiştir. Reason’a göre; ön cephedeki sağlık personelleri düzeyinde gerçekleşen aktif hataların etkileri o an hissedilir ve ölçülmesi kolaydır, çünkü o an ve mekânla sınırlıdır. Gizli hatalar ise, tıbbi personellerin kontrolü dışında oluşan ve yetersizlik, yanlış kurulum, hatalı bakım, yanlış idari yönlendirmeler gibi sorunları içeren hatalardır. Gizli hataları ölçmenin zor olmasının sebebi hasta bakımıyla doğrudan ilişkili görünür bir hataya sebep olana kadar fark edilmesinin büyük zaman almasıdır. Zaten hata oluştuğu fark edildiğinde bu artık gizli bir hata değildir. Leape (1994: 1854) gizli hatalar için “olmak için bekleyen hatalar” derken, Reason (2000: 395) “yerleşik patojenler” isimlendirmelerini yapmıştır.

Gizli hatadan söz edebilmek için birtakım kurumsal beklentinin olması, bu beklentilerden sapma olması ve hatanın doğrudan bir sonucunun bulunmama unsurlarının olması gerekmektedir (Ramanujam ve Goodman, 2003: 817).

WHO’nun (2005) yayınladığı rapora göre, gizli hatalar ciddi bir yaralanma veya ölüme sebep olmadan önce yaklaşık 300 kez gerçekleşmektedir. Ramak kala hataların, kazalardan daha sık yaşanmasının hızlı veri elde etmeyi kolaylaştırması, hatalara yol açan sebepler zinciri ile kazalara yol açan sebepler zincirinin benzer olmasının bilinmesi, bu sebepleri ortadan kaldırılarak kazaların yaşanmasının

önlenebilir olması ve ramak kala hatalar yüzünden herhangi bir kimsenin zarar görmediği için sağlık profesyonelleri bu hataları bildirmek konusunda kazaları bildirmekten daha istekli olabilmesi ramak kala hataların raporlanması ve kayıt altına alınmasının önemini gösterir, hata öncesi önlemler alınarak pek çok tıbbi hatanın meydana gelmesi engellenebilir. Ramak kala hataların bildirilmesini teşvik edecek sistemler oluşturarak sağlık kuruluşlarında uygulanmasını sağlamak büyük önem taşımaktadır (Habraken vd, 2010:1302).

Reason (1990)'ın geliştirdiği **İsviçre Peyniri Modeli**'ne göre gizli hata kaynakları, hataları tetikleyerek aktif hataların ortaya çıkmasına yol açar. Bu modele göre sağlık sistemlerinde bazı eksiklikler vardır ve bu eksikliklerin tamamlanmaması sonucunda aktif hatalar meydana gelir. Her hata olasılığına karşılık önlem alınmalı ve o hata engellenmelidir. Eğer hasta, sürecin her aşamasında bilgilendirilir ise, kendisini tıbbi hatanın oluşmasını önleyen bir bariyer olarak kullanacaktır. Bu model hataların azaltılması için bireye değil sisteme odaklanır. Bu yaklaşıma göre, sistemler bireylerin hata yapmasına izin vermeyecek şekilde tasarlanmalıdır.

Leape ve arkadaşlarına göre tıbbi hatalar 4 e ayrılır. (Leape vd. ,1993)(Bkz, Şekil 5.)

Tanı hataları	Tedavi hataları	Profilaktik hataları	Diğer hatalar
<ul style="list-style-type: none">• Tanıyı erteleyen hatalar• Sonuçlardaki eksiklikler• Güncel olmayan testlerin kullanılması• Testlerin takibindeki hatalar	<ul style="list-style-type: none">• İlaç dozu/ metodu• Uygun olmayan bakım	<ul style="list-style-type: none">• Profilaktik tedavilerde ve eksik izlem veya tedavinin takibinde görülen hatalar	<ul style="list-style-type: none">• İletişim sorunları• Ekipman eksikleri• Diğer sistem yetersizlikleri

Şekil 5. Tıbbi Hata Türleri

Hata türü açısından tıbbi hatalar beş grupta incelenmektedir (Akalin, 2005).

- Tanı koymada hatalar,
- İlaç hataları,
- Cerrahi hatalar,
- Sistem yetersizliğine bağlı hatalar,
- Diğer hatalar (transfüzyon hataları, düşmeler ve enfeksiyonlar).

Tıbbi hataların, kök nedenlerine göre ise tıbbi hatalar üçe ayrılırlar:

İşleme bağlı hatalar; Yanlış işlemi yapma,

İhmale bağlı hatalar; Doğru işlemi yapmama,

Uygulamaya bağlı hatalardır; Doğru olan işlemi yanlış uygulama (NPSF, 2007).

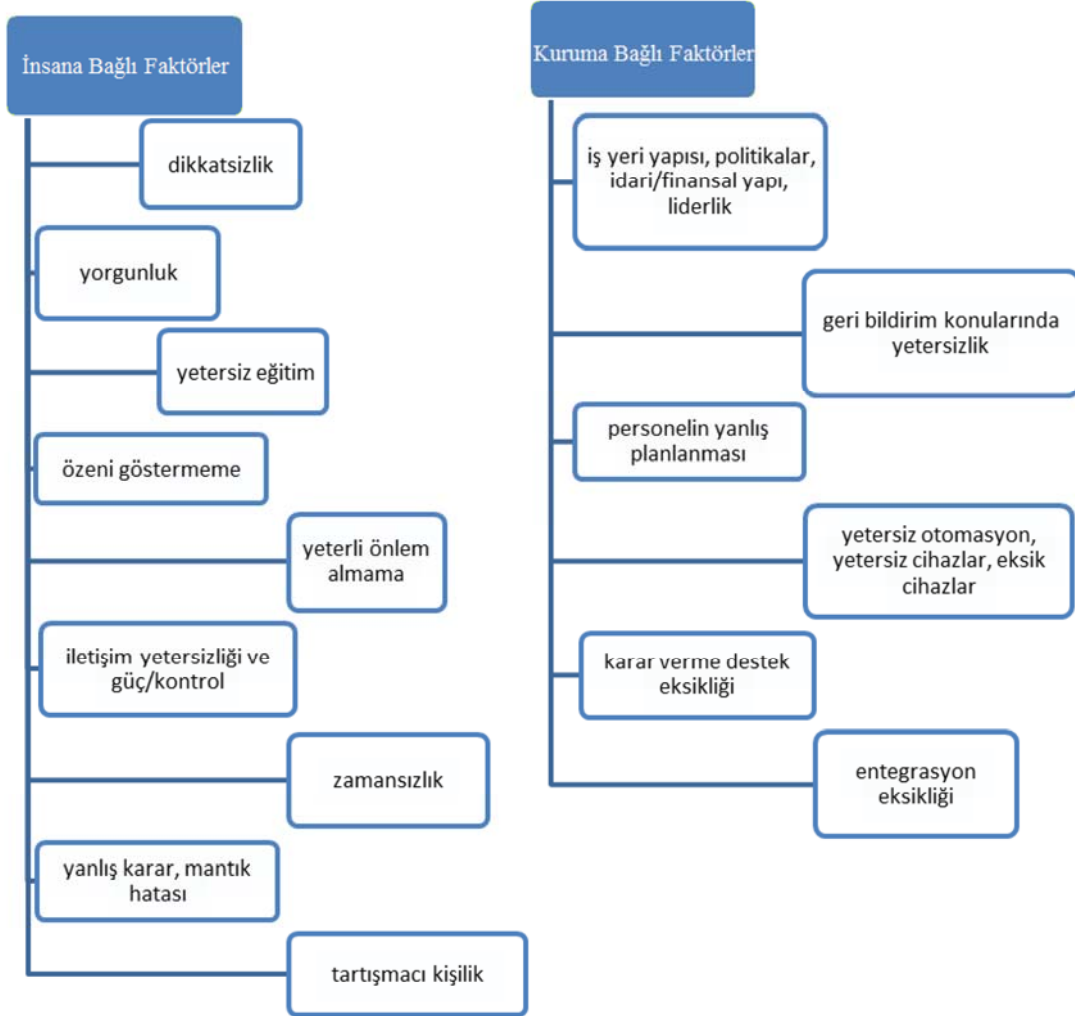
Habraken ve arkadaşlarının (2010:1302) yaptığı sınıflandırma doğrultusunda sağlık kuruluşlarında oluşan tıbbi hatalar üç ayrı grupta ele alınmıştır; hastaya ulaşmayan vakalar, hastaya ulaşan ancak hastaya zarar vermeyen vakalar, hastaya ulaşan ve hastaya zarar veren vakalar.

Savaş (2011: 45) ise;'' tıbbi hataları insan kaynaklı, teçhizat kaynaklı ve sistem kaynaklı hatalar'' olmak üzere üç ayrı sınıfa ayırmıştır.

1.4.Tıbbi Hata Nedenleri

Tıbbi hataların ortaya çıkabilmesi birçok nedene bağlı olabilir.

Akalın'a (2005) göre tıbbi hatalar insana bağı ve kuruma bağı olarak ortaya çıkmaktadır. (Bkz, Şekil 6.)



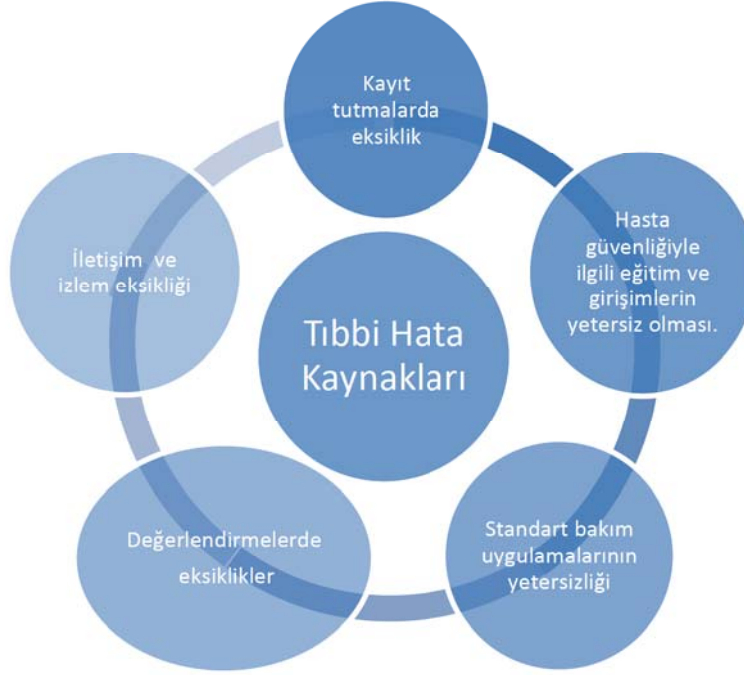
Şekil 6. İnsana Bağı ve Kuruma Bağı Faktörlere Göre Tıbbi Hata Nedenleri

Buna benzer olarak Adams ve Garber'e (2007) göre tıbbi hataların insan ve sistem olmak üzere iki temel nedeni vardır. İnsan faktörlü hatalar incelendiğinde %1'i yetersiz personel kaynaklıken, geri kalan %99'u işinde yeterli ve profesyonel çalışanlardan oluşmaktadır. Bundan dolayı sistem hataları, insanlardan kaynaklanan hatalarla kıyaslandığında çok daha büyük sorun oluşturmaktadır.

Harvard Tıbbi Uygulama Hatası çalışması verilerini baz alarak yapılan ihmal ve istenmeyen olaylar ve arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, 1278 istenmeyen vakadan 306 vakada sebebin ihmal olduğu ve istenmeyen olayların %13'ünün ölüme yol açtığı saptanmıştır. ABD'de 279 hemşirecilik hizmetleri

birimlerini içeren 146 hastaneye altı ay izlenmesi sonucunda tıbbi hataların sayısı ile servislerdeki hemşire sayısı arasında negatif korelasyon bulunmuştur (Chang ve Mark, 2009).

Ertem ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, hemşireler ile ilgili, tıbbi hata nedeni olarak şunlar tespit edilmiştir (Bkz, Şekil 7.) :



Şekil 7. Tıbbi Hata Kaynakları

Işık ve diğerlerinin (2012) çalışmasına göre de en önemli tıbbi hata sebepleri şunlardır.

- Gerektiği sayıda personelinin olmaması,
- İş stresinin fazla olması,
- Hasta sayısının fazla olmasına rağmen çalışan sayısının az olması
- Üstlerin astlara yönelik tutumları sonucu oluşan bıkkınlık hali
- Kısa sürede birçok sayıda hastaya bakım verme yükümlülüğü
- Çalışma saatlerinin uzunluğu.

Polat ve Pakiş (2011), tıbbi hata nedenlerini şuna bağlamıştır: kayıt yanlışlıkları, hak sınırlarının geçilmesi ve konsültasyon, aydınlatma ve onamda iletişim sorunları, yanlış kararlar, girişim hataları ve teknik sorunlar, işi yarım bırakma ve özen eksikliği.

Avcı ve Aktan (2015) tıbbi hatalar ve hasta güvenliği için genel riskleri; yorgunluk, invaziv prosedürler, enfeksiyonlar, hasta düşmeleri ve basınç ülserleri olarak atfetmişlerdir.

Özdilek (2006)'e göre de iletişim yetersizliğiyle birlikte tıbbi uygulama hatalarına neden olan unsurlar şunlardır: fiziki yorgunluk, motivasyon yetersizlikleri, tıbbi cihaz ve çevresel etkenler ve eğitim yetersizliği.

Yıldırım, Aksu, Çetin, İlhan ve Şahan'ın (2009) Tokat ilinde yaptığı çalışmaya göre ise hekimler, tıbbi uygulama hatalarının ilk nedenini eğitim yetersizliği olarak görmüşler ve %60'ı tıbbi uygulama hataları ile ilgili yeterince bilgilerinin olmadığını ifade etmişlerdir.

Çırpı vd. İstanbul'da yaptığı çalışmaya göre, hemşirelerin %57'si en çok karşılaştıkları hata sorusuna ilaç uygulama hatası olarak yanıt vermiştir. Ayrıca büyük çoğunluğu ilaç uygulama hata nedenleri olarak hasta kimlik kartları ile ilgili yanlışlıklar olduğunu ifade etmişlerdir.

Kıymaz (2015)'in acil servis çalışanlarına uyguladığı araştırmada katılımcıların %82,7'si tıbbi hata nedenlerini iş yükünün fazla olmasına bağlarken, en az atfedilen sebep olan "ihmal"e inanların oranı %4,9'dur.

Eroğlu ve arkadaşlarının (2009) tıbbi hata bildirim sistemleriyle ilgili yaptıkları beş aylık bir araştırmada 21 hata bildiriminde bulunulmuştur ve personeller "hataların sistemden kaynaklandığı" sorusuna %55 oranında evet cevabı vermiştir. "hataların bireylerden kaynaklandığı" görüşüne evet diyerek katılanların oranı %57 iken "hataların iletişim ile ilgili olduğu" görüşüne evet yanıtı verenlerin oranı %74'tür.

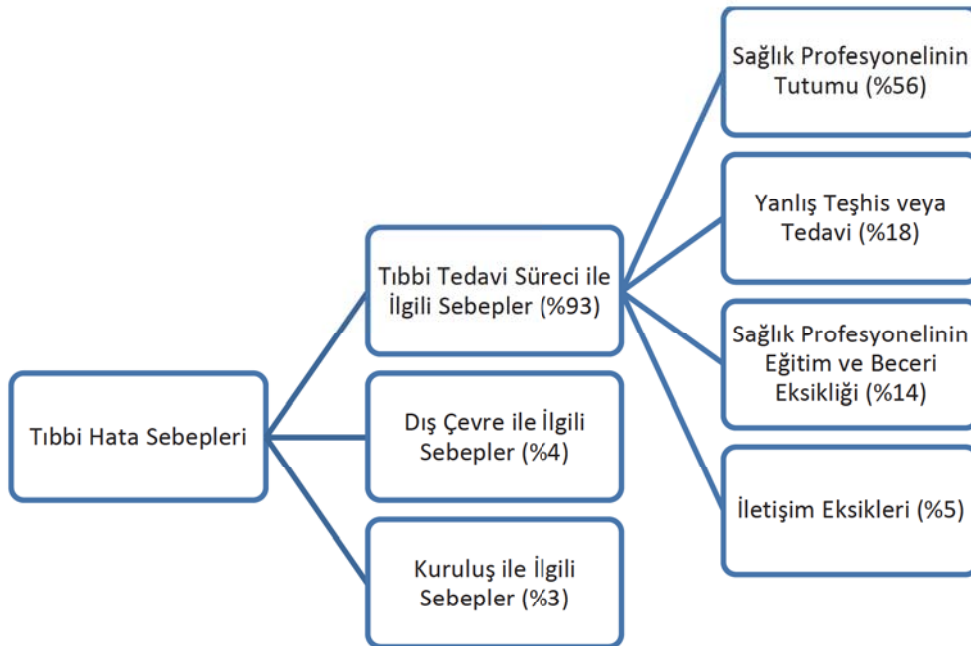
Özata ve Altuncan'ın (2010) Konya'da yaptığı bir araştırmada ise tıbbi hata nedenleri;

- Olumsuz fiziksel koşullar,

- Hata bildirim sistemlerinin olmaması,
- İşleyiş ve prosedürlerin belirtilmemesi veya anlaşılır olmaması,
- İletişim yetersizliği
- Görev, yetki ve sorumlulukların sınırlarının çizilmemiş olması
- Sağlık personeline sorumluluk ve görevleri dışında iş verilmesi
- Personel sayısının yetersiz olması
- Personelin çalıştığı birimde sık sık rotasyon yaşamaması
- Üstlere yönelik memnuniyetsizlik
- Meslek içi sürekli eğitimlerin olmayışı olarak tespit edilmiştir

Durmuş ve arkadaşlarının (2013) Düzce’de hemşirelerin tıbbi hata eğilimini ölçmek amacıyla yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin düşmeden ve iletişimden kaynaklanan hatalar yapma eğiliminin ilaç uygulama hatası ve damar yolu uygulama hataları eğilimlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Saygın (2014)’ın hizmet alıcılarının tıbbi hatalara yönelik görüşlerini belirlemek için yaptığı çalışmada tıbbi hata nedenleri olarak şu unsurlara varmıştır (Bkz, Şekil 8.) ;



Şekil 8. Tıbbi Hata Sebepleri (Saygın, 2014)

Ayrıca Saygın'ın tıbbi hata sebeplerine dair araştırma analizleri sonucunda Tablo 2. ortaya çıkmıştır;

Tablo 2. Tıbbi Hata Sebepleri (Saygın, 2014)

Sorun Kaynağı		Tıbbi Personel	İdari Personel
Tıbbi Sorunlar	Bireysel	Dikkatsizlik, kararların yanlış alınması, yeterli tecrübeye sahip olmama, ilaç hataları, özen gösterilmemesi, ihmal ve terk etmeler, yetki sınırlarının dışına çıkılması, icratte yetersizlik, fiziksel yorgunluk	Görevin ihmal edilmesi ve kötüye kullanılması
	Kuruluş	Hasta güvenliği için yapılan girişimlerin yetersizliği ve eksikliği	Dokümantasyonda, yemekhanede, temizlikte hatalar olması, yazılım yetersizlikleri, satın alma işlemlerindeki yanlışlıklar
İdari Sorunlar	Dış Çevre	Ekonomik baskılar, sağlık politikaları, tıp eğitimindeki yetersizlikler vb.	Çevre koşulları
	Alt Yapı	Yeterli personel sayısının olmaması, eğitim eksikliği, hizmet içi eğitimlerin olmayışı	Cihaz, oda, yatak, ilaç vb. teçhizat yeterliliğinin olmaması
	Kuruluş	Çalışma saatlerinin uzun olması, görev tanımı dışındaki iş yüklemelerinin yapılması, iletişim yetersizlikleri, bilgi aktarımındaki aksaklıklar, yöneticilere yönelik memnuniyetsizlik	Personellerin çalışma saati düzenleri ,fiziksel şartlar, finansal ve idari yapılanma, bakım onarım eksiklikleri, personel planlamasında hata, verilerin kopyalanması ve depolanması sırasında oluşan aksaklıklar

İKİNCİ BÖLÜM

2. PROFESYONALİZM

2.1.Tanımlar

Meslek (Profession); sistematik ve uzun süreli bir eğitim süreci gerektiren, kendine özgü ilke ve etik kurallarla donatılmış, para karşılığı yapılan uğraştır (Macdonald, 1995; Adıgüzel vd, 2011; Gönel, 2017). Dinsel düzen adına yemin etmek anlamına gelen İngilizce ‘’ profes’’ sözcüğünden türeyen ‘’profession’’ yani meslek kavramı günümüzde; insanların topluluk halinde yaşaması sonucunda ortaya çıkan iş bölümüyle bireyin yasal olarak geçimini sağlamak için üstlendiği bir davranış kalıbı ve statü kazanması anlamına gelmektedir (Soyşekerci, 2007; Mıdık, 2012).

Meslek, daha çok geçim gayesiyle sürdürülen ekonomik içerikli bir faaliyetler bütününe çağrıştırma yanında, yerine getirdiği işlevler itibariyle, bireysel ve toplumsal açıdan ekonomik kazanımların ötesine geçmektedir (İlhan, 2004). Mesleğin kişi yaşamında sürekli olarak yapılacağı öngörülmüş olması, öğrenilmesi için kabul görmüş bir eğitim ve iş tecrübesi gerektirmesi, hayatı kazanmanın yanında manevi doyum sağlayan ve ahlak kurallarıyla birbütün olan bir faaliyet olmasından dolayı toplumda kişinin saygınlığı, temel rolleri, şahsiyeti ve geliri gibi pek çok özelliği ile yakından ilgilidir (Özel, 2010). Aynı zamanda meslek bireyin kendini, yeteneklerini, becerilerini geliştirmesi, kimlik oluşturması, dünya ile bağ kurmasını sağlamaktadır (Yüksekol, 2010).

