

**T.C.**

**İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**



**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MALPRAKTİS KONUSUNDAKİ  
YAKLAŞIMLARININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞA ETKİSİ**

**TEZLİ YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MELTEM ÖRENÇ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. İtir ERKAN**

**İSTANBUL, 2021**

**T.C.**

**İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**



**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MALPRAKTİS KONUSUNDAKİ  
YAKLAŞIMLARININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞA ETKİSİ**

**TEZLİ YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MELTEM ÖRENÇ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. İtir ERKAN**

**İSTANBUL, 2021**

## ETİK BEYAN

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu projede;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

05 /07 / 2021

Meltem ÖRENÇ

## ÖNSÖZ

Tez çalışma sürecim boyunca beni yalnız bırakmayan, kendisinden edindiğim kazanımlarla, çalışmamda beni destekleyerek, katkı sağlayan eleştirilerde bulunarak, bilgi ve tecrübelerini aktararak, çalışmam boyunca anlayışla yaklaşarak emeklerini ve yardımlarını hiç eksik etmeyen, motivasyonu hiç düşmeyen hem danışmanım hem hocam olan Doç. Dr. İtir ERKAN'a,

Elde edilen verileri yorumlamamda desteklerini esirgemeyen, yol gösteren Dr. Öğr. Üyesi Yunus ADIGÜZEL'e,

Hayatımı varlığıyla güzelleştiren beni destekleyen ve başaracağıma olan güvenleriyle beni güçlendiren, büyük bir sabırla yanımda bulunan sevgili ailem annem Nurdan ÖRENÇ'e ve babam Özcan ÖRENÇ'e en içten dileklerimle saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, 2021

Meltem ÖRENÇ

# İÇİNDEKİLER

|                                                                     |      |
|---------------------------------------------------------------------|------|
| ETİK BEYAN.....                                                     | i    |
| ÖNSÖZ.....                                                          | ii   |
| TABLolar LİSTESİ.....                                               | vi   |
| ŞEKİLLER LİSTESİ.....                                               | vii  |
| KISALTMALAR LİSTESİ.....                                            | viii |
| ÖZET.....                                                           | ix   |
| ABSTRACT.....                                                       | xi   |
| 1. GİRİŞ.....                                                       | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                              | 2    |
| 2.1.Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası) .....                        | 2    |
| 2.1.1.Malpraktis Türleri.....                                       | 3    |
| 2.1.1.1.Tanı hataları .....                                         | 3    |
| 2.1.1.2.Tedavi hataları.....                                        | 3    |
| 2.1.1.3.Profilaktik hatalar .....                                   | 4    |
| 2.1.1.4. Diğer hatalar.....                                         | 4    |
| 2.1.2. Tıbbi Hata Yaklaşımları.....                                 | 4    |
| 2.1.2.1. Kişi odaklı yaklaşım .....                                 | 4    |
| 2.1.2.2. Sistem odaklı yaklaşım.....                                | 5    |
| 2.1.3. Tıbbi Uygulamada Hata Kaynakları.....                        | 5    |
| 2.1.4.Malpraktiste Kayıtların Önemi.....                            | 6    |
| 2.1.4.1.Dokümantasyon (belge saklama ve düzenleme) yükümlülüğü..... | 6    |

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1.4.2.Yataklı tedavi kurumları işletmeleri yönetmeliğine göre kayıtlar..... | 7  |
| 2.1.4.3.Kayıtların niteliği.....                                              | 8  |
| 2.1.4.4.Adli olaylarda kayıtların önemi.....                                  | 9  |
| 2.1.4.5.Elektronik hasta kaydı (EHK) .....                                    | 9  |
| 2.1.4.6.Dokümantasyon yükümlülüğünün ihlali.....                              | 10 |
| 2.1.5.Malpraktis Endişesi.....                                                | 10 |
| 2.1.6.Defansif Tıp.....                                                       | 12 |
| 2.1.7. Dünya’ da ve Türkiye’de Malpraktise Yaklaşım.....                      | 14 |
| 2.1.8. Malpraktis Vakaları.....                                               | 15 |
| 2.1.9. Komplikasyon Kavramı.....                                              | 16 |
| 2.1.10. Aydınlatılmış Onam.....                                               | 17 |
| 2.2.1.Örgütsel Bağlılık.....                                                  | 18 |
| 2.2.1.1.Örgütsel bağlılık kavramı.....                                        | 18 |
| 2.2.1.2.Örgütsel bağlılık önemi.....                                          | 19 |
| 2.2.2. Örgütsel Bağlılığın Sınıflandırılması.....                             | 21 |
| 2.2.2.1. Tutumsal yaklaşımlar.....                                            | 22 |
| 2.2.2.2. Davranışsal yaklaşım.....                                            | 25 |
| 2.2.2.3. Çok boyutlu yaklaşım.....                                            | 27 |
| 2.2.3. Örgütsel bağlılık ve Benzer Kavramlar.....                             | 28 |
| 2.2.4.Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler.....                             | 29 |
| 2.2.4.1.Kişisel faktörler.....                                                | 30 |
| 2.2.4.2.Örgütsel faktörler.....                                               | 33 |

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| 2.2.4.3.Örgüt dışı faktörler.....                     | 34 |
| 2.2.5.Örgütsel Bağlılığın Boyutları ve Düzeyleri..... | 34 |
| 2.2.5.1. Örgütsel bağlılığın boyutları.....           | 34 |
| 2.2.5.2.Örgütsel bağlılığın düzeyleri.....            | 36 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                               | 38 |
| 4. BULGULAR.....                                      | 40 |
| 5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....                             | 48 |
| 6. KAYNAKLAR.....                                     | 57 |
| EKLER.....                                            | 64 |
| EK-1:Etik kurul onayı.....                            | 64 |
| EK-2: Aydınlatılmış onam.....                         | 65 |
| EK-3: Anket soruları.....                             | 66 |

## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 4.1:</b> Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerinin Analizi.....                                                    | 40 |
| <b>Tablo 4.2:</b> ‘Türkiye’de Sağlık Alanında Yaşanan Hatalar Önemli Bir Boyuttur’<br>sorusuna verilen yanıtların yüzdesi..... | 41 |
| <b>Tablo 4.3:</b> Türkiye’de Tıp Alanında Oluşan Hataların Nedeni.....                                                         | 41 |
| <b>Tablo 4.4:</b> ‘Malpraktis Konusunda Eğitim Alma Durumu’ sorusuna verilen<br>yanıtların yüzdesi.....                        | 42 |
| <b>Tablo 4.5:</b> ‘Türkiye’de Yapılan Tıbbi Hataların En Sık Nedenleri’ sorusuna verilen<br>yanıtların yüzdesi.....            | 42 |
| <b>Tablo 4.6:</b> Sağlık Çalışanlarının Malpraktis İle İlgili Farkındalıkları.....                                             | 43 |
| <b>Tablo 4.7:</b> Katılımcıların Malpraktisten Doğan Hukuki Ve Cezai<br>Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyi.....       | 43 |
| <b>Tablo 4.8:</b> Demografik Bilgilere Göre Ki-Kare Analizi.....                                                               | 44 |
| <b>Tablo 4.9:</b> Örgütsel Kimlik Ölçeği Ve Örgütsel Kimliğin Örgütsel Bağlılığa Ölçeği<br>Ortalaması.....                     | 45 |
| <b>Tablo 4.10:</b> Örgütsel Kimlik Ölçeği.....                                                                                 | 46 |
| <b>Tablo 4.11:</b> Örgütsel Kimlik Ölçeğinin Örgütsel Bağlılığa Etkileri Ölçeği.....                                           | 47 |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Örgütsel Bağlılığın Sınıflandırması.....21

Şekil 2.2: Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler.....30



## KISALTMALAR LİSTESİ

DTP: Dünya Tabipler Birliği

EHK: Elektronik Hasta Kaydı

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TCK: Türk Ceza Kanunu

Vd. : ve diğerleri

YTKİY: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği



## ÖZET

### SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MALPRAKTİS KONUSUNDAKİ YAKLAŞIMLARININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞA ETKİSİ

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının malpraktis ile ilgili farkındalıklarını tespit etmek aynı zamanda malpraktis konusundaki tutum ve davranışlarının örgütsel bağlılığa etkisini araştırmaktır.

Çalışma İstanbul ilinde özel bir hastanede görev yapmakta olan gönüllü 169 sağlık çalışanı ile anket uygulaması gerçekleştirilerek yürütülmüştür. Elde edilen veriler SPSS 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Katılımcıların %65,7'si kadın, %34,3'ü erkektir. Kurumda çalışma süreleri %73,4'ü 0-5 yıl, %16,6'sı 6-10 yıl, %9,5'i 11-20 yıl, %6'sı 21 yıl ve üzeridir. Katılımcıların malpraktis ile ilgili bilgi ve tutumları yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olması ve eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Erkek katılımcıların tıbbi hata gerçekleştirme oranları kadınlardan daha fazladır. İleri yaştaki katılımcıların malpraktis ile karşılaşma oranları daha yüksek ve eğitim düzeyi arttıkça katılımcıların farkındalıkları artmıştır. Evli ve çocuk sahibi olan katılımcıların malpraktis konusunda daha hassas tutum gösterdikleri ancak buna rağmen tıbbi hatalı uygulamalarda davranışsal olarak farklılık gösterdikleri tespit edilmiştir. Ancak örgütsel bağlılığı ile ilgili böyle bir farklılık görülmemiştir. Kurumda çalışma süreleri çalışanların malpraktis ve örgütsel bağlılığına etki etmemektedir.

Örgütsel bağlılık açısından katılımcıların kurumlarına karşı duydukları örgütsel bağlılıklarının düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin artırılmasını sağlamak, örgütlerine duydukları bağlılığın artmasına neden olabilmektedir. Sağlık yöneticileri çalışanlarına örgütünü, çalıştığı ve eğitim aldığı bir yer olarak görmesini sağlamalıdır. Böylece sağlık çalışanlarının çalıştıkları kuruma olan örgütsel bağlılıkları artması sağlanacaktır. Sağlık yöneticileri çok

sayıda hasta bakımından kaynaklı hataların önüne geçebilmek için sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısını azaltmalı gerektiğinde ekibine yeni sağlık çalışanları dâhil edebilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Malpraktis, Komplikasyon, Örgütsel Bağlılık

Meltem ÖREN, 2021



## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF HEALTHCARE PROFESSIONALS' APPROACHES TO MALPRACTICE ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT**

Their aim is also to determine their awareness of health professionals about the attitudes and behaviors related to malpractice application and examine the impact of organizational commitment.

The study was carried out by conducting a questionnaire with 169 volunteer health workers working in a private hospital in Istanbul. The obtained data were analyzed using the SPSS 20.0 program.

65.7% of the participants are female and 34.3% are male. Working hours in the institution are 0-5 years in 73.4%, 6-10 years in 16.6%, 11-20 years in 9.5%, and 21 years and more in .6%. The knowledge and attitudes of the participants about malpractice show significant differences according to age, gender, marital status, having children and education level. Male participants have higher rates of medical error than females. The rate of encountering malpractice was higher among the elderly participants, and the awareness of the participants increased as the level of education increased. It was determined that the participants who were married and had children showed a more sensitive attitude towards malpractice, but nevertheless showed behavioral differences in medical malpractices. However, no such difference was observed regarding organizational commitment. Working hours in the institution do not affect the malpractice and organizational commitment of the employees.

In terms of organizational commitment, it was determined that the organizational commitment of the participants towards their institutions was low. Increasing the level of knowledge of health workers can lead to an increase in their commitment to their organizations. Health administrators should ensure that their employees see their organization as a place where they work and receive training. Thus, it will be

ensured that the organizational commitment of health workers to the institution they work for will increase. Health administrators should reduce the number of patients per healthcare worker and include new healthcare workers in their team when necessary, in order to prevent errors caused by a large number of patient care.

**Keywords:** Malpractice, Complication, Organizational Commitment

Meltem ÖRENÇ, 2021



## 1. GİRİŞ

İçinde bulunduğumuz inovasyon çağına alışmaya çalışırken yeniliklerine bir yenisini daha ekliyor. Her ne kadar teknoloji ilerliyor, yeni cihazlar, yeni üretim şemaları oluşturuluyor olsa da hiç vazgeçilemeyen ve her daim inovasyonun her aşamasında bulunacak olan insan faktörü göz ardı edilemez.

İnsanların iş alternatifinin bulunmadığı durumlar söz konusu ancak kimi zamanda insanlar istedikleri yerde çalışmayı seçiyorlar. Bireyler için belirleyici faktörler var ve bu faktörler onları ne kadar etkiler ve benimserlerse kurumda varlıklarını devam ettirmeyi istemelerine yol açar, kurumun başarısı da o oranda etkileniyor.

Çalışan bireylerin, iş memnuniyeti ve memnuniyetsizliği ile kurumun başarısının ilişkilendirilebileceği bir zamandayız. Dolayısı ile kurumlar başarıya ulaşmak için işgörenlerin örgütsel bağlılıklarını yüksek tutmayı amaçlamaktadırlar.

Sağlık konusu insanların hayatında her zaman var olup önemini koruyan bir kıstastır. Artık hastalar yaşadıkları olumsuzluklar sonucunda hekim değişikliği yapabildiği gibi kurum değişikliğine de gidebiliyor. Bu durum kurumun prestijinde önemli bir etkindir. Ayrıca sağlık kurumlarında meydana gelen tıbbi hatalar hastaları, sağlık çalışanlarını ve dolayısıyla kurumu son derece olumsuz etkilemektedir. Tıbbi hataların oluşumunda dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik, özen eksikliği ve yönetmeliklere uymamak gibi faktörler sıralanabilir. Bunların yanı sıra sağlık çalışanlarının 7/24 hizmet verdikleri sağlık kurumlarında maruz kaldıkları çeşitli baskılar sonucunda da istenmeyen hataların yapılabilmesi söz konusudur. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının işlerini dikkatli ve özenli yapabilmelerinde örgütsel bağlılık kavramı önemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Gerçekleştirilen araştırmada sağlık çalışanlarının malpraktis konusundaki bilgi düzeyleri, tutumları ve bildirmeyi talep edip etmek istememeleri ve bu farkındalıklara sahip olan sağlık çalışanlarının örgütlerine duydukları bağlılıklarına ne şekilde yansımaları olduğu gözler önüne serilmektedir.

Bu çalışmada sağlık hizmeti sunucularının malpraktis konusundaki görüşlerinin örgütsel bağlılıklarını etkileyip etkilemediği ve elde edilen sonuç ile sağlık çalışanlarının malpraktis konusundaki farkındalıkları ortaya konulmuştur.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Malpraktis

Malpraktis, günümüzde çok sık karşılaşılan bir kavramdır. Malpraktis kelimesi aslen Latince kökenli olmakla birlikte “male” ve “prakxis” kelimelerinin birleşimiyle ortaya çıkmıştır. İnsanlar genelde Malpraktis kelimesini duydukları taktirde bir sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık çalışanının bir hastasına karşı kötü, hatalı yapılan bir müdahalede bulunduğu fikri düşmektedir (Bakar, 2016). Malpraktis, tıbbi malpraktis ya da tıbbi uygulama hatası olarakta kullanılabilen bir kavramdır. Kısaca sağlık personelinin mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak ifade edilmektedir.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 13. Maddesine göre tıbbi malpraktis 'bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik sebebiyle uygulanan tıbbi müdahaleden ötürü bir hastanın zarar görmesi' olarak tanımlamıştır (Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Madde 13) .

Çelik tıbbi malpraktisi daha geniş bir şekilde ele almıştır. ‘Sağlık çalışanının bir hastaya tıbbi müdahalede bulunurken, standart uygulamayı yapmamış olması, bilgi ya da beceri eksikliği nedeniyle saptanan hastalığın yanlış teşhisi veya eksik yapılmış olması, yanlış bir tedaviye başlamak veya hiç tedavi başlatmamış olmak, hukuki ve zorunlulukları yerine getirmemiş olmadan doğan, hastayı kötü etkileyen basit yaralanmadan hastanın ölümüne kadar neden olabilecek tüm uygulamaları içerisinde barındıran tüm hal ve eylemler’ şeklinde tıbbi malpraktisi tanımlamıştır (Çelik, 2013).

Hipokrat tarafından sözü edilen Latince ‘Primum Non Nocere’ ifadesi ‘öncelikle zarar verme’ anlamına gelmektedir. Bu ifade sadece hekimleri değil tüm sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Tıp uygulamaları esnasında en yetenekli ellerde ve en iyi şartlar altında bile zaman zaman istenmeyen olaylar yaşanmaktadır. Ancak bu tür olaylar bilgi, dikkat ve özenle yürütülen çalışmalar ile önüne geçilebilir.

### **2.1.1.Malpraktis Türleri**

#### **2.1.1.1.Tanı hataları**

Bir hastanın sağlık kuruluşuna başvurduğu ilk andan itibaren beklentisi, tanısının konulup tedavisinin gerçekleşmesi ve sağlığına kavuşmasıdır. Hastanın beklentisinin olduğu bu süreç doğru tanı ile başlar. Bu süreç hekimin, hastanın tedavi sürecine gitmesini sağlayacağı bilgilerini topladığı tanı sürecidir.

Tanı süreci hastanın anlattığı bilgilerle (anamnez) başlayabileceği gibi, bu bilgilere ek olarak hastanın muayenesinin gerçekleştirilmesi, fiziki bulguların dikkate alınması, diğer hekimlerin görüşleri (konsültasyon) ve istenilen tetkiklerin sonuçları gibi birçok değişkenin değerlendirilmesi ile tanı konulmaktadır. Hastanın tedavisine başlanabilmesi için gerekli bilgilerin toplandığı tanı sürecinde en çok hataların görüldüğünü söyleyebiliriz.

Hastanın tanısının yanlış konulması, hastalık bulgularının yanlış yorumlanması ya da fark edilmemesi, tahlillerin yanlış yorumlanması doğru tanının konulamamasına neden olur. Yapılan tanının hatalı olması gerekli olan tedavinin aksamasına ve hatta hastanın olumsuz yönde etkilenmesine sebep olabilmektedir.

#### **2.1.1.2.Tedavi Hataları**

Hastalığın tanısının, konulmasından sonra hekimden yapması beklenen tanıya uygun tedavi planının hazırlanmasıdır. Hazırlanan tedavinin, prosedürün, ilacın veya operasyonun gerçekleştiği durumdaki hatalar tedavi hataları olarak kabul edilir. Tanıya uygun tedavi planının hazırlanması ve uygulanması halinde tıbbi hatanın oluşması önlenmiş olur.

Hastalar, sağlık kurumlarına başvurduklarında, karar verilen tanıları doğru olabilir, ancak aynı şekilde hekimin uyguladığı tedavi yanlış olabilir. Yanlış tedavi seçimi doğru tedavinin zamanında gerçekleştirilmemesine, gereksiz veya uygun olmayan tedavilere ve olumsuz sonuçlara yol açabilir.

Tanıya uygun tedavinin planlanamaması veya planlanan tedavinin yapılmaması, planlanan veya uygulanan tedavinin tıbbi ilkelere uygun yapılmaması durumunda

tedavi hatasıyla karşılaşmış oluruz. Sıklıkla karşılaşılan ilaç hataları doz ve yöntem hataları, alması gereken yerde farklı bir ilaç verilmesi, tetkikin yapılmasında hata, tedavinin uygulanmasında işlem hatası, transfüzyon hataları, hastanın hastane içinde düşürülmesi gibi tedavi hatalarına örnek olarak verilebilir.

#### **2.1.1.3.Profilaktik Hatalar**

Hastanın yeterli düzeyde takibinin yapılmaması veya tedavi sürecinde gerçekleşen önlenemez hatalardır (Leape ve ark.,1993).

#### **2.1.1.4. Diğer Hatalar**

Diğer hatalar kapsamında, iletişimde yetersizlikten kaynaklanan hatalar, kullanılmakta olan ekipmanın yetersizliğinden kaynaklı hatalar ve diğer sistem yetersizliklerinden kaynaklanan hataları sayılabilir (Çoltu, 2012).

#### **2.1.2. Tıbbi Hata Yaklaşımları**

Reason'a göre insan kaynaklı olarak gelişen tıbbi hatalar kişi odaklı yaklaşım ve sistem odaklı yaklaşım olmak üzere iki şekilde incelenmektedir (Reason,2000):

##### **2.1.2.1. Kişi odaklı yaklaşım**

Bu yaklaşım sağlık sisteminde hasta ile iletişime geçen hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları gibi bireylerin yapabileceği yanlış davranış, hatalar ve hastaların haklarını ihlal eden durumları ele almıştır. Çünkü bireyi suçlamak kurumu suçlamaktan daha kolay ve rahatlatıcıdır. Böyle bir çalışma ortamında sağlık çalışanlarının, kuruma güven duymadan, dikkatsiz, özensiz ve hastalarını ihmal eden davranış sergilemeleri kaçınılmaz bir durumdur. Bu yüzden öncelikle bireyler önemsenmeli ve dikkate alınmalıdır. Sağlık sisteminin vazgeçilmez unsuru sağlık çalışanlarıdır.

