

**T.C**  
**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**HASTANELERDE TIBBİ HATALARIN KLİNİK YÖNETİMİ:**  
**BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**Aram Salahuddin ABDULKAREEM**

**1330232618**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Ramazan ERDEM**

**ISPARTA-2017**



# SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

## SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

### YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI



Öğrencinin Adı Soyadı	Aram Salahuddin ABDULKAREEM	
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi	
Tez Başlığı	Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği	
Yeni Tez Başlığı <sup>1</sup> (Eğer değişmesi önerildi ise)	Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi: <i>Br</i> Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği	
<p>Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz <i>19/01/2017</i> tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için;</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU<sup>2</sup></p> <p>ile aşağıdaki kararı almıştır.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez <b>KABUL</b> edilmiştir. <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin <b>REDDEDİLMESİ</b><sup>3</sup>kararlaştırılmıştır.</p>		
TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Prof. Dr. Ramazan ERDEM	<i>[Signature]</i>
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Aygen OKSAY	<i>[Signature]</i>
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖZER	<i>[Signature]</i>
Jüri Üyesi		
Jüri Üyesi		

<sup>1</sup>Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

<sup>2</sup>OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

<sup>3</sup>Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.



T.C.  
**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü**



**YEMİN METNİ**

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği**” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

  
**Aram Salahuddin ABDULKAREEM**

## ÖZET

### HASTANELERDE TIBBİ HATALARIN KLİNİK YÖNETİMİ: BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Aram Salahuddin ABDULKAREEM

Süleyman Demirel Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, 88 sayfa, Ocak 2017

Danışman: Pof. Dr. Ramazan ERDEM

Sağlık sorununun giderilmesi amacıyla sağlık kurumuna başvuran kişinin tıbbi tanı ve tedavisi sırasında beklenmedik, olumsuz sonuçlarla karşılaşması tıbbi hata olarak ifade edilmektedir. Tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sistemini daha güvenilir bir yapıya kavuşturacağı gibi, hastaların tedavisinde de istenmeyen sonuçların önüne geçilmiş olacaktır.

Bu çalışmada, hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi incelenmiştir. Çalışmanın birinci bölümünde tıbbi hata kavramı, tıbbi hataların nedenleri, çözüm yolları, tıbbi hataların klinik yönetimi ve tıbbi hataların bildirim sistemleri incelenmiş, literatür taraması yapılmıştır. İkinci bölümde ise tıbbi hatalar ve oluşum nedenlerine yönelik bir uygulama gerçekleştirilmiştir. Uygulamada sağlık çalışanların tıbbi hataların oluşum nedenlerine, sıklıklarına yönelik analizler yapılmıştır. Araştırmanın evreni çalışmanın yapıldığı süreçte Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 73'sü hekim, 91'si hemşire, 112'i diğer sağlık çalışanları ve 24'ü idari personel olmak üzere 300 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmada tıbbi hataların nedenlerine ilişkin ifadelerle ait ortalama değerler incelendiğinde katılım düzeyinin en fazla olduğu ilk iki ifadenin “*Tıbbi hatalar aşırı iş yükünden kaynaklanmaktadır.*” ve “*Tıbbi hatalar uzun çalışma saatlerinden kaynaklanmaktadır*” seçenekleri olduğu görülmüştür. Ortalamalar göz önünde bulundurulduğunda sağlık çalışanlarının tıbbi hataların daha çok insan unsuruna bağlı olarak yaşandığını ve 3,87 ortalamaıyla tıbbi hataların önlenabilir düzeyde olduğunun düşünüldüğü görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** tıbbi hata, bildirim sistemleri, klinik yönetim.

## ABSTRACT

### CLINICAL MANAGEMENT OF MEDICAL ERRORS IN HOSPITALS: AN EXAMPLE OF EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

Aram Salahuddin ABDULKAREEM

Süleyman Demirel University  
Institute of Social Sciences  
Health Administration Department

Master's Thesis, 88 pages, January 2017

Supervisor: Prof. Dr. Ramazan ERDEM

Experiencing unexpected adverse results during medical diagnosis and treatment of person admitted to health facilities in order to eliminate health problem, is expressed as medical error. Prevention of medical errors, such as to restore a more reliable structure of the health care system, undesirable results in treatment of patients will have been prevented

In this study, the clinical management of medical errors in hospitals was examined. In the first part of the study, the concept of medical error, causes of medical errors, ways of solution, clinical management of medical errors and reporting systems of medical errors were investigated and the literature was searched. In the second part, an application was made for the causes of medical errors and formation. In practice, analyzes were conducted on health workers' causes and frequency of medical errors. During the process of studying the universe of the research, health personnel working in the an exmple Training and Research Hospital are formed. Within the scope of the research, 73 physicians, 91nurses, 112 health workers and 24 administrative staff were reached.