Kişinin bedensel ve zihinsel olarak gelişimini etkileyen meslek, bireyin yaşama bakış açısının oluşumunu ve biçimlenişini de etkilemektedir. Bireyin, mesleğini nasıl algıladığı ve değerlendirdiği kendine tutum, davranış ve genel olarak bir dünya görüşü oluşturur. Bu yönüyle mesleki toplumsallaşma süreci esas bir değişken niteliği taşımaktadır. Çünkü bireyin muayyen bir dünya görüşü edinebilmesi, mesleğini içselleştirdiği mesleki sosyalizasyon sürecinin niteliğiyle ilgilidir. Bireyin mesleği; algılama ve edinimde bulunma, tutum ve davranışlarda genel anlamda yönelim belirtmede etkin bir role sahiptir. Sahip olunan meslek mensupluğuna bîanen bireyin mesleki tutum, norm ve değerleri; meslek kapsamına

giren etkinlikler bütününe, meslektaş topluluğu ve ilişki içinde olduğu diğer bireylere bakış açısında referans olur. Söz konusu bu değer, tutum ve normlar meslek dışı toplumsal alana bakış açısının şekillenmesinde önemli bir referans kaynağını oluştururlar. Mucchielli'ye göre (1991) uzun süre bir meslek mensubu olmak belli bir zihniyeti ve dünya görüşünü aşılacaktır. Sorokin'e göre, uzun yıllar aynı mesleki faaliyetlerin yapılması bireyin zihni, ahlaki, sosyal, psikolojik ve anatomik özelliklerini şekillendireceği için uzun zaman fizik profesörü olan bir kişinin dünyaya bakışı, uzun zaman papaz olan kişinkinden farklıdır (İlhan, 2004). Dolayısıyla meslek, zihniyet dünyasının niteliğini de yansıtmaktadır (Eke, 1987: 379'den İlhan, 2004).

Bir işin ya da uğraşının alanının profesyonelleşerek meslek olup olmadığı üzerine ilk değerlendirmeyi yapan Abraham Flexner'a göre meslek ölçütleri şunlardır; yenilenebilme, öğrenilebilme, araştırmalarla yeniden üretilebilme ve bilgi birikimine dayanma. Meslek üst düzeyde bireysel sorumluluk gerektirir ve pratiktir. Eğitim süreci ileri düzeyde özelleşme gerektirir. Meslektaşlar arasında güçlü bir iç örgütlenme vardır, üyeler birbirlerine yardım etmeye eğilimli ve istekle toplum yararına çalışırlar (Karadağ,2002; Cerit, 2010).

Povalko'nun (1971) öngördüğü 8 meslek kriteri vardır. Bunlar; teorik bilgi (bilgi yükü), yapılan işin toplumun temel sosyal değerlerine uygunluğu, eğitim süresi, motivasyon, otonomi(bağımsızlık), mesleğe bağlılık bilinci, birlik (örgütlenme) bilinci ve meslek ahlakıdır (Kaya, 2011; Karadağ, 2002).

Sık sık birbiri yerine kuullanılan uğraş ve meslek kavramları arasındaki başlıca farklılıklar Tablo 3.'de belirtilmiştir;

Tablo 3. İş ve Meslek Arasındaki Farklar (Barley 1996: 413; Demircioğlu 2012)

UĞRAŞ	MESLEK
Eğitim üniversitede alınabileceği gibi iş başında alınan derecelerle yeterli olabilir.	Eğitim üniversitelerde lisans eğitimi alınarak uzmanlaşılır.
Eğitim süresi değişebilir.	Uzun eğitim süresi gerektirir.
Etik, değerler ve inanç ön planda değildir.	Etik, değerler ve inanç ön plandadır.
Bilgi ve beceriye dışarıdan kolayca ulaşılabilir.	Bilgi ve beceri dışarıdan ulaşılması güçtür ve iyi korunur.

Zihinsel olan ve analiz gerektiren fakat kol gücüne yönelik faaliyetlerdir.	Zihinsel olan ve analiz gerektiren faaliyetlerdir.
İşe bağlılık değişir.	Mesleğe bağlılık güçlüdür.
Birliğe sahip olunabilir fakat zorunlu değildir.	Meslek birliği zorunludur (lisans, belgelendirme)
Kişiler sıklıkla iş değiştirir.	Kişi mesleğini değiştirmeye istekli değildir.
Biçimsel sertifika bazı durumlarda zorunludur.	Biçimsel sertifika zorunlu
Çalışanların gözlenmesi gerekir.	Çalışanlar bağımsızdır.
Giriş denetimi düşük, kısmen sayı sınırlaması var.	Girişin denetimi yüksek, sınırlı sayıda kabul var

Profesyonellik; mesleğini yerine getiren bireyin mükemmelliğe ulaşması için edinmesi gereken düşünce ve davranış biçimidir (Erbil, 2009; Açıkgoz, 2015). Profesyoneller bir konuyu meslek olarak seçen, bu konuda derinleşen ve o alandaki bilgi ve deneyimiyle hayat kazanan kişilerdir (Baltaş, 2003).

Freidson'a göre profesyonellik üç ana unsurdan oluşur;

- Profesyonel bilgi ve hizmet idealleri
- Profesyonel ve sağladığı yaşam ve kariyer olanakları
- Profesyonel işin karakteri (Freidson, 1970:150-51).

Meslekler zamanda ve sosyal yapıdaki değişmelere bağlı olarak, sürekli değişir. Bu değişim doğtultusunda mesleklerin özelliklerinde, tiplerinde, fonksiyonlarında, çeşitlerinde, sosyal itibarlar ve değerlerinde, uyguladıkları yöntemlerde ve tekniklerde, örgütlenme biçimlerinde, gerekli kılınan bilgi ve becerilerde, görülen maddi karşılıklarda, sorumluluk ve haklarda, mesleki normlarında vb. değişme ve gelişmeler ortaya çıkar. Bireyler zaman içinde toplum nezdindeki değerlerini devam ettirebilmek için bu değişimlere uyum sağlayarak mesleki işlevlerini, temel bilgi ve yeteneklerini profesyonelce yerine getirmeleri gerekir (İlhan, 2004).

Profesyonelleşme kuramlarını incelediğimizde, toplumbiliminde meslekler iki yaklaşım etkisinde kalmıştır. Bunlardan ilki kurucusunun Durkheim'in olduğu, yapısal-işlevselci kuramda toplumda mesleğin, önemli işlevleri yerine getiren, güç sahibi gruplar olduğu kabul edilir. Bu kuram meslekleri bir özellikler dizisi olarak incelemektedir. Endüstri Devriminin ortaya çıkardığı ekonomik ve toplumsal sorun

ve ahlâki yozlaşmanın, yüksek düzeyde eğitim almış profesyonellerin sayılarının artırılarak giderilebileceği savunulmuştur. İkincisi, mesleklerin kamu faydasını düşünmediği ve sanıldığı gibi güçlü olmadığını düşünen Marxist kuramdır. Yapısal-ışlevselcilikten farklı olarak bu kuram, mesleklerin kendilerini kontrol etme ve yönetme gücüne sahip özerk gruplaşmalar olmadıklarını ve kamu yararına çalışmadıklarını; profesyonellerin de bu tarzdaki mesleklerin üyeleri değil, kapitalist sistem içinde “proleter” olarak egemen sınıfın çıkarlarına hizmet etmektedir (Karasu,2001).

Çağcıl insan eylemlerini biçimlendirmede önemli bir olgu olan profesyonelleşme dar anlamıyla uğraşın meslekleşmesini ifade eder, aynı zamanda profesyonelleşme, içinde toplumsallaşma ve rasyonelleşmeyi barındıran endüstrileşme, bürokratikleşme, diğer dinamik süreçleri içerir (Karasu, 2001).

Mesleki Profesyonellik; bireysel olan profesyonelliğin kurumsal profesyonelliğe dönüşmesidir (Vicdan, 2010). Mesleki profesyonellik bireyi ve kurumu doğrudan etkilemektedir, dolayısıyla mesleki profesyonelliğin verilen hizmetler üstünde de etkisi olabilmektedir (Kaya, 2011). Mesleki profesyonelliğin kapsama alanını şu unsurlar meydana getirmektedir; (Budak, 2009:72’den Adıgüzel)

- Nasıl bir hizmet sunumunun olması gerektiğinin tasarlanması,
- Hangi donanım ve bilgilerin gerektiği,
- Problemlerin gelişmeden önceden saptanması,
- Takip edilecek yol haritasının oluşturulması,
- Geçerli durumlar gelişmelerle aynı yönde stratejilerin izlenmesi

Mesleki profesyonellik daha çok içsel motivasyon ve iç denetim odağı ile ilgili bir durumdur. Mesleki profesyonellik kişiyi zorlayan, dışarıdan gelen etkiler veya baskılar değil, kişinin kendi istekleri, arzuları ve iç denetimi ile oluşur (Yılmaz ve Altınkurt, 2014).

Profesyonelizm; profesyonelliğe bağlı mesleklerin yöntem, tutum, sorumluluk, bakış açısı, özerklik ve etik açıdan bir standarda sahip olup bunları geliştirmeyi taahhüt eden ideolojidir (Swich, 2000; Kurutkan, 2010; Baltaş, 1995).

Bir başka tanımda ‘izm’ takısı içermesi nedeniyle mesleğe ilişkin profesyonelleşme süreci denilmiştir (George vd, 2006).

Profesyonelizm, meslek uygulamalarına temel oluşturan sorumluluk, uzmanlık, bağlılık ve özerklik gibi değerlerin oluşturduğu bir ideolojidir. Profesyonelizm, profesyonelleşme sürecinin başlayabilmesi için gerekli, fakat yeterli olmayan bir öğedir ve kapitalist girişimcinin kişisel çıkarlarını gözetten ‘bencil’ nitelikli işletme ideolojisinden farklı olarak, kamu yararına yönelik ‘özgeci’ anlayışa dayanır. Profesyonelizm ideolojisinin kaynağında, profesyoneller, kamusal eğitim ile bağımsızlaşarak özerk bir konum elde eden yeni sınıfın (veya beyaz yakalılarının) *‘erdemli, kendini topluma adayan, alanı ile ilgili bilgi ve beceriye sahip, toplumun genel refahını sağlamaya yönelik yükümlülük sahibi kişiler’* olması gerektiği düşüncesinde yatmaktadır (Karasu, 2001 : 108).

Profesyonelizm, meslek mensupları için mesleğin ilüstratörünü çizmektedir. Hukukçular için sıkıcı; hekimler için kurtarıcı; diplomatlar için kibirli; ekonomistler için maddeci; yöneticiler için vizyoner; psikiyatrlar için kafa şişirici; akademisyenler için seçkinci nitelermeler yapılmaktadır (Mosher, 1968: 99 , Tan, 1972’ den Karasu, 2001: 43).

Tıbbi Profesyonelizm; için birçok tanım yapılmıştır ancak kültürel etkileşime açık olma, özgecilik, dürüstlük, şefkat ve sorumluluğun kişiden kişiye göre farklı algılanması ve benimsenmesinden dolayı yerel tanımlamalar yapılması önerilmektedir (O’Sullivan, 2012; Cruess, 2006). Mıdık vd (2015) tıbbi profesyonelizmi; tıbbi, eğitsel ve sosyolojik açıdan *‘etik, lider, eğitici gibi diğer yetkinlikleri içinde barındıran şemsiye’* olarak tanımlamaktadır.

Mıdık vd (2014)'nin Samsun'da yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencileri tıbbi profesyonizmi 17 başlıkta algıladıklarını belirtmişlerdir (Bkz; Şekil 9.) ;



Şekil 9. Profesyonizmi Algıları (Mıdık vd, 2014)

Kavas vd. (2015) Ankara Üniversitesinde yaptığı çalışmaya göre iyi bir profesyonel doktor kimliğinin gerekli özellikleri olarak algılanan nitelikler, tutumlar ve davranışlar şunlar olarak belirlenmiştir.

1) Profesyonel sorumluluk boyutunda; bilimsel bilgiye dayanmak, yeterlik, doğruluk, tarafsızlık, ilkeli olma, baskı altında çalışabilme, araştırmacı olma, bir eğitimci olma.

2) Hekim-hasta ilişkileri boyutunda; empati, güvenilirlik, iletişim, hastanın özerkliğine saygı, doğruluk, bütünsel tedavi, hasta mahremiyetine saygı.

3) Hekim-hekim / sağlık profesyonel ilişkileri; takım çalışması, yarışma ve açıklık.

4) Hekimin entelektüel olarak sorumluluğu; aktif olma, liderlik, paramedikal durumlarda görüş sahibi olma.

Castellani ve Hafferty (2006) çalışmasına göre profesyonallizm kavramları şunlardır;

- Otonomi
- Kar amacı gütmeme
- Sosyal adalet
- Sosyal sözleşme
- Özgecillik
- Mesleki hakimiyet
- Teknik ve kişiler arası yetkinlik
- Yaşam biçimi
- Kişisel ahlaktan oluşmaktadır.

Al-Eraky ve Chandratilake'in Mısır ve Suudi Arabistan'da yaptığı çalışmada ise tıbbi profesyonallizm unsurları "özgecillik, hesap verebilirlik, mükemmellik, görev, saygınlık ve dürüstlük ve başkalarına saygı olarak görülmüştür.

Tsai vd (2007) çalışma sonucuna göre ise; "Tedaviye bağlılık, doğruluk ve kurallara uyma, kaliteli hasta bakımını sürdürmek, mesleki uygulama alışkanlığı, kişilerarası ilişki, hasta odaklı konular, hekimin kendini geliştirmesi, başkalarına saygı" olarak belirlenmiştir.

Van de Camp vd (2004) yaptığı literatür taraması sonucunda profesyonallizm tanımlamalarında yer alan 90 unsur olduğu bildirmiştir. Bunlar arasında en sık tekrarlananlar referans sayıları ile birlikte Tablo 4.'de verilmiştir.

Tablo 4. Profesyonallizm Tanımında Yeralan Unsurlar (Van De Camp Vd, 2004)

Unsur	Referans Sayısı	Unsur	Referans Sayısı
Özgecillik	26	Hassas olma	2
Sorumluluk	23	Eleştiri	2
Saygı	21	Yozlaşmama	2
Doğruluk	20	İyi klinik yargı	2
Etik kodlara bağlılık	17	Görev aşkı	2
Hayat boyu öğrenme	17	Mesleki yeterliliğin sınırlarını bilme	2
Dürüstlük	13	Gerektiğinde yardım isteme	2

Şefkat	12	Cesaret	2
Mükemmellik	10	Gücü kötüye kullanmama	2
Kendini düzene sokma	10	Hastaları eğitme	2
Hizmet verme	10	Stresi yenme	2
Güvenilirlik	9	Hastaları nazik tedavi etme	2
Saygınlık	8	Esneklik	2
Görev bilinci	8	Hasta bakımının sürekliliğine bağlılık	1
Yüksek uzmanlık düzeyi	8	Kendini geliştirme	1
Sosyal sözleşme	7	Adalet	1
Güvenirlik	7	Yetkinlik	1
Ahlak	7	Yardım severlik	1
Takım arkadaşlarıyla ilişkiler	6	İnsancıl değerler	1
Kişisel çıkarların geri plana atılması	6	Kişisel inançların bakımını etkilemesine izin vermemek	1
Güven	6	Toplumun refahın arttırılması	1
Kişilerarası beceriler	5	Hastalara anlayacağı şekilde bilgi verme	1
Alçakgönüllülük	5	Gizli bilgileri koruma	1
Profesyonel davranış	4	Standartları kullanma	1
Olgunluk	4	İyi niyet	1
İletişim becerileri	4	Hataları kabul etme	1
Hastaların ve iş arkadaşlarının yaşına, cinsiyetine ve engellerine duyarlı olma	3	Gerektiğinde yardım isteme	1
Liderlik	3	Katılım	1
Tıbbi çalışmalara değer verme	3	Açıklamalara tepki verme	1
Mesleki sorumlulukları yerine getirmek	3	Kaliteli hüküm verme	1
Önemseme	3	İnsanları kandırmama	1
Erdem	2	Belirsizliklerle başa çıkmak	1
Motivasyon	2	Diğer	
Farklı hasta popülasyonlarına duyarlılık	2		

Görüldüğü gibi hekimlik profesyonellik algılarının en başında özgecilik (alturizm) gösterilmektedir. Auguste Comte özgeciliği “ başkaları için yaşama eğilimi veya arzusu” olarak tanımlarken Durkheim “kişisel çıkar olmaksızın kişisel yıkıcılığın şiddet dolu ve gönüllü hareketi” olarak tanımlanmaktadır (Karadağ ve Mutafçılar, 2009). Hekimin bakım hizmeti verirken hasta merkezli yarar gözetmesi ve toplumun refahı için hiçbir çıkar gözetmeksizin hükümetler, yardım kuruluşları, dernekler aracılığıyla gelişmemiş ülkelerde hizmet sunmak için çaba göstermesi özgeciliğe örnek verilebilir. Ancak özgeciliğin soyut sınırlarının olması ve kendini feda etme ile olan ilişkisi nedeniyle tükenmişlik riski göz önüne alınmalı ve aşırı özgecilikten kaçınılmalıdır (Marynissen ve Bethan, 2018).

2002 yılında American Board of Internal Medicine-ABIM, . American College of Physicians-American Society of Internal Medicine-ACP ASIM, European Federation of Internal Medicine-EFIM tarafından yayımlanan Tıbbi Profesyonizm Sözleşmesi'ne (2002) göre tıbbi profesyonizmin temel prensipleri belirlenerek evrensel değerler oluşturulmuştur. Buna göre profesyonizm ilkeleri şunlardır;

- Hasta refahının önceliği ilkesi; Bu ilke, hastanın ilgisine hizmet etmeyi amaçlamaktadır. Özgeçilik, hekim-hasta ilişkisinin merkezi olan güvene katkıda bulunur. Piyasa güçleri, toplumsal baskılar ve idari zorunluluklar bu ilkeyi tehlikeye atmamalıdır.
- Hasta otonomisi ilkesi; Hekimler hasta özerkliğine saygı göstermelidir. Hekimler hastalarına karşı dürüst olmalı ve tedavi konusunda bilinçli kararlar almaları için onları güçlendirmelidir. Bu kararlar etik uygulamaya uygun olduğu ve uygunsuz bakım taleplerine yol açmayacağı sürece, hastaların tedavileri ile ilgili kararları her şeyden önce olmalıdır.
- Sosyal adalet ilkesi; Sağlık hizmeti bakım kaynaklarının adil dağıtımı ile birlikte sağlık sisteminde adalete teşvik edilmelidir. Hekimler ister ırk, cinsiyet, sosyoekonomik statü, etnik köken, din, isterse başka bir sosyal sınıfa ait olsun, sağlık hizmetlerinde ayrımcılığı ortadan kaldırmak için aktif olarak çalışmalıdır.
- Bu temel prensiplerin ışığında uyulması gereken profesyonel sorumluluklar kümesi vardır. Bunlar;
- Mesleki yeterliliğe bağlılık; Hekimler yaşam boyu öğrenmeye kendini adanmış olmalı ve kaliteli hizmetin sağlanması için gerekli tıbbi ve klinik bir takım bilgi ve becerilerini sürdürmekten sorumlu olmalıdır.
- Hastalara karşı dürüstlük bağlılığı; Doktorlar, hastanın tedaviyi kabul etmeden önce ve tedaviden sonra hastaları dürüst bir şekilde bilgilendirmesini sağlamalıdır. Ayrıca hekimler hastalara zarar veren tıbbi hataların olabileceğini kabul etmelidir. Her ne zaman hastalar sağlık hizmeti sonucu olarak zarar görürse, hastalar derhal bilgilendirilmelidir, çünkü bu durum hastanın ve toplumun güvenini ciddi olarak tehlikeye atmaktadır. Tıbbi hataların rapor edilmesi ve analiz edilmesi, uygun önleme ve iyileştirme stratejileri, zarar gören taraflara tazminat faaliyetleri için çalışmalar yapılmalıdır.

- Hasta mahremiyetine bağlılık; Günümüzde elektronik bilgi sistemlerinin yaygın kullanımını göz önüne alındığında, gizlilik şimdiye kadar hiç olmadığı kadar önemli hale gelmiştir. Hastaların güvenini kazanmak için hasta bilgilerine yönelik gizlilik önlemlerinin alınması gerekir. Hastanın rızasını almak mümkün olmadığı durumlarda refakatçilerle veya hastanın vasiyeleriyle tartışılmalıdır.
- Hastalarla uygun ilişkileri sürdürme bağlılığı; Hastaların savunmasızlığı ve bağımlılığı göz önüne alındığında, hastalar ile belirli ilişkilerden kaçınılmalıdır.
- Hizmet kalitesini iyileştirme bağlılığı; Hekimler, sağlık hizmet kalitesini sürekli iyileşmeye çabalamalıdır. Bu bağlılık sadece klinik yeterliliğin korunmasını değil, aynı zamanda tıbbi hataları azaltmak, hasta güvenliğini arttırmak, sağlık hizmeti kaynaklarının aşırı kullanımını en aza indirmek ve çıktıları optimize etmek için diğer profesyonellerle işbirliği içinde çalışmayı da kapsar. Hekimler, sağlık hizmeti sunumundan sorumlu tüm bireylerin, kurumların ve sistemlerin performansını düzenli olarak değerlendirmek için, daha iyi hizmet kalitesi ölçümlerinin uygulanmasında aktif olarak katılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirme bağlılığı; Hekimler, sağlık hizmet sunumlarının önündeki engelleri azaltmak için bireysel ve toplu olarak çaba göstermelidir. Her sistemde hekim eğitime, yasalara, finansmana, coğrafyaya ve sosyal ayrımcılığa dayalı erişim engellerini ortadan kaldırmak için çalışmalıdır. Bu bağlılık kişisel çıkar olmaksızın, her hekimin halkın savunuculuğunun yanı sıra halk sağlığı ve koruyucu hekimlik teşvikini de beraberinde getirmeli.
- Sınırlı kaynakların adil dağıtımı için bağlılık; Gereksiz hizmetler yapmak sadece kişinin önlenebilir masraflara maruz bırakmakla kalmaz, aynı zamanda başkaları için mevcut olan kaynakları da azaltır.
- Bilimsel bilgiye bağlılık; Bilimsel bilgi ve teknolojiye ve uygun çalışmaktır.
- Çıkar çatışmalarını yöneterek güvenin sürdürülmesine olan bağlılık; Hekimler ve hekim organizasyonları, özel kazanç veya kişisel avantajlar peşinde koşarak mesleki sorumluluklarından taviz vermek için birçok fırsata sahiptir. Tıbbi ekipman üreticileri, sigorta şirketleri ve ilaç firmaları gibi kar amaçlı endüstrilerin kişisel veya organizasyonel olarak takip edilmesi özellikle tehlike yaratmaktadır. Hekimlerin, kamuya açıklık getirmek, kamuya açıklamak ve

mesleki görevleri ve faaliyetleri sırasında ortaya çıkan çıkar çatışmaları ile ilgilenme yükümlülüğü vardır.

- Mesleki sorumluluklara bağlılık; Hizmet sunumunu en üst düzeye çıkarmak, meslektaşlarına karşı saygılı olmak ve mesleki standartları taşımayan meslektaşların iyileştirilmesine katkı sağlamak gerekmektedir.