Kişi odaklı yaklaşımda hata oluşumu durumunda bireylerin disiplin cezası ile karşılaşma, utanma, eğitime tabii tutulma gibi durumları da söz konusudur.

### **2.1.3.2. Sistem odaklı yaklaşım**

Sistem odaklı yaklaşım insanların yanılabilceği hata yapabileceği g r    n  savundur. Hataların nedenlerinden ziyade sonuçları önemlidir. Hataların insanların bilmemesi ya da beceriksizliği değil sistem kaynaklı olduğu kabul edilir. Bu yaklaşım bireylerin hangi durumlar ışığında tıbbi hatalardan kaçınabileceği ve yapılmış olan tıbbi hataların etkilerinin nasıl azaltılabileceğine dikkat çekilir.

Bu yaklaşımda önemli olan sistemin i leyi idir. Bir tıbbi hata gerçekleştiğinde kimin suçlanması gerektiğine değil, tıbbi hatanın nasıl ve ne şartlarda olduğu unun belirlenmesidir. Bireylerden çok hataya zemin oluşturan durumlar incelenmelidir.

Tıbbi Hataların oluşumunda farklı etmenler söz konusu olduğu için hata kaynaklarını tespit etme ve çözme konusunda zorluklar yaşanmaktadır. Bu nedenle hata kaynaklarını tespit etmek için kalite yönetim sistemleri ve konuya uygun risk analizi yöntemlerinin uygulanması büyük önem taşımaktadır (Leape, 1994).

Özetle, sistemde yer alan herhangi bir hata önemsenmeyebilir ancak farklı bir noktada oluşan farklı bir hata daha ger ekle ince ikisinin de büyümesi an meselesidir, birbirini etkiler ve bu daha büyük ve önlenmesi mümkün olmayan sonuçlara yol açar.

### **2.1.3. Tıbbi Uygulamada Hata Kaynakları**

#### **Dikkatsizlik**

Bir tıbbi girişim sırasında yapılmaması gereken bir işlemin yapılmış olmasıdır. Hastaya oksijen verilmesi gerekirken karbondioksit verilmiş olması, ameliyat yapılan bölgede cerrahi bir aletin unutulması; gazlı bez, pens, hastanın kan grubu kontrol edilmeden kan transfüzyonu yapılması, hasta bileklerinin yanlış takılması gibi çeşitli örnekler sunulabilir (Ertem ve ark., 2009).

#### **Tedbirsizlik**

  lenebilir bir tehlikenin önlenmesi için önüne ge ilmemesidir. Unutmak ve yeti ememekte tedbirsizliktir (Tümer, 2003). Hastanın alerjisi olduğu biliniyorken hastaya alerjiye neden olan ilacı kullanış olmak veya test dozunda da olsa anafilaktik

reaksiyon beklenen hasta için müdahaleye hazır bir şekilde gerekli araç-gereci hazır bulundurmuyor olmak gibi örnekler verilebilir (Ertem, Oksel ve Akbıyık, 2009).

### **Meslekte acemilik**

Mesleğinin gereklerini yerine getirebilmesi için gerekli bilgi ve temel becerilerinin eksik olması sonucudur. Entübasyon müdahalesinin hatalı yapılması, fitik operasyonunda yanlışlıkla femoral damarın yaralanmasına neden olmak, yanlış ilaç uygulamasında bulunulması gibi örnekler verilebilir (Ertem ve ark., 2009).

### **Özen eksikliği**

Evrensel olarak kabul görmüş tıbbın gereklerinin yerine getirilmemesidir. Kanaması olan ve hipovolemik şoka eğilimi olan bir hastayı müdahale için beklemeye almak, gözlem altına alınarak denetlenmesi gereken hastayı düzenli aralıklarla gözlemlememek gibi örnekler verilebilir (Ertem ve ark., 2009).

### **Emir ve yönetmeliklere uymamak**

Kanun, TBMM kararları, tüzük ve yönetmelik gibi yetkili idari kurumlarca oluşturulmuş olan yasa ve kurallara karşı gelme durumudur. Acil olan bir hastanın tedaviye alınmasının reddi, prosedür olarak kabul edilmiş bir tedavi dışında bir tedaviyi uygulamak ve hastanın bu sırada zarar görmesine neden olmak olmak gibi durumlar gösterilebilir (Tümer, 2003).

## **2.1.4.Malpraktiste Kayıtların Önemi**

### **2.1.4.1.Dokümantasyon (belge saklama ve düzenleme) yükümlülüğü**

Tıbbi hizmet veren özel ya da tüzel sağlık kuruluşları, ister kamu kurumu olsun ister özel kurum olsun, kendisine tıbbi gereksinim ihtiyacı ile başvuran her hastanın tıbbi kayıtlarını kanunen tutma zorunluluğundadır (Özçetin, 2016). Sağlık kurumlarında sunulan tanı ve tedavi dışında hastaların danışma durumları dahi kayıt altına alınması gereken bir husustur. Hekimin belge düzenleme ve saklama yükümlülüğü hastasına karşı sorumlulukları açısından önem teşkil etmektedir; aydınlatılmış onam ve hastanın bilgi edinme hakkına dayalı hukuki bir işlemdir. Aynı zamanda

dokümantasyon yükümlülüğü sonucunda yasal olarak sağlık çalışanlarının tıbbi müdahale sırasında hastaları aydınlatma ve rıza almak yükümlülüğü mevcuttur.

Dokümantasyonların hazırlanmaması veya ihlali durumunda dava edilebileceği gibi ortaya çıkan zararın maddi ve manevi olarak tazmin edilebilmesi mümkün kılınmıştır.

Aynı zamanda belgelerin düzenlenmesi ve saklanması olabilecek davaların sağlık çalışanlarının lehine de sonuçlanmasına neden olmaktadır. Hastaların onamını almak, onları yaşanabilecek durumlara karşı olası tüm yönlerini açıklamak geriye dönük olası davalardan korunmalarını sağlamaktadır. Hem hasta hem sağlık çalışanlarını korumak için gerekli olan dokümantasyon yükümlülüğü aynı zamanda hastanın ne ile karşı karşıya olduğunu bilmesini sağlar ve karşılıklı bir vekâlet anlaşması doğar.

#### **2.1.4.2.Yataklı tedavi kurumları işletmeleri yönetmeliğine göre kayıtlar**

Yataklı tedavi kurumları işletmeleri yönetmeliği ‘Hasta ve yaralıların, sağlığı konusunda şüphe duyanların ve sağlık kontrollerini yaptırmak isteyenlerin, ayakta veya yatarak gözlem altına alınarak muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite oldukları beraberinde doğum yapılabilen kurumlar yataklı tedavi kurumlarıdır’(YTKİY, MD.4) şeklinde tanımlamaktadır.

Hastanın sağlık kurumuna başvurduğu andan itibaren, hastanın taburcu olduğu zamana kadar her durum hastanın dosyasına işlenir. Ancak kesin tanı konulmadan hasta dosyasına tanı yazılamaz. Her hastaya ayrı dosya açılır. Bulguların seyrine göre olası tanıları belirlenir ve tetkik izlemi yapılır, verilen ilaçlar ve dozları dosyaya eklenir. Geçmiş rahatsızlıkları öğrenilir olası durumlara karşı dikkat edilir. Örneğin geçirdiği bir ameliyat, ilaç alerjisi, gebelik vs.

Her zaman aynı hastayla aynı sağlık personeli ilgilenememektedir. Dolayısıyla hastalar arasında karışıklık yaşanabilmektedir. Hasta dosyaları gerçekleşen muayene kayıtları, istenilen tetkikler ve sonuçları, görülen bulgular, yapılan tedavi ve günlük hastada gerçekleşen değişikliklerin her hasta için ayrı şekilde kayıtlara alınır. Doğru ve usulüne uygun tutulan bir hasta dosyası diğer sağlık personellerine yol gösterici olma amacı taşır. Uygulanan tedavi, verilmesi gereken ilaç, yapılacak

işleme hazırlık, pansuman, yapılan tahlil ve tetkik sonuçlarının takibi işlemlerin zamanında gerçekleşmesi ve hastanın çok beklemeden gerekli tedaviye kavuşmasını sağlar. Böyle bir durumda iyi bir ekip çalışmasına ihtiyaç vardır. Yapılan işlemlerin kayıt altına alınması, sürdürülebilir olması önem taşır.

#### **2.1.4.3.Kayıtların niteliği**

Tıbbi kayıtlar adli soruşturmalarda da kullanılan önemli dokümanlardır. Bu dokümanların ayrıntılı, okunaklı ve herkes tarafından anlaşılır olması gerekir. Hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının güvenliği açısından büyük öneme sahiptir. Adli vakalarda gerçeğin ortaya çıkarılmasında delil niteliği taşır. Geçmişe dönük vakalarda dahi hem hasta açısından hem de sağlık çalışanı açısından delil niteliğini koruyabilen önemli evraklardır.

Tutulan kayıtların okunaklı bir şekilde yazılması gerekmektedir aksi halde yanlış anlamalara sebep olabilir. Bu tür yanlış anlamalarda yanlış anlaşılmasına neden olan kaydı tutulan kişi sorumlu tutulur. Yazılan hatalı kayıtlarda üzeri diğer yazıları kapamayacak şekilde, karalamadan üstü çizilip yanına hata yazılıp ve doğrusu yazılır. Ayrıca tarih ve saati de not edip adli belge özelliği taşıyan bu kayıtları imzalayarak kayıt altına alınmalıdır.

Kayıtların doğru tutulmasının yanı sıra uygulanan her işlemlerin yapıldığı ve bittiği saatlerin de kayıt altına alınması büyük önem taşımaktadır. Sağlık kuruluşuna ağrı şikâyeti ile başvuran bir hastanın müdahalesinin saat kaçta gerçekleştirildiği, aynı zamanda ateş bulgusu görülen bir hastanın ateşinin hangi saatte ve hangi ilaçlarla düşürüldüğü kayıtların incelendiği takdirde görülebilmesi sağlanmaktadır (Özçetin, 2016).

Bir sağlık kuruluşuna başvuran her birey hasta olarak kabul edilir ve ayrım olmaksızın sağlık hakkı sunulmaktadır. Sağlık kuruluşuna başvuran bireyler hasta veya hasta olma potansiyeli taşıyan bireylerdir. Hastaneye başvurdıkları andan itibaren kayıt açılır, açılan kayıtlar o an için önemsenmeyebilir ancak dava süreçlerinde davanın seyrini değiştirebilecek nitelikte olan kayıtlardır. Bu kayıtlarda

kayıt edilmemiş işlemler ihmal ve kasıt gibi durumlarda şüphe uyandırabilecek niteliktedir.

#### **2.1.4.4.Adli olaylarda kayıtların önemi**

Sağlık çalışanlarının çoğunda olan ve değiştirilmesi çok zor olan bir düşünce hâkimdir. Bu düşünceye göre sağlık çalışanlarının kayıt tutmak istemedikleri onun yerine bu sürede daha çok hastaya tıbbi yardımda bulunabilecekleri ifade edilmektedir. Tutulan kayıtların zaman kaybı yarattığı düşüncesini taşırlar. Kayıt tutmak istemeyen sağlık çalışanları çoğunluktadır. Ancak yapılan bir hata bir insanın ölümüyle sonuçlandığında adli birimlere yapılan başvuruda gerçeği ortaya çıkarabilecek, hatalı bir uygulamanın yapılıp yapılmadığı ya da kim tarafından yapıldığı sadece yapılan o doğru kayıtlar neticesinde ortaya çıkabilmektedir.

Kayıt tutmanın önemli olduğu ayrıca adli bir olay karşısında davanın seyrini değiştirebilecek niteliklere sahip olan bu kayıtlar hem hastanın hem de sağlık çalışanının korunması açısından önem arz etmektedir.

#### **2.1.4.5.Elektronik hasta kaydı (EHK)**

Günümüzün gelişen sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması vazgeçilmez bir unsurdur. Hasta bilgilerinin sistemin kullanıcılarına kolaylık sağlaması, öncelikli ve güvenilir bir şekilde hasta problemlerinin EHK’ da kayıt altına alınması ile oluşur. Kayıtların sağlık sisteminin kendi içinde ve dış kaynaklar tarafından da anlaşılabilir, sade ve sadece kullanıcıların değil herkes tarafından da anlaşılabilen standart bir tıbbi dille yazılması gerekir.

Gün geçtikçe yapılan müdahalelerin kanıtlara ihtiyaç duyduğu göz ardı edilemeyecek bir gerçektir. Günümüz koşullarında yapılan teşhis ve tedavilerin kayıt altına alınması önemli bir gerekliliktir. Hastayla ilgili verilen kararlar, yapılan tetkikler, tedavi sırasında alınması gereken kararlar, doğru ve uygun bir yazı ile EHK’ da bulunmalı, gerektiğinde inceleme yapılabilmesi ve bilimsel yayın amaçlı kullanılabilmelidir. Kendilerine has geliştirdikleri bir dille değil tüm sağlık çalışanlarının anlayabileceği bir tıp diliyle yazılmalıdır.

İnsanlar hayatları boyunca farklı sağlık kurumlarına başvurmaktadır ve durum böyle olunca tüm kayıtların tek bir programda entegre olabileceği bir sistem gerekmektedir. Bu konuda birçok çalışma yapılmış ve tıbbi kayıtların EHK gibi korunabileceği sistemler geliştirilmiştir. Ancak her kurumun kendine özgü sistemlerinin olması nedeniyle tek bir merkezi veride buluşulmakta zorluklar yaşanmaktadır ancak kurumlar kendi hastalarının kayıtlarının muhafaza edebilmektedir.

Günümüz teknolojilerinde bu duruma çözüm yolları aranmış ancak hasta mahremiyetini korumak ve hasta güvenliğini tehlikeye atmamak için sadece yetkili kişilerce kullanılabilen bir program oluşturulmuştur. Kayıtların izni olmayan kişilerce kullanılması önlenmiş olur. Bu sayede bulaşıcı hastalıklara sahip hastaların sadece güvenliğini ve mahremiyetini değil güncel hayatının da korunması sağlanmıştır. Bu sistemlerde yetkililer dışında başka kimse kayıtlara erişememektedir, sağlık çalışanları olarak hastaları korumak birinci önceliklerdendir. Kayıtlar izni olmayan kişilerce kullanılamaz.

#### **2.1.4.6.Dokümantasyon yükümlülüğünün ihlali**

Dokümantasyon yükümlülüğü ihlali ile karşılaşılan durumlarda kurumun dava edilebilmesi ve ortaya çıkan zararın, maddi veya manevi, tazmin edilmesi kurumların Dokümantasyon yükümlülüğünün bulunması ile mümkün kılınmaktadır (Zeytin, 2005).

#### **2.1.5.Malpraktis Endişesi**

Son yıllarda artış gösteren malpraktis davaları hekimleri, sağlık personellerini, sağlık kuruluşlarını ve toplumu büyük ölçüde etkilemektedir.

Hekimlerin ve sağlık personellerinin mesleklerini icra ederken yaşanabilecek olumsuz durumlardan dolayı haklarında açılması muhtemel olan davalara karşı malpraktis endişesi taşıdıkları bilinmektedir.

Günümüzde var olan ve hayatımızın bir parçası haline gelen sosyal medyanın etkisiyle malpraktis hataları kolaylıkla duyulabilmekte ve bu durum hekimlerin

korkularının gitgide artmasına neden olmaktadır. Kötü sonuçlarla karşılaşıl原因 durumlar malpraktis iddialarıyla gündeme gelmektedir.

Malpraktis korkusunun sağlık sisteminde olumlu ve olumsuz birçok etkisi bulunmaktadır. Özellikle malpraktis korkusunun hekimler tarafından hastaları ile açık ilişki kurabildikleri durumlarda faydalı olabilmektedir. Hekimlerin tedavi sürecinin belirsizlikleri konusunda hastaları ile net iletişim kurabilmelerini ve daha bilgili şekilde onam vermelerine olanak sağlayabilmektedir.

Malpraktis endişesinin olumlu yönlerinden olan hekimlerin hastayı aydınlatmayı tercih etmesinin sonucunda hastada hekimde kendisini koruma altına almış olur. Hastalar kendisine yapılan işlemleri ve sonuçlarının neler olacağını ve kötü bir duruma karşın neler yaşayabileceklerini bilmek ister ancak hekimlerin bakması gereken hastaların çoğunluğu ve iş yükü nedeniyle hastalarıyla açık bir ilişkileri kuramamaktadırlar. Ancak günümüzde hızla yayılmakta olan malpraktis korkusu nedeniyle hastalarla iletişime geçmek, psikolojilerini de düşünülerek durumu ayrıntılı, açık ve net bir şekilde anlatmak hekimlerin iş yükünü attırsa da onlara güven duydukları bir ortamda çalışma imkânı ve hastaları bilgilendiren sonra onamlarını almak mutlu ve malpraktis korkularını minimum düzeyde tutulmasına olanak sunabilmektedir. Bu sayede karşılaşabilecekleri olası malpraktis dava riskini de almamış olurlar. Bunun yanı sıra sadece aydınlatma yükümlülüğü değil çoğu zaman tutulmaktan kaçınılan tıbbi kayıtların tutulması da önem kazanmış ve dikkat edilmeye başlanılmaktadır.

Sağlık çalışanları zaman zaman tıbbi uygulama hatalarının önüne geçmek için gereksiz tetkik isteme yolunu seçebilir. Bu durum maliyetleri arttırmanın yanı sıra benzer işlemleri yaptıracak diğer hastaların hizmete erişimini zorlaştıracaktır.

Hekimler malpraktis hatası yaptıktan sonra bunu rapor etmekten, meslektaşları ya da hasta ve hasta yakınlarıyla konuşmaktan kaçındıkları durumlarla karşılaşmaktadır. Bunun neden olarak idari ceza, hastaların tutumu, meslektaşlarından destek görememe, güven kaybı gibi birçok neden olduğu düşünülmektedir.

### **2.1.6.Defansif Tıp**

Defansif tıp son yıllarda sıkça konuşulmaya başlanmıştır. Malpraktis hatalarının artması beraberinde hekimlerin cezaya maruz kalmaları, tazminat ödemeleri ve kötü bir geçmişe sahip olması gibi birçok duruma neden olmaktadır. Defansif tıp hekimin, malpraktis endişesi yaşadığı için gerekli olduğunu düşündüğü ve herkes tarafından bilinen genel kabul görmüş standart tıbbi uygulamaları uygulamak istememesi, uygulamaktan kaçınması durumudur (Ball, 1971; Hershey, 1972; Hauser vd., 1991). Defansif tıp uygulamalarına sadece hekimlerin başvurduğu ifadesi gerçeği yansıtmamaktadır. Bununla beraber hastanın teşhis ve tedavisinde rol oynayan tüm sağlık personelinin defansif tıbbi tercih ettiği görülmektedir. Defansif tıp uygulamaları sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte, aynı zamanda yüksek maliyetlere sebep olmakta ve zaman kaybının da en büyük sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Defansif tıp uygulamasının hekimler ve sağlık personelleri tarafından bireysel olarak uygulanabildiği gibi sağlık kurumları tarafından planlı olarakta uygulanabilmekte bunun sebebi tıbbi uygulamalardan kaynaklanan hukuki sorumluluklardan kaçınmak amacı güdülmektedir.

### **Pozitif Defansif Tıp**

Malpraktis endişesiyle, hekimlerin malpraktis şikâyetlerinden kaçınmak için hastalığın seyri dışında olarak normalde istenmeyecek ya da hastanın şikâyetleri doğrultusunda çokta gerekli olmayan tetkiklerin yapılmasının istenmesi güvence davranışı olarak nitelendirilebilir. Pozitif defansif tıba örnekler;

- Hastanın ihtiyacı olandan fazla ilaç yazmak
- Endikasyonu olmayan hastaların yatışını yapmak
- Görüntüleme tetkiklerini arttırmak
- Kayıtların daha çok detay vererek tutulması
- Hastaların tıbbi bilgilendirmesini daha detaylı bir şekilde yapmak
- Tedavi sonrasında uygulanan izlem sıklıklarını çoğaltmak

- Hasta için istenen konsültasyonun çoğalması isteğinin artması (Bergen, 1974; Summerton, 1995; Studdert et al., 2005) verilebilir.

### **Negatif Defansif Tıp**

Negatif defansif tıp, sağlık personelinin duyduğu malpraktis endişesi nedeni ile malpraktis davasıyla karşılaşma riski taşıyan hastalıklardan ve komplikasyon riskinin yoğun olduğu hastaların tanı ve tedavi süreçlerinden kaçınmaları yönündeki davranışlarıdır (Hershey, 1972; Antoci vd., 2016). Bu durum olumsuz sağlık sonuçlarıyla karşı karşıya kalınmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişimini engellenmesi de karşılaşılan bir durumdur, kaçınma davranışı olarakta nitelendirilebilir.