When the average values of the statements about causes of medical errors are examined, it is seen that the first two statements with the highest level of participation are "*Medical errors are caused by excessive workload*" and "*Medical errors are caused by long working hours*". Considering the averages, it is seen that healthcare professionals are more likely to experience medical malpractice due to human factors and that medical malpractice is at a preventable level of 3.87 percent.

**Keywords:** medical errors, reporting systems, clinical management.

## ÖNSÖZ

Öncelikle, yüksek lisans eğitimime en değerli katkıları sağlayan, tez konumu belirleme aşamasından itibaren bilgi ve deneyimleri ile beni her adımda destekleyen ve yüreklendiren; çalışma disiplini ve zaman tanzimi yapma konusunda kendisin örnek aldığım, Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e sağlamış olduğu destek ve her türlü yardımından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tez çalışmam süresince gerek araştırma gerekse manevi bakımdan tüm süreçte yanımda olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Aram Salahuddin ABDULKAREEM**

## İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMASI SINAV TUTANAĞI .....	ii
YEMİN METNİ .....	iii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT .....	iv
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	x
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### TIBBİ HATALAR VE TIBBİ HATALARIN BİLDİRİM SİSTEMLERİ

1.1. Tıbbi Hatalar.....	4
1.1.1. Tıbbi Hata Kavramı.....	4
1.1.2. Tıbbi Hataların Önlenmesi İçin Yapılması Gerekenler.....	8
1.1.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	11
1.1.4. Nedenlerine Göre Tıbbi Hatalar .....	15
1.1.4.1. İnsan Kaynaklı Tıbbi Hatalar .....	18
1.1.4.2. Kurum Kaynaklı Tıbbi Hatalar .....	22
1.1.4.3. Teknik Kaynaklı Tıbbi Hatalar .....	23
1.1.5. Hata Türüne Göre Tıbbi Hatalar.....	23
1.1.5.1. İlaç Hataları.....	23
1.1.5.2. Cerrahi hatalar .....	26
1.2. Tıbbi Hataların Bildirim Sistemleri.....	27
1.2.1. Tıbbi Hataların Bildirimi.....	29
1.2.2. Bildirim Sistemleri .....	33
1.2.3. Hemşireler Açısından Önemi.....	36
1.3. Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi .....	38

### İKİNCİ BÖLÜM

#### TIBBİ HATALAR VE OLUŞUM NEDENLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

2.1. Gereç ve Yöntem.....	43
2.1.1. Araştırmanın Amacı.....	43

2.1.2. Problem Cümlesi .....	43
2.1.3. Varsayımlar .....	43
2.1.4. Araştırma Kısıtları.....	43
2.1.5. Evren ve Örneklem.....	44
2.1.6. Veri Toplama Aracı.....	44
2.1.7. Yöntem ve Verilerin Analizi.....	44
2.2. Bulgular .....	45
2.2.1. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler.....	45
2.2.2. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Geçerlilik Çalışması.....	50
2.2.3. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Değişimi .....	58
2.2.4. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Cinsiyete Göre Değişimi .....	60
2.2.5. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Değişimi .....	61
2.2.6. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Göreve Göre Değişimi .....	62
2.2.7. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Birime Göre Değişimi .....	64
2.2.8. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Toplam Çalışma Süresine Göre Değişimi .....	66
2.2.9. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Değişimi.....	68
2.2.10. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Tıbbi Hatalar Konusundaki Kurum Eğitiminden Memnuniyet Göre Değişimi .....	71
2.2.11. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Hata İle Karşılaşma Sıklığına Göre Değişimi .....	72
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>75</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>78</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>86</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>89</b>

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>AB</b>	:	Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	:	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AO</b>	:	Ağırlıklı Ortalama
<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GRS</b>	:	Güvenlik Raporlama Sistemi
<b>HKS</b>	:	Hastane Hizmet Kalite Standartları
<b>ICN</b>	:	Uluslararası Hemşireler Birliği
<b>IOM</b>	:	Institute of Medicine (Tıp Estitüsü)
<b>JCAHO:</b>		Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu
<b>M.Ö.</b>	:	Milattan Önce
<b>SPSS</b>	:	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SS</b>	:	Standart Sapma
<b>TDK</b>	:	Türk Dil Kurumu
<b>TTB</b>	:	Türk Tabipler Birliği
<b>WHO</b>	:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 1. Yanlış İlaç Kullanımının Nedenleri.....	25
Şekil 1. 2. İdeal Sağlık Sistemi .....	28