2.2. Profesyonellik Göstergeleri

Profesyonizm kavramının tanımsal olarak tartışılmasının yanında uygulanabilirliği de önemli bir husustur. Doktor ile stil danışmanı, araba tamircisi ile hakim, kaymakam ile mütaahit gibi mesleklerin bazılarında rahatlıkla profesyonel uğraş derken diğerine aynı sıfatı kullanmayışımıza neden olan sınırın ne olduğunu ortaya koyarsak profesyonel olan ile olmayanın farkını belirlemiş oluruz.

Profesyonelliğin kriterleri şunlardır:

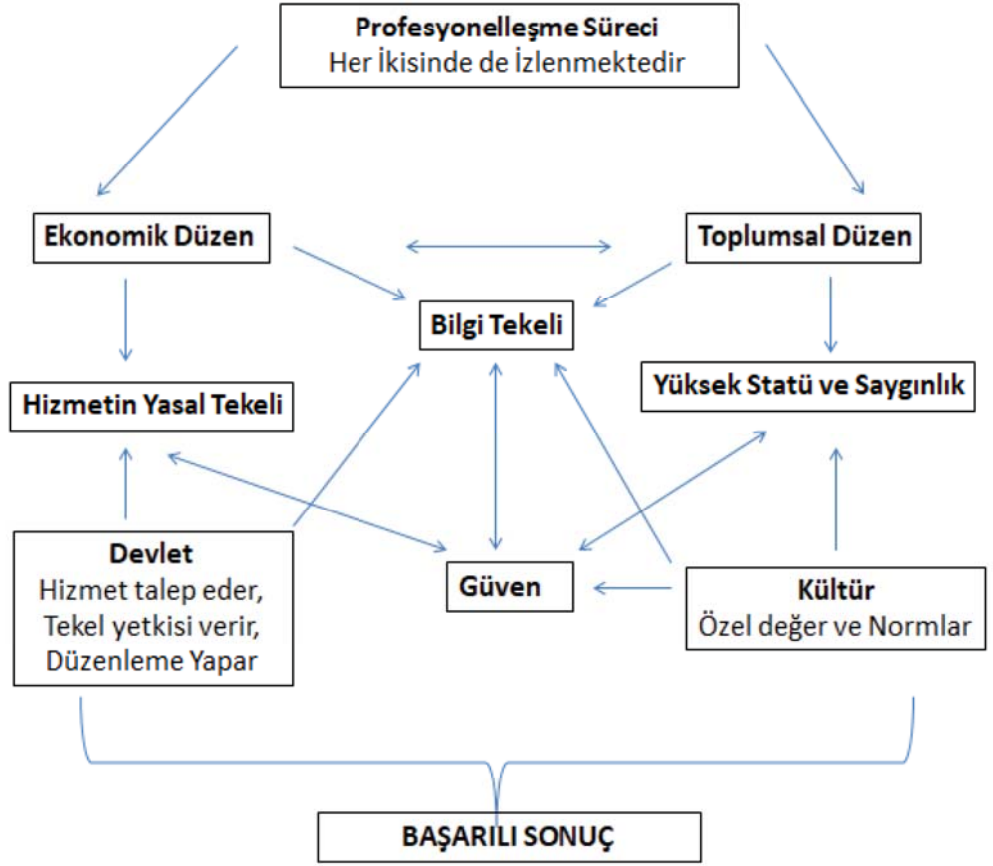
- Mesleki dernek ve kuruluşların bulunması,
- Çalışma şartlarına bağımlı olmadan hareket etme serbestliği,
- Yetkinliğin sınanması
- Uzun süreli, ayrıntılı ve sadece meslek üyelerinin anlayabileceği bir eğitim,
- Toplumsal menfaatin dikkate alınması,
- Mesleki etik kodların oluşturulması ve bunların kontrolünün sağlanması
- Meslektaşların bir örgüt yapısı içinde organize olması
- Meslek için gerekli nitelik ve yeterliliğe sahip olmak,
- Mesleki kurallara uyma zorunluluğu,
- Mesleğin bilimsel yöntem ve tekniklerden yararlanılarak yapılan düzenli alışma ve yeniliklere açık olunması vb.
- İşin saygınlık ve onursallığını kollayan bir ödül sisteminin oluşturulması (Adıgüzel vd, 2011; Cirhinlioğlu, 1996; Arnold, 2002; Raelin, 1999:26; Sözen 2004:120; Karahan 2006:124)

Diğer çalışmalara göre profesyonelleşmenin kriterleri şunlardır:

1. Mesleki özerklik
2. Hizmetin tekelleşmesi
3. Uzmanlaşmış eğitim
4. El emeğine kıyasla daha yüksek sosyal bir prestij
5. Ahlak kodları
6. Lisans almayı sağlayan yeterlilik sınavları (Roman, 1995:835; Gillespie, 1981:372'den Özkara ve Özcan, 2004:202'dan aktaran Kurutkan,2010).

2.3. Profesyonelleşme Süreçleri

Profesyonelleşme, her işin uğraşlaştığı, her uğraşın da meslekleştiği, süreklilik gösteren bir süreçtir. Bilgi, beceri ve uzmanlaşma seviyesinin artması, mesleki nesnel standartların oluşturulmaya başlanması ve bundan ileri gelerek sertifika ve lisans uygulamalarının yerleşmesi, hizmet sektörünün genişlemesi gibi nedenler profesyonelleşme sürecini yaratır. Bu gelişmeler yanında uğraşın profesyonelleşmek için bazı nitelikleri kazanması gereklidir. Bu nitelikler, uğraşın tam zamanlı bir iş haline gelmesi, eğitimle mesleki bilginin üyelere kazandırılması ve içselleştirilmesi sürecinin geçirilmesi, meslek birliklerinin oluşturulması, meslek alanının yetkilendirme ve sertifikalandırma gibi araçlarla sınırlandırılması, ve son olarak da mesleki uygulamalar için etik kodların oluşturulması olarak sıralanabilir. Meslek olma yolundaki uğraşların ekonomik ve toplumsal alandaki ilişkilerini, sahip olması gereken bazı özellikleri Şekilde 10.'daki gibi kavramlaştırılmaktadır (MacDonald, 1995 'den Karasu, 2001);



Şekil 10 . Uğraşların Profesyonelleşme Süreçleri (MacDonald, 1995)

Profesyonelleşme sürecinde, profesyonelleşmenin hangi aşamalardan geçerek gerçekleştiği, toplumlarda neden bazı mesleklerin bütünlüklerini koruyabildikleri ve güçlü olabildikleri başta ideal tip olarak kabul edilen hekimlik ve hukuk mesleklerinin geldiği noktada meslek topluluğunun oluşması, çalışanların bütünleşmesi, çalışanlar arasında kolektif öğelerin güçlenmesi gibi etmenlerin sonucunda her uğraşın ulaşacağı bir nokta olup olmadığı araştırılmıştır.

Meslekler arasındaki bu gelişim farkını daha net görebilmek için Wilensky'nin ABD'de mesleklerin profesyonelleşme sürecini gösteren tablosuna (Bkz, Tablo 5.) bakılabilir (Karasu, 2001);

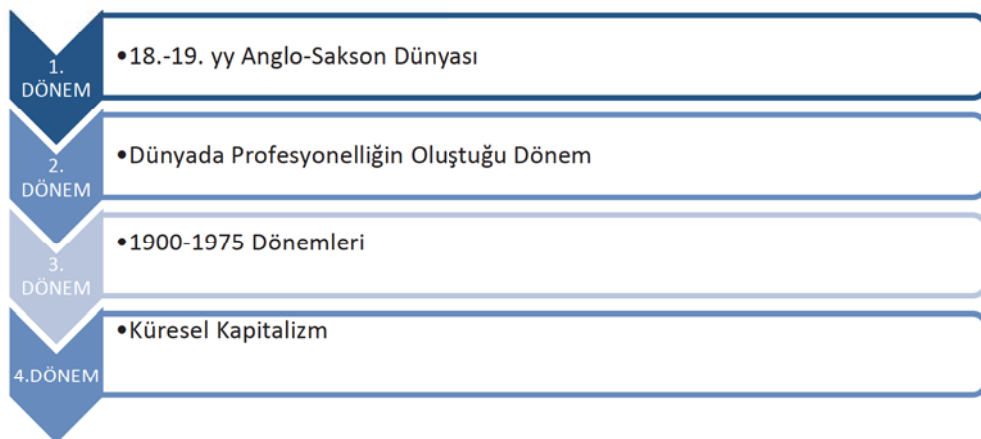
Tablo 5. ABD'de Mesleklerin Profesyonelleşme Süreci

Meslekler	Tam Zamanlı İş	İlk Eğitim Okulu	İlk Üniversite Eğitimi	İlk Yerel Birlik	İlk Ulusal Birlik	İlk Devlet Lisansı	Biçimsel Etik Kodlar
Yerleşik Meslek							
Hekimlik	1700	1765	1779	1735	1847	1780	1912
Hukuk	17.yy.	1784	1817	1802	1878	1732	1908
Mühendislik	18.yy.	1819	1847	1848	1852	1908	1910
Muhasebe	19.yy.	1881	1881	1882	1887	1896	1917
Yarı Meslek							
Kütüphanecilik	1732	1887	1897	1885	1876	1917	1938
Hemşirelik	17.yy.	1861	1909	1885	1896	1903	1950
Sosyal Uzman	1898	1898	1904	1918	1874	1940	1948
Veteriner	1803	1852	1879	1854	1863	1886	1866
Yeni Meslek							
Kent Yönetimi	1912	1921	1948	1914	1914	Yok	1924
Kent Plancılığı	19.yy.	1909	1909	1947	1917	1963	1948
Hastane Yöneticiliği	19.yy	1926	1926		1933	1957	1939
Sahte Meslek							
Reklamcılık	1841	1900	1909	1894	1917	Yok	1924

Tüm toplumsal aktörler profesyonelleşme süreci üstünde etkili olmakla birlikte bunlar arasında aktör olan meslek birlikleri, üniversite, profesyonel hizmet alıcıları ve devlet güç merkezleri konumundadır. Devletin bir meslek alanında düzenleme yapmak için bir kurumu yetkilendirilmesi, bu yetkiyi yasal güvence altına alması ve yasal olarak tanınmasıyla **meslek birliği** oluşur. Devletle sürekli temas halinde olup, yetki ve izin alarak kadro ve unvan yapısını, meslek yapısını ve sıradüzenini belirlemek meslek içi konularda meslek birliklerinin en temel işlevidir. Ayrıca hangi aşamalardan geçilerek mesleğe girebileceğini düzenleme yetkisini meslek birlikleri belirler. “Bilim tekeline sahip, teknolojik gelişmenin temeli” olan üniversite ve diğer eğitim kurumları mesleki bilginin üretilmesi ve geliştirilmesinden sorumludur. Ensüstri devri sonrası oluşan farklılaşmış, rekabetçi meslek yapılanmasına meşruluk kazandırılması **üniversiteler** ile olmuştur. Üniversitelerin

yanında ülkemizdeki TODAİE gibi meslek bilgisi üreten eğitim kurumları veya mesleki araştırma yapmak amacıyla kurulan vakıf, dernek ya da birlikler sayesinde mesleki eğitimler lisans üstü, seminer, sertifika programları gibi araçlarla yaşam boyu süren bir özellik kazanmaktadır. **Profesyonel hizmetin alıcıları**, profesyonelleri birçok açıdan etkilemektedir. Sunulan hizmetin, hizmetten yararlananlarla olan ilişkisi niteliğine bakıldığında perakende alıcılar daha çok hizmetin kalitesine yönelik bir etki yaparken, aracı alıcılar olarak devlet ve özel kesim işverenleri hizmetin birçok ögesini etkilemektedir. Örneğin insan yaşamının her anında karşılaşılan türden hizmetler sunan ve bu hizmetlerin doğrudan alıcılar tarafından kullanılması hukuk ve hekimlik mesleğinin gelişmesine yol açmıştır. Bu, bazı mesleklerin toplumda diğer mesleklere göre daha çok kabul görmeleri ve toplumsal güç elde etmelerini kolaylaştırmıştır. Mesleklerin etkinlikleri kamuyu ve ortak refahı doğrudan etkilediği için **devlet**, toplumu yönetilebilir hale getirmede uzmanlığın gücünü kullanmak zorunda kalmış, yürütme ve yasama yollarıyla meslekleri denetimi altına almaya yönelik politikalar izlemiştir. Bu denetim altında tutma gayesine yönelik olarak dönemler boyunca kurulan mesleki birlikler, sadece meslek mensuplarının izlediği bir strateji değil, devletin bizzat uyguladığı politikaların bir uzantısıdır (Karasu, 2001).

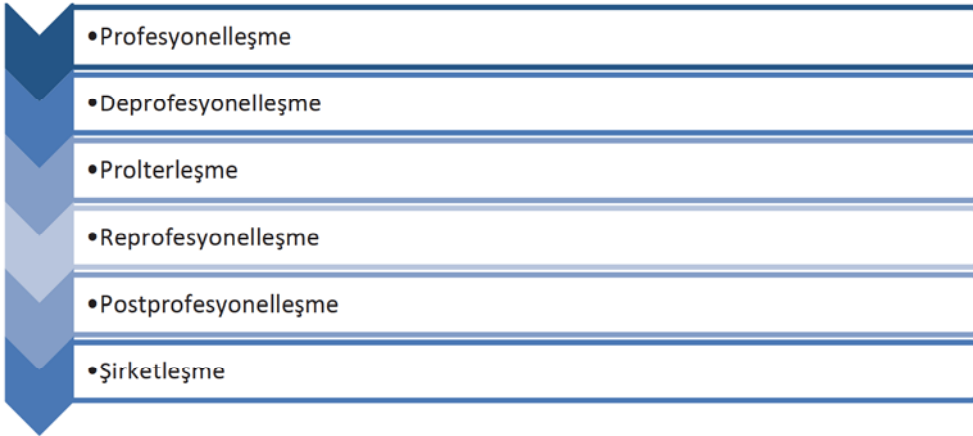
Soyer (2009) paralel görüşlerle profesyonellik gelişimini dört dönem olarak incelemektedir;



Şekil 11. Profesyonellik Dönemleri (Soyer, 2009)

Endüstri dönemi öncesi üretici kesim, piyasa fiyatlarının yaygınlaşması ve dürüstlüğü zayıflamasına olan tepkiyle ‘‘piyasa denetimi projesi’’ yaptığından dolayı, bu dönem örgütsel projeler dönemi olarak görülmektedir. Bu proje yoluyla üreticiler faaliyetlerini standartlaştırmış ve toplumsal statüyü kazanmışlardır. Bu bağlamda dönemin profesyonelleşme hareketleri hem piyasa denetimi hem de kollektif toplumsal hareketlilik içerir. İleriki dönemlerde tekelleşmeye gidilerek eğitim ve sertifikasyon nitelikleri ön plana çıktı ve meslekler denetlenmeye başladı. Teknik ve teorik bilgiyi birarada veren üniversiteler profesyonelliğe meşruluk kazandırdı. Küresel kapitalizm öncesi insani özellikleri daha belirgin olan hekimlik, kapitalizmle birlikte sağlık hizmetlerinin niteliğini değiştirdi.

Kurutkan’ın sosyolojik sınıflamasına göre profesyonelleşmenin seyri şu şekilde ilerler (Bkz, Şekil 12.) ;



Şekil 12. Profesyonizm Gelişimi (Kurutkan, 2010)

Profesyonelleşme evresinde ilk olarak bir iş, kendi alan ve görevlerini oluşturur, sonra üniversite eğitimi gerektirir, ardından bir birlik kurulur, profesyonelleşen iş yasal koruma altına alınır ve son olarak etik ilkeler ortaya konur.

Deprofesyonelleşme; profesyonel mesleğe özgü niteliklerin meslekten olmayanların hizmetlerine duydukları inancın, beklentilerin ve otoritenin yitirilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Prolterleşme; profesyonellerin bireysel olarak sundukları hizmetlerde zorluklar yaşamaları ile birlikte büyük örgütlere bağlanarak bir ücret karşılığında işverene karşı sorumluluk taşır.

Reprofesyonelleşme; profesyonel gelişim yeniden hızla kazanılmaktadır.

Postprofesyonelleşme; kavramın geniş tutulmasından dolayı karışıklık yaşanmaktadır. "Kariyerin sonu" , "Yeni orta sınıf", " Çağdaş toplumların dönüşümü" şeklinde isimlendirmeler vardır. (Seelig, 1986; Derber vd, 1990; Kritzer, 1999; Ball, 2004'dan Kurutkan 2010)

Şirketleşme; 1980'lerden sonra uluslararası şirketlerin oluşmasıyla mal ve hizmet sektöründe kalıplarının değişmesi sürecidir.

Mıdık ise çalışmasında tıbbi profesyonelizmi sosyolojik bağlamda şu şekilde incelemiştir (Bkz, Şekil 13.);



Şekil 13. Tıbbi Profesyonelizm Gelişimi (Mıdık, 2012)

MÖ 2000'li yıllara dayanan tıbbin ilk uygulaması olan, kutsal sayılan 'şifacılığın' temelinde empati, sevgi ve şefkat bulunmaktaydı (Mıdık,2012). MÖ 5-4.yy'da loncalar şeklinde yürütülen hekimlik faaliyetleri için mesleki standartlar bulunmamakla birlikte işleyiş dini sınıfın elinde yönetilmekteydi (Achterberg, 2009'den aktaran Mıdık,2012). Hipokratik tıpın ortaya çıkması ile birlikte özgecilik, fiziksel giyim, hastaya zarar vermeme, dilin mesleki uygulamadaki önemi gibi değersel davranışlar hekimlerin taşıması gerek özellikler arasında sayıldı (Engelhardt, 2000; Demirhan vd, 2001; Hilton vd , 2007; MacKenzie, 2007'den Mıdık, 2012). Sağlığın hayati bir mesele olması ve insan varlığını sürdürmesi üstünde önemli bir olay olduğu için hekim ve tıp ahlakı üzerine çok önem verilmiştir. İslami inanca sahip hekimlere göre sağlık ahlaki olgunlukla bütünleşmekteydi. Beden ve ruh sağlığı ahlaki olgunluk ile mümkün olabilir. Bu nedenle İslam

hekimleri ahlak ve eğitimi insan sağlığı için önemli bir unsur olarak görmüş, bedenle ruh arasındaki uzantıda ruhun etken rol oynadığı ve ruh sağlığının muayyen ahlaki ilkelere sadakat ile kazanılacağı savunulurdu (Altıntaş, 2017). Allah'ın Hakim olan adından türetilmiş bir sözcük olan Hekim, insanların gözünde değeri büyük bir meslek olarak görülmüştür. Hekimlerin insanların kendilerinin yardımına muhtaç olduğunu bilip buna göre insanlara davranmalıdırlar. İslâm Tıp Tarihleri kaynaklarında da el-Ahd ve el-Eymân diye bilinen tıp tarihindeki “Hippokrat Yemini” nin yapılması zaruri kabul edilmiştir. Ana düşünceler aynı kalmakla birlikte farklı şekillerde yemin metinleri kaynaklara yansımıştır (<http://www.fikriyat.com/yazarlar/akademi/ahmet-agirakca/2018/03/04/tip-tarihinde-hekim-ahlki-i>). İbn Ebi Usaybia'nın Uyûnu'lenbâ adlı eserinde yemin metni şu şekilde geçmektedir:

“ İnsana hayatı ve ölümü, sağlık ve şifa ile her türlü ilacı bahşeden Allah adına; hekim Apollon, Asklepios, Hygia, Panacea ve Allah'ın erkek-kadın bütün dostları adına yemin ederim. Ayrıca bu yeminime aynen sadık kalacağıma, bana bu ilmi öğreten hocamı aynen babam gibi tanıyacağıma, onun ihtiyaç duyacağı her hususta fedakârlıkta bulunacağıma, malım ve canımla onun emrinde olacağıma, onun neslinden gelen evlad ve torunlarına –istedikleri takdire- bu ilmi şartsız ve ücretsiz öğreteceğime, onları kendi öz kardeşlerim gibi göreceğime, tıp yeminini yapmalarından sonra, benim ve hocamın çocukları ile diğer tıp öğrencileri arasında asla ayırım yapmayacağıma, bütün gücümlle hastayı tedâvî ederek onun yararına olabilecek her hususta çalışacağıma, hastanın zararına olabilecek her şeyi ondan uzak tutacağıma, ona eziyet verecek her hususu bilgim oranında ve inandığım tıbbî çözüm doğrultusunda ondan uzaklaştırmaya çalışacağıma, öldürücü ve zehirleyici bir ilaç benden istendiğinde vermeyeceğime, bu konuda kimseye yardımcı olmayacağıma, çocuk düşürücü ilaçları kadınlara vermeyeceğime, nefsimi ve mesleğimi her türlü eksiklikten koruyarak en güzel hasletlerle donatacağıma, mesanesinde taş bulunan hastanın hemen karnını yarmayıp bunu konu ile ilgili uzman cerrahlara bırakacağıma, gireceğim bütün evlere sadece hastanın yararı için gireceğime, her türlü zulüm, kötülük ve ahlâksızlığın dışında bir hayat süreceğime, mesleğimi icra ettiğim sırada yada bunun dışında toplum içinde gördüğüm yahut işittiğim, açıklanması gerekmeyen hiçbir hususu açıklamayacağıma ve böyle

durumlarda ağzımı sıkı tutacağıma ve bütün bunları bir görev olarak algılayacağıma yemin ederim. Bu yeminimi hiç bozmadan yerine getirebilirim yaşamım ve mesleğimi mutluluk içinde geçireyim. İnsanlardan daima saygı göreyim. Şayet bunları yerine getirmezsem bütün bu temennilerin zıttı ile karşılaşayım.”

Er-Razi'nin hekim ahlakına dair yazdığı et-Tıbbu'r-rûhânî ve hekimde bulunması gereken özelliklerin anlatıldığı Ahlâku't-tabîb adlı eserlerinde verdiği öğütlerde aklın önemini vurgular ve insanın da aklın değerini bilip kötü nefsin bencillğe götürmesi, hevesin aklın önüne geçirmemesi gerektiğini ve bunların bu kötü huyların ıslahı, güzel ve takdir edilir bir yaşama biçimine sahip olma yolları, insanlara güzel davranmak ve güzel söz söylemeye oldukça önem vermiştir (Ağırakça, 2018 <http://www.fikriyat.com/yazarlar/akademi/ahmet-agirakca/2018/03/04/tip-tarihinde-hekim-ahlki-i>).

Anadolu'nun ilk uygarlıklarında hekimlik faaliyetleri rahip ve şamanların büyü ve muska ile tedavileri, avcı ve toplayıcı uygarlıklarda cerrahi tedaviler, tarımla uğraşan uygarlıklarda şifalı otlarla tedaviler şeklinde yürütülmekteydi. Doğuda Malazgirt Savaşı sonrası İslamiyet'in hakim sürdüğü topraklarda tıp eğitimleri astronomi, fizik, coğrafya, mantık, felsefe gibi derslerin bir arada verildiği medreselerde verilmekteydi. Bu dönem İslamiyet öncesi Anadolu uygarlıkları gibi kadavra disseksiyonları yasaktır (Yalçın vd, 2016; Osmanlı Sağlık Kurumları Sempozyumu,2007).