Negatif defansif tıp uygulamalarıyla sağlık personeli kendisini malpraktis davasından koruyabilir ancak hastaların sağlık durumu için aynı şeyi söyleyemeyiz. Negatif defansif tıpta karşılaşılan uygulamalar;

- Uygulanacak tedavilerde büyük olasılıkla komplikasyon ile karşılaşma riskinin beklenmesi durumunda hekimin tedaviden vazgeçmesi
- Sağlık problemi karışık olan hastalardan çekinme
- Kurumların hastaların yüksek riskli olduğu durumlarda acil servise kabulünün yapılmaması
- Hastanın başka bir hekime sevkinin yapılmasının sağlanması gibi örnekler verilebilir (Summerton, 1995; Studdert et al., 2005).

Bu uygulamalar hastanın zarar görmesi ile sonuçlanabilmektedir. Bir hastaya sürekli tomografi sonucunda hastanın almış olduğu radyasyonun fazla olması hastanın yaşantısında kansere yakalanma ihtimalini yüksek tutar. Göz rahatsızlıklarında ihtiyaç duyulmadan damlatılan solüsyon hastanın gözünde tahribatın oluşmasına sebep olabilir. Başka bir durumda hastadan kullanması istenilen bir ilacın fazla kullanımı ile deride oluşabilecek aşınma dokunun bozulmasına neden olabilmektedir. Her şeyin çoğunun zararlı olduğu, tıbbi amaçla yapılması durumunda dahi hastanın tedavisi ya da tanısı için gerek görülmeyen yöntemlere başvurmak hasta için olumsuz ve yeni oluşabilecek hastalıklara yol açabilmektedir.

### 2.1.7. Dünya’ da Ve Türkiye’de Malpraktise Yaklaşım

İlk malpraktis vakasını incelemeye başladığımızda daha o zamanlarda tanımı dahi yapılmadığı halde hastanın zararına sonuçlanan durumlarda hekimin sorumlu tutulduğu ve o zamana uygun yaptırımlar olduğu görülmektedir. İlk olarak Eski Mezopotamya’da var olan Hammurabi Kanunları (MÖ. 1800)’nda hekimin sorumluluklarına dikkat çekmiştir. Bu kanuna göre, eğer hekim bir hastasına bronz neşter ile açtığı kesik sonrasında o yara sonucunda hastası ölür veya hastasının gözüne zarar verecek bir durum olursa müdahaleyi gerçekleştiren hekimin iki elinde kesilmesi kararı verilmiştir. Aynı zamanda hekim kasti davranış değil tedavi amaçlı bir esire daha yapmış olduğu müdahale hasta olan esirin ölümü ile sonuçlanırsa hekim ölen esir için karşılığında bir esir verecektir diye hükmedilmiştir (Özçetin, 2016). Bu ifadesi ile malpraktis için yaptırım getirilmiş ve bu konuya dikkat çekilmesi sağlanmıştır.

Daha sonraki zamanlara baktığımızda malpraktis konusu İngiltere’de 1768 yılında yayınlanan “İngiltere Kanunları Üzerine Yorumlar” isimli eserde ele alınmıştır. Bu eser Sir William Blackstone tarafından kaleme alınarak hekimlik ve malpraktis arasında ilişki kurulmuştur. Bu dönemde Eski Mezopotamya’ da görülenin aksine istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında “ilahi takdir” olarak nitelendirilmiştir (Özgönül, 2010). 1847 yılında The American Medical Association (Amerikan Tabipler Birliği) kurulmuş ve tıp eğitimi ile ilgili prosedürler oluşturulmuştur. Tedavi edicilerin sadece hekimler değil diğer geleneksel yöntemler kullanan kişiler tarafından da gerçekleştiği için halk geleneksel yöntemlerden dolayı yaşanabilecek zararlı ilaçlara karşı uyarılmış ve uygulanan alternatif tedavi dolayısıyla uygulayan kişiyi şikayet edilemez hükmüne varılmıştır (Mohr,2000; Costante and Puro, 2003).1950-1960 yılları arasında tıbbi uygulama hatalarının yaşandığı görülmüş fakat üstünde durulmamıştır. 1990 ve takip eden yıllarda yapılan çalışmalar neticesinde bu konu birçok ülke tarafından tartışılmaya başlanmıştır (Özkaya,2008).

Dünya Tabipler Birliği (The World Medical Association) 1992 yılında “Tıpta Yanlış Uygulama” konulu bildirisinde malpraktisi, ‘hekimin tıbbi müdahaleyi gerçekleştirirken yapması gereken standart uygulamayı yapmaması, beceri

eksikliğinden kaynaklanan ya da hastayı tedavi etmemesi sonucunda hastada meydana gelen zarar' şeklinde tanımlama yapılmaktadır. DTP'nin 1992 yılında yapmış olduğu tanımlama günümüzde hala kabul gören bir tanım haline gelmiştir (Günday, 2009).

Tıbbi uygulama hataları gün geçtikçe artan önemini korurken 2005 yılında yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'ndaki (TCK) maddeler yeniden bu konudaki tartışmaları gündeme getirmiştir. Buna göre insanın ölümüne yol açan bir suçlu ile tıbbi hata yapan bir hekim aynı kanun maddesi ile yargılanır (Akbaba, Davutoğlu, 2016). Ülkemizde malpraktis ile ilgili özel bir kanuna yer verilmemiştir. Beraberinde malpraktis ile ilgili açılan davalar ile ilgili hem cezaî, hem de hukukî sorumluluktan doğan anlaşmazlıklara ilişkin 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu, 5237 sayılı TCK, vb. kanunların konu ile ilgili olan hükümleri yürütülmektedir (Yılmaz, 2018).

#### **2.1.8. Malpraktis Vakaları**

**Vaka1:** Baba, çocuğu BZ'nin fare zehri aldığından şüphelenerek ilçe devlet hastanesine başvurmuştur. BZ, başvurdukları hastanede hekim HT tarafından tedavi altına alınır. HT, hastanın tedavisi için "aktif karbon uygulanmasına karar vermiş ve hastaya yapılacak ilaç uygulaması için görevli sağlık çalışanları hastanenin eczanesinden ilgili hekimin onayıyla aktif karbon olduğunu düşünerek potasyum permanganat almıştır. Alınan ilacın hastaya uygulanmasının ardından hastada kimyasal korozyon bulguları saptanarak hastaya yanlış ilaç uygulaması yapıldığı fark edilmiştir. Hastanın acil olarak üniversite hastanesine sevki yapılmıştır. Bu durumun beraberindeki üç yıl boyunca hasta BZ'nin özefagus darlığı tanısı ile tedavi altında olduğu, solunum ve beslenme işlevlerini ameliyat ile yerleştirilmiş olan tüplerle sağladığı ifade edilmiştir. Görülen mahkemede hastaya girişimi gerçekleştiren sağlık çalışanlarının aktif kömür tedavisini uygulama hususunda deneyimi olmadığı ancak hastaya karşı beklenen azami özeni göstermemiş olmak, tedbirsiz ve dikkatsiz davranmasının sonucunda hastasının yaralanmasına sebep olduğu ve 4/8 kusurlu oldukları kararlaştırılmıştır (Beyaztaş, 2001).

**Vaka 2:** Sabah 10.00-10.30 saatlerinde AF isimli bir kişi abdominal bölgede ateşli silah yaralanması durumuyla ailesi tarafından ilçe devlet hastanesi acil servisine götürölmüştür. Ancak bu hastanede geçici görevle bulunan genel cerrah raporlu olduğu için acil serviste nöbetçi bulunan hekim HG bulunmaktadır. AF isimli hastanın yakınları, ilgilenen hekim ve diğerk sağıık çalışanlarının anlatımına göre hastanın durumu oldukça kötüdür ve kan basıcının alınamadığı ifade edilmiştir. Nöbetçi hekim ifadesinde hastanenin acil servisinde hastaya intravenöz serum verilmesine yardımcı intraket, anjioket gibi kitlerin olmamasından dolayı hastaya serum takılamadığını belirtmiştir. Hekim hastanın durumuna yönelik hiçbir invaziv girişimde bulunulmadan il devlet hastanesine sevk etmiştir ve hasta sevk edildiği hastaneye varmasına 20 dakika kala yolda ölmüştür. Bu durum mahkeme göröldüğu zaman nöbetçi hekim HG'nin vermiş olduğu ifade dikkat çekmektedir. Nöbetçi hekim HG' ye, olayın yaşandığı zaman "Acil serviste kelebek set normal serum seti var mı şeklinde soru yöneltildiğinde "O anda olup olmadığını bilmiyorum ancak "Serum şekerli sudur, bu hastaya kan vermenin gerektiğini o sırada bunun mümkün olmadığını ifade etmiştir. Olayın göröldüğu mahkeme hasta ile ilgilenen hekim HG'nin cerrah olmadığı ancak mesleğinin gerekliliği olan ilk müdahaleyi gerçekteştirmemiş olmak ve hasta AF'nin kan transfüzyonu dışında her hastanede bulunan ringer laktat, izotonik NACL solüsyonlu sıvılardan hiçbirinin verilmediği ve hastanenin içinde bulunan diğerk servislerden damar yolunun açılmasına yardımcı olabilecek gereçlerin talep edilmemiş olması ile nöbetçi hekim HG'nin asli görevini yerine getirmeyi ihmal ettiği kararına varılmıştır (Ayrancı, 2000).

#### **2.1.9.Komplikasyon Kavramı**

Bir sağıık kuruluşunda sağıık profesyonelleri tarafından bir hastaya yapılan tıbbi uygulama sonrasında hastada görölen, yapılan uygulamadan kaynaklı yaşanan hastanın sağııkını etkileyen, istenmeyen olumsuz sonuçlardır. Gerçekleşen uygulamadan kaynaklı hastanın yaşadığı olumsuzluklar komplikasyon olarak nitelendirilir (Çelik, 2013).

Bir hastanın hastaneye kabulü yapıldıktan sonra yapılan her aşamada, tanı konulma ve tedavi sürecinde bazı olumsuzluklar yaşanabilir. Bu süreçte yaşanan

olumsuzluklar, teşhisi konulan hastalığa bağlı ya da uygulanan tedaviye karşı gelişen bir reaksiyon olabileceği gibi bu süreçte istenmeyen ya da beklenmeyen ikincil bir enfeksiyon riski ile karşılaşmakta muhtemeldir. Ancak bu istenmeyen durumlar ve kötü olasılıkların yaşanır hale gelebileceği gerçeğine sağlık çalışanlarının hazırlıklı olması gerekir (Özcan, 2018; Kuzgun, 2019) . Zamanında müdahale edilemeyen ya da dikkat edilmeyen bir komplikasyon malpraktise yol açabilir.

Bir hastanın yaşadığı kötü müdahale sonucu sağlığını etkileyen bir olaydan ötürü, tedavi amaçlı başvurduğu hastaneyi ve kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanlarına karşı mahkeme yolu ile şikâyetle bulunabilmektedir.

Başvurulan mahkeme yaşanan olaya dair kanıt istemektedir. Olaya ilişkin sağlık çalışanları ve tıbbi kayıtlar incelenmek istenir. Tutulan kayıtların hatalı olması, eksik olması ya da tutulmamış olması hekim açısından olumsuz durumların oluşmasına yol açmaktadır. Gerekli işlemin yapıldığı belirtilmiş olsa bile bir önemi olmaz. Mahkeme bilirkişi tarafından çıkacak sonuç ile neticelendirilir. Mahkeme yoluna başvuran malpraktis davalarının bir kısmı malpraktis ve komplikasyon ayrımı yapılamadığı için sonuçlanamamaktadır (Hakeri, 2014).

#### **2.1.10.Aydınlatılmış Onam**

Hastaya yapılan tıbbi uygulamaların hukuka uygun bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için hastadan alınan aydınlatılmış onam, hastanın rıza, izin gösterdiğini açıklamaktadır. Hasta tarafından anlaşılır bir dil kullanılmaktadır. Gerçekleştirilecek işlem için hastadan alınan onam yazısı hastanın, yetkili kişi tarafından alacağı bilgi ile verdiği onay doğrultusunda geçerlilik kazanmaktadır. Hastaya verilen bu bilgi ile yapılan uygulamanın sonrasında hastanın yaşayabileceği iyi ya da kötü sonuçları, olası durumları, olabilecek kötü senaryoları belki hayatını etkileyebileceğini ve varsa alternatif tedavi seçeneklerini, aynı zamanda uygulamayı kabul etmemesi halinde gerçekleşebilecek durumların öğrenilmesi amaçlanmaktadır (Savaş, 2009).

## **2.2.1.Örgütsel Bağlılık**

### **2.2.1.1.Örgütsel bağlılık kavramı**

Geçmişten günümüze kadar örgütsel bağlılıkla ilgili çeşitli araştırmalar yapılmış ve bu araştırmalar sonucunda araştırmacılar tek bir tanım yerine literatürde pek çok tanımlamaya yer vermek durumunda kalmışlardır. Buna gerekçe olarak çok yönlü ve karmaşık bir yapıya sahip olduğunu gördükleri örgütsel bağlılık konusunun gün geçtikçe önemini koruduğu ve duyulan ilginin artmasıyla beraberinde birçok bileşeni barındırması, çok boyutlu olmasını göstermişlerdir.

Aslında bağlılık kavramının her daim var olduğunu, geçmişten süregelen bir anlayış biçimine hâkim olduğunu görmekteyiz. Toplum olarak kölenin efendisine, memurun işine, askerin ülkesine karşı sadece içgüdü ile duygusal olarak bağlılık gösterdiğini söylemek mümkündür. Bağlılık bir kişiye, bir fikre, bir kuruma karşı duyulabilen bir his olduğu gibi aynı zamanda istenileni yapma yükümlülüğünün olduğunu anımsatır (Ergun, 1975). Bu yükümlülükler örgüt ile birey arasında bir bağ oluşmasına ve bu örgütte bulunan her çalışanın örgüt ve diğer çalışanlar ile ortak değer ve amaçları taşımasına öncülük eder.

Örgütlerin başarısının artırılması çalışanın örgütün aktif bir üyesi olmasıyla mümkündür. İş görenler, yeteneklerini kullanabilecekleri, kendilerini geliştirebilecekleri iş beklentisiyle yola çıkıyor. Çalışanlar örgütte aidiyet duygusu duymaya başladıkça, işlerine daha da bağlanmakta, yeni fikirler üretme ve örgütün bir parçası olma haline gelebilmektedirler. Beklentiler arttıkça örgütle ortak bir kimlik kazanımına geçerler.

Örgütsel bağlılık ile ilgili 1950’li yıllardan beri araştırmalar yapılmaktadır. Ülkemizde de önemli bir yeri olan ve son zamanlarda sıklıkla karşılaşılan bir problem olarak ortaya çıkmakta, rekabetin şiddetlenmesi, teknolojinin gelişmesi, nüfusun artması ile beraberinde örgütlerinde artması ile ayakta kalmaları zorlanmaya başlıyor. Çalışanlar örgütleri ayakta tutan yapı taşıdır, ancak onları örgüte bağlamak ortak bir düşünce yapısına da sahip olmayı beraberinde getiriyor. Bu doğrultuda

örgütsel bağlılık ile ilgili yapılan tanımlardan bahsedecek olursak, bazı tanımlamalara yer verebiliriz;

- Schermerhorn ve arkadaşları tarafından örgütsel bağlılık, 'kişinin içinde bulunduğu örgüt ile geliştirdiği ilişki ve örgütünü içselleştirip kendisinin onun bir parçası olduğunu hissettiği kademedir' şeklinde tanımlamaktadır (Schermerhorn vd., 1994).
- O'Reilly ve Chatman'a göre örgüt bağlılık, örgütün sahip olduğu özellikleri kişinin farkına vararak benimsenmesi ve onaylanmasıdır (O'Reilly ve Chatman 1986).
- Örgütsel bağlılık, 'kişinin örgütüyle bütünleşmiş olması ve örgütüne tam katılım sağlamasının sonucu olarak ortaya çıkar. Bu şekilde oluşmuş bir bağlılık, örgütün hedef ve yargılarına kuvvetli inançla kabullenerek, örgütünün faydası için büyük bir çaba harcama arzusu ile örgüte daha fazla katılım sağlamak istemesidir' (Tabak vd., 2004) şeklinde farklı tanımlamaları görebilmekteyiz.

Örgütlerde bulunan bireyler örgütten etkilenebileceği gibi örgütü de etkileyebilme gücüne hâkimdirlere. Birey ve örgüt karşılıklı bir ilişki içerisinde. Çalışanın işe kabulü ve ardından işe başlamasıyla başlayan bu süreç çalışanın örgütün bir üyesi olarak hedeflerini ve amaçlarını benimseyerek ortak bir amaçla yola çıkarlar. Bu şekilde örgütle otak bir düşünceye sahip olurlar.

#### **2.2.1.2.Örgütsel bağlılık önemi**

Örgütsel bağlılık kavramı, yapılan çalışmalar doğrultusunda kurumun başarısıyla doğrudan ilişkili olduğunu gözler önüne sermektedir. Değişen ve devamlı yenilenmekte olan bir çağda bulunmaktayız. Ancak buna rağmen, her zaman olduğu gibi insan faktörü vazgeçilemez bir araç haline gelmiştir. Kullanılan teknoloji, örgüt yapıları, stratejiler, organizasyonlar her şey değişir, fakat birey kalıcıdır ve bu çağda, günümüzde nitelikli bireyler söz konusudur.

Çalışan bireylerin ve örgütlerin devamlı alışveriş halinde olması gerekir. Çalışanın örgütten, örgütünde çalışanından beklentileri vardır, karşılıklı bir sirkülasyon söz

konusudur. Birbirlerinin beklentilerini karşıladıkları sürece çalışanın, örgütün amaçlarını benimsemesi kolaylaşır ve örgütünü benimsemiş bir birey ise örgütü için hiçbir fedakârlıktan kaçmaz.

Örgütler başarı ve onları bu başarıya taşıyan çalışanları aramaktadır, bu onlar için öncelik haline gelmektedir. Ancak her kurumun amacı bu iken çalışanları kendi kurumlarında tutabilmek oldukça zorlaşmakta, onları sadece maaş beklentisiyle bünyelerinde bulunduramazlar. İyi yetişmiş çalışan başarıyı getirir, lakin iyi yetişmiş çalışan örgütüne aidiyet duygusu duyar ise ancak o şekilde kurumu ileriye taşır. Örgütün onun için ifade ettiği anlam onun işine verdiği değeri gösterir. Kendi adını örgütünün adıyla bir tutar, yaşanan sonuçlarda olumlu ve olumsuz kendisini sorumlu tutar. Bu noktada örgütün değeri çalışanın örgütüne verdiği değer ile ölçülür. Örgütsel bağlılık verilmez, kazanılır, örgütünün çalışanına verdiği değer onu bağlayıcıdır.

Örgütsel bağlılığı yüksek olan çalışanlar örgütleri ile içgüdüsel olarak bağlılık hisseder. Kendi arzusu ile fazla mesai, işini zamanında yetiştirme, işini takip, işe geç gitmeme ve devamsızlık yapmama ve beraberine de işine titiz davranıp, dikkatli olmasını getiri, emek sarf eder. Emeginin de karşılığını almak ister, hem kendisini geliştirir hem de örgütünü ileriye taşır. Örgütlerinin ömürlerinin uzamasına neden olur.

Artık çalışan gruplar bulundukları yere bağlanmak istiyorlar, bireylerin insani özellikleri ağır basıyor. Ancak örgütlerinde bunun için onlara bir neden vermeleri gerekmektedir. Bağlılık kritik bir önem teşkil etmektedir. Bu durumda iyi ya da kötü örgütsel bağlılık düşüncesi başarı ve başarısızlığı beraberinde getirir. Örgütsel bağlılığı yüksek olan bir birey bir problemle karşılaştığında onu çözen ve problem yaratmaktan çok, çözümler arayan kişi haline geliyor. Bu durumda örgütün hedeflerine varması için örgütsel bağlılık kavramı güzel bir araç olur ve bu araç çalışan ve örgütü birbirine bağlayıcıdır. Çalışanlar kendilerini, kurumların vazgeçilecek bir payda olarak görmesinden hoşlanmazlar. Bu onların işlerini aksatmalarına ve hatta işten ayrılmalarına neden olur, çalışanlar değer verilmesini bekler. Rekabetin yoğun olduğu bu zamanda örgütler başarıya ulaşmak için

Çalışanların rgtsel bağlılığını arttırmaya yönelik çalışmaları önemsemektedir. Örgütlerin belirlediği amaç, çalışanların, örgütten ve yaptıkları işten memnun olmalarını gözetmektedir. Diğer açıdan güçlü bir bağlılıkla örgütlerine bağlı olan bireyler örgütlerinin maddi açıdan da zarar görmesini önlemeye çalışırlar. Performanslarını örgütün çıkarları doğrultusunda sergilerler.