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.1.</b> Tıbbi Hataların Sınıflandırılması .....	13
<b>Tablo 1.2.</b> Sağlık Sisteminde Yapılan Hataların Sınıflandırılması .....	15
<b>Tablo 1.3.</b> Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Bazı Nedenler Hakkındaki Değerlendirmeler.....	18
<b>Tablo 2.1.</b> Demografik Bilgilerin Dağılımı .....	46
<b>Tablo 2.2.</b> Tıbbi Hata İle İlgili Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı .....	48
<b>Tablo 2.3.</b> Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi İle İlgili İfadelerin Ortalama ve Standart Sapmaları .....	49
<b>Tablo 2.4.</b> Açıklanan Varyans Tablosu (1. Adım) .....	51
<b>Tablo 2.5.</b> Faktör Matrisi (1. Adım) .....	52
<b>Tablo 2.6.</b> Açıklanan Varyans (2. Adım) .....	54
<b>Tablo 2.7.</b> Faktör Matrisi (2. Adım) .....	55
<b>Tablo 2.8.</b> Faktör Skorlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler .....	57
<b>Tablo 2.9.</b> Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Değişimi.....	58
<b>Tablo 2.10.</b> Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Cinsiyete Göre Değişimi.....	60
<b>Tablo 2.11.</b> Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Değişimi.....	61
<b>Tablo 2.12.</b> Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Göreve Göre Değişimi.....	62
<b>Tablo 2.13.</b> Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Birime Göre Değişimi.....	64
<b>Tablo 2.14.</b> Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Toplam Çalışma Süresine Göre Değişimi.....	66
<b>Tablo 2.15.</b> Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Hastaneden Çalışma Süresine Göre Değişimi.....	68
<b>Tablo 2.16.</b> Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Tıbbi Hatalar Konusundaki Kurum Eğitiminden Memnuniyet Göre Değişimi.....	70
<b>Tablo 2.17.</b> Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Hata İle Karşılaşma Sıklığına Göre Değişimi .....	71

## GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunan kurumları; teknolojileri yoğun bir şekilde kullanmaları, üretim sürecinin fazla sayıda farklılık göstermesi, sirkülasyonun insan faktörü üzerinde yoğun olduğu bir çalışma sistemine sahip olması ve farklı nitelik/nicelikte iş görenin çalışması sebebiyle oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Bunun sonucunda da diğer kurumlara göre sağlık hizmeti sunan kurumlarda geri dönüşümü olmayacak hataların meydana gelme ihtimali yüksektir. Hatalar genel olarak planlanan bir işin istenilen biçimde tamamlanmaması ya da istenilen amacın gerçekleşmesi için yanlış plan yapılması ve uygulanması olarak nitelendirilebilir. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta güvenliğini tehdit eden, etik ve uygun olmayan davranışların gerçekleşmesi, mesleki uygulamalarda sağlık çalışanlarının ihmalkâr ve yetersiz davranması sonucu hataların gerçekleşme olasılığı oldukça yüksektir.

Hastalıkların tedavisi amacıyla gerçekleşen tıbbi müdahalelerin her hangi bir aşamasında beklenmedik olumsuz durumlarla karşılaşılması tıbbi hata olarak ifade edilmektedir. Bir başka tanımda ise tıbbi hatalar, hekim ve diğer sağlık personelinin tedavi esnasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği ya da hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar olarak nitelendirilmektedir (Çetinkaya, 2016: 52). Tıbbi uygulama hataları, bireylerin hem bedensel hem psikolojik olarak her türlü rahatsızlığını, hastalığını, noksanlığını teşhis ve tedavi etmek, bunun mümkün olmadığı durumlarda ise hastalığı hafifletmek, acılarını dindirmek ya da onları böyle bir rahatsızlıktan korumak için tıp biliminin genel kabul görmüş kural ve esaslara uygun bir biçimde gerçekleştirilen en basit teşhis ve tedavilerden tutun en ağır cerrahi müdahalelere kadar uzanan faaliyet sonrasında kusura dayalı eylemden meydana gelen zarardır (Kıcaloğlu, 2006:4).

Tıbbi hatalar çeşitli nedenlere bağlı olarak yaşanabilmektedir. Tıbbi hatalar, tedavide, koruyucu tedavi esnasında yaşanan hatalar ve bunlar dışında kalan ve genel olarak diğer tıbbi hatalar adı altında sınıflandırılmaktadır. Bu nedenlerin bir kısmı kurumsal ve tıbbi müdahaleyi yapan kişilerin hatalarına bağlıyken, bir kısmı ise hastanın kendisinden kaynaklanabilmektedir. Bu bakımdan tıbbi hataların sadece

hastanelerde ve diđer sađlık kurumlarında gerçekleřebileceđini dűřnmek dođru deđildir.