Kraliyet Hekimler Koleji'nin, 16.-17.yy'da temel amacı vaka incelemek ve hastalıkları tanımlamak olan klinik okullar, kürsüler ve enstitüleri kurmasıyla hekimlik resmi boyuta büründü (Achterberg, 2009; 2012'den Mıdık, 2012). Bu durum mesleki kapalılık için ilk adımlar denebilir. Osmanlı Devleti'nde resmi olarak ameliyatlarda cerrahlara yetki verilmesi, Macaristan Eğri seferi sırasında ayakları kesildiği için çalışma imkanı bulunmayan Doktor Ahmet'in dilekçesi üzerine Sultan Süleyman imaretinden yemek tayin edilmesi için Sultan III.Mehmet'in fermanının bulunması ve Rumeli Tırhala ilçe sakinlerinden Yani'yi Cerrahe Saliha Hatun 400 akçeye ameliyat edeceği ancak ameliyat esnasında hasta ölürse hasta yakınları herhangi dava açamayacak açsa bile geçerli olmayacağına dair mahkeme huzurunda beyan vermesi bu dönem doğuda hekimlik mesleğinin toplum ve devlet nezdinde

tanındığı ve birtakım hukuki yaptırımların olduğu görülür (İpşirli, 2017). Mesleki birliklere önem verilerek İngiliz ve Amerikan Tabipler Birliğinin kurulması , 19.yy'da patentli ilaçlar endüstrisi ve doktora yardımcı meslek gruplarının ortaya çıkışıyla sağlık hizmet sunumunun boyutu değişmeye başladı (Soyer, 2005; Hilton vd, 2007; Achterberg, 2009, dan aktaran Mıdık, 2012). Durkheim ve Parsons Hekim anlayışının yaygınlaşmasıyla hekimler toplumun öncü kesimi olarak sorun çözücü görülmeye başlaması ve hekimlerin bu sorumluluğu kabul etmesiyle toplumda sınıfsal hiyerarşi oluşmuştur (Castellani ve ark, 2006; Cruess, 1999; den Mıdık, 2012).

İslami inanca sahip ülkelerde; Hz. Muhammed'in hacamattan kazanç elde etmeyi yasaklaması ve Allahın haram kıldığı şeylerde şifa yaratılmadığı inancı etkisinde tedaviler icraa edilmekteydi. İslam inancında hayatta iken insana eziyet etmek yasaktır ve öldükten sonra da bu vücut bütünlüğünün korunması gerektiği inancı vardır. 18. yy'da bazı İslam alimlerinin fetva vermesi üzerine 1976'da Suudi Arabistan Müftülüğü aynı yıl Suudi Arabistan Yüksek Alimler Konseyi, Râbitatü'l-Âlemi'l-İslâmî Fıkıh Konseyi'nde ceset ameliyatları; cinayet davalarında hâkimin ölüm sebebini tam olarak bilememesi ve işlenen suçun tespiti için de teşrîhden başka çarenin bulunamaması halinde, hastalıkların tespiti, tedavilerin yapılabilmesi ve gerekli önlemlerin alınması amacıyla ve tıp eğitimi ve öğretimi gayeleriyle caiz görülmüştür. Ehliyetli doktorların kuralına uygun tedavilerinde meydana gelen olumsuzluklardan dini ve hukuki açıdan sorumlu olmadıkları, ehliyetsiz olanlar hukuken sorumlu tutulup diyet cezasına çarptırılmıştır (Düzenli, 2007).

Bugünkü Sağlık Bakanlığının nüvesi diye isimlendirilen Cemiyeti Tıbbiyye Mülkiye personellerin tayin işlemleri, tababet izni ve eczane açma yetkilerini elinde toplamıştır.1856 yılında ilk tıp cemiyeti olan Türk Tıp Cemiyeti kurulmuştur. 1928 yılında Türk Oftalmatoloji Derneği peşi sıra Çocuk Hekimleri Encümeni, Türk Jinekoloji Cemiyeti, Türk Üroloji Cemiyetlerinin kurulması mesleki örgütlenmelerin ilk örnekleridir. 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu 1953 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Ülkedeki hekimlerin bir kısmının üye olduğu bu örgütün hükümetlerle hiçbir mali bağlantısı yoktur. TTB Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu mezuniyet öncesi tıp eğitiminin meslek uygulamasındaki önemine binaen nitelik ve nicelik yönünden Tıpta Uzmanlık Eğitimi inceleyerek ilgili raporlar hazırlayıp

ilgililere sunmaktadır ve ayrıca Sağlık Bakanlığı “Tababet Uzmanlık Kurulu”na 9 üyeden biri olarak katılmakta, uzmanlık eğitimi ile ilgili görüş bildirmektedir (Çelik, 2008).

20. yy.’ın başından itibaren piyasa ilişkilerinin yayılması, standart tıp eğitimi oluşturmak için dini eğitim veren kurumların kapatılması, evde gezici sağlık hizmeti yapan hekimlerin yerini işgücünü ücret karşılığı satanlar almaya başladı. Bu dönem diğer profesyonel meslekler gibi hekimler de özerk çalışma ve özenetim arkasına sığınarak daha çok para kazanma arzusuyla toplumsal görevlerini ihlal ettiler (Soyer, 2009 ; Mıdık, 2012). 1970’lerden sonra ödemeye dayalı hizmet modeli ortaya çıkmasıyla özel sağlık sigortası, performans uygulamaları kavramları oluştu (Ludmerer, 1999). Tıp okullarının artışı ve kitaplar, dergiler, gazete yazıları, radyo ve televizyon programlarında sağlık ile ilgili bilgiler verilmesi profesyonel bilgi tekelinin kırılmasına yol açmıştır. Şifacılığın temelinde olan sevgi ve özgecilik gibi insani değerler küresel kapitalizm ile birlikte ticari bir yapılanmaya girdi. Son dönemlerde tıbbi profesyonizm kavramının temelindeki değerlerin tekrar hatırlatılması ve yorumlanması gerektiğini belirten görüşler ortaya çıktı (Gerstlark’den Akt. Thistlethwaite ve ark, 2008; Beauchamp 2004; ‘den Mıdık, 2012). Lundberg’e göre günümüz prestijli dergilerin tıpta girişimcilik ile ilgili yazıları tehlikelere ışık tutuyor (Lundberg, 1990). Arnold Relman’ın ‘‘Tıp Sanayisi’’ olarak adlandırdığı karmaşıklıkta hekimlik mesleki değerlerinin yozlaşmaması için tıbbi profesyonizmin mesleğe girmeden önce tıp fakültelerinde eğitim müfredatına eklenmesi önem kazanmaktadır (Relman, 1980).

2.4.Tıbbi Profesyonizm Eğitimi

20.yy sonrası büyüyen piyasa güçleri müdahalesi ve sağlık hizmetleri sunumunun gittikçe karmaşık hale gelmesiyle topluma karşı sorumluluklarını yerine getirirken günlük yaşayan hekimlere, hekimliğin temel değerlerini hatırlatacak tıbbi profesyonizm eğitimlerinin verilmesi önemli hale gelmiştir (Project of the ABIM, ACP–ASIM, and EFIM, 2002). Hekimlerin topluma karşı sorumluluklarının ne olduğu ve bunu nasıl yerine getirecekleri tıbbi profesyonizmle gösterilir (Avşar vd,2012). Tıp eğitiminin amaçları arasında, öğrencilere profesyonelliği aşılایıcı müfredat ile gerekli bilgi ve becerilere sahip mezunlar vermek ve toplumun sağlık

düzenini yükseltecek hekimler yetiştirmek vardır (Güllüdere, 2016; Edinburg Bildirgesi,1988). Önceleri kavramsal olarak tartışılan profesyonizm bugün mezuniyet öncesi tıp eğitim müfredatında ‘‘İyi Hekimlik Uygulamaları, Kişisel ve Profesyonel Gelişim, Kliniğe Giriş, Sanat ve İnsan Bilimleri, Profesyonizm’’ başlıkları altında yer almaktadır. Eğitimin ilk yıllarının son yıllarına nazaran insani özelliklere daha yatkın olan tıp fakültesi öğrencilerine, eğitim süreci içerisinde profesyonizmi kazandırmak, tutum haline getirmek profesyonizm eğitimlerinin temel amacıdır (Özan, 2006). Mıdık’ın yaptığı çalışmada hekimlerin çoğunluğu tıbbi profesyonizmin öğrenilebilir ve öğretilerilir olduğunu düşünmektedir. Paralel şekilde Avşar (2012) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aynı bulgulara rastlamıştır.

Son yıllardaki araştırmalarda, profesyonizm ihlalleri ile hekimlik faaliyetleri arasında bağlantı gösterilmiş ve profesyonizm ihlallerinin, tıp eğitimi kökenli olduğu ve süreklilik kazandığı saptanmıştır (Sezik, 2014). Burada dikkat edilecek husus formel derslerin başarısı sınırlıdır, çünkü tıp fakültesi öğrencileri profesyonel değerleri kıdemli doktorların davranışlarını modelleyerek gizli müfredat yoluyla öğrenirler (Stern, 2006). Profesyonizmin ne kadar kazanıldığı çok açık değildir. Ancak profesyonel davranışları ölçecek bazı araçlar vardır (Bradburn ve ark, 2012). Bunlar; 360 derece değerlendirme, hasta geri bildirimleri, hastane istatistik verileri, kalite denetimlerine katılım, sürekli tıp eğitimine katılım vb. şekillerde olabilir.

İngiltere Tıp Konseyi (General Medical Council) ‘‘Yarının Doktorları’’ 1993 yılındaki raporunda tıbbi profesyonizm sözcüğü resmi olarak geçmese de bu kavrama yönelik içerikler yer almıştır, revize edilen 2002 yılındaki raporda hekim adaylarına rehber olan ‘‘İyi Klinik Uygulamalar’’la hekimlerin uyması ve uzak durması gereken davranışlar listelenmiş, 2006 yılındaki baskıda profesyonizm kelimesi doğrudan raporda yer almıştır. (General Medical Council 1993, 2002, 2006)

Amerika Uzmanlık ve Akreditasyon Komitesi 2000 yılında yayınladığı raporda 6 hekim yetkinlik alanı belirlemiştir. Bunlar;

- Tıbbi bilgi
- Profesyonizm
- Kişiler arası iletişim becerileri

- Uygulamaya dayalı öğrenme ve geliştirme
- Sisteme dayalı uygulama
- Hasta bakımı

Profesyonlizmin başlıca unsur olarak göstermenin yanında asistanların eğitim programlarına da eklenmiştir (Accreditation Council for Graduate Medical Education,2000).

2002 yılında yürürlüğe giren Ulusal Çekirdek Eğitim Programı ile Türkiye'deki tıp eğitiminin standartlaştırılması için çekirdek müfredat hazırlandı. Tıbbi profesyonlizm doğrudan program içerisinde geçmese de içeriğini kapsayacak unsurlar bulunuyordu. 2011 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Çerçeve Eğitim Programı ile tıbbi profesyonlizm yeterlilik alanı olarak tanınıp içeriği belirlendi.

Dördüncü Ulusal Tıp Eğitimi Kongresinde Özan'ın (2006) yaptığı bildiride tıp eğitiminin amaçlarına vurgu yapılmış, başta insani özelliklere yatkın olan tıp fakültesi öğrencilerinin ilerleyen yıllarda bu davranışlarda sapma olduğunu belirtmiştir. Bu erozyonun sonucunda hekim rolleri ve merkezilik anlayışları da değişmektedir. Tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimin başında hasta merkezci yaklaşım gösterirken sonraki yıllarda hekim merkezci anlayışa; bakım verme rolünden iyileştiren role büründükleri görülmektedir (Bkz, Şekil 14.) .



Şekil 14. Hizmet Anlayışında Kayma (Özan,2006)

Tıp fakültesi öğrencilerine bu değerleri kazandırmak, tutum haline getirmek, davranışlara yansıtmak amacıyla profesyonlizm eğitime dikkat çekerek eğitimin ‘‘ne zaman, nasıl, kimler tarafından, hangi yöntemlerle, nasıl değerlendirileceği’’ gibi sorulara da yanıt getirilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HEKİMLERİN PROFESYONALİZM ANLAYIŞININ TIBBİ HATALARDA TUTUM ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

3.1.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekimlerin profesyonallizm anlayışlarının ve tıbbi hata durumlarındaki tutumlarının belirlenmesi, bu ikisi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Buna ek olarak çalışmada değişkenlerinin hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir.

3.1.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın yapıldığı yer olan Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Sivas şehir merkezinden 7 km uzaklıkta, 1061 yatak kapasiteli olup klinik ve poliklinik hizmetleri veren üçüncü basamak bir sağlık kurumudur. Kesitsel olarak yapılan bu çalışmanın evreni 12-24 Şubat tarihleri arasında C.Ü. hastanesinde aktif çalışan 347 hekim (N=347) oluşturmaktadır. Gürbüz ve Şahin'in Farklı Evrenler İçin Kabul Edilebilir Asgari Örneklem Büyüklükleri Tablosu esas alınarak evrenin %52.44'ünü oluşturan 182 kişi örnekleme alınmıştır. Hekimlerde sahip olunan akademik unvanlara göre (Arş. Gör. Dr., Uzm. Dr., Dr. Öğr. Üyesi, Doç. Dr., Prof. Dr.) ve uzmanlık alanlarına göre uygulanması gereken anket sayıları tabakalı örnekleme yöntemi ile, akademik unvanlarda ve uzmanlık alanlarında hangi bireylere uygulanacağı ise basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Doç. Dr. ve Arş. Gör. Dr. grubunda belirlenen sayıda anket

uygulanmış fakat Prof.Dr., Dr. Öğr. Üyesi, Uzm Dr. unvanlarında sırasıyla 1, 1, 2 adet anket eksik kalmıştır. Azami örneklem sayısı 182'ye ulaşabilmek için Arş. Gör. Dr. grubuna ek olarak 4 adet anket uygulanmıştır (Bkz, Tablo 6. ve Tablo 7.)

Tablo 6. Katılımcıların Ünvana Göre Evren, Örneklem ve Uygulanan Anket Sayıları

	Evren	Örneklem	Uygulanan Anket Sayısı
Prof. Dr.	45	23	22
Doç. Dr	34	17	17
Dr. Öğr. Üyesi	38	21	20
Uzm. Dr.	9	5	3
Arş. Gör. Dr.	221	116	120
TOPLAM	347	182	182

Tablo 7. Katılımcıların Uzmanlık Alanına Göre Evren, Örneklem ve Uygulanan Anket Sayıları

		Evren	Örneklem	Uygulanan Anket Sayısı
Dahili Tıp	Acil Tıp	15	8	8
	Aile Hekimliği	17	10	10
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	17	10	10
	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	5	3	4
	Deri ve Zührevi Hastalıkları	8	4	5
	Enfeksiyon Hst. Ve Klinik Mikro	4	2	3
	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	21	12	13
	Göğüs Hastalıkları	10	5	5
	İç Hastalıkları	40	23	23
	Kardiyoloji	9	5	5
	Nöroloji	12	6	6
	Nükeer Tıp	2	1	1
	Radyasyon Onkolojisi	2	1	0
	Radyoloji	24	13	13
	Ruh Sağlığı ve Hst.	12	6	6
Tıbbi Genetik	3	1	3	
Cerrahi Tıp	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	31	19	15
	Beyin ve Sinir Cerrahisi	9	4	4
	Çocuk Cerrahisi	3	1	0
	Genel Cerrahi	17	10	10
	Göğüs Cerrahisi	3	1	0

Göz Hastalıkları	10	5	5
Kadın Hastalıkları ve Doğum	14	7	8
Kalp Damar Cerrahisi	4	2	2
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	8	4	4
Ortopedi ve Travmatoloji	13	7	5
Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahisi	6	3	3
Tıbbi Patoloji	10	5	7
Üroloji	8	4	4
TOPLAM	347	182	182

3.1.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, iki bölümden oluşan veri toplama aracı ile toplanmıştır. Bunlar araştırmacılar tarafından hazırlanan profesyonizm anlayışını belirlemeye yönelik Profesyonizm Ölçeği, tıbbi hatalarda tutum düzeyini ölçmek için hazırlanan Tıbbi Hatalarda tutum Ölçeğidir.

1. Profesyonizm Ölçeği: Mehmet Nurullah Kurutkan (2010) tarafından geliştirilen ölçeğin amacı hekimlerin sosyolojik açıdan incelenmesi ve hekimliğin profesyonelleşme anlayışının ortaya çıkartılmasıdır. Profesyonelleşme anlayışı mesleki bilgi, meslek birliği, mesleki etik, mesleki sosyalleşme, mesleki hakimiyet, profesyonizm, profesyonelleşme süreci ve mesleki kapalılık olarak sekiz ana başlıkta incelenmiş ve çıkan bulgular Freidson modeline göre değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Beşli likert tipinde yapılandırılmıştır. Analiz olarak ki kare, faktör analizi, güvenilirlik analizi ve frekans teknikleri kullanılmıştır. Ölçek toplamında 62 soru yer almaktadır, bunun 7 sorusu demografik verileri edinmek için ayrılmıştır.

2. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği: Güleç ve İntepeler (2013) tarafından geliştirilen Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği 16 soru ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hata nedenleridir. Beşli likert tipinde yapılandırılan ölçeğin kesme noktası 3'tür. Ölçek ortalaması 3'ün altında olan çalışanların tıbbi hata tutumlarının olumsuz yani tıbbi hata ve hata bildiriminin önemi komusundaki farkındalığının düşük olduğu, ölçek ortalamasının 3 ve üzeri olan çalışanların tıbbi hata tutumları ise olumlu olarak değerlendirilmektedir.

Profesyonizm Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları Şu Őekildedir (Bkz, Tablo 8.);

Tablo 8. Araştırmada Kullanılacak Ölçeklerin Cronbach Alfa Katsayıları

Profesyonizm Ölçeği	0,86
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	0.75

Araştırmada elde edilen verilerle yapılan geçerlik güvenilirlik çalıŐmalarında alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirilme kriteri Şu Őekildedir (Özdamar, 1999).

$0.00 \leq a < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq a < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq a < 0.80$ ise ölçek oldukça güveniliridir.

$0.80 \leq a < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Bu bilgiye dayanarak Profesyonizm Ölçeğinin güvenilirliğinin yüksek derecede, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin ise oldukça güvenilir olduğunu söyleyebiliriz.

3.1.5.Araştırma Planı

Araştırmanın planı Tablo 9.'da belirtilmiştir.

Tablo 9. Araştırma Planı

Adımlar	Zaman
Literatür tarama ve araştırma konusunun belirlenmesi	Haziran – Ağustos 2017
Sosyal Bilimler Enstitüsüne Tez Önerisinin sunulması	Eylül 2017
Kurumlardan ve Etik Kuruldan izin alınması	Kasım – Ocak 2018
Veri Toplama ve Analizi	Şubat 2018
Tezin yazımı	Mart- Haziran 2018
Tezin Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne	Temmuz- Ağustos 2018

3.1.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce C.Ü. Rektörlüğü, Hastane Başhekimliği ile gerekli resmi yazışma yapılarak yazılı onay alınmış ve veri toplama formlarının uygulanması araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Veri toplama araçları uygulanmadan önce C.Ü. Etik Kurulundan, araştırmanın “Etik Kurul Onayı” alınmıştır. Anketler her hekimlere sözel olarak çalışma hakkında gerekli açıklamalar yapılarak ve çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı vurgulanarak, teker teker verilmiştir. Hekimlerin bir kısmı hemen cevaplayarak anketi teslim etmiş, bir kısmı ile daha sonraki günler için randevulaşmış ve o günlerde ziyaret edilerek anketler toplanmıştır. Anketin uygulanması 12-24 Şubat 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama araçlarının doldurulması 15-20 dakika vakit almaktadır.

3.1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Sivas ilinde yapılması araştırmanın genellenebilirliği açısından sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

3.1.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada verilerin analizi için Statistical Package for the Social Sciences-SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Veriler, faktör analizi, korelasyon analizi, varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve ortalamalar alınarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi için C.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilimdalı’ndan yardım ve danışmanlık alınmıştır. Verilerin geçerlilik ve güvenilirlikleri için yapılan güvenilirlik testinde Croanbach Alpha değeri 0.809 olduğundan çalışmadaki veri güvenilirliği yüksektir. Verilerin Kolmogorov Smirnov ile normallik durumuna bakılmıştır ve bütün yargılar için sign değeri 0.05’den küçük olduğundan dolayı veriler normal dağılmamakta ve bundan dolayı veri analizleri nonparametrik testler kullanılmıştır. Bu çalışma için nonparametrik testler olan Mann Whitney U ve Kruskal Wallis kullanılmıştır.

3.2. BULGULAR

Bu çalışmanın amacı, hekimlerin profesyonizm anlayışları ve tıbbi hatalarda tutumlarının belirlenmesi ve bu iki değişken arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmada profesyonellik düzeylerinin ve tıbbi hatalarda tutumların hekimlerin sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir (Bkz, Tablo 10.).

Tablo 10. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş	N	%
24-30	94	51.64
31-40	41	22.52
41-50	28	15.38
51-60	8	4.39
60+	11	6.04
Cinsiyet		
Kadın	71	39.01
Erkek	111	60.98
Medeni Durum		
Evli	112	61.53
Bekar	70	38.46
Mesleki Çalışma Süresi		
1-5	98	53.84
6-15	37	20.32
16-25	30	16.48
25+	17	9.34
Mesleği Bilinçli Seçme		
Evet	149	81.86
Hayır	33	18,14

Tablo 10.'da araştırmaya katılan toplam 182 hekimin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre katılımcıların %51.64''ünün 24-30 yaş grubunda olduğu, %61.53''ünün evli, %60.98''inin erkek, %53,84''ünün mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olduğu, %81,86'sının mesleğini bilinçli seçtiği saptanmıştır.