### 2.2.2. Örgütsel Bağlılığın Sınıflandırılması

Örgütsel bağlılık kavramının tanımlanmasında araştırmacılar tarafından farklı tanımlamalarının var olduğu gibi birçok davranış bilimci örgütsel bağlılık ile ilgili kendi sınıflandırmalarını oluşturmuşlardır. Örneğin, Huang (2000) davranışsal, sosyolojik, moral ve tutumsal şeklinde sınıflandırmıştır (Mert, 2019).

Literatürde en sık rastladığımız ve örgütsel bağlılığın tanımlanmasında kullanılan dört yaklaşım mevcuttur. Bu yaklaşımlar; tutumsal, davranışsal, normatif ve çok boyutlu yaklaşımlar olarak sınıflandırılmıştır (Suliman ve Iles, 2000).



şekil 2.1: Örgütsel Bağlılığın Sınıflandırması (Gl, 2002).

'Mowday vd. göre, örgütsel davranışçılar tutumsal bağlılık üzerinde odaklanırken, sosyal psikologlar ise davranışsal bağlılık üzerine incelemelere odaklanmış olmasındır (Mowday vd., 1982).

Sınıflandırmadaki farklı yaklaşımların yapılan örgütsel bağlılık tanımlarında da olduğu gibi örgütlerin bir temele dayandığı ve tutumsal veya davranışsal yaklaşımlar çerçevesinde geliştirerek çalışanlara örgüt üyeliğini devam etme isteği uyandırmaktadır.

#### **2.2.2.1. Tutumsal yaklaşımlar**

İşgörenlerin kendi amaç ve hedefleri ile örgütün amaç ve hedeflerinin birbirine uyum göstermesi ve çalışanın örgütüne karşı oluşan düşüncelerine odaklanılmış olan duygusal yaklaşımdır. Tutumsal yaklaşıma göre, işgörenlerin örgüt ile özdeşleşmesi ve tepki olarak örgüte bağlanması beklenir.

#### **Kanter'ın örgütsel bağlılık sınıflandırması**

Kanter (1968), örgütsel bağlılığı, 'kişinin örgüt faaliyetlerini yerine getirebilmek için emek harcadığı proses' şeklinde tanımlamıştır (Koç, 2009). Diğer bir ifadeyle bireylerin istek ve ihtiyaçlarını karşılayacak bir süreç olarak tanımlanmakta ve beraberinde kişilerin sadakatlerini, bilgilerini ve enerjilerini örgüte gönüllü olarak vermeleridir.

Örgütsel bağlılık ile ilgili teorilerin ortaya atılmasında tarih sırası dikkate alınmakta ve ilk olarak Kanter'ın öncülüğünde 1968 yılında örgütsel bağlılık üç sınıfa ayrılmıştır. Bunlar; devam bağlılığı, uyum bağlılığı ve kontrol bağlılığı şeklinde sınıflandırılmıştır (Kanter, 1968).

Devam bağlılığına göre kişiler kendilerini örgüte adamayı tercih ettikleri için, uyum bağlılığına göre bireylerin bulundukları topluluğa karşı oluşan duyguları ve dayanışmayı ortaya koyduğu için örgüte bağlılık kazanımı gerçekleşir. Kontrol bağlılığına göre ise örgütün kişinin davranışlarına yön verebildiği grup otoritesinin oluşması sonucu kişilerin örgüte bağlılık duygusu gelişir.

### **Etzioni'nin örgütsel bağlılık sınıflandırması**

Literatürde Etzioni'nin örgütsel bağlılık ile ilgili yapılan çalışmaların başında gelen araştırmacı olduğunu söyleyebilmekteyiz.

Etzioni örgütsel bağlılığı, örgüte katılım olarak düşünmüş ve bireylerin örgüte yönelim düzeyleri doğrultusunda, örgütün bireyler üzerinde otorite sahibi olduğu görüşünü savunmuştur. Etzioni, bireylerin örgütün verdiği kararları kabul etmiş ve bu kararlara uygun olarak davranması durumu olarak tanımlamıştır.

Etzioni, örgütsel bağlılığı yabancılaştırıcı bağlılık, ahlaki bağlılık ve hesapçı- çıkarıcı bağlılık olarak sınıflandırmıştır.

Yabancılaştırıcı bağlılığa göre işgörenler duygusal olarak örgütte kalmayı tercih etmezken, iş alternatifinin olmaması, maddi kayıp, taşınma durumu gibi mecburiyet karşısında örgütte kalmayı tercih ederler. Ahlaki bağlılığa göre işgörenin örgütün amaçlarını benimseyip kendisini sorumluluk sahibi hissetmesi ve hesapçı çıkarıcı bağlılığa göre ise işgören ve işveren arasında alışverişin söz konusu olması kişinin örgüte sağladığı katkılarının karşılığını alıyor olması kişilerin örgüte bağlılık duygusunu geliştirir.

### **O'reilly III ve Chatman'ın örgütsel bağlılık sınıflandırması**

Kişilerin, örgütü için duyduğu psikolojik bağ olarak örgütsel bağlılığı tanımlayan O'reilly III ve Chatman bu psikolojik bağlılığı üç grupta sınıflandırmıştır. Bunlar, uyum, özdeşleşme ve içselleştirme bağı şeklindedir.

Uyum bağlılığına göre kişiler belirli ödüller kazanmak istediği için bağlılık oluşur. Özdeşleşme bağlılığına göre kişilerin kurduğu ilişkilerden tatmin olması ve devam ettirmeyi istemesi sonucunda oluşur. Birey örgütün çalışanı olmaktan gurur duyar. İçselleştirme bağlılığı ise bireylerin kendi değerleri ve amaçları ile örgütün değer ve amaçları arasındaki uyumun var olmasından ortaya çıkar.

### **Penley ve Gould'un örgütsel bağlılık sınıflandırması**

Penley ve Gould'un örgütsel bağlılık yaklaşımlarında Etzioni'nin örgüte katılım modelinden yararlanmışlardır. Bu modele göre örgütteki uyum şekillerini ve bu şekillere bireylerin yönelimlerine bakılmaktadır.

Penley ve Gould'da örgütsel bağlılık açısından Etzioni'nin bağlılık modelinin uygun olduğunu söyleyip ahlaki, çıkarıcı ve yakınlaştırmacı bağlılık olmak üzere üç farklı şekilde ele almışlardır. Ancak uygun olmasına karşın literatürde gördüğü ilginin az olduğu görüşüne hâkimdirler.

Ahlaki bağlılığa göre örgütün amaçlarını kabul etmekte ve amaçlarını özümsemektedir. Çalışan kendisini örgüte adanmakta ve örgütte yaşanan olumlu ve olumsuz olaylardan kendisinin sorumlu olduğunu düşünmektedir. Çıkarıcı bağlılığa göre işgörenler belirli amaçlara ulaşmak için örgütü bir araç olarak kabul ederler. Alış-veriş ortamı söz konusudur, işgörenlerin verdikleri emek karşılığında beklentileri olur, beraberinde ödül ve teşviği de getirir. Yabancılaştırmacı bağlılık ile örgüte bağlı olan bireyler ödül, ceza ve teşviklerin yapılan iş ile ilgili olmayıp tesadüfî kararlarla verildiği düşüncesindedir. Bu düşünce bireyin örgütün iç çevresi üzerinde bir etkisinin bulunmadığı ve alternatif iş ve örgütün bulunmaması kişiyi yabancılaştırmacı bağlılığa sevk eder.

Penley ve Gould, Etzioni ile aynı görüşte fakat bu üç görüşün zıtlığının da üzerinde durmuştur. İki baskın görüş ortaya çıkar; araçsal görüş ve duygusal görüş. Araçsal görüş, işgörenin göstermiş olduğu faaliyetler sonucunda aldığı ödüller ve teşvikler iken duygusal görüş işgörenin örgüte duyduğu duygusal bağlılık ile o örgütte bulunmaya mecbur olduğu için kişisel zorunluluklardan dolayı duyduğu bağlılıktır. Bu görüşle çıkarıcı ve yabancılaştırmacı bağlılık arasında fark oluşmaktadır. Birey emeğinin karşılığını alamadığı durumda çıkarıcı bağlılıkta örgütten ayrılırken yabancılaştırmacı bağlılıkta kişi emeğinin karşılığını alamasa da örgütten çeşitli zorunluluklardan dolayı ayrılamaz, uğrayacağı maddi kayıplar, alternatif iş imkânının olmaması vs. durumlar onu işe bağlar.

### **Allen ve Meyer'in örgütsel bağlılık sınıflandırması**

Allen ve Meyer (1990), örgütsel bağlılığı işgören ve örgüt arasındaki ilişkiyi gösteren psikolojik bir durum olarak açıklar. Tutumsal bağlılık ile ilgili en önemli çalışmalardan biriside bu iki araştırmacı Allen ve Meyer'indir.

Örgütsel bağlılık, örgütte çalışan bireylerin davranışlarına göre şekillenir, en büyük göstergesi ise bireyin örgütte kalma isteğinin devamlılığının sürmesidir.

Allen ve Meyer, bağlılığı duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif olarak üçe ayırmıştır. Duygusal bağlılıkta işgörenler örgütlerinin amaçlarını, değerlerini ve hedeflerini benimsemiş ve onlarla kendilerini özdeşleştirmişlerdir. Örgütün başarısı için özel çaba harcarlar. Çalışanın örgüte duygusal bağlılığı örgütün bir parçası olarak kalmayı istemesine neden olur. Devam bağlılığı ise Becker'ın (1960), Yan-Bahis Teorisinden faydalanarak ortaya çıkmıştır (Kavi, 1998; Chen ve Francesco, 2003). Literatüre baktığımızda rasyonel bağlılık olarak da adlandırıldığını görebilmekteyiz. İşgörenlerin örgütleri için harcadıkları emekleri sonucunda gerçekleştirdikleri yatırımların (kıdem, terfi) sonucuna bağlı olarak gelişen bağlılık türüdür. Örgüt yapmış olduğu fedakârlıkları, kendi zamanından yaptığı feragatlerini düşünerek örgütte kalması gerektiğini düşünür. Aynı şekilde örgütten ayrılması durumunda ayrılmadan doğacak ayrılmanın maliyetinin yüksek olacağını düşündüğü için örgütte kalmaya karar verir. Birey istemiyor olsa bile kendisini kalmaya zorunlu hissetmekte ve örgütte kalmayı seçer. Normatif bağlılık, işgörenlerin örgütsel bağlılığın doğru ve gerekli olduğunu düşünmeleri ve örgütlerine karşı taşıdıkları sorumluluklarının olduğuna dair inançları doğrultusunda olan düşünceleri sonucunda oluşur. İşgörenlerin bağlılık durumları onlardan istendiği için değil, doğru ve ahlaki olanın bu olduğuna inandıkları için oluşmuştur.

#### **2.2.2.2. Davranışsal yaklaşım**

Örgütsel davranış araştırmacıları tutumsal bağlılık ile ilgilenirken sosyal psikologlar araştırmalarını davranışsal bağlılık üzerine yöneltmişlerdir. Bu yaklaşım daha çok sosyal psikologların ilgi alanıdır.

Bu yaklaşım, bağlılığın dış vurumu olarak düşünülebilmektedir. (İnce ve Gül, 2005).

İşgörenlerin geçmiş yaşantılarından olan kazanımları aracılığı ile örgütlerinde bir bütünlük kurabilmesi ve sonucunda örgüte sadık çalışan olma potansiyeli göstermesi ile geçen süreci konu alır (Bayram, 2005). Örgüte bağlı olmak ile kastedilen örgütte kalmaya istekli olma ve örgütten ayrılmamayı tercih etme durumudur.

Davranışsal bağlılığa göre örgütsel bağlılık, kişilerin sadece bulundukları örgüte değil kendi faaliyetlerine karşı da geliştirmiş oldukları bağlılık duygusunun oluştuğu süreci içermektedir (Soycan, 2010). Kişinin kendi davranışları doğrultusunda örgüte bağlılığı gelişir. Özetle; örgütün değil, kişinin davranışları doğrultusunda oluşan bağlılıktır.

İşgören belli bir davranışta bulunduktan sonra duruma uygun olarak davranışını devam ettirmeyi seçer. Bu davranış bağlılık yaratır. İleriki zamanlarda bireyin geliştirdiği davranışları sonucunda örgütte gerçekleşen aynı tutumlarda o davranışın gelecekte tekrarlanması olasılığının artması hususunu etkili kılar.

Davranışsal bağlılık, işgörenin kendisini bir kurum ile bağdaştırdığı ve karşısına çıkan sorunlara karşı takındığı tutum ve ilerleme şekliyle ilişkilidir (Meyer ve Allen, 1991). Davranışsal yaklaşım 2'ye ayrılmaktadır.

### **Becker'in Yan Bahis yaklaşımı**

Literatür araştırması yapıldığında Becker'ın örgütsel bağlılığın davranışsal özelliği üzerine yoğunlaştığını görülmektedir (Atalay, 2010).

Becker'ın örgütsel bağlılığı ekonomik değerlere dayandırması sonucu işgören ile örgütün ilişkisi karşılıklı ekonomik değiş tokuş sistemine dayanmakta ve yan bahis kavramı ile karşılaştığımız bireyin örgütten dolayı sahip olduğu değerlerin toplamıdır. Bu yan bahisler işgörenin örgütte kalmayı istemesi ve bunun için gerekli eylemleri sergilemesi ve devam ettirmesi sonucunda da bağlılığın oluşmasına olanak sağlayacaktır. Bireylerin eylemlerinin birbirleriyle tutarlı olarak gerçekleştirdikleri davranışlardır.

Birey, sosyal bir örgüte katıldıktan sonra bazı ekonomik ve sosyal yan bahislere hak kazanmaktadırlar. Becker (1960), bireylerin gösterdiği bağlılık sonucunda dört adet

yan bahisin söz konusu olduğunu vurgulamıştır. Bu yanbahisler; toplumsal beklentiler, bürokratik düzenlemeler, sosyal etkileşimler, sosyal rollerdir. Yan bahisler dikkate alındığında zaman geçtikçe işgörenin yaşı, kıdemi ve yapılan yatırımların değişmesi gibi nedenlerin artmasıyla kişilerin örgütten ayrılma kararları zorlaşacaktır.

### **Salancik'in örgütsel bağlılık yaklaşımı**

Salancik, bağlılığı, "kişinin tutumu ve tutumları yardımıyla çalışmalarını ve örgütüne duyduğu yakınlığını kuvvetlendiren görüşlere tutunmuş olma biçimidir"(Mowday, vd., 1982) şeklinde tanımlamıştır.

Çalışanın davranışlarına bağlanması ve bu davranışları devam ettirmesi sonucunda meydana gelmektedir. Örgüt ile işgören arasındaki ilişki psikolojik bir davranıştır ve bu eylemi (davranışı) gönüllü olarak devam ettirir. Sergilediği davranışlarının sonucunda sorumluluk hissi duyar. Bu histe kişide davranışını sürdürme isteği uyandıracak ve davranışa bağlılık yineleneyecektir.

Salancik ve Becker bağlılığı davranışları devam ettirme yönelimi olarak incelemiştir. Ancak Becker (1960) bu davranışa bağlı olarak beraberinde bağlılığın oluşabilmesi için kişinin o davranışı sergilemekten vazgeçtiği zaman yaşayacağı olumsuzluğun da farkında olması gerektiği düşüncesine hâkimdir (Kaya, 2007).

### **2.2.2.3. Çok Boyutlu Yaklaşım**

Çoklu yaklaşımda her bireyin aynı nedenden dolayı örgüte bağlılığının bulunmadığı yaklaşımı ön plana çıkmıştır. Bir kişi maliyete, bir kişi çalıştığı ortama, bir diğeri örgütün kendisine yaklaşımına bağlılık duyabileceği gibi bambaşka nedenlerde duygusal yönelime neden olabilir.

Literatürde yer alan kaynaklara baktığımızda diğer bağlılık türlerinden ayrılmasına neden olan özelliği ise diğer bağlılık türlerinin genel itibariyle bireylerin örgütün tamamına karşı duyduğu bağlılık olarak kabul edilirken, çoklu bağlılık türünde örgütün içinde barındırdığı değişkenlere, ögelere ya da o anda yaşamış olduğu bir şeyden dolayı örgüte bağlılık duygusunun geliştiği görüşü hâkimdir. Yaşanan olaylar

birbirini etkiler ve sonucunda oluşan bağıllık çok boyutlu yaklaşım olarak nitelendirilir.

### **2.2.3. Örgütsel Bağıllık ve Benzer Kavramlar**

Literatür taraması yaptığımızda örgütsel bağıllık kavramının benzer kavramlar ile ilişkisinin olduğunu ve karıştırılabildiğini görmekteyiz. Örgütsel bağıllık, tanım içerisinde bu kavramları nispeten barındırmaktadır. Bu kavramları incelersek;

#### **İşe bağıllık**

Bireyin işini özümsemesi ve işiyle psikolojik olarak özdeşleşmesiyle görülen bağ işe bağıllıktır. İşine bağlı olan bir birey örgütü dışında da örgüt işleriyle ilgili konulara yönelir, gündelik yaşam biçimi haline gelir ve örgüt arkadaşlarına karşın kurumunda daha fazla vakit geçirmeyi seçerler.

İşe bağıllık, kişinin, yaşı, cinsiyeti ve arzularına göre kişiden kişiye farklılık gösterir. İşe bağıllık gösteren bireyler yaptıkları işten zevk alırlar ve bu durum onları mutlu eder.

#### **Çalışma arkadaşlarına bağıllık**

Örgütlerde bulunan işgörenlerin örgütündeki işgörenlerle gelişen ilişkisi ve onlara karşı hissettiği güçlü duygu ile özdeşleşmesi neticesinde oluşan bağıllıktır. Kurdukları samimi ilişkiler ve arkadaşlıklarına verdikleri ehemmiyet, vakit geçirmekten aldıkları zevk, geleceğe yönelik çeşitli eylemler gerçekleştirmek yerine arkadaşlarına yardım etmek ve onlarla paylaşımda bulundukları o ortamda olmayı isterler. Böyle zamanlarda örgütten ayrılmak demek kurdukları dostluk bağından da ayrılmak demek olduğu için kişinin örgütten ayrılmayı tercih etmesi vuku bulamamaktadır. Yanı sıra iş arkadaşlarına olan bağıllığı bazen bir amaç için çıkar sağlaması yönünde bir araç olarak, kimi zamanda kendi için bir amaç olarak görmesi durumunda kurduğu ilişki olarak ta karşımıza çıkmaktadır.

#### **Mesleki bağıllık**

Kişinin bir alanda beceri ve uzmanlık edinmek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmalar ile işinin hayatında sahip olduğu değeri ve bu işin hayatında yer aldığı nokta ile

ilişkilidir (Baysal ve Paksoy, 1999). Örgütsel bağlılık mesleki bağlılığın öncülü olmakla birlikte bir alış veriş ilişkisi içindedir (Ceylan ve Bayram, 2010).

Kişinin mesleğini severek yapmasını ve mesleğiyle özdeşleşmesini sağlar. Mesleğinde uzun yıllar bulunur, örgütlerini benimsemelerine yol açar ve bu durum kişi ve örgüt için artan öneme sahip olur. Örgüt açısından ise kişinin bağlılığı ve olumlu yaklaşımları örgütün etkililik derecesini arttıracaktır.

### **Sadakat**

Kişini kendi çıkarlarından feragat edip örgüt çıkarlarını arttırmayı gözetmesi ve perspektifinde örgütün amaçlarını özümseyen davranışlarını icra etmesidir. Kişinin inandığı düşünceler ve ona yönelik davranışlar sergilemesi, samimi, içtenlik ve duygularına güven söz konusudur.