Hastalık ve tedavi kavramlarının tarihi çok eski dűnemlere kadar dayanmaktadır. İlkel dűnemlerde insanlar tıbbi ve dođal tedavi yűntemlerine bařvurmuřlardır. Geliřen sosyal yapının sonucunda, kent yařamının oluřması ile birlikte insanlar dođal ortamlardan gittikçe uzaklařmuřlardır, bunun sonucunda insanların karřılařtıkları sađlık problemleri çok daha yođun ve çeřitli bir hal almıřtır. Buna karřı insanlar bu sađlık problemlerine karřı yeni tedavi biçimleri oluřturmuř ve teknoloji tıbbi uygulamaların temel unsuru haline gelmiřtir. Tıpta yařanan bu geliřmeler paralelinde dűne kadar ۆlűmcűl kabul edilen birçok hatalıđın tedavisi műmkűn olmuř, hastalıkların tedavisi çok daha kısa sűrelere indirgenmiřtir (Arıhan, 2003:8-30).

Tıp alanındaki uygulamalar diđer meslek dallarına oranla çok farklı bir niteliđe sahiptir. űnkű çalıřma alanının insan vűcudu olması ve insanlar űzerindeki her tűrlű uygulamayı kapsamaması nedeniyle oldukça titiz ve farklı bir yaklařım gerekmektedir. Bu yűzden de gerçekleřtirilmesi gereken ilk ařama bu alandaki bilgi birikiminin sađlanması ve uygulamada hata yapılma ihtimalinin minimum dűzeye indirilmesi gerekir. Tıp alanındaki çalıřanlar mesleklerinin gereklerini yerine getirirken insan vűcudu űzerinde çalıřtıklarının bilincinde olmalı ve bu dođrultuda da kurallar çerçevesinde bilimsel dođrulara bađlı olarak alıřmaladırlar.

Geliřen tedavi yűntemlerine rađmen, gűnűműzde hűlű birçok insan yařanan tıbbi hatalar nedeniyle ciddi problemler yařamaktadırlar. Yařanan tıbbi hataların zararlarını en aza indirmek amacıyla, ABD ve AB ۆlkeleri bařta olmak űzere dűnya genelinde, çeřitli çalıřmalar yapılmıř ve ۆnlemler alınmıřtır. Bugűn dűnyada tıbbi hataların ۆnlenmesi konusunda belirli bir standardizasyon sađlandıđı gűrűlmektedir. Ancak bu konuda henűz kusursuz bir durum oluřtuđunu sűylemek pek műmkűn gűzűkmemektedir.

Tıbbi hataların ۆnlenmesi konusunda salt kurumsal ۆnlemler yeterli olmamaktadır. Bu konuda belirli standartların oluşturulması ve gerekli takip sistemlerinin oluşturulması birinci derecede ۆnem arz etmektedir. Tıbbi hatalara karşı

alınacak önlemlerin tam anlamıyla bir başarı sağlamak, başarılı bir yapı oluşturabilmek için sistem, kurumsal önlemler ve hastaların rol aldığı bütünsel bir süreç gereklidir.

Bu çalışmada da tıbbi hataların kaynaklarının başında gelen tıbbi kurumlarda, tıbbi hataların nedenleri ve çözümleri üzerinde durulmuştur. Tezin birinci bölümünde tıbbi hata kavramının kuramsal çerçevesi üzerinde durulmuştur. Çalışmanın ikinci bölümünde ise literatür taraması ve anket sonuçlarının analizi yapılmıştır. Sonuç bölümünde ise çalışmadan elde edilen temel bulgular ve çözüm önerileri sunulmuştur.



## BİRİNCİ BÖLÜM

### TIBBİ HATALAR VE TIBBİ HATALARIN BİLDİRİM SİSTEMLERİ

#### 1.1. Tıbbi Hatalar

##### 1.1.1. Tıbbi Hata Kavramı

Günümüzde gelişen teknoloji ve deneyim birikimine bağlı olarak birçok ciddi ve ölümcül hastalık tedavi edilebilmektedir. Birçok sıradan sağlık problemine ise çok daha hızlı ve kalıcı tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Bu bakımdan dünyadaki nüfus sayısının artmasında ve yaşam süresi ortalamasında birçok unsurun yanında tıp alanındaki gelişmenin de büyük katkısı bulunmaktadır.