Tablo 11. Katılımcıların Mesleki Bilgi İfadelerine İlişkin Bulguları

No	Mesleki Bilgi ile İlgili İfadeler	\bar{x}	SS
----	-----------------------------------	-----------	----

B.1	Hekimler, hastaların davranışlarını ve faaliyetlerini yönlendirme ve sınıflandırma otoritesine, mevcut uzmanlık bilgisinden dolayı sahiptir.	3,75	1,10
B.2	Hekimlerin uzmanlığı ile hastanın bilgi derecesi arasında çok büyük farklar vardır.	4,17	0,90
B.3	Hekimlerin bilgi asimetrisinden dolayı hastalar manipüle edilebilmektedir	3,32	1,20
B.4	Hekimlerin taşıdığı bilginin soyutluğu, ayrıcalık taleplerine yol açmaktadır.	3,32	1,27
B.5	Hekimlerin taşıdığı uzmanlığa dayalı bilgi türü hekimlere özel bir güç sağlar.	4,27	3,13
B.6	Mesleğim, yüksek eğitim, temel bilgi bütününe ve profesyonel disipline sahiptir.	4,51	0,75
B.7	Mesleğin icrası sırasında kullandığım bilgi piyasa da talebi olan, çok az kişinin bildiği ve birçok insan için ulaşılması güç bir bilgidir.	4,11	0,97
B.8	Mesleğim bilgi toplumunda baskın bir karaktere sahiptir	4,27	0,78
B.9	Hekimlik belli bir gruba özgü karmaşık ve takdir yetkisine dayanan profesyonel iş, farklı bilgi beceri ve yargılama gerektiren bir meslektir.	4,53	0,67
B.10	Mesleki faaliyetlerimde yeni bir bilgi ortaya koymak önemlidir.	4,55	0,64
B.11	Kendi eğitimime katkıda bulunurum.	4,41	0,74
B.12	Hastalara, onların ailelerine ve diğer sağlık personeline öğretici bilgiler veririm.	4,43	0,73

Tablo 11.'e bakıldığında B.1, B.2 , B.5, B.6, B.7, B.8, B.9, B.10, B.11 ve B.12'nci ifadelerle ilişkin algıların güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar; "Hekimlerin uzmanlığı ile hastanın bilgi derecesi arasında çok büyük farklar vardır (4.17), Hekimlerin taşıdığı uzmanlığa dayalı bilgi türü hekimlere özel bir güç sağlar(4.27), Mesleğim, yüksek eğitim, temel bilgi bütününe ve profesyonel disipline sahiptir (4.51), Mesleğin icrası sırasında kullandığım bilgi piyasa da talebi olan, çok az kişinin bildiği ve birçok insan için ulaşılması güç bir bilgidir (4.11),

Mesleğim bilgi toplumunda baskın bir karaktere sahiptir (4,27), Hekimlik belli bir gruba özgü karmaşık ve takdir yetkisine dayanan profesyonel iş, farklı bilgi beceri ve yargılama gerektiren bir meslektir (4,53). Mesleki faaliyetlerimde yeni bir bilgi ortaya koymak önemlidir (4,55). Kendi eğitimime katkıda bulunurum (4,41). Hastalara, onların ailelerine ve diğer sağlık personeline öğretici bilgiler veririm (4,43) görüşünü benimsemektedirler.

Bunun yanında katılımcıların “ Hekimler, hastaların davranışlarını ve faaliyetlerini yönlendirme ve sınıflandırma otoritesine, mevcut uzmanlık bilgisinden dolayı sahiptir (3,75),Hekimlerin bilgi asimetrisinden dolayı hastalar manipüle edilebilmektedir (3.32), Hekimlerin taşıdığı bilginin soyutluğu, ayrıcalık taleplerine yol açmaktadır (3.32)” görüşünü önemsedikleri görülmektedir.

Tablo 12. Katılımcıların Meslek Birliği İfadelerine İlişkin Bulgular

No	Meslek Birliği İfadeleri	\bar{x}	SS
T.1	Meslek birliği, hekimlerin gücünün örgütlenmesinde ve mesleğin sunduğu hizmetlerden yararlananlara yönlendirilmesinde önemli bir fonksiyon üstlenmektedir	3,83	1,04
T.2	Profesyonel örgütler, bu mesleğin üyesine katkıda bulunmaktadır.	3,40	1,05
T.3	Profesyonel meslek örgütündeki faaliyetlere aktif katılım göstererek veya kendi örgütüm dışındaki meslektaşlarımla yakın ilişkiler kurarak, mesleğime güçlü bir bağlılık gösteriyorum.	2,98	1,32

Tablo 12.'ye bakıldığında T.1 ve T.2'nci ifadeyle ilişkin algılarının güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar; “Meslek birliği, hekimlerin gücünün örgütlenmesinde ve mesleğin sunduğu hizmetlerden yararlananlara yönlendirilmesinde önemli bir fonksiyon üstlenmektedir (3.83), Profesyonel örgütler, bu mesleğin üyesine katkıda bulunmaktadır (3.40)” görüşünü önemsemektedirler.

Bunun yanında katılımcılar “ Profesyonel meslek örgütündeki faaliyetlere aktif katılım göstererek veya kendi örgütüm dışındaki meslektaşlarımla yakın

ilişkiler kurarak, mesleğime güçlü bir bağlılık gösteriyorum (2.98)’’ görüşünü zayıf düzeyde destekler.

Tablo 13. Katılımcıların Mesleki Etik İfadelerine İlişkin Bulguları

No	Mesleki Etik İfadeleri	\bar{x}	SS
E.1	Hekimler günlük işlerinde karşılaştıkları sorularla ilgili olarak daha çok hatayı dikkate alan bir uygulama etiğine sahiptir.	3,79	1,01
E.2	Hekimler bireylerin ve toplumun iyiliğini düşünen ve ona göre hareket eden insanlardır.	4,33	0,86
E.3	Hekimler hastaların ihtiyaçlarını ve onların yararını kendi çıkarlarının önünde tutan meslek mensuplarıdır.	4,11	0,95
E.4	Yanlış giden şeylerle ilgili, meslektaşlarımla konuşurum	4,35	0,73
E.5	Etik olmasalar bile, kendi çıkarıma hizmet eden davranışlarda bulunurum.	1,57	1,02

Tablo 13’e bakıldığında E.1, E.2, E.3 ve E.4’üncü ifadelere yönelik algılarının güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar; ‘‘ Hekimler bireylerin ve toplumun iyiliğini düşünen ve ona göre hareket eden insanlardır (4.33), Hekimler hastaların ihtiyaçlarını ve onların yararını kendi çıkarlarının önünde tutan meslek mensuplarıdır (4.11), Yanlış giden şeylerle ilgili, meslektaşlarımla konuşurum (4.35)’’ görüşünü benimsemektedirler.

Bunun yanında katılımcıların ‘‘ Hekimler günlük işlerinde karşılaştıkları sorularla ilgili olarak daha çok hatayı dikkate alan bir uygulama etiğine sahiptir(3.79)’’ görüşünü önemsedikleri ve ‘‘ Etik olmasalar bile, kendi çıkarıma hizmet eden davranışlarda bulunurum (1.57)’’ görüşünü desteklemedikleri saptanmıştır.

Tablo 14. Katılımcıların Mesleki Sosyalleşme İfadelerine İlişkin Bulguları

No	Mesleki Sosyalleşme İfadeleri	\bar{x}	SS
S.1	Hekimler mesleki sosyalleşmeyi okulda kazanırlar.	3,28	1,18

S.2	Hekimler mesleki sosyalleşmeyi çalışmaya başladığı ilk mekânlarda kazanırlar.	3,65	0,95
S.3	Entelektüel motivasyonumun büyük çoğunluğunu kurumumdan ve diğer kurumlardaki meslektaşlarımdan alıyorum.	3,15	1,20

Tablo 14.'e bakıldığında S.2'nci ifadesine yönelik algıların güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar; “ Hekimler mesleki sosyalleşmeyi okulda kazanırlar (3.28), Hekimler mesleki sosyalleşmeyi çalışmaya başladığı ilk mekânlarda kazanırlar (3.65), Entelektüel motivasyonumun büyük çoğunluğunu kurumumdan ve diğer kurumlardaki meslektaşlarımdan alıyorum (3.15)” görüşünü önemsemektedirler.

Tablo 15. Katılımcıların Mesleki Hakimiyet İfadelerine İlişkin Bulguları

No	Mesleki Hakimiyet ile İlgili İfadeler	\bar{x}	SS
H.1	Güç ve muktedir olma, hekimlik mesleğini tanımlayan özelliklerdir	3,49	1,13
H.2	Hekimliğin gücü, hasta varlığı ve hastanın istediği yarar arasında yorum yapmaktan ve karar vermekten geçmektedir	3,90	0,96
H.3	Hekimlerin gücü kullanması, akademisyenlik, uygulamacılık ve idareciliğe göre farklılıklar göstermektedir	3,93	0,89
H.4	Hekimler mesleklerini icra ettikleri piyasada yüksek kontrol düzeyine sahiptir.	3,62	1,05
H.5	Mesleğimizi ilgilendiren alanlarda hekimler kendi meslekleri konusunda düzenleme yapmaya yetkilidir.	3,41	1,23
H.6	Profesyonellik düzeyinizi arttıran en büyük faktör, işimiz üzerinde yetki elde etmeye yönelik rekabetçi çabalarıdır.	2,90	1,14
H.7	Piyasa şartlarını kontrol etme konusunda mesleğim diğer mesleklerle göre başarılıdır.	2,86	1,21
H.8	Hekimler, işin içeriği ve koşulları üzerinde kontrole sahiptir.	3,50	1,09
H.9	Hekimler, çalışma prensiplerinde değişim başlatabilme ve/veya yeni uygulama metotları oluşturulabilme kapasitesine sahiptir.	3,62	1,13
H.10	Hekimler yüksek risk taşıyan bir tedavinin uygulanması ile ilgili karar verebilme yeteneğine sahip kişilerdir.	4,08	0,95
H.11	Hekimlerin sahip olduğu özerklik, otorite ve uzmanlığından kaynaklanmaktadır	3,87	0,96

H.12	İşimle ilgili kararları kendim veriyorum	3,60	1,10
H.13	İşimle ilgili her türlü sorunda kendi kendimin patronuyum.	2,99	1,28
H.14	Mesleki faaliyetlerimi gerçekleştirirken üstleneceğim risk önemlidir.	4,22	0,81
H.15	Mesleğimi icra ederken bürokratik baskılardan kurtulmanın yollarını ararım.	3,86	0,97
H.16	İşimde daha fazla özerklik ve/veya otorite isterim.	4,01	0,95
H.17	Mesleğim sayesinde edindiğim statümün toplumda bana birçok ayrıcalık sağladığını düşünüyorum.	3,49	1,14
H.18	Mesleki prestijim, mesleki faaliyetlerimde güç elde etmemi sağlıyor.	3,59	1,06
H.19	Mesleki faaliyetleri yerine getirirken, etkinlik ve verimliliğe odaklanırım.	4,25	0,70
H.20	Mesleki prestijimi etkileyen en önemli faktör, insan sağlığı gibi hayati bir konuyla uğraşmamdır.	4,33	0,82

Tablo 15.'e bakıldığında H.2, H.3, H.4, H.10, H.11, H.14, H.15, H.16, H.19, H.20'üncü ifadelerle yönelik algılarının güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar; " Güç ve muktedir olma, hekimlik mesleğini tanımlayan özelliklerdir (3.49), Hekimler mesleklerini icra ettikleri piyasada yüksek kontrol düzeyine sahiptir (3.62), Mesleğimizi ilgilendiren alanlarda hekimler kendi meslekleri konusunda düzenleme yapmaya yetkilidir (3.41), Hekimler, işin içeriği ve koşulları üzerinde kontrole sahiptir (3.50), Hekimler, çalışma prensiplerinde değişim başlatabilme ve/veya yeni uygulama metotları oluşturulabilme kapasitesine sahiptir (3.62), İşimle ilgili kararları kendim veriyorum (3.60), Mesleğim sayesinde edindiğim statümün toplumda bana birçok ayrıcalık sağladığını düşünüyorum (3.49), Mesleki prestijim, mesleki faaliyetlerimde güç elde etmemi sağlıyor (3.59), Hekimliğin gücü, hasta varlığı ve hastanın istediği yarar arasında yorum yapmaktan ve karar vermekten geçmektedir (3.90), Mesleğimi icra ederken bürokratik baskılardan kurtulmanın yollarını ararım (3.86), Hekimlerin gücü kullanması, akademisyenlik, uygulamacılık ve idareciliğe göre farklılıklar göstermektedir (3.93), Hekimlerin sahip olduğu özerklik, otorite ve uzmanlığından kaynaklanmaktadır (3.87)," görüşünü önemsedikleri ve " Hekimler yüksek risk taşıyan bir tedavinin uygulanması ile ilgili karar verebilme yeteneğine sahip kişilerdir (4.08), Mesleki faaliyetlerimi gerçekleştirirken üstleneceğim risk önemlidir (4.22), İşimde daha fazla özerklik ve/veya otorite isterim (4.01), Mesleki faaliyetleri yerine getirirken, etkinlik ve verimliliğe odaklanırım (4.25) Mesleki prestijimi etkileyen en önemli faktör, insan

sağlığı gibi hayati bir konuyla uğraşıyor olmamdır(4.33)’’ görüşünü benimsedikleri saptanmıştır.

Bunun yanında katılımcıların ‘‘ Profesyonellik düzeyinizi arttıran en büyük faktör, işimiz üzerinde yetki elde etmeye yönelik rekabetçi çabalarıdır (2.90), Piyasa şartlarını kontrol etme konusunda mesleğim diğer mesleklere göre başarılıdır (2.86), İşimle ilgili her türlü sorunda kendi kendimin patronuyum (2.99)’’ görüşünü kısmen desteklemezler.

Tablo 16. Katılımcıların Profesyonizm İfadelerine İlişkin Bulguları

No	Profesyonizm İfadeleri	\bar{x}	SS
P.1	Hekimler mesleklerini profesyonel meslek olarak kabul etmektedir.	4,29	0,98
P.2	Mesleğim profesyonel davranışları kontrol altına alır bu düşünceyi topluma inandırır ve diğer meslek mensuplarına güvenir.	3,85	0,96
P.3	Mesleğim icrası sırasında toplum biz hekimlere inanır ve güvenir.	3,59	1,06
P.4	Meslektaşlarım toplumun menfaatleri için kendilerini adarlar. Toplumun çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutarlar.	3,75	1,05
P.5	Mesleğimin toplum için diğer mesleklerden daha gerekli olduğunu düşünüyorum.	3,78	1,18
P.6	Hekimler mesleğini icra ederken hastalar, hekimlere güvenir.	3,72	1,07

Tablo 16.’ya bakıldığında P.1, P.2, P.3, P.4, P.5 ve P.6’ıncı ifadelere yönelik algılarının güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar;’’ Mesleğim profesyonel davranışları kontrol altına alır bu düşünceyi topluma inandırır ve diğer meslek mensuplarına güvenir (3.85), Mesleğim icrası sırasında toplum biz hekimlere inanır ve güvenir (3.59), Meslektaşlarım toplumun menfaatleri için kendilerini adarlar. Toplumun çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutarlar (3.75), Mesleğimin toplum için diğer mesleklerden daha gerekli olduğunu düşünüyorum (3.78), Hekimler mesleğini icra ederken hastalar, hekimlere güvenir (3.72)’’ görüşünü önemserken ‘‘ Hekimler mesleklerini profesyonel meslek olarak kabul etmektedir (4.29)’’ görüşünü benimsemektedir.

Tablo 17. Katılımcıların Profesyonelleşme Süreci İfadelerine İlişkin Bulguları

No	Profesyonelleşme Süreci İfadeleri	\bar{x}	SS
V.1	Hekimler olarak bilgi monopolü ve özerkliği kaybetme süreci ile karşı karşıyayız.	3,87	1,04
V.2	Hekimlik bağımsız çalışmadan bağımlı çalışmaya doğru geçiş sürecindedir.	3,74	1,10
V.3	Mesleğim profesyonel statüyü kaybetmiştir.	3,25	1,22
V.4	Kararlarım başkalarının gözden geçirmesine tabidir.	3,35	1,19

Tablo 17.'ye bakıldığında V.1, V.2'nci ifadelere yönelik algılarının güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar;'' Hekimler olarak bilgi monopolü ve özerkliği kaybetme süreci ile karşı karşıyayız(3.87), Hekimlik bağımsız çalışmadan bağımlı çalışmaya doğru geçiş sürecindedir(3.74), Mesleğim profesyonel statüyü kaybetmiştir(3.25), Kararlarım başkalarının gözden geçirmesine tabidir (3.35)'' görüşlerini önemsemektedirler.

Tablo 18. Katılımcıların Mesleki Kapalılık İfadelerine Yönelik Bulguları

No	Mesleki Kapalılık İfadeleri	\bar{x}	SS
K.1	Mesleğimizin icrası diğer mesleklerin rekabetine kapalıdır ve bu mesleği icra etmekten uzaklaştırılan insanlar homojen değildir.	3,19	0,98
K.2	Mesleğimi icra ederken işgücü piyasasında korunma imkânı vardır.	3,15	1,06

Tablo 18.'ye bakıldığında K.1, K.2'nci ifadelere yönelik algılarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar;'' Mesleğimizin icrası diğer mesleklerin rekabetine kapalıdır ve bu mesleği icra etmekten uzaklaştırılan insanlar homojen değildir (3.19), Mesleğimi icra ederken işgücü piyasasında korunma imkânı vardır (3.15)'' görüşlerini önemsemektedirler.

Tablo 19. Katılımcıların Tıbbi Hata Algısı İfadelerine Yönelik Bulguları

No	Tıbbi Hata Algısı İfadeleri	\bar{x}	SS
I.1	Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	2,39	1,01
I.2	Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	3,38	1,00

--	--	--	--

Tablo 19.'a bakıldığında I.1 ifadeye yönelik algıların orta düzeyde, I.2'nci ifadeye yönelik algıların düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar;'' Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur(2.39), Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır (3.38)'' görüşlerine yönelik algıları düşüktür.

Tablo 20. Katılımcıların Tıbbi Hataya Yaklaşım İfadelerine Yönelik Bulguları

No	Tıbbi Hataya Yaklaşım İfadeleri	\bar{x}	SS
Y.1	Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	4,04	0,94
Y.2	Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	3,62	0,96
Y.3	Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	2,45	1,04
Y.4	Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	3,70	1,02
Y.5	Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	3,91	1,02
Y.6	Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek	3,12	1,13
Y.7	Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	3,24	0,90

Tablo 20.'ye bakıldığında Y.1, Y.2, Y.4, Y.5'inci ifadelere yönelik algıların yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar;'' Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır (4.04)'' görüşünü benimsemektedirler ve '' Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım (3.62), Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler (3.70), Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır (3.91), Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek(3.12), Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır (3.24)'' görüşünü önemsemektedirler.

Tablo 21. Katılımcıların Tıbbi Nedenleri İfadelerine Yönelik Bulguları

No	Tıbbi Hata Nedenleri İfadeleri	\bar{x}	SS
N.1	Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	3,07	0,84
N.2	Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	3,52	0,79
N.3	Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	3,44	0,94

N.4	Bakim verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	4,37	0,86
N.5	Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	4,30	0,92
N.6	Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenbilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	3,41	1,01

Tablo 21.'e bakıldığında N.2, N.3, N.4, N.5 ve N.6'inci ifadelerle yönelik algıların yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar;'' Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır (4.37), Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır (4.30)'' görüşünü benimsemektedirler.

Buna ek olarak '' Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır (3.07), Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır (3.52), Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır (3.44), Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenbilir durumlardan kaynaklanmaktadır (3.41)'' görüşünü önemsemektedirler.

Tablo 22. Katılımcıların Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Boyutlar	Olası Değer	Gözlenen Değer		
			\bar{x}	SS	Min-Max
Profesyonizm	Mesleki Bilgi	12-60	49,65	5,96	24-55
	Meslek Birliği	3-15	10,19	2,64	3-15
	Mesleki Etik	5-25	18,14	2,29	12-24
	Mesleki Sosyalleşme	3-15	10,08	2,40	3-15
	Mesleki Hakimiyet	20-100	73,51	10,25	42-100
	Profesyonizm	6-30	22,98	3,76	10-30
	Profesyonelleşme Düzeyi	4-20	14,22	3,12	4-20
	Mesleki Kapalılık	2-10	6,34	1,57	2-10
	Profesyonizm Toplam	55-275	204,84	19,58	125-262
Tıbbi Hata Tutumu	Tıbbi Hata Algısı	2-10	5,76	1,52	2-9
	Tıbbi Hataya Yaklaşım	7-35	24,08	3,08	16-31
	Tıbbi Hata	7-35	25,66	3,13	15-32

	Nedenleri				
	Tıbbi Hata	16-80	55,51	5,11	37-68
	Toplam				

Tablo 22.'de katılımcıların profesyonizm ve tıbbi hatalarda tutum ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları verilmiştir. Buna göre katılımcıların Profesyonizm ölçeğinden aldıkları toplam puan 204.84'tür. Ölçeğin mesleki bilgi alt boyutundaki ortalama puanı 49.65; meslek birliği alt boyutundaki ortalama puanı 10.19; mesleki etik boyutundaki ortalama puanı 18.14; mesleki sosyalleşme alt boyutundaki ortalama puanı 10.08; mesleki hakimiyet boyutunda ortalama puanı 73.51; profesyonizm alt boyutundaki ortalama puanı 22.98; profesyonelleşme düzeyi boyutundaki ortalama puanı 14,22; mesleki kapalılık alt boyutundaki ortalama puanı 6.34 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların tıbbi hatalarda tutum puanları incelendiğinde Tıbbi Hatalarda Tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan 55.51'tür. Tıbbi hata algısı alt boyutundaki ortalama puan 5.76; tıbbi hataya yaklaşım alt boyutundaki ortalama puan 24.08 ve tıbbi hata nedenleri boyutundaki ortalama puanı da 25.66 olarak belirlenmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımları

		YAŞ	N	\bar{x}	SONUÇ	
PROFESYONALİZM	Mesleki Bilgi	24-30	94	49,19	p=0,049 f=9,54	p=0,035 f=10,31
		31-40	41	49,33		
		41-50	28	49,72		
		51-60	8	51,14		
		60+	11	53,50		
	Meslek Birliği	24-30	94	9,79	p=0,109	
		31-40	41	10,89		
		41-50	28	10,00		
		51-60	8	11,42		
		60+	11	10,60		
	Mesleki Etik	24-30	94	18,26	p=0,280	
		31-40	41	18,05		
		41-50	28	17,36		
		51-60	8	18,57		
		60+	11	19,20		
	Mesleki Sosyalleşme	24-30	94	10,00	p=0,249	
		31-40	41	9,67		
		41-50	28	10,32		
		51-60	8	10,85		
		60+	11	11,10		
Mesleki Hakimiyet	24-30	94	72,98	p=0,307		
	31-40	41	74,05			
	41-50	28	71,6			
	51-60	8	77,42			