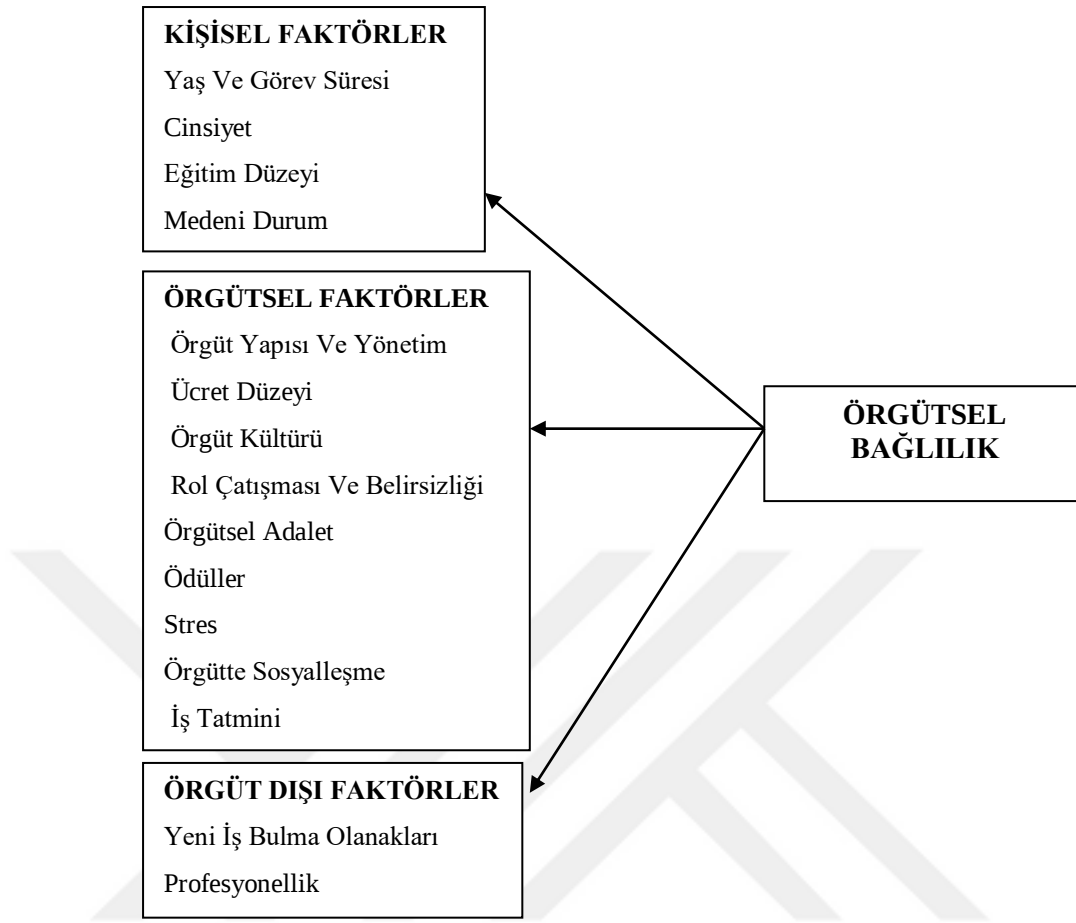
Örgütsel sadakat kavramı uzun süreli bağlılık ve örgüt üyeliğinin sürdürülmesi sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Kişinin örgütün başarısını amaç edinip onun için zaman ve emek sarf etmesine yol açar.

Örgütsel bağlılık ve sadakat kavramının birbiriyle yakın ilişkisinin görüldüğü çok açıktır. Ancak bu iki kavramın farklılık gösterdiği ve karıştırılmaması gereken kısım sadakatin kültürel değerlere odaklanması iken örgütsel bağlılığın işe ve örgütün başarısına odaklanmasıdır.

#### **2.2.4.Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler**

Literatüre göre örgütsel bağlılığa etki edebilen faktörlerin olduğu ve kişisel, örgütsel ve örgüt dışı faktörler olarak üç gruba ayrıldığı saptanmıştır.

Söz konusu faktörler alt başlıklar halinde açıklanmaktadır.



**Şekil 2.2:** Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler (Steers, 1977; Liman, 2019)

#### 2.2.4.1. Kişisel faktörler

Literatürde yer alan çalışmalara baktığımızda kişisel özelliklere göre örgütsel bağlılığın etkililik derecesine direk olarak etki edebildiğini görmekteyiz. Etki eden faktörlerden bahsettiğimiz zaman da kişisel faktörler ilk sırada gelmektedir. Buna gerekçe ise kişinin kendisiyle ilgili olan özelliklerinin örgütsel bağlılığın kişiden kişiye fark gösteriyor olmasıdır.

##### Yaş

Yaş değişkeninin örgütsel bağlılığın artmasıyla direk ilişkili olduğu ve farklı şekillerde karşımıza çıktığını görmekteyiz. Literatüre baktığımızda Becker örgütsel bağlılık konusu üzerinde yaş kistasının önemli bir basamak olduğunu gözler önüne sermektedir (Mathieu ve Zajac, 1990; Meyer ve diğerleri, 2002).

Genç işgörenleri düşündüğümüzde daha az iş tecrübesine sahip olması, duyduğu bağlılığın ve gerçekleştirdiği birikimlerinin az olması örgütlerine karşı gösterdikleri örgütsel bağlılıklarının düşük olduğu görülmüştür. Ama diğer açıdan işten ayrılma sonrası süreci göze alamayan işgörenler örgütte kalmayı seçerler; iş tecrübesinin az olması ve iş alternatifinin az olması örgütsel bağlılığın artmasına neden olabilmektedir.

Uzun yıllardır aynı örgütte çalışan işgörenler çalıştıkları örgütlerinde bulundukları yılları, kazandığı edinimleri ve birikimleri düşünüldüğünde bu yatırımların (terfi, maaş değişikliği, biriken tazminat vb.) geçen yıllarda örgütsel bağlılığı yükseltmekte ve farklı bir iş tercih etme konusunda kendisini psikolojik baskı altında hissetmesine ve örgütünde kalmayı tercih etmesine zemin hazırlar. Örgütsel bağlılığı etkileyen kişisel etmenlerde yaş önemli bir kriterdir.

### **Cinsiyet**

Cinsiyet faktörü ile ilgi yapılan çalışmalar ciddi farklılıklar gösterebilmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda erkeklerin iş yaşamında kadınlardan daha aktif bulunuyor olması dolayısıyla net bir görüş bildirilemezken, kimi araştırmalarda kadınlara ve erkeklere toplumun tanımladığı kalıplar dolayısıyla sahip olduğu sorumluluklara dolayısıyla, erkeklere nazaran daha başarılı olmasına ve bağlılık duygusunun olmasına rağmen ona tanımlanan görevlerin daha ağır basmasıyla devam bağlılığı yaşaması konusunda sıkıntılar yaşayabilmektedir. Diğer araştırmalarda gözlemlediğimiz diğer bir bakış ise kadınların örgütte yer aldıkları görevleri erkeklere oranla daha fazla engelle karşılaşılarak aldıkları, toplumsal eşitsizlik durumundan çabalayarak elde ettiklerini işlerini kaybetmemek için işlerine daha fazla tutundukları gözlemlenip bağlılıklarının fazla olduğu gözlemlenmiştir. Ancak son yıllarda yapılmış olan araştırmalara baktığımızda kadınların iş yaşamındaki varlığı ile erkeklerin iş yaşamındaki varlığı karşılaştırıldığında farklı sonuçların ortaya çıktığı görülmüştür. Cinsiyet konusunda ortaya konulan farklı çalışmalar, net bir görüş birliğinin ortaya çıkarılması konusunda sıkıntılar doğurmuştur. Cinsiyet, örgütsel bağlılığı etkilemede olumlu ya da olumsuz olduğu

ile ilgili net bir durum söz konusu değildir, araştırma sonuçları değişkenlik göstermektedir.

### **Medeni Durum**

Medeni durum örgütsel bağlılığı etkileyen önemli faktörlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Evli olan işgörenlerin sorumluluğunu aldığı bir ailesi vardır ve maddi açıdan onları zarara uğratmamayı düşünmektedir. Bu duruma uygun hareket etmeyi seçer.

Bekâr bir işgören, işinden memnun olmadığı takdirde alternatif iş imkânlarını değerlendirmeyi seçebilir, bu süreçte işsiz kalmanın ona yaratacağı zorluğuda göze alabilir. Ancak evli bir birey bu zor dönemi göze almaz. Onun işsiz kalma korkusu bekâr bireyden daha kötü sonuçlara yol açar. Aksi bir durumda onlara ekonomik açıdan zararı yaşatmamak için örgütsel bağlılıkları bekâr bireylere oranla evlilerin daha yüksektir.

Evli bireylerin çocuk sayısı da örgütsel bağlılığı arttıran bir durumdur. Çocuklar ebeveynlerinin yükümlülüklerini arttırır ve örgütlerine daha güçlü bağlılık duymalarına neden olur.

### **Eğitim Düzeyi**

Eğitim düzeyi, örgütsel bağlılığı etkileyen en önemli faktördür. Yapılan araştırmalarda gördüğümüz sonuçlar örgütsel bağlılık ile eğitim durumunun arasında ters orantı söz konusudur. Bu durumda kişinin eğitim durumu arttığında örgüte bağlılığının düştüğünü ve kişinin eğitim düzeyi azaldığında örgüte bağlılığının arttığı görüşünün kesinlik kazandığı bir ölçüttür.

Eğitim durumu iyi derecede olan kişiler, diğer bireylere göre daha kolay iş bulabilmektedir. Örgütler nitelikli işgören arar ve bu sayede iş alternatifleri de aynı oranda çoktur.

Kendini geliştirmiş olan bireyler, bu süreçte kendilerini nitelikli bir birey haline getirirken aldıkları eğitimler, geçen zaman ve bu süreçte katlandıkları maliyetler de yüksek olduğu için çalışmak istediği yerin onun tatmin edebilmesini, aldığı eğitimleri

kullanabilmek ister. Memnun kalmadığı takdirde kurumdan ayrılıp, yeni alternatifleri değerlendirmek ister ve bu süreçten korkmaz. Kişi bu süreçte örgüte bağlılık duymaz.

Eğitim düzeyi düşük olan bireyler, alternatifinin olmaması dolayısı ile ve işsiz kalma korkusu nedeniyle örgütte kalmak için çabalarlar. Örgüte bağlılık duyguları fazladır. Eğitim düzeyi tercih yapılmasına neden olur. Böylece eğitim düzeyi düşük olan bireyler iş değiştirmenin daha zor olduğu için örgütte kalmak için uğraşır, ancak eğitim düzeyi yüksek olan kişiler bu sürecin onlar için kolay olması dolayısıyla seçimleri kolaylaşır.

### **Kıdem**

İşgören örgütte çalışma süresini kendisi için bir kazanç olarak görür. Kişinin örgütte çalıştığı yıllar, örgüt için gerçekleştirdiği faaliyetler, kazanılan başarılar, çabaları onun için bir yatırımdır. Bu nedenle işgören bu yatırımdan vazgeçmek istemez. Harcamış olduğu emekleri onu örgüte bağlar.

Uzun yıllar çalışma sonucunda işgörenler örgüte özel beceriler kazanırlar, işlerinde uzmanlaşır ve kıdemlerini arttırmırlar. Bu sayede örgüte bağlılık sağlanır. Aynı şekilde sadece kendi örgütünde kullanabildiği kazanmış olduğu beceriler başka bir örgütte kullanılamayacağı için yine örgütüne bağlılığı artar. İş alternatiflerinin azalmasına neden olur. Her iki türlü de kıdem, örgütsel bağlılığı olumlu etkilemektedir.

İşgörenin bulunduğu yıllardan emeklilik planları, kıdemi, statüsü vs. kazanılan haklar dolayısıyla örgütten ayrılmayı tercih etmez; artan yaşın da etkisiyle iş bulamama durumunda söz konusu iken işgören örgütünü tercih eder.

### **2.2.4.2.Örgütsel faktörler**

Örgütsel faktörler de kişisel faktörler gibi örgütsel bağlılığı etkilemede önemli bir yere sahiptir. Kişilerin statüsü, pozisyon değişikliği, kariyer planları, sosyalleşme, ödül, ücret beklentisi gibi unsurlar bu bölümde bulunmaktadır. Statüsü ve beklentileri yüksek olan işgörenler bu unsurları talep ettiği için örgütsel bağlılığı yüksek düzeydedir.

Kişilerin, örgütün değerlerini kabul edip, devam ettirmesi örgütün uzun süre hayatta kalmasını sağlar. Bu tür örgütlerde güçlü bir örgütsel bağlılık söz konusudur.

Örgüt yapısı ve yönetim, ücret düzeyi, örgüt kültürü, rol çatışması ve belirsizliği, örgütsel adalet, ödüller, stres, örgütte sosyalleşme, iş tatmini örgütsel faktörler başlığı altında görmektediriz.

#### **2.2.4.3.Örgüt dışı faktörler**

Örgütsel bağlılığı etkileyen faktörlerden bir diğeri de örgüt dışı faktörlerdir. Sektörün durgunluğu, kişinin bulunduğu örgüte bağlılığını artırır. Yeni iş bulamama kaygısı taşır. Kişinin işinde profesyonel olması durumunda da, işinin ehli olması, uzmanlaşmış olması, yeni iş alanlarına açılmak istemesine yol açar. Bu da kişinin örgütüne bağlılığını önemli ölçüde etkilemektedir.

#### **2.2.5.Örgütsel Bağlılığın Boyutları ve Düzeyleri**

##### **2.2.5.1. Örgütsel bağlılığın boyutları**

Bireylerin, örgütlerinde işlerini yerine getirirken duydukları bağlılıklarında kişisel ve örgütsel olarak bazı durumlar yaşanmaktadır. Bu durumlar kişilerin işlerine olan tutumlarına yansır.

O'reilly ve Chatman'ın örgütsel bağlılığı, kişinin kendisini örgüte adanmasının nedeninin örgüte psikolojik olarak yaklaşmasından kaynaklandığını düşündükleri, bir bakış açısına sahiptirler. Bu yaklaşımdan yola çıkan iki araştırmacı örgütsel bağlılığın boyutlarını üç bağlılık unsuru üzerinden sınıflandırmışlardır; uyum, özdeşleşme ve içselleştirme boyutu.

##### **1.Uyum boyutu**

Boyutlarımızdan ilki olan uyum, kişinin örgütün değerlerine inandığı için değil, olaylara karşı edindiği davranışların sonuçları olarak doğan boyuttur.

İşgörenler, örgütte bulundukları süreçte sunulan ödülleri kazanmak ve olumsuz tutumlardan kaçınmak için duruma uygun davranışlar sergilerler. Bu durumda

örgütten kazanç sağlamak, bazı şeyleri elde etmek için örgütün tutumlarını kabul eden davranışlar sergilerler.

İşgörenler, örgütlerine kurallar ve prosedürlerin sonucunda uyum göstererek bağlı bulunur. Üstelerinin, yetkilerini kullanarak yapmalarını istedikleri şeyleri işgören, mecburi olarak yapar, uyum beraberinde zorunlulukları getirir. Seçme hakkı bulunmaz.

Örgütte çalışmakta olan işgörenler, sundukları hizmetin karşılığında, örgütün beklentilerini karşılayıp karşılayamama koşullarına göre örgütün bir üyesi olup olmama kararı verirler.

## **2.Özdeşleşme boyutu**

Özdeşleşme boyutu, bağlılığın ikinci boyutu olarak karşımıza çıkmaktadır. İşgörenlerin örgütlerine ve örgütte beraber çalıştıkları diğer işgörelere karşı duydukları beraber çalışma arzularına dayanır. Duyulan bu arzu, diğer işgörenlerin tutum ve davranışlarının özümsemesinin sağlanmasında ve onlarla iletişime geçmek ve bu iletişimin devamlı olmasında etkililiği sağlamaktadır.

Özdeşleşme işgörenlerde bir çekicilik uyandırır. Bu nedenledir ki kişide hoşnutluk görülür. Fakat bu duygunun kaybolması durumu olabildiğinden korunması ve beraberinde sorumluluğu ve de maliyeti de getirir.

Çekicilik ve hoşnutluk özdeşleşmeyi; özdeşleşme ise kişinin örgütün adamı olmasına neden olur. Kişinin beklentileri doğrultusunda örgütünde çalışırken özel bir gayret sergilediği görülür. Başarıyı ve başarısızlığı kendine mal eder. Örgütün yaşadığı iyi ve kötü durumu kendi yaşamış olarak görür.

## **3.İçselleştirme boyutu**

Örgütsel bağlılığın son aşaması içselleştirme boyutudur. Son boyutumuzda örgütün tutum ve davranışlarının kişinin kendi değerleriyle örtüşmesi sonucunda görülür. Kişi ve örgütün değerlerinin birebir olması durumudur.

Örgütlerin olmasını en çok istedikleri boyutun içselleştirme boyutu olduğunu söyleyebilmekteyiz. Bunun nedeni içselleştirmenin kendi kendini devam ettirebilmesi özelliği ve yaşanmış olan ilk bağlayıcı durumla etki beklemeden gelişmeye devam etmektedir. Kişinin bir defa örgütü ile değerlerinin aynı olması yeterli kılınır ve tekrardan bağlayıcılık etkisini gösterebilecek bir duruma gerek kalmaz.

Kişi örgütün başarısı için içinden gelerek hareket eder ve gereken çabayı kendiliğinden fazlasıyla göstermek ister. Kişinin örgütte kalma arzusu fazladır.

Kısaca; örgütün yararı için kişi kendi yararını düşünmeden, kendi zararına ya da fazladan emek ve zaman harcaması gerekse bile örgütün yararını gözetmesi durumunda içselleştirme ve özdeşleşme boyutu söz konusu iken, kişinin belli ödül ve çıkarlarını düşünerek bağlı olduğu durumda ise uyum boyutundan bahsedilmektedir.

#### **2.2.5.2.Örgütsel bağlılığın düzeyleri**

Sağlık kurumlarında da diğer kurumlarda olduğu gibi örgütün varoluş amaçlarını yerine getirmek ve uzun ömürlü olabilmek için izlediği bir proses söz konusudur. Ancak bu proses çalışanlar olmadan gerçekleştirilemez. Başarıya ulaşmada çalışanların örgütüne olan bağlılıkları en büyük etkidir.

Örgütsel bağlılığın, kişiyi ve örgütü olumlu ya da olumsuz etkilediğini dile getiren Randall, sonuçlarını üç düzeyde sınıflandırmaktadır (Randall, 1987).

1.Düşük örgütsel bağlılık: işgörenin örgütüne karşı duyduğu bağlılığının azalması sonucu oluşur. İşgören örgütün amaç ve hedeflerini gerçekleştirecek tutum ve davranışları sergilemek yerine kendini geliştirecek davranışlara yönelir (Koç, 2009).

Ancak düşük örgütsel bağlılığa sahip işgörenler sadece kendi faaliyetlerine değil ekip olarak yerine getirmeleri gereken faaliyetlerine karşı da uzak davranırlar. Bu davranışları yapılan işin zarar görmesine ve dolayısıyla örgütün prestijinin etkilenmesine neden olur (Vurdu, 2017).

2.İlımlı örgütsel bağlılık: işgörenin örgütü ile özdeşleşmiş olmasına rağmen bağlılığın tam anlamıyla gerçekleşmemesidir. İlımlı örgütsel bağlılığa sahip olan kişi

örgütün hedeflerini yerine getirirken bazı durumlara karşı çıkarlar. Örgüt ile bir bütün olurken diğer yandan kendi düşüncelerine de sadık olurlar. Örgüt tarafından kendilerine bir etiketleme yapılmasını istemez ve kendi isteklerini seçerler (Bayram, 2005).

Bu çalışanların uzun vadede aynı örgütte çalışması örgütün etkilenmesine neden olabilir. Bu etkilenme işgörenlerin işten ayrılma olasılığının düşmesine neden olurken örgüte karşı bağlılıklarının azalması ve örgütün değişim yaşayıp, kendisini yenilemesinin önüne geçebilmektedir (Celep, 2000).

3.Yüksek örgütsel bağlılık: işgörenler yaptıkları işten, örgütte kendilerini gördükleri kariyer planlamalarından, çalışma gruplarının içinde olmaktan memnundurlar. Örgütlerine karşı güçlü bir duygu içindedirler ve örgüte bağlılık gösterirler (Balay, 2000; Bayram, 2005).

Yüksek örgütsel bağlılık modeline göre işgören için örgütten ayrılmak hayal kırıklığı demektir ve elem verir. Örgütten ayrılmak onlar için düşünülemez. Bu durum örgüt için iyi ve tam bağlılık anlamındadır. Ancak işgören için aynı şekilde düşünülemez. İşgörenin kendisini geliştirmesi yeni iş fırsatları yakalayabilmesinin de önüne geçebilmektedir (Bayram, 2005).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### Araştırmanın Amacı

Yapılan araştırma ile sağlık çalışanlarının malpraktis ile ilgili farkındalıkları, gerçekleştireceği tutum ve bu tutumlarının çalışmakta oldukları örgütlerine ilişkin sergiledikleri tutumlarına ne düzeyde yansıdığı incelenmek istenmiştir.

#### Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni İstanbul ilinde özel bir hastanede görev yapmakta olan sağlık çalışanları ile yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemi sağlık kuruluşunda çalışmakta olan doktor, hemşire, tıbbi sekreter, laboratuvar, yoğun bakım, eczane (ilaç hazırlık) birim çalışanları dâhil edilmekte ve araştırmamıza kurumda çalışmakta olan rastgele seçilmiş olan 169 sağlık çalışanına uygulanmıştır. Araştırmada tüm katılımcılar anket sorularının tamamını eksiksiz yanıtlamaları nedeniyle 169 anket araştırmaya dâhil olmuştur. Araştırma için İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Etik Kurul biriminden alınan onay belgesine (EK-1)'de yer verilmiştir.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

Gerçekleştirilen araştırmada bazı sınırlılıklarla karşılaşılmaktadır. Araştırma İstanbul ilindeki özel bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Ancak araştırmadan elde edilen sonuçlar il bazında veya İstanbul ili içerisinde diğer özel hastane çalışanları ile ilişkilendirilemez. Araştırma sadece 169 sağlık çalışanı ile sınırlı kalmıştır. Araştırmada hastalara invaziv girişimde bulunmayan ya da hastaların tıbbi dosyalarının oluşturulması ile ilgili bir birimde çalışmayan diğer çalışanlar dahil edilmemiş, çalışma dışında tutulmuştur.