		60+	11	77,9			
	Profesyonizm	24-30	94	22,71	p=0,034 f=10,38		
		31-40	41	23,72			
		41-50	28	21,52			
		51-60	8	24,14			
		60+	11	25,4			
	Profesyonelleşme Süreci	24-30	94	14,59	P=0,457		
		31-40	41	13,43			
		41-50	28	14,33			
		51-60	8	14,14			
		60+	11	14,00			
	Mesleki kapalılık	24-30	94	6,33	P=0,558		
		31-40	41	6,54			
		41-50	28	6,16			
		51-60	8	6,85			
		60+	11	5,70			
TIBBİ HATALARDA TUTUM	Tıbbi Hata Algısı	24-30	94	5,85	p=0,373	p=0,111	
		31-40	41	5,89			
		41-50	28	5,88			
		51-60	8	4,85			
		60+	11	4,90			
	Tıbbi Hataya Yaklaşım	24-30	94	23,78	p=0,256		
		31-40	41	24,91			
		41-50	28	23,96			
		51-60	8	24,85			
		60+	11	23,20			
	Tıbbi Hata Nedenleri	24-30	94	25,24	p=0,083		
		31-40	41	26,21			
		41-50	28	26,52			
		51-60	8	26,85			
		60+	11	24,20			

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum puanları değerlendirildiğinde (Bkz, Tablo 23.); Profesyonizm ölçeği ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Mesleki Bilgi alt boyutunda 24-30 yaş grubundakilerin puan ortalaması 49,19 bulunurken 60 yaş ve üstü yaş grubundakilerin puan ortalaması 53,50 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Profesyonizm alt boyutunda 41-50 yaş grubundakilerin puan ortalaması 21,52 iken 60 yaş üstü yaş grubunun puan ortalaması 25,40 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Profesyonizmin diğer alt boyutları incelendiğinde yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutlarında yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı

		CİNSİYET	N	\bar{x}	SONUÇ	
PROFESYONİZM	Mesleki Bilgi	Kadın	71	49,18	p=0,446	p=0,889
		Erkek	111	49,90		
	Meslek Birliği	Kadın	71	10,24	p=0,653	
		Erkek	111	10,15		
	Mesleki Etik	Kadın	71	18,13	p=0,840	
		Erkek	111	18,12		
	Mesleki Sosyalleşme	Kadın	71	9,93	p=0,463	
		Erkek	111	10,11		
	Mesleki Hakimiyet	Kadın	71	73,77	p=0,851	
		Erkek	111	73,23		
	Profesyonizm	Kadın	71	23,42	p=0,237	
		Erkek	111	22,65		
	Profesyonelleşme Süreci	Kadın	71	14,49	p=0,292	
		Erkek	111	14,03		
Mesleki kapalılık	Kadın	71	6,60	p=0,072		
	Erkek	111	6,15			
TIBBİ HATA TUTUMU	Tıbbi Hata Algısı	Kadın	71	5,88	p=0,747	p=0,060
		Erkek	111	5,68		
	Tıbbi Hataya Yaklaşım	Kadın	71	23,42	p=0,072	
		Erkek	111	24,51		
	Tıbbi Hata Nedenleri	Kadın	71	25,19	p=0,114	
		Erkek	111	25,98		

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum puanları değerlendirildiğinde Profesyonizmin alt boyutları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tıbbi Hatalarda Tutum alt boyutlarında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı

		MEDENİ DURUM	N	\bar{x}	SONUÇ	
PROFESYONALİZM	Mesleki Bilgi	Evli	112	50,29	p=0,144	p=0,923
		Bekar	70	48,63		
	Meslek Birliği	Evli	112	10,14	p=0,639	
		Bekar	70	10,33		
	Mesleki Etik	Evli	112	18,08	p=0,966	
		Bekar	70	18,16		
	Mesleki Sosyalleşme	Evli	112	10,06	p=0,698	
		Bekar	70	10,00		
	Mesleki Hakimiyet	Evli	112	73,03	p=0,568	
		Bekar	70	74,13		
Profesyonizm	Evli	112	22,88	p=0,964		
	Bekar	70	23,08			
Profesyonelleşme Süreci	Evli	112	14,13	p=0,624		
	Bekar	70	14,41			
Mesleki kapalılık	Evli	112	6,34	p=0,783		
	Bekar	70	6,30			
TIBBİ HATA TUTUMU	Tıbbi Hata Algısı	Evli	112	5,71	p=0,833	p=0,677
		Bekar	70	5,83		
	Tıbbi Hataya Yaklaşım	Evli	112	24,29	p=0,399	
		Bekar	70	23,73		
	Tıbbi Hata Nedenleri	Evli	112	25,75	p=0,830	
		Bekar	70	25,55		

Araştırmaya katılanların medeni duruma göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum puanları değerlendirildiğinde Profesyonizmin alt boyutlarının medeni durumlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tıbbi Hatalarda Tutum alt boyutlarının medeni durularama göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Katılımcıların Unvanlarına Göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı

		UNVAN	N	\bar{x}	SONUÇ	
PROFESYONALİZM	Mesleki Bilgi	Prof.Dr.	22	52,00	p=0,190852	p=0,008 f=13,90
		Doç.Dr.	17	49,58		
		Dr. Öğr. Üyesi	20	50,18		
		Uzm.Dr	3	50,00		
		Araştırma Gör.Dr	120	49,12		
	Meslek Birliği	Prof.Dr.	22	10,85	p=0,143194	
		Doç.Dr.	17	9,33		
		Dr. Öğr. Üyesi	20	11,00		
		Uzm.Dr	3	11,80		
		Araştırma Gör.Dr	120	9,97		
	Mesleki Etik	Prof.Dr.	22	18,80	p=0,336729	
		Doç.Dr.	17	17,16		
		Dr. Öğr. Üyesi	20	17,81		
		Uzm.Dr	3	18,80		
		Araştırma Gör.Dr	120	18,14		
	Mesleki Sosyalleşme	Prof.Dr.	22	10,90	p=0,346365	
		Doç.Dr.	17	10,25		
		Dr. Öğr. Üyesi	20	10,06		
		Uzm.Dr	3	10,60		
		Araştırma Gör.Dr	120	9,87		
	Mesleki Hakimiyet	Prof.Dr.	22	76,57	p=0,12919	
		Doç.Dr.	17	71,08		
		Dr. Öğr. Üyesi	20	74,37		
		Uzm.Dr	3	80,20		
Araştırma Gör.Dr		120	72,75			
Profesyonizm	Prof.Dr.	22	24,42	p=0,141231		
	Doç.Dr.	17	21,91			
	Dr. Öğr. Üyesi	20	22,06			
	Uzm.Dr	3	25,60			
	Araştırma Gör.Dr	120	22,84			
Profesyonelleşme Süreci	Prof.Dr.	22	14,52	p=0,956934		
	Doç.Dr.	17	13,90			
	Dr. Öğr. Üyesi	20	14,31			
	Uzm.Dr	3	14,80			
	Araştırma Gör.Dr	120	14,16			
Mesleki kapalılık	Prof.Dr.	22	6,19	p=0,135894		
	Doç.Dr.	17	5,45			
	Dr. Öğr. Üyesi	20	6,81			
	Uzm.Dr	3	6,80			
	Araştırma Gör.Dr	120	6,37			
TIBBİ HATA TUTUMU	Tıbbi Hata Algısı	Prof.Dr.	22	5,14	p=0,350173	p=0,604
		Doç.Dr.	17	6,16		
		Dr. Öğr. Üyesi	20	5,56		
		Uzm.Dr	3	6,60		
		Araştırma Gör.Dr	120	5,83		
	Tıbbi Hataya Yaklaşım	Prof.Dr.	22	23,71	p=0,486048	
		Doç.Dr.	17	23,33		
		Dr. Öğr. Üyesi	20	25,06		
		Uzm.Dr	3	22,80		
		Araştırma Gör.Dr	120	24,14		
	Tıbbi Hata Nedenleri	Prof.Dr.	22	25,42	p=0,172312	
		Doç.Dr.	17	27,58		
Dr. Öğr. Üyesi		20	26,00			
Uzm.Dr		3	26,40			
Araştırma Gör.Dr		120	25,41			

Araştırmaya katılanların unvanlarına göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum puanları değerlendirildiğinde Profesyonizm Ölçeğinde anlamlı bir farklılık saptanırken ($p < 0,05$) profesyonizm alt boyutlarında unvana göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Tıbbi Hatalarda Tutum ve alt boyutlarında unvanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 27. Profesyonizm Anlayışı ve Tıbbi Hatalarda Tutum Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

		TIBBİ HATA ALGISI	TIBBİ HATAYA YAKLAŞIM	TIBBİ HATA NEDENLERİ	TOPLAM TIBBİ HATA
MESLEKİ BİLGİ	Correlation Coefficient	-0,094	0,016	0,003	0,000
	Sig. (2-tailed)	0,236	0,837	0,972	0,998
	N	182	182	182	182
MESLEK BİRLİĞİ	Correlation Coefficient	-0,059	0,026	-0,014	-0,023
	Sig. (2-tailed)	0,458	0,747	0,859	0,768
	N	182	182	182	182
MESLEKİ ETİK	Correlation Coefficient	-0,001	0,153	0,049	0,107
	Sig. (2-tailed)	0,990	0,052	0,532	0,175
	N	182	182	182	182
MESLEKİ SOSYALLEŞME	Correlation Coefficient	-0,042	-0,094	0,065	-0,018
	Sig. (2-tailed)	0,596	0,235	0,411	0,821
	N	182	182	182	182
MESLEKİ HAKİMİYET	Correlation Coefficient	-0,099	0,064	0,039	0,026
	Sig. (2-tailed)	0,212	0,419	0,625	0,746
	N	182	182	182	182
PROFESYONALİZM	Correlation Coefficient	-0,146	-0,060	-0,035	-0,085
	Sig. (2-tailed)	0,063	0,447	0,655	0,283
	N	182	182	182	182
PROFESYONELLEŞME SÜRECİ	Correlation Coefficient	,208**	-0,123	-0,027	-0,059
	Sig. (2-tailed)	0,008	0,121	0,737	0,460
	N	181	181	181	181
MESLEKİ KAPALILIK	Correlation Coefficient	-0,105	0,018	0,056	0,016
	Sig. (2-tailed)	0,185	0,823	0,483	0,841
	N	181	181	181	181
TOPLAM PROFESYONELLEŞME	Correlation Coefficient	-0,098	0,046	0,042	0,012
	Sig. (2-tailed)	0,221	0,565	0,600	0,882
	N	179	179	179	179

Tablo 27’de profesyonizm anlayışı ve tıbbi hatalarda tutum değişkenleri incelendiğinde mesleki bilgi, tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hatalarda

tutum arasında ayrı ayrı yapılan değerlendirmeler sonucu önemli korelasyon bulunmamıştır. Meslek birliği ile tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hatalarda tutum arasında önemsiz korelasyon bulunmuştur. Mesleki etik ile tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hatalarda tutum arasında ayrı ayrı yapılan değerlendirmeler sonucu önemli korelasyon saptanmamıştır. Mesleki sosyalleşme ile tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hatalarda tutum arasında ayrı ayrı yapılan değerlendirmeler sonucu önemli korelasyon bulunmamıştır. Mesleki hakimiyet ile tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hatalarda tutum arasındaki korelasyon önemsiz olduğu saptanmıştır. Profesyonizm ile tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hatalarda tutum arasında ayrı ayrı yapılan değerlendirmeler sonucu önemli korelasyon saptanmamıştır. Meslek birliği ile tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hatalarda tutum arasında ayrı ayrı yapılan değerlendirmeler sonucu önemli düzeyde korelasyon bulunmamıştır. Profesyonelleşme süreci ile tıbbi hata algısı arasında %20,8 pozitif yönlü korelasyon bulunurken, profesyonelleşme süreci ile tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hatalarda tutum arasındaki korelasyon önemsizdir. Mesleki kapalılık ile tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hatalarda tutum arasında ayrı ayrı yapılan değerlendirmeler sonucu önemlilik bulunmamıştır.

3.3.TARTIŞMA

Bu çalışma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan hekimlerin profesyonizm anlayışı ve tıbbi hatalarda tutumlarının belirlenmesi; profesyonizm anlayışı ve tıbbi hatalarda tutum arasındaki ilişkilerin incelenmesi; profesyonizm anlayışı ve tıbbi hatalarda tutumlarının hekimlerin demografik özelliklerine göre incelenmesi amacıyla yapılmış olup bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular mevcut literatür çerçevesinde tartışılacaktır.

Katılımcıların profili incelendiğinde, hekimlerin çoğunluğunun 24-30 yaş grubunda, erkek, evli, mesleğini bilinçli seçtiği, çalışma yılı ise 1-5 yıl olduğu saptanmıştır. (Tablo 10.)

Profesyonizm ölçeğinden alınabilecek minimum puan 55, maksimum puan 275 olup çalışmamızda tüm katılımcıların profesyonellik puan ortalaması 204,84 olarak saptanmıştır. Bu değer, Prof. Dr grubunda 214,28, Doç.Dr. grubunda 194,30 , Dr. Öğr. Üyesi grubunda 206,62 , Uzm.Dr. grubunda 217,50 , Araştırma görevlisi olan hekimlerde ise 203,25 bulunmuştur. Bu bulgu doğrultusunda, çalışmaya katılan hekimlerin profesyonizm anlayışlarının yüksek olduğu söylenebilir. Konuyla ilgili literatürde yer alan benzer çalışmalar incelendiğinde, araştırmamızın bulgularına paralel şekilde sonuçlar bulunmuştur (Kurutkan, 2010; Ülkü ve Şenol, 2017; Roos vd, 2013). Profesyonizm anlayışının yüksek olması; etkili ve verimli hizmet sunumunu, performansı, motivasyon düzeyini artıran; zaman, emek ve para harcama eğilimi gibi olumsuz durumları azaltan bir durum olarak değerlendirilebilir. Ancak Campbell vd (2007) yaptığı çalışmada hekimlerin profesyonizm norm ve standartları konusunda fikir birliğine varsalar da bu standartlara uygun davranış göstermediklerini saptamıştır.

Profesyonizm ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde; evrensel, yararlı, toplumun ihtiyaçlarını karşılama gücü bulunan, bilimsel ve sanatsal yönleri bulunan mesleki bilgi; hekimlerin gücünün örgütlenmesi ve mesleğin sunduğu hizmetlere erişimde aracılık görevi görmesi amacıyla kurulan meslek birlikleri; meslek alanında zarar vermeme, deontolojiye uygun hareket etme, sorumlu olma bağlamında mesleki etik; mesleğe giriş için gerekli bilgi ve becerinin yanında bazı davranış kalıplarının,

değer yargılarının, simgelerin ve hatta bireyin yaşamını yönlendirecek bir dünya görüşünün içselleştirildiği kültürleşme süreci olarak tanımlanan mesleki sosyalleşme; hüküm, karar verme ve sorumluluk düzeyi, karar verme, yargılama gücü bağlamında olan mesleki hakimiyet; meslek uygulamalarına temel oluşturan uzmanlık, özerklik, bağlılık ve sorumluluk gibi değerlerin oluşturduğu bir ideoloji olan profesyonizm; hekimlerin profesyonelleşme süreci; diploma, eğitim sürecinin uzunluğu, bilimsel standartlar, mesleğin doğası ve meslekte rol çalanların varlığının sonucu olarak mesleki kapalılık alt boyutlarında hekimlerin unvanlarına, cinsiyetlerine, yaşlarına ve medeni durumlarına göre puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur.

Mesleki Hakimiyet alt boyutunda Arş. Gör. Dr grubunun puan ortalaması 72,75 iken Prof.Dr grubunda 76,57 olarak bulunmuş buna paralel olarak 24-30 yaş grubunun puan ortalaması 72,98 iken 60+ yaş grubu 77,90 bulunmuştur. Prof.Dr. grubunun yaş, bilgi düzeyi, akademik üstünlük ve sorumluluk olarak Arş. Gör. Dr grubundan yüksek olmasından dolayı sonucun beklendik olarak yorumlanabilir ($p<0.05$).

Ölçekte “Profesyonel örgütler, bu mesleğin üyesine katkıda bulunmaktadır.” sorusuna 6-15 yıl arası çalışma süresi olan hekimlerin cevap ortalaması 2.94 iken 25 yıl ve üzeri için bu ortalama 3.80 dir. Bu durum daha uzun süre çalışma süresi olan hekimlerin mesleki tecrübe, unvan buna bağlı olarak örgüt bağlılığının ve sosyal çevrenin daha geniş olması gibi nedenlerden dolayı organizasyonlara daha fazla faydalanma sayısının olması nedenleriyle açıklanabilir. ($p<0.05$)

“Mesleki faaliyetlerimi gerçekleştirirken üstleneceğim risk önemlidir.” sorusuna Beyin ve Sinir Cerrahisi bölümünün puan ortalaması 5.00 iken Radyoloji bölümünün puan ortalaması 3.80 bulunmuştur. Cerrahi bölümlerin Dahili bölümlere göre daha riskli olmasından dolayı bu bulgu için beklendik olduğu denilebilir. ($p<0.05$)

“Mesleğim sayesinde edindiğim statümün toplumda bana birçok ayrıcalık sağladığını düşünüyorum.” sorusuna Arşt. Gör. Dr. grubunun puan ortalaması 3.77 iken Prof. Dr. grubunun puan ortalaması 4.60 olarak saptanmıştır. Hekimlik mesleğinin toplum içerisindeki prestijli algısının yanında, akademik prestij ve yaşa olan saygınlık nedenlerinden dolayı bu bulgu açıklanabilir. ($p<0.05$)

“Etik olmasal bile, kendi çıkarıma hizmet eden davranışlarda bulunurum” sorusuna katılımcı hekimlerin %5,6’sı katılıyorum ve %2,5’i tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Kurutkan’ın çalışmasında bu soruya katılıyorum ve tamamen katılıyorum şeklinde yanıt oranı %23,6 olarak bulunmuştur. Hekimler daha fazla maddi kazanç sağlama, meslektaşlar arası rekabet, politika ve yasa baskıları ile etik olmayan davranışlara yönelebilmektedirler. Son yıllarda hizmet alıcılarının daha fazla bilinçlenmesi ve hasta haklarına yönelik kanuni düzenlemelerin çoğalmış olması malpraktis davaları sayısında artış meydana getirmiştir. Kurutkan bu çalışmayı 2010 yılında yapmıştır. Çalışmamızın yapıldığı 2018 yılına değin malpraktis dava sayılarının artması ve popülerleşmesi, hekimlerde etik olmayan eylemler yapmada çekince oluşturmuş olabilir.

Profesyonelleşme, üç temel süreç diliminden oluşturmaktadır; deprofesyonelleşme, proleterleşme ve şirketleşme. Hekimlere ulaşılabilirliliğin artması, maddi çıkarların hoyratça gösterimi, medyada kötü imaj ile temsil edilme ile birlikte profesyonelleşme sürecinde gerileme olarak nitelendirilen deprofesyonelleşme süreci bazında inceleme yaparsak; “mesleğim profesyonel statüyü kaybetmiştir” sorusuna hekimlerin %14,8’i tamamen katılıyorum, %32,7’si katılıyorum ve %28,4’ü kararsızım şeklinde yanıt vermiştir. Bu bulguya göre hekimlerin yaklaşık %47’si profesyonel statüsünün azaldığını düşünmektedir. Ancak bütün mesleklerin prestij ve statü kaybına uğradıkları da göz ardı edilmemelidir.

Sağlık sitelerinin yaygınlaşması ve bilgiye ulaşımın kolaylaşması, hekimlerin bilgi monopolünün kırıldığını düşünmesine yol açmış olabilir. “Hekimler olarak bilgi monopolü ve özerkliği kaybetme süreci ile karşı karşıyayız” görüşüne hekimlerin %30,2’si tamamen katılıyorum, %40,1’i katılıyorum şeklinde yanıt vermiştir.

Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte dönersermayenin esas tutulması ve performans yönergeleri ile serbest çalışmanın ancak çok meşhur olmuş ve yetkinliğini topluma kabul ettirebilmiş hekimler için ideal çalışma biçimi olarak düşünülmesi bağımlı çalışmanın en büyük aktörlerinden biri olan hastanelerin hekimlerin iş güçlerini ücret karşılığı olarak almalarına ve proleterleşme ve

şirketleşme sürecinin hızlanmasına yol açmış olabilir. Nitekim ‘‘ Hekimlik bağımsız çalışmadan bağımlı çalışmaya doğru geçiş sürecindedir’’ görüşüne hekimlerin %29,6’sı kesinlikle katılıyorum %32,1’i katılıyorum, % 25,3’ü ise kararsızım şeklinde yanıt vermiştir.

Tıbbi Hatalarda Tutum ölçeğinden alınabilecek minimum puan 16, maksimum puan 80 olup çalışmamızda tüm katılımcıların tıbbi hatalarda tutum puan ortalaması 55,51 olarak saptanmıştır. Bu değer, Prof.Dr grubunda 54,28 , Doç. Dr.grubunda 57,08 , Dr. Öğr. Üyesi grubunda 56,62 , Uzm. Dr grubunda 55,80 ve Arşt.Gör.Dr. grubunda 55,39 olarak bulunmuştur. Bu bulgu doğrultusunda, çalışmaya katılan hekimlerin tıbbi hatalarda tutumlarının olumlu olduğu söylenebilir. Konuyla ilgili literatürde yer alan benzer çalışmalar incelendiğinde, araştırmamızın bulgularına paralel şekilde hekimlerin tıbbi hatalarda tutumu olumlu olduğu çalışma vardır (Örn; Madigosky, 2006). Olumlu olmayan çalışmalar da bulunmaktadır (Örn; Güleç, 2012). Bunun yanında tıbbi hata algısı ile tükenmişlik ve empati (West vd, 2006); endişe ve stres (West vd, 2009) ile ilişki saptanmıştır ancak cinsiyet ile tıbbi hata algısı arasında ilişki saptanmamıştır (Shanafelt, 2010).

Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde; tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım, tıbbi hata nedenlerinin puan ortalamaları hekimlerin unvanlarına, cinsiyetlerine, yaşlarına ve medeni durumlarına göre birbirine yakın bulunmuştur.

‘‘Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.’’ sorusu ile unvan arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Prof.Dr. grubunun puan ortalaması 2.67 iken Arşt. Gör. Dr. grubunun 3.50 olarak saptanmıştır ve ‘‘Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.’’ sorusu ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup ($p<0.05$) 24-30 yaş grubu için puan ortalaması 3.46 bulunurken 60 yaş ve üstü grup için puan ortalaması 2.70 olarak bulunmuştur. Bu durum genç yaş grubunun hatalardan öğrenimi desteklerken ileriki yaş gruplarında geleneksel yönetim anlayışına sahip kurumlarda çalışmanın etkisi ile daha önce idari ve hukuki baskı örneklerine maruz kalmaları ile açıklanabilir.

‘‘Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır’’ görüşüne hekimlerin %3,7si kesinlikle katılıyorum, % 24,7’si katılıyorum,% 50,6’sı

kararsızım şeklinde yanıt vermiştir. “Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır” düşüncesine hekimlerin %7,4’ü tamamen katılıyorum, % 48,1’i katılıyorum, % 34,0’i ise kararsızım şeklinde yanıt vermiştir. “Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır” sorusuna hekimlerin %11,1’i tamamen katılıyorum, % 41,4’ü katılıyorum, % 30,2’si kararsızım şeklinde cevap vermiştir. Nitekim Akalın (2005), Ertem vd (2009), Polat ve Pakiş (2011), Eroğlu vd (2009), Özata ve Altuncan (2010), Adems ve Garber (2007), Özdilek (2006), Yıldırım vd (2009) ve Saygın (2014) çalışmamızın bulgularını destekler nitelikte sonuçlara varmıştır.

“Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır” görüşüne hekimlerin %16,00’sı kesinlikle katılıyorum, % 43,8’i katılıyorum şeklinde yanıt verirken “Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım” sorusuna %4,3’ü hiç katılmıyorum, %4,3 ise katılmıyorum şeklinde yanıt vermiştir. Her hataların bildirilmemesi gerektiğini düşünen grubun anlayışsız, hata yapmaktan öğrenmeyen hastane yöneticilerine sahip olması, hukuki yaptırımlardan korkması, hasta ve hasta yakınının tepkisinden korkması gibi nedenlere bağlanabilir.

Katılımcıların profesyonizm anlayışları ve tıbbi hatalarda tutumları arasındaki ilişkilerin belirlenmesine yönelik yapılan korelasyon analizleri sonucu; Profesyonelleşme Süreci ile Tıbbi Hata Algısı arasında ilişki bulunmuştur. Gerileme dönemi olarak nitelendirilen deprofesyonelleşme sürecinde hekimliğe özgü niteliklerin meslekten olmayanların hizmetlerine duydukları inancın, beklentilerin ve otoritenin yitirilmesi, bilgi tekelinin kırılması, bireysel çalışmaktan ziyade örgütlere bağlanarak bir ücret karşılığı işverene karşı sorumluluk taşıma Tıbbi Hata Algısını etkileyebilir.

Mesleki bilgi, tutum ve davranışlarla doğrudan bağlantılı olan profesyonizm anlayışı ile tıbbi hatalarda tutum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Tıbbi hatalarda tutumu etkileyebilecek olan kişisel değerler, politika ve yasalar, güvenlik kültürü, yönetici tutumları, örgütsel sessizlik gibi faktörler ayrıca incelenebilir.

SONUÇ

Hekimlerin mesleki profesyonizm anlayışının tıbbi hatalarda tutum üzerine etkisini belirlemek amacıyla Sivas il merkezinde bulunan Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılan 182 hekim ile gerçekleştirilen bu çalışmada hekimlerin profesyonizm anlayışları ve tıbbi hatalarda tutumlarını birlikte inceleyen ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda;

Araştırmaya katılan hekimlerin genel olarak erkek, genç yaşta, evli olduğu, mesleki çalışma süresi 1-5 yıl grubunda olduğu, mesleğini bilinçli seçtiği belirlenmiştir. Hekimlerin mesleki profesyonizm anlayışlarının ($\bar{x}=3,72$) ve tıbbi hatalarda tutumlarının olumlu ($\bar{x}=3,46$) olduğu ortaya çıkmıştır. Profesyonizm Ölçeğinin alt boyutu olan Profesyonelleşme süreci ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin alt boyutu olan tıbbi hata algısı arasında %20,8 pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum puanları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılanların medeni duruma göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum puanları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılanların unvanlarına göre Profesyonizm ve Tıbbi Hatalarda Tutum puanları değerlendirildiğinde Profesyonizm ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanır iken Tıbbi Hatalarda Tutumda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır($p>0,05$).

Profesyonizm ölçeği ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Profesyonizm Ölçeği Mesleki Bilgi alt boyutunda 24-30 yaş grubundakilerin puan ortalaması 49,19 bulunurken 60 yaş ve üstü yaş grubundakilerin puan ortalaması 53,5 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Profesyonizm Ölçeği Profesyonizm alt boyutunda 41-50 yaş grubundakilerin puan ortalaması 21,52 iken 60 yaş üstü yaş grubunun puan ortalaması 25,4 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutlarında yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hekimlerin profesyonizm anlayışlarının tıbbi hatalarda tutumlar üzerinde etkili olmadığı ortaya çıkmıştır.

ÖNERİLER

•Bu çalışmanın benzerlerinin sonuçların genellenebilirliğini sağlamak amacıyla farklı örneklem gruplarını da içerecek şekilde daha geniş bir örneklem grubu ile üniversite hastanesinin dışındaki hastaneleri de kapsayacak şekilde yapılması,

• alışma bulguları hekimlerin kendilerine yönelik görüşlerini bildirmesi sonucu elde edildiğinden gelecek çalışmalarda hekimlerin profesyonizm anlayışlarının değerlendirilmesinde farklı yöntemlerden de yararlanılması,

• Hekimlerin mesleki profesyonizm anlayışlarının belli aralıklarla değerlendirilerek, yüksek düzeyde tutulması için faaliyetlerde bulunulması,

• Hekimlerin tıbbi hatalarda tutumlarını olumlu olarak yönlendirecek unsurları tespit etmek için yeni çalışmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, [http:// .mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.3.1219&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=3&No=1219](http://.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.3.1219&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=3&No=1219) , (14.11.2017)
- 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, [http:// .mevzuat.gov.tr / MevzuatMetin /1.3.1593.pdf](http://.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf) , (15.11.2017)
6. Dünya Hasta Güvenliği, Bilim ve Teknoloji Zirvesi - Tedros Adhanom Ghebreyesus , [http:// .who.int dg speeches 2018 patient-safety-summit en](http://.who.int/dg/speeches/2018/patient-safety-summit-en) , 15.06.2018
- 6119 Sayılı Adli Müessesesi Kanunu, [http:// / .mevzuat.gov.tr / MevzuatMetin/1.5.2659.pdf](http://.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2659.pdf) , (15.11.2017)
- Accreditation Council for Graduate Medical Education,2000, [http:// njms.rutgers.edu culweb medical documents ToolboxofAssessmentMethods.pdf](http://njms.rutgers.edu/culweb/medical/documents/ToolboxofAssessmentMethods.pdf) , (17.03.2018)
- Açıkgöz, Gizem (2015). Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin Ve Profesyonellik Davranışlarının Belirlenmesi .Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi: İstanbul .
- Adams, John and Garber, Steven (2007). “Reducing Medical Malpractice By Targeting Physicians Making Medical Malpractice Payments”. Journal of Empirical Legal Studies. 4: 185-222.
- Adelaide İkinci Uluslararası Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, Güney Avustralya, 5-9 Nisan 1988 İkinci Uluslararası Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, Adelaide, Güney Avustralya, 5-9 Nisan 1988
- Adıgüzel, Orhan (2015). “Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma”. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 28, <http://dergipark.gov.tr/dpusbe/issue/4770/65636>
- Ağırakça, Ahmet Tıp Tarihinde Hekim Ahlâkı, [http:// / .fikriyat.com/yazarlar/akademi/ahmet-agirakca/2018/03/04/tip-tarihinde-hekim-ahlki-i](http://.fikriyat.com/yazarlar/akademi/ahmet-agirakca/2018/03/04/tip-tarihinde-hekim-ahlki-i) , (20.04.2018)

- Akalın, Erdal (2004). "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?". *Ankem Dergisi*, 18:12-13.
- Akalın, Erdal(2005)." Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği". *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3) : 141-146.
- Akgün, Seval ; Al-Assaf, (2007. " Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünü nasıl oluşturabiliriz"SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, [http:// .sdplatform.com/Dergi/54/Saglik-kuruluslarinda-hasta-guvenligi-kulturunu-nasil-olusturabiliriz.aspx](http://.sdplatform.com/Dergi/54/Saglik-kuruluslarinda-hasta-guvenligi-kulturunu-nasil-olusturabiliriz.aspx) , (12.11.2018)
- Al-Eraky, Mohamed M ; Chandratilake, Madawa (2012). "How Medical Professionalism is Conceptualized in Arabian Context: A Validation Study". *Medical Teacher*. 34: 90-5.
- Altıntaş , Ayten (2017). "10. Yüzyıl Düşünürlerinden Yahya İbn Adî'nin Kitabındaki Ahlak Eğitimi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. Haziran-Temmuz-Ağustos 2017 43. 100-103.
- Arnold, Erin L ; Blank, Linda L ; Race, Kathryn E ; Cipparrone, Nancy (1998). "Can Professionalism Be Measured? The Development Of A Scale For Use In The Medical Environment". *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*. 73: 1119-1121.
- Arnold, Louise (2002). "Assesing Professional Behavior: Yesterday, Today, and Tomorrow". *Academic Medicine* .77: 502-505.
- Aşçıoğlu, Çetin (1993). *Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumlular*. Ankara: Tekışık Ofset Tesisleri
- Avcı, Keziban; Aktan, Tolga (2015)." Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği". *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 5(2): 48-54
- Avşar, Ümmü Zeynep ; Cansever, Zeliha ; Acemoğlu, Hamit ; SattarKhan, Abdul ; Avşar, Ümit (2012)."Üçüncü Sınıf Tıp Öğrencilerinde Profesyonizm Farkındalığını Arttırma: Bir Çalıştayın Sonuçları". *Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi*. 2012:35 21–29

- Aydın, Erdem ; Ersoy, Nermin (1995).” Tıp Etiği İlkeleri.”. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi. (3); 2,3: 48–52.
- Aydın, Erdem(2001). Tıp Etiğine Giriş. Ankara. Pagem Yayıncılık.
- Baltaş, Acar (2003). “Başarı İçin Pasaport: Profesyonel Davranış”, Kaynak Dergisi, 14.
- Banja, John (2005). “Medical Errors 101: A Primer”. TCM Ethics. 16(3):57-9.
- Birgili, Fatma; Salış, Filiz, Çekirdekçi, Sezer; Ece, Gülperi (2010).Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi: Muğla İlinde Bir Hastane Örneği. 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. 1: 57-72.
- Birleşmiş Milletler Anlaşması, <https://tbbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/3-30.pdf>, (20.02.2018)
- Black’s Law Dictionary (1997). “Health”. 6th Edition. St.Paul, Minnesota.
- Bodur, Said; Filiz, Emel; Durduran, Yasemin (2011).”Sağlık Personeli Ve Toplumun Tıbbi Hatalar İle İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması”. Genel Tıp Dergisi. 21(4): 123-30.
- Bradburn, Mike ; Staley Helen (2012). “Professionalism”. Surgery. 30: 499-500.
- Camp, Kalinka Van
- Camp, Kalinka Van De; Vernooij-Dassen, Myrra; Grol, Richard; Bottema, Ben (2006). “Professionalism İn General Practice: Development Of An Instrument To Assess Professional Behaviour İn General Practitioner Trainees “. Medical Education 40(1):43-50
- Campbell , Eric ; Regan , Susan ; Gruen, Russell L. ; Ferris, Timothy G. ; Rao, Sowmya R. ; Cleary, Paul D. ; Blumenthal, David (2007). “Professionalism in Medicine: Results of a National Survey of Physicians”. Academia and The Profession.
- Castellani, Brian ; Hafferty, Frederic (2006). “The Complexities of Medical Professionalism”. Professionalism in Medicine eds). pp 3-23
- Cerit, Birgül (2010).” Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları İle Etik Karar Verebilme Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”. Sağlık Bilimleri

Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi

Chang, Yun-Kyung and Mark, Barbara(2009). “ Antecedents of Severe and Nonsevere Medications Errors”. Journal of Nursing Scholarship. 41: 70-78.

China Judgments Online Beijing: Supreme People’s Court 2016, <http://wenshu.court.gov.cn/> , (16.012.2018)

Cirhinlioğlu, Zafer (1996). Meslekler ve Sosyoloji. Ankara: Gündoğan Yayınları.

Clarke, Sean (2006). “Organizational Climate And Culture Factors”. Annual Review Of Nursing Research. 258-260.

Cruess, Richeart L ; Cruess, Sylvia R (2006). “Teaching Professionalism: General Principles”. Medical Teacher. 28: 205-208.

Çakır, Ali ; Tütüncü, Özkan(2009).” İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı”.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Antalya.

Çakmut Özlem (2003). Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi. İstanbul : Seçkin Yayıncılık

Çelik, Faik (2008). “Örgütlü meslek, örgütlü toplum!”. ”Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 6. Sayı.

Çetin,Gürsel (2006).Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi: Tıbbi Malpraktis, <http://www.stek.org.tr/stek/pdfs/48/4802.pdf> , (15.03.2018)

Çırpı, Fatma ; Merih, Yeliz Doğan ; Kocabey Yaşar, Meryem (2009). “Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerinin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi: 2: 3: 26-34.

De; Vernooij-Dassen,Myrra; Grol, Rizhard; Bottema, Ben(2004). “How to Conceptualize Professionalism: A Qualitative Study”. Medical Teacher. 8: 696-702.

- Demir, Mehmet (2008) “Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu”. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 57: 225-252
- Demircioğlu, Ebru (2012).” Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeğinin Uyarlama Çalışması ve Faktör Yapısının Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi”. A.İ.B.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Kilmen)
- Durmuş, Serpil ; Keçeci, Ayla ; Akkaş, Özlem ; Keskin, Selma ; Demiral, Nurcan ; Saygan, Safiye (2013). “Medical Errors: An Important Indicator Of Quality Of Care and Patient Safety”. Holistic Nursing Practice. 225-232.
- Düzenli, Behlül (2007). “İslâm-Osmanlı Tıp Tarihinde Cerrahlık/Kadavra Eğitim Ve Uygulamasının Dini Temelleri Üzerine”.Marife Dergisi.7-1, s. 65-92
- Edinburg Bildirgesi (1988) World Federation for Medical Education. Edinburg
- Erbil, Nilüfer ve Bakır, Aslıhan (2009). “Meslekte Profesyonel Tutum Envanterinin Geliştirilmesi”. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6:290-302.
- Erman, Barış (2003). Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Eroğlu, Eylem Kaya ; Berk, Yasin ; Öksüz, Ayşe Sibel ; Keser, Nilüfer ; Mercan, Ferzane (2009.) “Sağlık Çalışanlarının Hata Bildirimi Alanında Eğitilmesi ve Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi”. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 2: 76- 11.
- Error (2009), [<http://.merriam-webster.com/dictionary/error>] , (14.03.2018)
- Ertem, Gül ; Öksel, Esra ; Akbıyık, Ayşe(2009). ‘’ Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme’’. Dirim Tıp Gazetesi 94: 1-10.
- Freidson, Eliot (1970). Profession of Medicine A Study of teh Sociology of Applied Konowledge. Newyork: Hagerstown San Francisco London.
- General Medical Council. (2002). Tomorrow’s Doctors. Regulating Doctors Ensuring Good Medical Practice (GMC Recommendations). GMC, London,

pp. 1-40 , <http://www.legislation.gov.uk/ukxi/2002/3136/contents/made> ,
(14.02.2018)

General Medical Council. (2006). Good Medical Practice (GMC Recommendations).
GMC, London, 1-52, http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMP_0910.pdf , (14.02.2018)

George, Daniel ; Gonsenhaus, Iahn ; Whitehouse, Peter(2006). ” Medical
Professionalism: The Nature of Story and the Story of Nature, (eds). (pp:63-
85)’’.

Gönel, Arzu (2017). Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutumları İle
Kurumlarında Yaşanan Değişimlere Karşı Tutumları Arasındaki İlişki.
Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi: İstanbul

Guldenmund, Frank (2000). “The Nature Of Safety Culture: A Review Of Theory
And Research.” Safety Science. 34(13): 221-234.

Güllüdere, Hilal Hatice (2016). Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Profesyonizm
Ve İletişim Becerilerinin 360 Derece Değerlendirme Yöntemiyle
Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Gürbüz, Sait ; Şahin, Faruk. ‘‘Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri’’ . Seçkin
Yayıncılık. Ankara 2015.

Habraken, Marieke Kessel; Schaaf, Tjerk Van der; Jonge, Jan De; Ruttle, Christel
(2010). “Defining Near Misses: Towards a Sharpened Definition Based on
Empirical Data About Error Handling Processes”, Social Science and
Medicine. 70- 9: 1

Hakeri, Hakan (2009). Tıp Hukuku : Temel Bilgiler. Ankara : Seçkin Yayıncılık. s.
41.

Hasta Hakları Yönetmeliği, [https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-
yonetmeli.html](https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeli.html) , (13.01.2018)

- Health and Safety Executive & Health and Safety Laboratory- Human Factors Group. 'Safety Culture: A review of the literature (2002), [http:// .hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2002/hsl02-25.pdf](http://.hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2002/hsl02-25.pdf) , (27.10.2018)
- Healthcare Risk Control : Risk analysis, culture of safety, ECRI Institute, [https://.ecri.org Documents Patient_Safety_Center HRC_CultureofSafety.pdf](https://.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_CultureofSafety.pdf) , (14.09.2017.)
- Healthcare Risk Control, ECRI Institute, [https://.ecri.org components HRC Pages default.aspx](https://.ecri.org/components/HRC/Pages/default.aspx) , (14.03.2018)
- Hobgood, Cherri; Hevia, Armando ; Hinchey, Paul (2004). "Profiles In Patient Safety: When An Error Occurs". Academic Emergency Medicine, 11 (7) : 766-70.
- Hususi Hastaneler Kanunu, [https:// .ttb.org.tr/ mevzuat/index .php?option=com_content&view=article&id=39:husushastaneler-kanunu&catid=1:yasa&Itemid=28](https://.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=39:husushastaneler-kanunu&catid=1:yasa&Itemid=28) , (15.01.2018)
- ICN - International Council of Nurses 2006 "Safe Staffing Saves Lives-Information and Action Tool Kit", [http:// .icn.ch images stories documents publications ind indkit2006.pdf](http://.icn.ch/images/stories/documents/publications/indkit2006.pdf) , (18.01.2018)
- İşık, Oğuz; Akbolat, Mahmut ; Çetin, Mehmet ve Çimen, Mesut (2012). "Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi". TAF Preventive Medicine Bulletin. 11: 421-430.
- İlhan, Süleyman (2004). "Bazı Temel İşlevleri ve Artan Önemi Açısından Meslek". Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları. 132-137.
- İntepeler, Şeyda Seren; Dursun, Meltem (2012). "Tıbbi Hatalar Ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri". Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15: 2.
- İpşirli, Mehmet (2017)." Osmanlı Döneminde Balkanlarda Sağlık Hizmetleri."Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 44. sayıda, ss 96 -99
- Jakarta Bildirgesi - Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi, 21. Yüzyıla Getirilmesi Hakkında Dördüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı: Yeni Dönem

- için Yeni Oyuncular – Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin 21. Yüzyıla Getirilmesi, Jakarta, Endonezya, 21-25 Temmuz 1997
- JCI Hasta Güvenliği Hedefleri, <https://.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/> , (05.02.2018)
- Joint Commission International (2017). Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları. 5. Baskı
- Kacaroğlu Vicdan, Ayşe (2010). ‘‘Hemşirelikte Profesyonellik’’ .Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı: 261-263.
- Kadioğlu, Selim(2007). Etik Etik Dedikleri: III. Koloproktoloji- Stomaterapi Sempozyum Özet Kitabı. s: 86–88
- Karadağ, Ayiçe (2002). ‘‘Meslek olarak hemşirelik’’. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 5:1-8.
- Karadağ, Engin ve Mutağçılar, Işıl (2009). Prososyal Davranış Ekseninde Özgeçilim Üzerine Teorik Bir Çözümleme. Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi. 8, 41-
- Karadal, Himmet ; Merdan, Ethem (2017).’’ İşyeri Yaralanmaları Üzerinde Güvenlik İklimi Ve Güvenlik Kültürünün Rolü’’.İktisat ve İşletme Dergisi, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi. Special Issue,:912-919.
- Karahan, Kasım (2006). Hizmet Pazarlaması. İstanbul: Beta Basım Yay.
- Karataş, Mehmet ; Yakıncı, Cengiz(2010). ‘‘ Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları ‘’.İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 17 (3) 233-236
- Kavas, Mustafa Volkan ; Demirdören, Meral ; Aytuğ Koşan, Ayşen Melek ; Karahan, Süleyman Tuna ;Yalım, Nesire Yasemin’’Turkish Students’ Perceptions Of Professionalism At The Beginning And At The End Of Medical Education: A Cross-Sectional Qualitative Study’’. Medical Education Online. 2015; 20: 10
- Kaya, Pakize (2011). İstanbul’un Bir İlçesinde Kamu Ve Özel Sektörde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi :İstanbul

- Kılıç, Hülya. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire Ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgilerin Ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
- King, Heidi ; Battles, James; Baker, David; Alonso, Alexander; Salas, Eduardo; Webster, John; Toomey, Lauren and Mary Salisbury (2008).”Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches “.Vol. 3: Performance and Tools). Agency for Healthcare Research and Quality (US)
- Kohn Linda , Corrigan Janet, and Donaldson Molla (2000). To Err is Human Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press.
- Kurutkan, Mehmet Nurullah (2010). “Hekimlerin Profesyonelleşme Anlayışı”. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi.
- Landrigan, Christopher P; Rothschild, Jeffrey M; Cronin, John W; Kaushal, Rainu; Burdick, Elisabeth; Katz, Joel T; Lilly, Craig; Stone, Peter H; Lockley, Steven W; Bates, David W; Czeisler, Charles (2004).” Effect of Reducing Interns’ Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units”. The New England Journal Of Medicine. 351:1838-48.
- Leape Lucian L ; Lawthers, Ann G ; Brennan, Troyen A ; Johnson, William G. (1993). “Preventing Medical Injury”, Qual. Rev. Bull: 8: 144-148.301-1308.
- Leape, Lucian (1994).” Error in Medicine”.The Journal of the American Medical Association. 272(23): 1851-1857.
- Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi 1995, [http:// .hayad.org.tr/lizbon-hasta-haklari-bildirgesi](http://.hayad.org.tr/lizbon-hasta-haklari-bildirgesi) , (05.01.2018)
- Lundberg, GeorgeD (1990). “Countdown to Millenniumbalancing The Professionalism and Business Of Medicine”. Medicine’s Rocking Horse. 263:86-87.
- Macdonald, Keith M. (1995). The Sociology of the Professions. London: Sage Publications.