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket formu kullanılmış ve elde edilen bulgu ve sonuçları ankete verilen cevaplar ile sınırlı kalmaktadır. Anket sorularının katılımcılar tarafından açık bir şekilde algılandığı ve katılımcıların verdiği cevaplarında samimi olduklarını düşünmek anket uygulamalarında görülen bir sınırlılıktır.

## **Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırmada anket uygulaması kullanılmış olup ilk başta demografik özellikler ile ilgili sorular sorulurken, malpraktis ve örgütsel bağlılık ile ilgili soruların bulunduğu iki bölüme yer verilmiştir. Anketin ilk bölümünde malpraktise yönelik sorular bulunmaktadır. Bu bölümde sağlık çalışanlarının malpraktis ile ilgili düşünceleri, bu konuda aldıkları eğitim ve farkındalıklarına yönelik toplam 14 soru bulunmaktadır.

Anketin I. Bölümünde malpraktis konusunda önceden uygulanmış ve farklı araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan sorular yer almakta olup konu ile ilgili kendileri ile iletişime geçilerek (e-mail ve telefon) anket soruları paylaşımı için onay alınarak hazırlanmıştır. Katılımcılardan alınmış onam formu EK-2’te, anket soruları EK-3’te gösterilmiştir.

Anketimizin II. bölümü ise örgütsel bağlılığa yönelik sorular için ayrılmış ve ölçek hazırlanmıştır. Bu bölümde örgüte bağlılığı bulunan sağlık çalışanlarının örgütsel kimliklerini ölçen sorular ile ilgili 2 ölçek yer almakta; ilk ölçek 6 sorudan oluşan Örgütsel Kimlik Ölçeği ve ikinci ölçek ise 3 sorudan oluşan Örgütsel Kimliğin Örgütsel Bağlılığa Etkileri Ölçeğidir. Ölçeklerde 1-Kesinlikle Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılmıyorum şeklinde 5’li Likert ölçeği kullanılmaktadır.

Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin verilerde güvenilirlik analizi örgütsel kimlik ölçeği için Cronbach’s Alpha değeri 0,90 ve örgütsel kimliğin örgütsel bağlılığa etkileri ölçeği için Cronbach’s Alpha değeri 0,91 çıkmıştır. Soruların içsel tutarlılığı gayet yüksektir.

## **Araştırmada Kullanılan İstatiksel Yöntem ve Analizler**

Araştırmada anket uygulaması yolu ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 programı kullanılmıştır. Algı ve tutum farklılaşmasına yol açan faktörlerin tespiti için ANOVA, t testi ve ki-kare testleri ile frekans ve yüzde analizleri kullanılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 169 sağlık çalışanının sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyleri ve kurumda çalışma sürelerine ilişkin frekans ve yüzde bilgilerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de verilmiştir.

Araştırmaya katılanların sağlık çalışanlarının %65,7’si kadın, %36,1’i 20-24 yaş aralığında, %63,3’ü bekar ve %73,4’ünün çocuğu yoktur. Eğitim düzeyleri %20,7’sinin lise, %32’sinin önlisans, %27,2’sinin lisans, %13’ünün yüksek lisans ve %7,1’nin doktora düzeyindedir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %73,4’ü çalışmanın yapıldığı kurumda 0-5 yıl süresince çalışmasını sürdürmektedir.

**Tablo 4.1:** Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerinin Analizi

|              |             | n   | %    |                          |                 | n   | %    |
|--------------|-------------|-----|------|--------------------------|-----------------|-----|------|
| Cinsiyet     | Kadın       | 111 | 65.7 | Çocuk Sahibi Olma Durumu | Evet            | 45  | 26.6 |
|              | Erkek       | 58  | 34.3 |                          | Hayır           | 124 | 73.4 |
| Yaş          | 20-24       | 61  | 36.1 | Eğitim                   | Lise            | 35  | 20.7 |
|              | 25-29       | 49  | 29.0 |                          | Önlisans        | 54  | 32.0 |
|              | 30-39       | 39  | 23.1 |                          | Lisans          | 46  | 27.2 |
|              | 40 Ve Üzeri | 20  | 11.8 |                          | Yüksek Lisans   | 22  | 13.0 |
|              |             |     |      |                          | Doktora         | 12  | 7.1  |
| Medeni Durum | Evli        | 62  | 36.7 | Çalışma Süresi           | 0-5 Yıl         | 124 | 73.4 |
|              | Bekar       | 107 | 63.3 |                          | 6-10 Yıl        | 28  | 16.6 |
|              |             |     |      |                          | 11-20 Yıl       | 16  | 9.5  |
|              |             |     |      |                          | 21 Yıl Ve Üzeri | 1   | .6   |

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %56,2’sini ülkemizde sağlık alanında yaşanan tıbbi hataların önemli bir düzeyde olduğunu düşünmektedir(Tablo 4.2).

**Tablo 4.2:** ‘Türkiye’de sağlık alanında yaşanan hatalar önemli bir boyuttadır’  
sorusuna verilen yanıtların yüzdesi

|              | n  | %    |
|--------------|----|------|
| Katılıyorum  | 95 | 56.2 |
| Katılmıyorum | 47 | 27.8 |
| Fikrim Yok   | 27 | 16.0 |

Katılımcılar yaşanan tıbbi hataların %50,3’ünün sağlık sistemindeki yetersizliklerinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3:** Türkiye’de tıp alanında oluşan hataların nedeni

|                                                         | n  | %    |
|---------------------------------------------------------|----|------|
| Hekim ve sağlık çalışanlarının hatalarından kaynaklanır | 33 | 19.5 |
| Sağlık sisteminin yetersizliklerinden kaynaklanır       | 85 | 50.3 |
| Hastaların tutum ve davranışlarından kaynaklanır        | 27 | 16.0 |
| Fikrim yok                                              | 15 | 8.9  |
| Diğer                                                   | 9  | 5.3  |

“Malpraktis ile ilgili eğitim aldınız mı?” Sorusuna katılımcıların %35,5’i eğitim aldığını belirtmiştir. Ancak katılımcıların %58,3’ü aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.4). Sağlık Çalışanlarının üniversite eğitim sırasında almış olduğu ‘sağlık hukuku mevzuatı, tıp etiği, gibi derslerinde malpraktis ile ilgili eğitim almalarına rağmen bu konuda bilgi sahibi olmayanların oranı %64,5’tir (n:109). Katılımcıların %14,4’ü çalışmakta oldukları kurumdan, %14,9’u üniversite eğitimi sırasında, %6,6’sı kendi araştırmaları ve karşılaştığı davalar ile %1,2’si de Türk Tabipler Birliği (TTB)’nde eğitim aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4:** ‘Malpraktis konusunda eğitim alma durumu’ sorusuna verilen yanıtların yüzdesi

|                                          | n     | %        |
|------------------------------------------|-------|----------|
| Malpraktis ile ilgili eğitim aldınız mı? | Evet  | 60 35.5  |
|                                          | Hayır | 109 64.5 |
| Eğer aldıysanız sizce yeterli miydi?     | Evet  | 25 41.7  |
|                                          | Hayır | 35 58.3  |

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %71’i çalıştığı süre boyunca hiç malpraktis vakası ile karşılaşmadığını ifade etmiştir. Sağlık çalışanları yapılan malpraktis vakalarını en çok dikkatsizlik, tecrübesizlik, dokümantasyon hataları ve ihmal olarak sıralamıştır.

‘Türkiye’de yapılan tıbbi hataların en sık karşılaşılan nedenleri’ sorusuna katılımcıların %40’ı çok sayıda hasta bakımından kaynaklandığını belirtmişlerdir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5:** ‘Türkiye’de yapılan tıbbi hataların en sık nedenleri’ sorusuna verilen yanıtların yüzdesi

|                                                          | n  | %    |
|----------------------------------------------------------|----|------|
| Yetersiz Tıp eğitimi                                     | 29 | 13.0 |
| Çok sayıda hasta bakımı                                  | 92 | 40.0 |
| Yetersiz teknoloji kullanımı                             | 28 | 12.0 |
| Sağlık çalışanlarının mesleki ve kişisel yetersizlikleri | 48 | 21.0 |
| Hastaların tutum ve davranışları                         | 31 | 14.0 |

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %86,4’ü çalışma süreleri boyunca hiç tıbbi hata yapmadığını ifade etmiştir. Katılımcılardan %52,1’si tıbbi hataları önlemeye yönelik eğitim aldığını, %69,2’si karşılaştığı tıbbi hataları bildirdiğini belirtmiştir.

Buna karşın sağlık çalışanlarının %62,1'i mesleğine ilişkin Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına yönelik eğitim almadığını da iletmiştir (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6:** Sağlık Çalışanlarının Malpraktis İle İlgili Farkındalıkları

|                                                                                     |       | n   | %    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|------|
| Çalışma hayatınız boyunca hiç tıbbi hata yaptınız mı?                               | Evet  | 23  | 13.6 |
|                                                                                     | Hayır | 146 | 86.4 |
| Tıbbi hataları önlemeye yönelik eğitim aldınız mı?                                  | Evet  | 81  | 47.9 |
|                                                                                     | Hayır | 88  | 52.1 |
| Karşılaştığınız tıbbi hataları bildirir misiniz?                                    | Evet  | 117 | 69.2 |
|                                                                                     | Hayır | 52  | 30.8 |
| Mesleğinize ilişkin “Hukuki ve Cezai Sorumluluklarınıza” yönelik eğitim aldınız mı? | Evet  | 64  | 37.9 |
|                                                                                     | Hayır | 105 | 62.1 |

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumlulukları ile ilgili farkındalık düzeyleri Tablo 4.7’de verilmiştir.

**Tablo 4.7:** Katılımcıların Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyi

|      | n  | %    |
|------|----|------|
| 1.00 | 15 | 8.9  |
| 2.00 | 28 | 16.6 |
| 3.00 | 79 | 46.7 |
| 4.00 | 32 | 18.9 |
| 5.00 | 15 | 8.9  |

Araştırmaya katılan sağlık çalışanların demografik sorulara göre değişkenlik gösteren sorular saptanmıştır. Bu sonuçlar Ki-Kare Testi ile analiz edilmiştir (p değerleri genel olarak Pearson Chi-Square değeridir. Bazı durumlarda da Fischer’s

exact test değeridir). Çalışma süresi bakımından ki-kare testlerinde ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.8). Tablo 4.9’da ortalama sapma değerleri verilmektedir.

**Tablo 4.8:** Demografik bilgilere göre Ki-kare Analizi

|                          |                                                                                              | Pdeğeri |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Cinsiyet                 | 1- Türkiye’de sağlık alanında yaşanan hatalar önemli bir boyuttadır.                         | 0,027   |
|                          | 6- Çalışma yaşamınız boyunca herhangi bir Malpraktis olayı ile karşılaşma durumunuz oldu mu? | 0,01    |
|                          | 9- Çalışma hayatınız boyunca hiç tıbbi hata yaptınız mı?                                     | 0,04    |
|                          | 14- Mesleğinizden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirdiniz mi?                           | 0,007   |
| Yaş                      | 3- Malpraktis ile ilgili eğitim aldınız mı?                                                  | 0,003   |
|                          | 4- Eğer aldıysanız sizce yeterli miydi? (3. soruya cevabınız Evet ise yanıtlayınız)          | 0,002   |
|                          | 6- Çalışma yaşamınız boyunca herhangi bir Malpraktis olayı ile karşılaşma durumunuz oldu mu? | 0,000   |
|                          | 9- Çalışma hayatınız boyunca hiç tıbbi hata yaptınız mı?                                     | 0,000   |
|                          | 10- Tıbbi hataları önlemeye yönelik eğitim aldınız mı?                                       | 0,001   |
| Medeni Durum             | 3- Malpraktis ile ilgili eğitim aldınız mı?                                                  | 0,020   |
|                          | 4- Eğer aldıysanız sizce yeterli miydi? (3. soruya cevabınız Evet ise yanıtlayınız)          | 0,021   |
|                          | 9- Çalışma hayatınız boyunca hiç tıbbi hata yaptınız mı?                                     | 0,002   |
|                          | 14- Mesleğinizden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirdiniz mi?                           | 0,001   |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | 6- Çalışma yaşamınız boyunca herhangi bir Malpraktis olayı ile karşılaşma durumunuz oldu mu? | 0,022   |
|                          | 9- Çalışma hayatınız boyunca hiç tıbbi hata yaptınız mı?                                     | 0,003   |
|                          | 14- Mesleğinizden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirdiniz mi?                           | 0,02    |
| Eğitim                   | 1- Türkiye’de sağlık alanında yaşanan hatalar önemli bir boyuttadır.                         | 0,037   |
|                          | 3- Malpraktis ile ilgili eğitim aldınız mı?                                                  | 0,000   |
|                          | 6- Çalışma yaşamınız boyunca herhangi bir Malpraktis olayı ile karşılaşma durumunuz oldu mu? | 0,031   |
|                          | 10- Tıbbi hataları önlemeye yönelik eğitim aldınız mı?                                       | 0,021   |
|                          | 12- Mesleğinize ilişkin “Hukuki ve Cezai Sorumluluklarınıza” yönelik eğitim aldınız mı?      | 0,025   |

**Tablo 4.9:Örgütsel Kimlik Ölçeği Ve Örgütsel Kimliğin Örgütsel Bağlılığa Etkileri Ölçeği Ortalaması**

| Ortalama                                                                                       | Ortalama                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1.Biri kurumumuzu eleştirdiğinde, bunu kendime yapılmış bir hakaret gibi mi algılarım 3.2071 | 1.6. Medyada Kurumu eleştiren bir haber çıktığında kendimi kötü hissederim. 2.7574       |
| 1.2. Başkalarının kurum hakkındaki düşünceleri beni ilgilendirir 2.7988                        | 2.1.Başkalarının kurum hakkındaki düşünceleri örgüte olan bağlılığımızı etkiler 3.0828   |
| 1.3.Kurumdan bahsederken, genelde “onlar” değilde “biz” derim 2.5621                           | 2.2.Kurumun başarısı ya da başarısızlığı örgüte olan bağlılığımızı etkiler 2.9882        |
| 1.4.Kurumun başarısını kendi başarımız olarak değerlendiririm. 2.6450                          | 2.3.Medyada kurumu eleştiren bir haber çıkması örgüte olan bağlılığımızı etkiler. 3.0828 |
| 1.5.Biri kurumumuzu övdüğünde, bunu kişisel bir iltifat olarak algılarım. 3.0296               |                                                                                          |

‘Mesleğinizden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirdiniz mi?’ sorusuna katılımcıların %95,9’u soruşturma geçirmediğini ifade etmişlerdir.

Katılımcılara uygulanan Örgütsel Kimlik Ölçeği’ne göre kendilerine en yakın hissettikleri değeri 1 (Kesinlikle katılıyorum) ile 5 (Kesinlikle katılmıyorum) aralığında vermeleri istenmiştir. Ölçeğe ait veriler Tablo 4.10’da gösterilmiştir.

**Tablo 4.10: Örgütsel Kimlik Ölçeği**

(1: Kesinlikle katılıyorum, 5: Kesinlikle katılmıyorum)

|                                                                                     |   |      | 1    | 2    | 3    | 4    | 5 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|------|------|------|------|------|---|
| 1.Biri kurumumuzu eleştirdiğinde, bunu kendime yapılmış bir hakaret gibi algılarım. | n | 19   | 24   | 55   | 45   | 26   |   |
|                                                                                     | % | 11.2 | 14.2 | 32.5 | 26.6 | 15.4 |   |
| 2. Başkalarının kurum hakkındaki düşünceleri beni ilgilendirir.                     | n | 32   | 39   | 48   | 31   | 19   |   |
|                                                                                     | % | 18.9 | 23.1 | 28.4 | 18.3 | 11.2 |   |
| 3.Kurumdan bahsederken, genelde “onlar” değil “biz” derim                           | n | 50   | 37   | 36   | 29   | 17   |   |
|                                                                                     | % | 29.6 | 21.9 | 21.3 | 17.2 | 10.1 |   |
| 4.Kurumun başarısını kendi başarımız olarak değerlendiririm.                        | n | 41   | 39   | 45   | 27   | 17   |   |
|                                                                                     | % | 24.3 | 23.1 | 26.6 | 16.0 | 10.1 |   |
| 5.Biri kurumumuzu övdüğünde, bunu kişisel bir iltifat olarak algılarım.             | n | 25   | 28   | 49   | 51   | 16   |   |
|                                                                                     | % | 14.8 | 16.6 | 29.0 | 30.2 | 9.5  |   |
| 6. Medyada kurumu eleştiren bir haber çıktığında kendimi kötü hissederim.           | n | 34   | 34   | 57   | 27   | 17   |   |
|                                                                                     | % | 20.1 | 20.1 | 33.7 | 16.0 | 10.1 |   |

Katılımcılara uygulanan Örgütsel Kimliğin Örgütsel Bağlılığa Etkileri Ölçeğine ait veriler Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.11: Örgütsel Kimliğin Örgütsel Bağlılığa Etkileri Ölçeği**

(1: Kesinlikle katılıyorum, 5: Kesinlikle katılmıyorum)

|                                                                                 |   |  | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|--|------|------|------|------|------|
| 1.Başkalarının kurum hakkındaki düşünceleri örgüte olan bağlılığımızı etkiler   | n |  | 16   | 38   | 51   | 44   | 20   |
|                                                                                 | % |  | 9.5  | 22.5 | 30.2 | 26.0 | 11.8 |
| 2.Kurumun başarısı ya da başarısızlığı örgüte olan bağlılığımızı etkiler.       | n |  | 16   | 42   | 57   | 36   | 18   |
|                                                                                 | % |  | 9.5  | 24.9 | 33.7 | 21.3 | 10.7 |
| 3.Medyada Kurumu eleştiren bir haber çıkması örgüte olan bağlılığımızı etkiler. | n |  | 17   | 36   | 56   | 36   | 24   |
|                                                                                 | % |  | 10.1 | 21.3 | 33.1 | 21.3 | 14.2 |

## 5. TARTIMA VE SONUÇ

Sağlık kuruluşuna başvuran bir hastanın aldığı sağlık hizmeti sonucunda olumsuz sonuçlarla karşılaşma ihtimali muhtemeldir. Sağlık çalışanlarının böyle bir durumun oluşmasına isteyerek yol açmayacağı ancak görülen tıbbi hataların dikkat eksikliği, ihmal ya da bilgisizlik nedeni ile yaşandığı görülmektedir. Yaşanan tıbbi hatalardan ilk önce olumsuz etkilenen hastalar olur. Ancak öte yandan yapılan tıbbi hatalar sağlık çalışanını ve olayın yaşandığı sağlık kurumunu bir bütün olarak etkilemektedir. Kurumun diğer hastalarına karşı kötü bir ön izlenim oluşmasına neden olmakta birlikte adı etkilenen sağlık kuruluşunun diğer çalışanlarının da o kurumda çalışma arzularını olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuz durum örgütsel bağlılıklarını düşürebilmektedir.

Sağlık çalışanları yaşanan mutlak sorunlarda hem kendisini hem de kurumunu korumak için çaba sarf etmelidir. Çalışmamızda sağlık çalışanının kurumuna duyduğu bağlılık, kendisini kurumuna karşı ne ölçüde içselleştirdiği araştırılmak istenmiştir. Bu çalışma ile özel bir sağlık kuruluşunda çalışmakta olan sağlık çalışanlarının malpraktis konusuna ilişkin farkındalıkları ve tutumları gözler önüne serilerek, bu tutumlarının onların kurumlarına karşı duydukları bağlılıklarına etkisi incelenmektedir. Katılımcıların (n:169), %36,1'i 20-24 yaş grubudur ve %73,4'ü kurumda 0-5 yıl çalışmaktadır.

Gallagher ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada hekimlerin %64'ü hataların ciddi bir sorun olduğunu ve %50'si hataların genellikle sistem hatalarından kaynaklanmadığını düşünmektedir (Gallagher ve ark., 2006). 2010 yılında Özgönül tarafından yapılmış bir çalışmada gerçekleşen hataların %74,50'sinin sağlık sisteminin yetersizlikleri sonucunda gerçekleştiği sonucuna varılmıştır (Özgönül, 2010). Yaptığımız çalışmada sağlık çalışanlarının %56,2'si meydana gelen tıbbi hataların önem teşkil ettiğini ve %50,3'ü bu hataların sağlık sisteminin yetersizliğinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Geçen zaman içerisinde %24'lük bir kısmının sağlık sisteminin iyileştiğini düşündükleri söylenebilir. Ancak halen 2010 yılında yapılmış çalışmadan yola çıkarak günümüz 2021 teknolojisinde halen bu tür problemlerin gözlemlendiği ortadadır. Katılımcıların belirtmiş olduğu görüşleri cinsiyet

(p:0,027) ve eğitim durumlarına (p:0,037) göre anlamlı farklılık göstermektedir. Erkeklerin sağlık alanında yaşanan hataların boyutları ile ilgili düşüncelerinin oranları birbirine yakınken, kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla yaşanan tıbbi hataları daha fazla önemli bulduğunu söylemek mümkündür. Eğitim durumu açısından incelediğimizde ise; doktora düzeyinde eğitim alan katılımcıların oranı benzer ve lise düzeyinde eğitim alan katılımcıların ilgili konuda diğer katılımcılara oranla daha fazla fikrinin olmadığını ifade ettikleri bulgusu ile karşılaşılmıştır.

2020 yılında Durmaz ve Doğan bir üniversitenin hemşirelik bölümü öğrencileri ile bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu araştırmadan tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Bilgileri yeni ve eğitim aşamasında olan öğrencilerin, ilaç ve transfüzyon uygulamaları sırasında yapılan hatalara yönelimlerinin düşük olduğu, kadın öğrencilerin malpraktis eğiliminin erkek öğrencilere göre daha az görüldüğü ve meslekten memnuniyet düzeyi arttıkça malpraktis eğiliminin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (p<0.05) (Durmaz ve Doğan, 2020). Çalışmamızın amaçlarından birisi de sağlık çalışanlarının malpraktis ile ilgili bilgi düzeylerini incelemektir. Yapılan çalışmada sağlık çalışanları bu konu ile ilgili eğitim almadıklarını ifade etmektedirler. Bu durum ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun nedeni sağlık bölümlerinden mezun olmuş üniversite öğrencilerinin müfredat gereği eğitimleri sürecinde malpraktis kavramı görmüş ya da duymuş olmaları gerekirken çalışmamızın ortaya koyduğu sonuca göre sağlık çalışanlarının %64,5'i malpraktis ile ilgili eğitim almadıkları saptanmıştır. Katılımcıların %35,5'i eğitim aldığını ifade etmesine karşın %58,3'ü aldıkları eğitimin yeterli düzeyde olmadığını belirtmiştir. Bu oranlar çok ciddi anlamda yüksektir. Katılımcıların malpraktis ile ilgili eğitim almış olmaları, yaş (p:0,003), medeni durum (p:0,020) ve eğitim durumuna (p:0,000); eğitimi yeterli görmeleri ise, yaş (p:0,002) ve medeni durum (p:0,021) göre anlamlı farklılık göstermektedir. Eğitim almamış olan katılımcıların, yaş gruplarına bakıldığında 20-24 ve 25-29 yaş gruplarında oran olarak daha çok olduğunu, ancak ilerleyen yaş gruplarında eğitim alanların oranının daha fazla olma durumu ile karşılaşılmaktadır. Malpraktis ile ilgili eğitim alan 40 yaş ve üzeri grup alınan eğitimi yeterli görürken daha küçük yaş grupları yetersiz bulmuştur. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde evli

olduğunu belirten katılımcılarda eğitim alma, almama ve aldıkları eğitimi yeterli düzeyde gören ve görmeyenlerin oranı hemen hemen birbirine eşittir. Ancak bekâr olan katılımcıların büyük bir kısmının eğitim almadığı ve evli olan katılımcılara oranla aldıkları eğitimi yetersiz görme oranları düşüktür. Son olarak eğitim durumu açısından ele alındığında eğitim düzeyi daha düşük olan grupların ilgili konuda eğitim almayanlara oranla yüksek, ancak lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim yapanlara geldikçe eğitim almış olanların oranı yükselmiştir.

Sağlık çalışanları mesai saatleri başladığı andan bitimine kadar birçok hastayla ilgilenirler. Dolayısıyla her an bir malpraktis vakasının gözlenmesi olasıdır. Tıbbi hatalar, dikkatli ve özenli proaktif çalışmalar sayesinde önlenerek hastaları, sağlık çalışanlarını ve olayın yaşanabileceği sağlık kuruluşunu bu tür olumsuz olaylardan koruyacaktır. Araştırmamızdaki katılımcıların %71'inin aktif çalışmaları boyunca hiç vaka ile karşılaşmamış olmasını olumlu bir veri olarak görmekteyiz. Ancak buradan malpraktis ile karşılaşmış olan %29'luk kısmında incelenip önüne geçilmesi gerektiğini göz ardı edemeyiz. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının malpraktis ile karşılaşma durumları cinsiyet ( $p:0,01$ ), yaş ( $p:0,000$ ), eğitim durumu ( $p:0,031$ ) ve çocuk sahibi olma durumları ( $p:0,022$ ) ile farklılık göstermektedir. Bu kriterler irdelendiği takdirde, cinsiyet açısından erkek katılımcılarının bir vaka ile karşılaşma oranı yakınlık gösterirken kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla karşılaşmamış olması çok daha yüksektir. Yaş bakımından incelendiğinde 20-24 ile 25-29 yaş arasındaki grubun karşılaşmamış olma durumu yüksekken 30-39 ile 40 ve üzeri yaş grubun karşılaşma durumu hemen hemen eşit derecede karşılaşmıştır. Eğitim düzeyi açısından yüksek lisans ve doktora eğitimi bulunan katılımcıların karşılaşma durumu benzerlik gösterirken, lise, önlisans ve lisans eğitiminde bulunan katılımcıların büyük bir kısmı karşılaşmamıştır. Son olarak malpraktis ile karşılaşma durumu katılımcıların çocuk sahibi açısından irdelendiğinde çocuğu olan katılımcıların malpraktis olayı ile karşılaşmış olma oranları daha yüksektir. Çocuğu olan katılımcıların sorumluluk bilinci dolayısıyla çocuğu olmayanlara oranla fazla dikkatli olduğu söylenebilir.

2009 yılında Ertem ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir çalışmada, 31 Aralık 2007 ve 1 Ocak 2000 tarihleri arasında 18 internet üzerinde 18 gazete incelenmiş ve

172 haber örneklemini üzerinde çalışılmıştır. Ulaşılan sonuçlara göre klinik alanlar incelendiğinde ameliyathane cerrahi bölümünün %43,6'lık bir oranla tıbbi hatanın en çok karşılaşıldığı alan olduğu gözlenmiştir. Beraberinde %11,6'sı dikkatsizlik, %10,5'i yanlış tanı, %17,4'ü yanlış tedavi, %19,2'si tedbirsizlik, %8,7'si de yanlış ilaç uygulamaları tıbbi hatalar şeklinde sıralanmaktadır (Ertem ve ark., 2009). Yapmış olduğumuz bu çalışmanın sonuçlarını incelediğimizde de karşılan hataların önlenabilir ve devamlı karşılaşılabilen hatalar olduğunu görmekteyiz. Bunun nedeni dikkatsizlik, ihmal ve özen eksikliği gibi faktörler sıralanabilir. Sağlık çalışanlarının farkındalıklarını arttırmak hem sağlık çalışanlarını hem hastaları koruyabilmemize olanak sağlayacaktır.

Şahin ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış olduğu bir araştırmada önlenabilir tıbbi hatalardan bir vaka ile karşılaşmaktayız. Bu vakaya göre, hataların başlıca nedenlerinden biri, dikkatsizlik: 'X isimli bir hasta aldığı böbrek yetmezliği tanısı ile tedavisinin gerçekleştirilmesi için yapılacak organ transplantasyonu (nakli) için A hastanesine gitmiştir. Yapılan testler sonucunda annesinin dokuları uyan böbreği çocuğuna nakledilir. Böbrek nakli başarılı bir operasyonla sonuçlanır. Taburcu edilen hasta için hemşire hastanın hangi ilacı, ne zaman ve ne miktarda kullanması gerektiğini gösteren bir "ilaç kullanma kartı" hazırlar. Ancak hemşire hastasının kullanması gerekli olan bir ilacı yazması gerektiğini hatırlamaz. Hasta kontrol için hastaneye geldiğinde böbreğin iflas etmek üzere olduğu anlaşılır. Operasyon geçiren hastanın günde sadece 1 doz alması gereken ilacın günde 3 doz alınması şeklinde kullanılması belirtilmiştir. X hastasının bu uygulamadan kaynaklı hayati tehlikesinin oluştuğu ifade edilerek dava açılmıştır.' Hemşirenin hasta için kaydı doğru tutmamış olması ve gerçekleştirilen ilaç hatası bu duruma sebep olmuştur (Keskin, 2009; Şahin ve ark., 2014). Sağlık çalışanlarına ülkemizde yapılan tıbbi hataların en önemli nedeninin ne olduğu sorulduğunda yaklaşık %40'ı çok sayıda hasta bakımı ile uğraştığını ifade etmiştir. Bu nedenle hataların nedeninin hasta çoğunluğundan iş yükünün artması olarak görmektedirler. Kendi yetersizlikleri ya da teknolojinin yetmemesini göz ardı etmişlerdir.

2010 yılında yayınlanmış olan Füsün Sayek TTB Raporları / Kitapları'nda yer alan araştırmaya göre sağlık çalışanlarının %57'sinin çalışma süreleri boyunca tıbbi hata yaptıkları ortaya çıkmıştır (Füsün Sayek TTB Raporları, 2010).

2015 yılında Şahin ve Özdemir'in gerçekleştirmiş olduğu araştırmada, katılımcıların %67'sinin tıbbi hata ile karşılaşmış ve %28,5'inin daha önceden tıbbi hata yapmış olduğu sonucuna varılmıştır. Bu hataların 58,2'sinin hemşireler tarafından gerçekleştirildiği belirtilmiştir (Şahin ve Özdemir, 2015). 2019 yılında Uysal tarafından yapılmış olan bir çalışmada hemşirelerin %79,2'sinin çalışma hayatları boyunca tıbbi hata yapmadığını belirttiği ve %84,7'sinin tıbbi hataları önlemeye yönelik eğitim aldıkları tespit edilmiştir. Aldıkları eğitimin hemşireler için farkındalık yarattığını ve sadece %20,8'inin tıbbi hata yapmış olması elde edilen sonucu destekler niteliktedir (Uysal, 2019). Ancak çalışmamızda bu oranların farklılık gösterdiğini düşünmekteyiz. Sağlık çalışanlarından çalışma süreci boyunca hata yapmayanların oranı %86,4 iken tıbbi hataları önlemeye yönelik eğitim alanlar %47,9'dur. Verilerimize göre alınan eğitimin azalmasına rağmen tıbbi hata yapanların oranının %13,6 olması sağlık çalışanlarının bireysel çabaları ile bilgi düzeylerini arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları tıbbi hataları %69,2'sinin bildirmeyi tercih etmesi dikkat ettiklerini kanıtlar nitelikte ve bilinçli olmayı hedefledikleri sonucuna varmamızı sağlamaktadır.

Katılımcıların çalışma sürelerinde tıbbi hata yapmış olmaları cinsiyet, yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumlarına göre anlamlı değişkenlik göstermektedir. Kadınların erkeklere, bekârların evli olanlara ve çocuğu olmayanların çocuğu olanlara oranla çok daha az hata yaptıkları saptanmıştır. Katılımcılardan kadınların, bekar ve çocuğu olmayanların daha dikkatli olduğu sonucuna varılmaktadır. Ancak sağlık çalışanlarının yaşları arttıkça tıbbi hata gerçekleştirme oranları artmış ve özen eksikliği meydana gelmiştir. Sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemeye yönelik eğitim alma durumları ile yaş ( $p:0,001$ ) ve eğitim durumu ( $p:0,021$ ) arasında da anlamlı bir ilişki vardır. Eğitim düzeyleri arttıkça ve yaşları ilerledikçe bakış açıları değişmektedir.

Tıbbi uygulama hatasının farkında olmayan bir sağlık çalışanı için böyle bir hatayı gerçekleştirdiğini bilmesini bekleyemeyiz. Üstelik hizmet alan hastaların tıbbi hatalı uygulamaya maruz kaldıklarını fark etmemeleri durumunda sağlık kuruluşuna geri bildirim yapmaları mümkün olmayacaktır. Dolayısıyla sağlık çalışanı böyle bir durumda yapmış olduğu uygulamanın malpraktis ile sonuçlandığını düşünmeyecektir ve benzer hatalı uygulamalara devam edecektir.

Dedeoğlu (2012) 'nın yapmış olduğu bir araştırmada 'Hukuki ve cezai sorumluluklarına' yönelik eğitim almayan sağlık çalışanlarının oranı %62,1 orta derecede olup farkındalık düzeyleri ise %36,5 olarak tespit edilmiştir. Farkındalıklarını değerlendirip en düşük (1) ve en yüksek (5) seviyede olarak belirtenlerin oranı %9,4'tür (Dedeoğlu, 2012). Dedeoğlu (2012) 'nın çalışma sonuçları yaptığımız araştırma sonuçlarıyla örtüşmektedir. Katılımcılara mesleklerine ilişkin 'Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına' yönelik eğitim alıp almadıkları sorusunu yönelttiğimizde %62,1'isi eğitim almadığını belirtmiştir. Gerçekleştirdikleri eylemlerin sorumlulukları olduğunu ve gerektiğinde cezai yaptırımlarla karşılaşabileceğini bilmeyenlerin sayısı oldukça fazladır. Buna yönelik üniversite eğitimleri ve çalıştıkları kurumda eğitim almamış olmaları çalıştığı kurumda farkındalığın göstergesi olarak düşünülebilir. Eğitim almamış olmalarına rağmen sağlık çalışanlarının 'Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına yönelik Farkındalık' düzeyleri ölçüldüğünde ortaya çıkan veri %46,7 ile orta derecede olduğu tespit edilmiştir. Verilere göre farkındalıklarını değerlendirip en düşük (1) ve en yüksek (5) seviyede olarak belirtenlerin oranı %8,9'dur. Mesleki yaşananlardan dolayı ceza soruşturması geçirmeyen sağlık çalışanlarının oranı %95,9 olarak ciddi bir sonucu gözler önüne sermektedir. Ancak diğer kıstaslara bu doğrultuda göz atmak gerekmektedir. Bu oran katılımcıların Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına' ilişkin eğitim almış olmalarında yaş (p:0.029) ve eğitim durumlarına (p:0,025) göre farklılık gösterirken, bir ceza soruşturması geçirmiş olmaları ise cinsiyetine (p:0,0007) , çocuk sahibi olma (p:0,02) ve medeni durumlarına (p:0,001) göre anlamlı bir değişkenlik göstermiştir. Katılımcıların yaş ve eğitim düzeyleri arttıkça eğitim alma oranları artmış ve sorumluluklarının bilincine varıldığı saptanmıştır. Ancak evli, erkek ve çocuk sahibi olan katılımcıların

dikkatlerinin dağıldığı ve diğer katılımcılara oranla daha fazla ceza soruşturması geçirdiği saptanmıştır. Kadın, bekâr, çocuğu olmayan eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların hastalara karşı daha özenli ve dikkatli yaklaşımda bulunduğu sonucuna varılmaktadır.

Katılımcılarımızın vermiş olduğu cevapların ışığında sağlık çalışanlarının malpraktis ile ilgili aldıkları eğitimlerin yetersiz olduğunu ancak hassas davranmayı bildirmeyi ve dikkat etmeyi seçtiklerini düşünebiliriz. Katılımcıların çoğunluğunu genç bireyler oluşturduğu için araştırmamızda henüz malpraktis ile karşılaşmadıkları için hata oranları düşüktür, ancak hiç hata yapılmamış olunması yapılmayacağı anlamına gelmemektedir. Meslekteki çalışma sürelerinin düşük olması ve genç yaşta olmaları vakalarla karşılaşma oranlarını da düşürmektedir. Cezai bir işlemle karşılaşmamış olmaları çalışma süreleri ile açıklanmaktadır.

2012 yılında Dedeoğlu tarafından yapılan çalışmada, katılımcılar almış oldukları eğitimi kendileri için yeterli görmüyor olmalarına rağmen farkındalıklarının yeterli düzeyde olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Ancak cevaplarının güvenilir olduğunu gösteren ayrıştırıcı sorulara vermiş olunan yanıtlar bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır. Hekimler yapılan tıbbi uygulama hatalarından kaynaklı yaşanan olumsuzlukları hastalarından gizleme eğilimine yönelik davranışlar sergilemekte ve nedeni olarakta hastaların dava açma yönelimlerinin artacağı düşüncesinden endişelenmişlerdir. Karşılaşılan davaların haksız olarak açıldığını ve sağlık çalışanlarının işini yaparken bir dava ile karşılaşma endişeleri dolayısı ile sağlık hizmetleri sunumunun kalitesinin olumsuz etkileneceği görüşüne hâkimdirler. Bu çalışmada ise sağlık çalışanları eğitimlerinin yetersiz olduğunu kabul etmiş ancak Dedeoğlu'nun çalışmasının aksine farkındalıklarının yetersiz olduğunu kabul etmişlerdir. İlerleyen yıllar içerisinde sağlık çalışanlarının eğitim seviyelerinin beklenen düzeye gelmemiş olması düşündürücüdür.

Öte yandan tıbbi hataları bilmeyenler için hiç hata yapmadığını söylemesi de şüpheyandır. Bu tür durumlarda hata yapmadığını bilenler yaptıkları hatadan dolayı geri dönüş ile karşılaştıkları zaman farkına varıyor ve gerçekleştirdikleri eylemi araştırarak hatalarının farkına vardıklarını da söylemek mümkün olur.

Dolayısı ile tıbbi uygulama hatalarının tespiti konusunda net bir cevap almamız beklenemez.

2019 yılında Uysal tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %79,2'si çalışma süreleri boyunca tıbbi hata yapmadıkları ve yapma eğilimlerinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak bu eğilimin meslekte yeni hemşirelere oranla daha düşük olduğunu söylemek mümkündür (Uysal, 2019). Hemşirelerin yaşları arttıkça mesleklerinde kademeli olarak yükselerek daha riskli branşlarda görev almaları ile mesleklerine bağlılıklarını arttırdığı düşünülmektedir. Örgütsel bağlılıklarının da aynı oranda arttığının gözlenmesi durumunda sağlık çalışanlarının yaptıkları işe karşı dikkat düzeyleri artmaktadır. Bu durum tıbbi hatalı uygulamaların önüne geçmektedir.

Katılımcıların vermiş olduğu yanıtlara ilişkin çalıştıkları kurumu tamamen benimsemiş oldukları düşünülmektedir. Kurum içinde yaşanılacak duruma göre davranış sergileyebilirler. Sağlık çalışanlarının çoğunluğu kurumun elde ettiği başarılarda, kendi payının da olabileceğini düşünmezken, dış paydaşlar tarafından yapılan kuruma yönelik eleştiriler konusunda içselleştirme yapıp yapmaması bireyden bireye farklılık göstermektedir. Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi ve çocuk sahibi olma durumu ile anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Yiğitbaş ve arkadaşlarının hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları üzerine gerçekleştirdiği araştırmada malpraktis ile karşılaşmanın tecrübesizlik, iş yükü vs. olmasının yanında yöneticilerden memnun olmamakta bir malpraktis nedeni olarak görülmüştür (Yiğitbaş ve ark., 2016). Çakınberk ve Demirel'in 2010 yılında örgütsel bağlılığın belirleyicisi olarak liderlik: sağlık çalışanları örneği başlıklı araştırmasında sağlık çalışanlarının kurumda çalışması kurumuna duyduğu bağlılık veya kurumunun değerlerine yönelik değil, kurumda kalma zorunluluğunun bir ihtiyaçtan doğmuş olmasıdır (Çakınberk ve ark., 2010). 2012 yılında Tetik'in sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemeye yönelik gerçekleştirdiği araştırmada sağlık çalışanlarının örgütte kalmaya istekli olmadı ve demografik bulguların örgütlerine bağlılıklarını etkilemediği sonucuna varılmıştır (Tetik, 2012). Çalışmamızdan elde edilen bulgular incelendiğinde

çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının örgütlerine karşı gelişen bağlılıklarının istatistiksel olarak cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, yaş, eğitim ve çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak malpraktis yapmış olması cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sahibi olma durumuna göre farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bu konuda sağlık yöneticilerine büyük sorumluluk düşmektedir. Sağlık çalışanı işe başlarken sadece hastane oryantasyonu değil hem mesleki, hem de hukuki sorumlulukları anlatılmalı, yaptıkları işin sorumluluğunu anlamaları sağlanmalıdır. Hizmet sunulan grup hastalar olduğu için sağlık çalışanlarının bilgi düzeyleri son derece önemlidir. Bir cerrahın ameliyathanede yapmış olduğu bir girişimin hastanın hayatına ya da yaşayacağı komplike bir duruma neden olabileceği gibi bir tıbbi sekreterin hastanın orderını düzenlerken yazmış olacağı bir ilaç, tıbbi geçmiş, alerjik bir durum hastanın zarar görmesine ya da ilk başta alınan anamnez bulgusu hastanın teşhisinin gecikmesine neden olabilir. Yöneticilerin malpraktisi sadece hekimlerin gerçekleştirdiği yanılışına düşmemeli ve tüm sağlık çalışanlarını bu konuda düzenleyeceği eğitim programları ile bilgilendirmelidir. Çalışanların bilinçlenmesi kurumdan değer görme hissi, eğitim içinde olmaları onların işlerine özen göstermesine neden olacaktır. Dolayısı ile çalıştıkları kurum değer verip bağlılıkları da aynı oranda artacaktır.