Madigosky, Wendy S ; Headrick, Linda; Nelson, Kathryn; Cox, Karen; Anderson, Timothy (2006).’’Changing and Sustaining Medical Students' Knowledge, Skills, and Attitudes about Patient Safety and Medical Fallibility’’. Academic Medicine. 81 - 1 : p 94-101

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Çerçeve Eğitim Programı,

http://dosya.marmara.edu.tr/tip/Egitim/Mezuniyetöncesi/Mezuniyet_ncesi_T_p_E_itimi_er_eve_E_itim_Program_v_II.pdf , (17.04.2018)

Marynissen, Kaat ; Spurrier, Bethan (2018).’’Becoming The 'Good Doctor': Medical Students' Views On Altruism And Professional Identity’’. MedEdPublish, <https://mededpublish.org/manuscripts/1511/v1> , (20.05.2018)

Mıdık, Özlem (2012). Hekimlerin Tıbbi Profesyonallığı Kavramsallaştırması Ve Kavramsallaştırmayı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Samsun İl Merkezi Örneğinde Fenomenolojik Bir Çalışma. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi: İzmir.

Mıdık, Özlem; Batı, Ayşe Hilal; Tontuş, Ömer (2014).’’ What is medical professionalism? What do students think?’’. International Association of Social Science Research. Special Issue: Contemporary Studies in Social Science, 139-144.

Mıdık, Özlem; Özbenli, Taner; Pekşen, Yıldız (2015). ‘’ . Tıbbi Profesyonallık Bağlamında Tasarlanan Hekim Rollerini Seçmeli Programının Müfredatına Entegrasyonu’’. Tıp Eğitimi Dünyası.43.

Michael, Judd; Evans, Demetrice; Jansen, Karen; Haight, Joel (2005). ‘’Management Commitment to Safety As Organizational Support: Relationships With Non Safety Outcomes in Wood Manufacturing Employees’’.Journal of Safety Research. 36: 171–179.

National Cancer Enstitüsü:Adverse Event , <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/adverse-event> , (01.05.2018)

National Patient Safety Foundation (NPSF) Patient safety definition: 2008 , <http://www.npsf.org/rc/mp/definitions.php> , 18.05.2018

- National Safety Council Near Miss Reporting Systems, <https://www.nsc.org/Portals/0/Documents/WorkplaceTrainingDocuments/Near-Miss-Reporting-Systems.pdf>, (01.05.2018)
- O’Sullivan, Helen ; Van Mook, Walther ; Fewtrell, Ray ; Wass, Val (2012). “Integrating Professionalism into Curriculum: AMEE Guide No. 61.”. *Medical Teacher*. 34: 64-77.
- Olive, Claire; O’Connor, Mary Kay ; Mannan, Sam(2006). “Relationship Of Safety Culture And Process Safety”. *Journal of Hazardous Safety Materials*. 17; 130(1-2): 133-40.
- Osmanlı Sağlık Kurumları Sempozyumu, 2 Haziran 2007 (Prof. Dr. Ali Haydar Bayat Anısına). Zeytinburnu Belediyesi. İstanbul 2008
- Ottawada Sözleşmesi-Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawada Sözleşmesi, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagligin%20tesviki.pdf>, (05.01.2018)
- Özan, Sema (2006). “Tıpta Profesyonizm Eğitimi”. *Tıp Eğitimi Dünyası*. Özel Sayı. Iv. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi 2-5 Mayıs, Adana
- Özata, Musa ; Altuncan, Handan(2010). “Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya örneği”. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 8: 2: 100-111.
- Özdamar, Kazım (1999). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analiz*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özdilek, Ali Osman (2006) “Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekim Sorumluluğu”, <http://www.hayad.org.tr/tilpa-yanlis-uygulama-malpraktis-sebebiyle-hekimin-hukuki-sorumlulugu>, (17.11.2017)
- Özel, İrem. *Hemşirelerin Profesyonelliğe İlişkin Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2010.

- Özgönül, Mustafa Levent (2010). “ Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuku Açısından Tıbbi Hata Kavramı”. Doktora Tezi. Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. Ankara Üniversitesi.
- Özkara, Belkıs ve Özcan, Kerim (2004). “Bir Kurumsal Alanın Doğuşu Ve Evrimi: Türkiye’de Muhasebenin Meslekleşme Süreci”, Yönetim Araştırmaları Dergisi. 4: 197-230.
- Polat, Oğuz (2005). Tıbbi Uygulama Hataları Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Polat, Oğuz ; Pakiş, Işıl (2011).” Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu”. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2:3
- Project of ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine Medical Professionalism In The New Millennium: A Physicians' Charter, <http://annals.org/aim/fullarticle/474090/medical-professionalism-new-millennium-physician-charter> (24.01.2018).
- Raelin, Joseph A. (1999). Kültürlerin Çatışması (Yönetenler-Yönetilenler). (Çev: Kamuran Tuncay). İstanbul:Türkiye İş Bankası Kültür Yay.
- Ramanujam, Rangaraj; Goodman, Paul (2003). “Latent Errors and Adverse Organizational Consequences: A Conceptualization”. Journal of Organizational Behavior. 24: 815–836.
- Reason, James (1990). “The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems”. Philosophical Transaction The Royal Society of London Series. 327: 475-484.
- Reason, James (2000). “Human Error: Models and Management”. British Journal of Medicine. 320: 768-770.
- Reason, James(1998). “Achieving a safe culture: theory and practice”. Work and stres. 12 (3): 293-306.
- Relman, Arnold. (1980). “The New Medical-Industrial Complex”. N. Engl. J. Med. 303: 963-970.

- Robbinson, Andrew; Hohmann, Kirsten; Rifkin, Julie; Topp, Daniel; Gilroy, Christine; Pickard, Jeffrey; Anderson, Robert (2002).’’ Physician And Public Opinions On Quality Of Health Care And The Problem Of Medical Of Medical Errors’’. Archives Internal Medicine. 162: 2186-90.
- Roos, Marco; Krug, Doris; Pfisterer, David; Joos, Stefanie(2013).’’Professionalism in general practice in Germany - A qualitative approximation’’. Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen. 107(7):475-83
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, <https://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx> , (09.05.2018)
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, [http:// .mevzuat.gov.tr /MevzuatMetin/1.5.3359.pdf](http://.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf) , (15.11.2017)
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, [http:// / .mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf](http://.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf) , (15.11.2017)
- Sağlıkta Dönüşüm Tanıtım Raporu, [https:// / .saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html](https://.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html) , (06.01.2018)
- Sammer, Christine; Lykens, Kristine; Singh, Karan; Mains, Douglas; Lackan, Nuha (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. Journal Nursing Scholarship. 42(2):156-65.
- Savaş, Halide(2011). Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Saygın, Tuğba (2014). Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Tıbbi Hatalar Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi.
- Schnall, Rebecca ; Stone, Patricia ; Currie, Leanne ; Desjardins, Karen ; John, Rita Marie; Bakken, Suzanne (2008). ‘’Development of a Self-Report Instrument to Measure Patient Safety Attitudes, Skills, and Knowledge’’ Journal of Nursing Scholarship. 4: 391-394.
- Sexton, John ; Helmreich, Robert ; Neilands, Torsten ; Rowan, Kathy ; Vella, Keryn ; Boyden, James ; Roberts, Peter ; Thomas, Eric (2006).’’The Safety

- Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Services Research. 6:44
- Sezik, Mekin (2014). ‘‘Antalya Ultrasonografi ve Mesleki Profesyonizm ‘‘ 9. Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Kongresi.
- Shanafelt , Tait D; Balch, Charles M; Bechamps, Gerald; Russell, Tom; Dyrbye, Lotte; Satele, Daniel; Collicott, Paul; Novotny, Paul J; Sloan, Jeff; Freischlag, Julie (2010). ‘‘ Burnout and Medical Errors Among American Surgeons’’. Annals of Surgery.251(6).
- Soyer, Ata (2009). ‘‘Profesyonelden Proletere, Hekimler; Değişen Ne?’’ Toplum ve Hekim. 2:
- Soyşekerci, Serhat (2007). Örgütlerde Profesyonellerin Yönetimi Sorunu ve Türkiye’ de Üniversitelerde Akademisyenler Üzerinde Araştırılması. Doktora tezi, Kocaeli Üniversitesi :Kocaeli
- Sözen, Süleyman (2004). ‘‘Polis ve Profesyonellik’’. Polis Bilimleri Dergisi, 6: 115-130.
- Stern, David T ; Papadakis, Maxine (2006). ‘‘The Developing Physician-Becoming A Professional’’. The New England Journal of Medicine. :26;355(17);1794-9.
- Swick, Herbert M. (2000). ‘‘Toward a Normative Definition of Medical Professionalism’’. Academic medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges. 75;612-6.
- Şekercileroglu, Mehmet (2001).İnsan Kaynaklarının Etkinliğinde Örgüt Kültürünün Rolü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya
- T.C. Anayasası, <https:// .tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm> , (10.01.2018)
- Tababet Uzmanlık Tüzüğü, <https:// dosyamerkez. saglik. gov. tr/Eklenti/13265,14511pdf.pdf?0> , (15.01.2018)
- Tak, Bilçin (2010). ‘‘Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi’’.Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 1-1: 72-114

- The Institute of Medicine (IOM). To Err is Human : Building a Safer Health System, National Academies Press. Washington (DC), 2000.
- The Joint Commission: Sentinel Event, .iointcommission.org Library TM_Physicians tmp_11_06.htm, (21.12.2017)
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi , http://.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=52& , (14.11.2017)
- Top, Mehmet; Gider, Ömer; Taş, Yunus; Çimen, Seher (2009). ‘‘Hekimlerin Tıbbi Hataların Nedenlerine Yönelik Yaklaşımları: Kocaeli İli Örneği. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. 1. Baskı. Ankara: Turunç Matbaacılık; .p.205-23
- Tromp, Fred; Vernooij-Dassen Myrra; Kramer Anneke ;Grol, Richard; Bottema, Ben (2010). ‘‘Behavioural elements of professionalism: assessment of a fundamental concept in medical care’’.Medical Teacher 2010; 32: e161–e169.
- Tsai, Tsuen-Chiuan ; Lin Chyi-Her ; Harrasym, Peter H ; Violata, Claudio (2007). ‘‘Students’ Perception on Medical Professionalism: The Psychometric Perspective’’. Med Teach. 29: 128-34.
- Türen, Ufuk ; Gökmen, Yunus ; Tokmak, İsmail ; Bekmezci, Mustafa (2014).’’Güvenlik İklimi Ölçeği’nin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması’’. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 19:4, s.171-190.
- Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlüğü : Malpraktis, http://.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5afa&e066251819.29703912 , (17.01.2018)
- Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlüğü: Komplikasyon, http://.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5afa&e335b21cc0.03128593 , (12.12.2017)
- Türk Medeni Kanunu, <http://.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.4721&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0&Tertip=5&Tur=1&No=4721>, (03.02.2018)

- Türk Tabipler Birliği Kanunu, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=14:tk-tablerblkanunu-6023-&catid=1:yasa&Itemid=28 , (13.01.2018)
- Türk Tabipler Birliği, Meslek Etiği Kuralları , http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65&Itemid=31 , (25.02.2018)
- Ülkü, Hilal Hatice ; Şenol, Yeşim (2017). “ Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Profesyonizm Ve İletişim Becerilerinin 360 Derece Değerlendirme Yöntemiyle Belirlenmesi”. Tıp Eğitimi Dünyası. 49:
- Vural, Fisun; Çiftçi; Seval, Fil, Şükran; Aydın, Ayşe, Vural, Birol (2014).“Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları Ve Tıbbi Hataların Raporlanması”.Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 5(2): 152-7.
- Warburton, Rebecca(2009).”Improving Patient Safety: An Economic Perspective on the Role of Nurses”. Journal of Nursing Management. 17(2):223-9 pp. 223–229.
- West ,Colin P; Tan, Angelina D; Habermann, Thomas; Sloan, Jeff A; Shanafelt, Tait D (2009). “ Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors”. JAMA.23 30, 2009—Vol 302, No. 12
- West, Colin P; Huschka, Mashele M; Novotny, Paul J; Sloan, Jeff A; Kolars, Joseph C; Habermann, Thomas M; Shanafelt, Tait D (2006).” Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy”.JAMA. 296, 9:1071
- WHO Hasta Güvenliği, <http://euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety> , (17.02.2018).
- WHO-Patient Safety Making Health Care Safer 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf;jsessionid=0E19A08A640FEC5273A8BA94C812DC36?sequence=1> , (12.02.2018)
- Williamson, Ann ; Feyer, Anne Marie ; Cairns, David ; Biancotti, Deborah (1997). “The Development of a Measure of Safety Climate: The Role of Safety Perceptions and Attitudes”. Safety Science. 25: 1-3, 15-27

- World Health Organization: World Alliance for patient safety-Forward programme 2006- 2007, http://.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf , (29.11.2018)
- Yalçın, Bektaş Murat ; Ünal, Mustafa; Pirdal, Hasan ; Selçuk, Yasin (2016). Anadolu Tıp Tarihi Bölüm I. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016;20(1):33-44
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, <https://.saglik.gov.tr/TR,10518/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeli-son-degisiklerle-beraber.html> , (15.01.2018)
- Yıldırım, Ali ; Aksu, Murat ; Çetin, İlhan ; Şahan, Abdulkadir Geylani (2009). “Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları”. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 31: 356-366.
- Yıldırım, Gülay ; Kadioğlu, Selim (2007).”Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları”, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 29(2) 7-12
- Yılmaz, Kürşat; Altınkurt, Yahya (2014). “Öğretmenlerin Mesleki Profesyonelliği Ölçeği Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması”. International Journal of Human Sciences. 11(2), 332-345
- Yüksekol, Özlem Doğan. Elazığ İl Merkezinde Çalışan Hemşirelerin Kendilerini Profesyonel Açından Nasıl Algıladıklarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2010.
- Zhu, Jiuhua Cherrie; Fan, Di ; Fu, Gui ; Cui, Lin (2013).” An Integrative Model Of Organizational Safety Behaviour”. Journal of Safety Research. 45: 37-46.
- Zohar, Dov (1980). “Safety Climate in Industrial Organizations: Theoretical and Applied Implications”. Journal of Applied Psychology. 65: 96-102.

EKLER

Ek 1 : Anket

PROFESYONALİZM

1.Yaşınız?

- 24-30
31-40
41-50
51-60
60+

2.Cinsiyetiniz?

- Kadın Erkek

3.Mesleki çalışma süreniz?

- 1-5 yıl
6-15 yıl
16-25 yıl
25+

4.Mesleğinizi bilinçli olarak mı seçtiğiniz?

- Evet Hayır
Emin değilim

5.Ünvanınız?

- Prof.Dr.
Doç. Dr.
Yrd. Doç. Dr.
Uzman Dr.
Araştırma Görevlisi Dr.

6.Uzmanlık alanınız?

.....

7. Medeni durum?

- Evli Bekar

MESLEKİ BİLGİ

8. Hekimler, hastaların davranışlarını ve faaliyetlerini yönlendirme ve sınıflandırma otoritesine, mevcut uzmanlık bilgisinden dolayı sahiptir.

- Hiç katılmıyorum
 Kısmen katılmıyorum
 Emin değilim
 Kısmen katılıyorum
 Tamamen katılıyorum

9. Hekimlerin uzmanlığı ile hastanın bilgi derecesi arasında çok büyük farklar vardır.
10. Hekimlerin bilgi asimetrisinden dolayı hastalar manipüle edilebilmektedir
11. Hekimlerin taşıdığı bilginin soyutluğu, ayrıcalık taleplerine yol açmaktadır.
12. Hekimlerin taşıdığı uzmanlığa dayalı bilgi türü hekimlere özel bir güç sağlar.
13. Mesleğim, yüksek eğitim, temel bilgi bütününe ve profesyonel disipline sahiptir.
14. Mesleğin icrası sırasında kullandığım bilgi piyasa da talebi olan, çok az kişinin bildiği ve birçok insan için ulaşılması güç bir bilgidir.
15. Mesleğim bilgi toplumunda baskın bir karaktere sahiptir
16. Hekimlik belli bir gruba özgü karmaşık ve takdir yetkisine dayanan profesyonel iş, farklı bilgi beceri ve yargılama gerektiren bir meslektir.
17. Mesleki faaliyetlerimde yeni bir bilgi ortaya koymak önemlidir.
18. Kendi eğitimime katkıda bulunurum.
19. Hastalara, onların ailelerine ve diğer sağlık personeline öğretici bilgiler veririm.

MESLEK BİRLİĞİ

-
20. Meslek birliği, hekimlerin gücünün örgütlenmesinde ve mesleğin sunduğu hizmetlerden yararlananlara yönlendirilmesinde önemli bir fonksiyon üstlenmektedir
21. Profesyonel örgütler, bu mesleğin üyesine katkıda bulunmaktadır.
22. Profesyonel meslek örgütündeki

faaliyetlere aktif katılım göstererek veya kendi örgütüm dışındaki meslektaşlarımla yakın ilişkiler kurarak, mesleğime güçlü bir bağlılık gösteriyorum.

MESLEKİ ETİK

	Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Emin değilim	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
23. Hekimler günlük işlerinde karşılaştıkları sorularla ilgili olarak daha çok hatayı dikkate alan bir uygulama etiğine sahiptir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hekimler bireylerin ve toplumun iyiliğini düşünen ve ona göre hareket eden insanlardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hekimler hastaların ihtiyaçlarını ve onların yararını kendi çıkarlarının önünde tutan meslek mensuplarıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Yanlış giden şeylerle ilgili, meslektaşlarımla konuşurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Etik olmasalar bile, kendi çıkarıma hizmet eden davranışlarda bulunurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESLEKİ SOSYALLEŞME

28. Hekimler mesleki sosyalleşmeyi okulda kazanırlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hekimler mesleki sosyalleşmeyi çalışmaya başladığı ilk mekânlarda kazanırlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Entelektüel motivasyonumun büyük çoğunluğunu kurumumdan ve diğer kurumlardaki meslektaşlarımdan alıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESLEKİ HAKİMİYET

31. Güç ve muktedir olma, hekimlik mesleğini tanımlayan özelliklerdir

32. Hekimliğin gücü, hasta varlığı ve hastanın istediği yarar arasında yorum yapmaktan ve karar vermekten geçmektedir

33. Hekimlerin gücü kullanması, akademisyenlik, uygulamacılık ve idareciliğe göre farklılıklar göstermektedir

34. Hekimler mesleklerini icra ettikleri piyasada yüksek kontrol düzeyine sahiptir.

35. Mesleğimizi ilgilendiren alanlarda hekimler kendi meslekleri konusunda düzenleme yapmaya yetkilidir.

36. Profesyonellik düzeyinizi arttıran en büyük faktör, işimiz üzerinde yetki elde etmeye yönelik rekabetçi çabalarıdır.

37. Piyasa şartlarını kontrol etme konusunda mesleğim diğer mesleklere göre başarılıdır.

38. Hekimler, işin içeriği ve koşulları üzerinde kontrole sahiptir.

39. Hekimler, çalışma prensiplerinde değişim başlatabilme ve/veya yeni uygulama metotları oluşturulabilme kapasitesine sahiptir.

40. Hekimler yüksek risk taşıyan bir tedavinin uygulanması ile ilgili karar verebilme yeteneğine sahip kişilerdir.

41. Hekimlerin sahip olduğu özerklik, otorite ve uzmanlığından kaynaklanmaktadır

42. İşimle ilgili kararları kendim veriyorum

43. İşimle ilgili her türlü sorunda kendi kendimin patronuyum.

44. Mesleki faaliyetlerimi gerçekleştirirken üstleneceğim risk önemlidir.

45. Mesleğimi icra ederken bürokratik baskılardan kurtulmanın yollarını ararım.
46. İşimde daha fazla özerklik ve/veya otorite isterim.
47. Mesleğim sayesinde edindiğim statümün toplumda bana birçok ayrıcalık sağladığını düşünüyorum.
48. Mesleki prestijim, mesleki faaliyetlerimde güç elde etmemi sağlıyor.
49. Mesleki faaliyetleri yerine getirirken, etkinlik ve verimliliğe odaklanırım.
50. Mesleki prestijimi etkileyen en önemli faktör, insan sağlığı gibi hayati bir konuyla uğraşıyor olmamdır.

PROFESYONALİZM

- | | <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Kısmen katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Emin değilim | <input type="checkbox"/> Kısmen katılıyorum | <input type="checkbox"/> Tamamen katılıyorum |
|--|---|--|---------------------------------------|---|--|
| 51. Hekimler mesleklerini profesyonel meslek olarak kabul etmektedir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Mesleğim profesyonel davranışları kontrol altına alır bu düşünceyi topluma inandırır ve diğer meslek mensuplarına güvenir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Mesleğim icrası sırasında toplum biz hekimlere inanır ve güvenir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Meslektaşlarım toplumun menfaatleri için kendilerini adarlar. Toplumun çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutarlar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

55. Mesleğimin toplum için diğer mesleklerden daha gerekli olduğunu düşünüyorum.

56. Hekimler mesleğini icra ederken hastalar, hekimlere güvenir.

PROFESYONELLEŞME SÜRECİ

57. Hekimler olarak bilgi monopolü ve özerkliği kaybetme süreci ile karşı karşıyayız.

58. Hekimlik bağımsız çalışmadan bağımlı çalışmaya doğru geçiş sürecindedir.

59. Mesleğim profesyonel statüyü kaybetmiştir.

60. Kararlarım başkalarının gözden geçirmesine tabidir

MESLEKİ KAPALILIK

61. Mesleğimizin icrası diğer mesleklerin rekabetine kapalıdır ve bu mesleği icra etmekten uzaklaştırılan insanlar homojen değildir.

62. Mesleğimi icra ederken işgücü piyasasında korunma imkânı vardır.

TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ

- | | <input type="checkbox"/> Tamamen Katılıyorum | <input type="checkbox"/> Katılıyorum | <input type="checkbox"/> Kararsızım | <input type="checkbox"/> Katılmıyorum | <input type="checkbox"/> Hiç Katılmıyorum |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum.
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hekimlerin Mesleki Profesyonellik Davranışlarının Tıbbi Hata Tutumu Üzerine Etkisi
-----------------------	--

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Naim Karagöz			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Temel Tıp Bilimleri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hekimlerin Mesleki Profesyonellik Davranışlarının Tıbbi Hata Tutumu Üzerine Etkisi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-01/30	Tarih: 10.01.2018				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anotomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Atas	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Engin Altunkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Elif Nisa Yayla
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 29.05.1994 / Erzincan
e-posta : elifnisayayla@gmail.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lise	Erzincan Milli Piyango Anadolu Lisesi	2012
Üniversite	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi	2016
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği	2018

YABANCI DİL YETERLİLİK

YÖK DİL:(86.25)

YAYINLAR

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Ve Bildiri Kitabında (Proceedings) Basılan Bildiriler

“ Türkiye’deki Mülteci Ve Sığınmacılara Yapılan Sağlık Harcamalarının Hukuki Boyutu” başlıklı bildiri, Karadeniz Teknik Üniversitesi ve Gümüşhane Üniversitesi, 1. Uluslararası 11.Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 13-15 Ekim 2017 Trabzon