Sağlık çalışanlarının eğitimleri ile ilgilenmek yöneticiler için ayrı bir yük olarak görülebilmektedir. Ancak nitelikli çalışan arzulamaktadırlar. Uysal'ın yapmış olduğu araştırmada da görüldüğü üzere çalışanların mesleğe bağlılıkları, tıbbi hata yapma oranlarını düşürmektedir. Bu durum örgüte bağlılıklarında da değişiklik gösterebilmektedir.

Bu çalışma tüm Dünya'da yaşanmakta olan COVID-19 pandemisi sürecinde gerçekleştirilmiştir. Normal şartlar altında daha fazla sağlık çalışanı ile gerçekleştirilebilir. Malpraktisin sağlık çalışanlarının günlük rutin işlemleri üzerinde yaratacağı etki ve hissettikleri baskı araştırılabilir. Sağlık yöneticilerine yönelik sorular çeşitlendirilerek malpraktis ve örgütsel bağlılık konularındaki bilgi düzeyleri ve farkındalıkları ölçülerek, kurumun vizyonunu geliştirmesi sağlanabilir.

## 6. KAYNAKLAR

- Akbaba, M., Davutoğlu, V. (2016). Sağlık Ve Hukuk Kısacasında Hekim: Ne Yapmalı?. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları; 44(7), 609-616. Doi:10.5543/Tkda.2016.69302
- Allen, N.J., Meyer, J.P., (1990). The Measurement And Antecedents Of Affective, Continuance And Normative Commitment To The Organization. Journal Of Occupational And Organizational Psychology. 63 (1). 1-8.
- Antoci, A., Fiori Maccioni, A. Ve Russu, P. (2016). The Ecology Of Defensive Medicine And Malpractice Litigation. Plos One, 11(3). Doi.Org/10.1371/Journal.Pone.0150523
- Atalay, İ. (2010). Mobbing'in Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi "Kamu Sektöründen Bir Örnek". Atılım Üniversitesi. Ankara.
- Ayrancı, Ü. (2000). Siz Olsaydınız Ne Yapardınız? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 9(4), 145.
- Bakar, M. (2016). Türk Toplumunda Tıbbi Malpraktis, Hekimler Ve Sağlık Personeline Güven (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Balay, R. (2000). Özel Ve Resmi Liselerde Yönetici Ve Öğretmenlerin Örgütsel Bağlılığı (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Ball, J. R. (1971). The Medical Malpractice Threat: A Study Of Defensive Medicine, Duke Law Journal, 939-993.
- Bayram, L. (2005). Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık. Sayıştay Dergisi, 16 (59), 125-139.
- Baysal, A. C., Paksoy, M. (1999). Mesleğe Ve Örgüte Bağlılığın Çok Yönlü İncelenmesinde Meyer-Allen Modeli. İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, 28 (1), 7-15.
- Becker, H.S. (1960): "Notes On The Concept Of Commitment", American Journal Of Sociology, 66, 32-42.

Bergen, R. P. (1974). Defensive Medicine İs Good Medicine. Jama: 228(9): 1188-9.  
Doi: 10. 1001/Jama.228.9.1188

Beyaztaş, Y. F. (2001). Dört Olgu Nedeniyle Tıbbi Yanlış Uygulama. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23 (1), 49 – 53.

Celep, C. (2000). Eğitimde Örgütsel Adanma Ve Öğretmenler. Anı Yayıncılık, Ankara.

Ceylan, C., Bayram, N. (2010). Mesleki Bağlılığın Örgütsel Bağlılık Ve Örgütten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkilerinin Düzenleyici Değişkenli Çoklu Regresyon İle Analizi. Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, 20 (1) , 105-120.  
Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Atauniiiibd/İssue/2689/35350

Chen, Z.X. Ve Francesco, A.M. (2003), “The Relationship Between The Three Components Of Commitment And Employee Performance İn China”, Journal Of Vocational Behavior, 62 (3), 490-516.

Çakınberk, A., Demirel, E. T. (2010). Örgütsel Bağlılığın Belirleyicisi Olarak Liderlik: Sağlık Çalışanları Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 24, 103-119.

Çelik, F. (2013). Komplikasyon. Sunay Akyıldız (Ed.), Tıp Hukuku Atölyesi (1. Baskı, S. 77-103). Seçkin Yayıncılık.

Çoltu, A. (2012). Tıp Hukuku Günleri, Tıbbi Uygulama Hataları. Sermet Koç (Ed.), Tıbbi Uygulama Hataları (1. Baskı, S. 24-33). İstanbul Tabip Odası Yayınları.

Dedeoğlu, K.A. (2012). Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale Ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması (Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi. Ankara.

Durmaz, Y. Ç., Doğan. R. (2020). Bir Devlet Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Malpraktis Eğilimi. 15(2), 853-864. Doi.Org/10. 29228 Eıssn: 1308-2140.

Ergun, T. (1975). Uluslararası Örgütlerde Bağlılık Kavramı. Amme İdaresi Dergisi (Todaie). Aid 8 (4) : 97-106.

Ertem, G., Oksel. E., Akbıyık A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi: 84 (1), 1-10.

Fusun Sayek, Raporları/Kitapları. Hasta Güvenliği Ve Dünya (2010). 1.Baskı, Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Gallagher Th, Waterman Ad, Garbutt Jm, Et Al. (2006). Abd'li Ve Kanadalı Doktorların Hataları Hastalara İfşa Etme Konusundaki Tutum Ve Deneyimleri. Arch Stajyer Med. 166(15), 1605-1611. Doi:10.1001/Archinte.166.15.1605

Gül, H. (2002). Örgütsel Bağlılık Yaklaşımlarının Mukayesesi Ve Değerlendirmesi. Ege Academic Review , 2 (1) , 37-56 .

Hakeri, H. (2014). Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı. Bulletin Of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni, 5(1). Doi:10.5152/Tcb.2014.003

Hauser, M. J., Commons, M. L., Bursztajn, H. J. Ve Gutheil, T. G. (1991). Fear Of Malpractice Liability And Its Role İn Clinical Decision Making. Tg Gutheil, Hj Bursztajn, A. Brodsky Ve V. Alexander (Ed.), Decision Making İn Psychiatry And The Law (S. 209-226). Us: Williams & Wilkins Co.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Madde 13- 01.02.1999

Hershey, N. (1972). The Defensive Practice Of Medicine. Myth Or Reality. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 50(1), 69–98.

İnce, M., Gül, H. (2005). Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık.

Kanter R.M., (1968). Commitment And Social Organizations: A Study Of Commitment Mechanisms in Utopian Communities. American Sociological Review,33 (4), 449-517.

Kavi, A. (1998): Relationship Between Commitment And Organizational-Professional Conflict (Yüksek Lisans Tezi). ODTÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kaya, O. (2007). Örgütsel Bağlılık: Emniyet Genel Müdürlüğü Merkez Biriminde Bir Uygulama (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

Keskin, N. (2009). Böbrek Naklinde Hemşire Hatası. Sabah Gazetesi Arşivi.

Koç, H. (2009). Örgütsel Bağlılık Ve Sadakat İlişkisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 8 (28), 200-211. Issn:1304-0278.

Kuzgun, Ü. (2019). Komplikasyon Mu? Malpraktis Mi?. Totbid Dergisi: 18:98–101. <https://doi.org/10.14292/Totbid.Dergisi.2019.11>

Leape LL, Lawthers Ag, Brennan Ta, Johnson Wg. (1993). Preventing Medical Injury. Quality Review Bulletin. 19(5), 144-49.

Leape, L. L. (1994). Error In Medicine. Jama: 272(23), 1851-1857. Doi:10.1001/Jama.1994.03520230061039.

Liman, D. (2019). Genç İşgücünde Örgütsel Bağlılık Ve İşten Ayrılma Eğilimi (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Mathieu, J. E. Ve Zajac, D. M. (1990). A Review And Meta-Analysis Of The Antecedents, Correlates, And Consequences Of Organizational Commitment. Psychological Bulletin. 108(2): 171-194.

Mert, E. (2019). İlkokul Ve Ortaokul Öğretmenlerinin Örgütsel Bağlılıklarının İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

Meyer, J. P. ve Allen, N. J. (1991). A Three-Component Conceptualization Of Organizational Commitment. Human Resource Management Review. 1(1), 61-89.

Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L. Ve Topolnytsky, L. (2002). Affective, Continuance, And Normative Commitment To The Organization: A Meta-Analysis Of Antecedents, Correlates, And Consequences. Journal Of Vocational Behavior, 61(1): 20- 52.

Mowday, R.T., Porter, L.W. Ve Steers, R.M. (1982).Employee-Organization Linkages: The Psychology Of Commitment, Absenteeism And Turnover. New York,

Academic Press. In Reichers, A.E. A Review And Reconceptualization Of Organizational Commitment, Academy Of Management Review, 10 (3), 465-476.

O'reilly, C., Chatman, J. (1986). Organizational Commitment And Psychological Attachment: The Effects Of Compliance, Identification, And Internalization On Prosocial Behavior. Journal Of Applied Psychology. 71 (3), 492-499.

Özcan, Z. (2018). Malpraktis - Komplikasyon Ayrımının Önemi. Mustafa Çakır (Ed.), Uluslararası Sağlık Hukuku Kongresi (1. Baskı, S. 197-212). Legal Yayıncılık.

Özçetin, E. (2016). Sağlık Alanında Malpraktis (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

Özgönül, M. L. (2010). Türkiye’de Tıp Etiği Ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Özkaya, N. (2008). 2002-2006 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunca Görüş Bildirilen Pediatrik Malpraktis İddiası İçeren Kararların İncelenmesi Ve Tıbbi Hataların Tespiti (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Randall, D.M. (1987). Commitment And Organization: The Organization Man Revisited. Academy Of Management Review. 12, 461-466.

Reason, J. (2000). Human Error: Models And Management. Bmj, 320(7237), 768-770. Doi: 10.1136/ 320.7237.768 (18 Mart 2000'de Yayınlandı)

Savaş, H. (2009). Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları. Halide Savaş (Ed.). Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları, Tıbbi Malpraktis, Tıbbi Davaların Seyri Ve Sonuçları(2. Baskı, S.21- 175). Seçkin Yayıncılık.

Schermerhorn, J.R., Hunt, J.G. Ve Osborne, R.N. (1994). Managing Organizational Behavior, Fifth Edition, John Wiley & Sons, Inc: New York.

Soycan, Ş. H. (2010). Bankalarda Birleşme Sonrası Örgütsel Bağlılık Ve Örgütsel Sessizlik İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi. İstanbul.

Steers, R. M. (1977). Antecedents And Outcomes Of Organizational Commitment. *Administrative Science Quarterly*, 22(1): 46-56.

Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., Desroches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2005). Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians In A Volatile Malpractice Environment. *JAMA*: 293(21), 2609–2617. <https://doi.org/10.1001/JAMA.293.21.2609>.

Suliman, A. And Iles, P. (2000), "Is Continuance Commitment Beneficial To Organizations? Commitment-Performance Relationship: A New Look", *Journal Of Managerial Psychology*, 15 (5), 407-422. [Doi.Org/10.1108/02683940010337158](https://doi.org/10.1108/02683940010337158) .

Summerton, N. (1995). Positive And Negative Factors İn Defensive Medicine: A Questionnaire Study Of General Practitioners. *Bmj (Clinical Research Ed.)*, 310(6971), 27–29. [Doi.Org/10.1136/Bmj.310.6971.27](https://doi.org/10.1136/Bmj.310.6971.27).

Şahin, D., Faikoğlu. R., Şahin. İ., Gökdoğan. M. R., Yaşar. S., Alparslan. N., Dereli. E., Faikoğlu. G. (2014). Hemşirelikte Malpraktis: Olgu Sunumları. 19 (2), 100-104.

Tabak, R. S., Acuner A. M., Örs, M. (2004). Hastanelerde Çalışan Hekimler İle Hemşirelerin Örgütlerine Bağlılıklarına Ve Örgütlerinin Cazibesine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirmesi. *Sağlık Ve Toplum Dergisi*, 14 (3), 34-35.

Tetik, S. (2012). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 4(1), 276-286. Issn: 1309-8012.

Tümer, A. R. (2003). 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasına Gelen Ortopedi Vakalarının Değerlendirilmesi. *Journal Of Arthroplasty & Arthroscopic Surgery*: 14(3), 182-187. ISSN: 1300-0594.

Uysal, A. (2019). Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Binali Yıldırım Üniversitesi. Erzincan.

Vandersteegen, T., Marneffe, W., & Vandijck, D. (2015). Defensive Medicine: Implications For Clinical Practice, Patients And Healthcare Policy. *Acta Clinica Belgica*, 70(6), 396–397. Doi.Org/10.1179/2295333715y.00000000037.

Vurdu, U. (2017). Resmi Okullarda Görev Yapan Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlik Durumları İle Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişki (Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi. İstanbul.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletmeleri Yönetmeliği Madde 4 (1983). 5 (22), s. 2889.

Yiğitbaş, Ç., Oğuzhan, H., Tercan, B., Bulut, A., Bulut, A. (2016). Hemşirelerin Malpraktis İle İlgili Algı, Tutum Ve Davranışları. *Anadolu Kliniği*. 21(3), 207-214.

Zeytin, Z. (2005). Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumlulukta İspat Yükü Kuralının Ters Çevrildiği Ve Kolaylaştırıldığı Haller Katılımlı I. Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Sempozyumu Sempozyum Kitabı, İstanbul.

## EKLER

### EK-1: Etik Kurul Onayı



T.C.  
*İstanbul*  
YENİ YÜZYIL  
ÜNİVERSİTESİ

#### FEN,SOSYAL VE GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

17.11.2020

İlgi : Etik Kurul Onayı,

Sayın  
Meltem ÖRENÇ

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Etik Kurulunun 16.11.2020 tarih ve 2020/ 11-527 sayılı toplantı sonucunda “ **Sağlık çalışanlarının malpraktis konusundaki yaklaşımlarının örgütsel bağlılığa etkisi**” başlıklı çalışmanız Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurul Kurulumuzca oy birliği ile **UYGUN** bulunmuştur.

Araştırmamız süresince çalışmanızda özellikle konu başlığı, gereç ve yöntemler konusu ile ilgili olarak değişiklikler söz konusu olursa tekrar değerlendirilmesi gereklidir.

Not: İşbu belge İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurul Yönergesi temelinde kaleme alınmıştır.

İş bu belge kurum onayı dahilinde geçerlidir.

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi  
Fen,Sosyal ve Girişimsel Olmayan  
Sağlık Bilimleri Araştırmaları  
Etik Kurulu Başkanı

## EK-2: Aydınlatılmış Onam



### AYDINLATILMIŞ ONAM

Sayın Katılımcı;

Bu araştırmada elde edilecek bilgiler, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programında Dr. Öğr. Üyesi İtir ERKAN Danışmanlığında, Yüksek Lisans Öğrencisi Meltem ÖRENÇ'in "Sağlık Çalışanlarının Malpraktis Konusundaki Yaklaşımlarının Örgütsel Bağlılığa Etkisi" başlıklı tez araştırmasında kullanılacaktır. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar araştırmanın güvenilirliği için büyük bir önem taşımaktadır. Ankette vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak olup, kişi ve kurum bilgisi paylaşılmadan bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Meltem ÖRENÇ  
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket sorularına vereceğim cevapların araştırma amaçlı olarak kullanılması konusunda bilgilendirildim ve hiçbir baskı altında kalmadan elde edilen sonuçların anonim bir şekilde bilimsel yayınlarda kullanmalarını **kabul ediyorum.**

Tarih:

İmza:

### EK-3: Anket Soruları

Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

Yaşınız: ( ) 20-24 ( ) 25-29 ( ) 30-39 ( ) 40 ve üzeri

Medeni Durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar

Çocuğunuz var mı? : ( )Evet ( ) Hayır

Eğitim durumunuz: ( )Lise ( )Önlisans ( )Lisans ( )Yüksek Lisans ( )Doktora

Kurumdaki çalışma süreniz: ( )0-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11-20 yıl ( ) 21 yıl ve üzeri

Mesleğiniz :

Çalıştığınız Birim:

#### I. BÖLÜM

1- Türkiye’de sağlık alanında yaşanan hatalar önemli bir boyuttur.

( ) Katılıyorum ( )Katılmıyorum ( )Fikrim yok

2- Türkiye’de tıp alanında oluşan hataların nedeni size göre en çok;

( ) Hekim ve sağlık çalışanlarının hatalarından kaynaklanır.

( ) Sağlık sisteminin yetersizliklerinden kaynaklanır.

( ) Hastaların tutum ve davranışlarından kaynaklanır.

( ) Fikrim yok.

( ) Diğer .....

3- Malpraktis ile ilgili eğitim aldınız mı?

( )Evet ( )Hayır

4- Eğer aldıysanız sizce yeterli miydi? (3. soruya cevabınız Evet ise yanıtlayınız)

( )Evet ( )Hayır

5- Eğer eğitim aldıysanız aldığınız kaynak nedir? (3. soruya cevabınız Evet ise yanıtlayınız)

.....

6- Çalışma yaşamınız boyunca herhangi bir Malpraktis olayı ile karşılaşma durumunuz oldu mu?

( )Evet ( )Hayır

7- Sizce en çok yapılan Malpraktis nedir?

.....

8- Genel olarak sizce Türkiye’de tıbbi müdahale hatalarının en sık nedeni nedir?

a) Yetersiz Tıp eğitimi

b) Çok sayıda hasta bakımı

c) Yetersiz teknoloji kullanımı

d) Sağlık çalışanlarının mesleki ve kişisel yetersizlikleri

e) Hastaların tutum ve davranışları

9- Çalışma hayatınız boyunca hiç tıbbi hata yaptınız mı?

( )Evet ( )Hayır

10- Tıbbi hataları önlemeye yönelik eğitim aldınız mı?

( )Evet ( )Hayır

11- Karşılaştığınız tıbbi hataları bildirir misiniz?

( )Evet ( )Hayır

12- Mesleğimize ilişkin “Hukuki ve Cezai Sorumluluklarınıza” yönelik eğitim aldınız mı?

( )Evet ( )Hayır

13- Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyinizi 1 ile 5 arasında değerlendiriniz.

( 1:En Düşük Farkındalık 5: En Yüksek Farkındalık)

a) 1 b)2 c)3 d)4 e)5

14- Mesleğinizden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirdiniz mi?

( )Evet ( )Hayır

## II. BÖLÜM

Bu bölümde, örgütsel kimliği ölçen sorular yer almaktadır. Çalıştığınız kurumdaki tüm uygulamaları, ilişkileri ve iş ortamını göz önünde bulundurarak,duygularınızı, hissettiklerinizi ve görüşlerinizi, en uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretlemek suretiyle belirtiniz. Lütfen hiç birini boş bırakmayınız.

1: Kesinlikle katılıyorum 2: Katılıyorum 3: Kısmen katılıyorum

4: Katılmıyorum 5: Kesinlikle katılmıyorum

| Örgütsel Kimlik Ölçeği                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1.Biri kurumumuzu eleştirdiğinde, bunu kendime yapılmış bir hakaret gibi algılarım. |   |   |   |   |   |
| 2. Başkalarının kurum hakkındaki düşünceleri beni ilgilendirir.                     |   |   |   |   |   |
| 3.Kurumdan bahsederken, genelde “onlar” değilde “biz” derim                         |   |   |   |   |   |
| 4.Kurumun başarısını kendi başarımız olarak değerlendiririm.                        |   |   |   |   |   |
| 5.Biri kurumumuzu övdüğünde, bunu kişisel bir iltifat olarak algılarım.             |   |   |   |   |   |
| 6. Medyada kurumu eleştiren bir haber çıktığında kendimi kötü hissederim.           |   |   |   |   |   |

| Örgütsel Kimliğin Örgütsel Bağlılığa Etkileri Ölçeği                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1.Başkalarının kurum hakkındaki düşünceleri örgüte olan bağlılığımızı etkiler   |   |   |   |   |   |
| 2.Kurumun başarısı ya da başarısızlığı örgüte olan bağlılığımızı etkiler.       |   |   |   |   |   |
| 3.Medyada kurumu eleştiren bir haber çıkması örgüte olan bağlılığımızı etkiler. |   |   |   |   |   |