Bir tedavi sürecinde en öncelikli unsur hastanın sağlığına herhangi bir zarar vermeden tedaviyi gerçekleştirmektir. Tedavi konusunda ilk elden müdahale sorumluluğuna sahip kişiler doktorlar, hemşireler vb. sağlık çalışanlarıdır. Yani herhangi bir hastaya tıbbi müdahalede bulunacak kişilerin ilgili uzmanlık dalında eğitim görmüş ve uzmanlık belgesi almış olması gerekli görülmektedir (Polat, 2005: 35). Gerek tıbbi müdahalede bulunabilmek için uzmanlık şartının aranması gerekse de diğer önlemler ve ileri teknolojilere rağmen, tıbbi hatalardan kaynaklı birçok kalıcı sağlık problemleriyle karşılaşmakta hatta ölümlerle sonuçlanan ciddi problemler yaşanmaktadır. Tıbbi hata kavramı Türkiye’de son on yılda çok fazla gündeme gelen bir kavramdır. Medyanın yansıtış biçimiyle doktor faciası veya sağlık skandalı gibi başlıklarla çok sık gündeme gelen bu konu aslında her ne kadar gündemde olsa da çok fazla bilinen bir konu değildir. Tıpta hata kavramı değerlendirildiğinde ilk dikkat çeken durum, diğer birçok alana oranla takım çalışmasının ön planda olduğu, bu durumun özellikle de cerrahi alanlar için geçerli olduğu sonucu karşımıza çıkmaktadır. Bu yüzden öncelikli olarak bu konu başlığı tartışılmalıdır. Cerrahi alana giren vakalar doktor hatası değil tıbbi hata olarak isimlendirilmelidir. Çünkü oluşabilecek herhangi bir hata takım başı olan doktordan kaynaklı olabileceği gibi diğer sağlık personeli, hemşire, teknisyen ya da teknik bir aksaklıktan kaynaklı da olabilir. Bu yüzden bu tür vakaların tıbbi uygulama hatası olarak nitelendirilmesi gerekir (Güngör vd.,2012:134).

Türkçe’ de tıbbi uygulama hatası veya tıbbi kötü uygulama olarak çevrilen malpraktis kavramı, Latince ‘mala’ ve ‘praxis’ sözcüklerinden kök almış olup ‘kötü hatalı uygulama’ anlamına gelmektedir. Bu kavramın anlamı profesyonel olarak çalışanların kötü ya da hatalı uygulamaları sonucunda, bir hizmet alanın zarar görmesi durumudur (Kayabeyoğlu, 2000: 12)

İngilizcede ‘malpractice’ olarak tanımlanan tıbbi uygulama hatası, Türk Dil Kurumunun Büyük Türkçe Sözlüğünde, özen göstermeksizin veya yanlış uygulanan tedavi sonucunda ortaya çıkan, görevi kötüye kullanma anlamına gelen hukuki durum olarak ifade edilmektedir(TDK, 2016)

Tıbbi uygulama hatası, sağlık personelinin, kusur veya ihmalden kaynaklı olarak tıbbi müdahaleyi eksik ya da hatalı yapması, yeterli bilgi birikimine veya deneyime sahip olmamasından kaynaklı olarak yanlış teşhiste bulunması ve yanlış tedavi uygulaması sonucunda hastanın zarar görmesiyle sonuçlanan durumu ifade etmektedir (Birgen, 2008:235).

Tıbbi hata kavramı bir başka tanımlamaya göre ise, hastaların tedavisi sırasında istenmeyen bir davranıştan veya durumdan kaynaklanan öngörülemeyen olumsuz sonuçlanan durumu ifade edilmektedir (Cebeci ve Tekingündüz, 2012:185).

Tıbbi uygulama hatası kavramı Türkçeye *Malpraktis* kavramının karşılığı olarak geçmiştir. Ancak bu tanımlamanın *Malpraktis* kavramını tam olarak karşılayıp karşılayamadığına ilişkin tartışmalar devam etmektedir. Buna karşın, tıbbi uygulama hatası, literatürde kabul görmüş bir kavramdır ve yaygın bir kullanıma sahiptir (TTB, 2009)

Hatalı tıbbi uygulamalar veya tıbbi hatalar yakın dönemde ortaya çıkan bir konu değildir. Yaklaşık olarak M.Ö. 7000 yıllarında Mezopotamya’da uygulanan Hammurabi Kanunlarında ve daha sonraki süreçlerde eski Mısır ve Roma kanunlarında da yer almıştır. 1374 yıllarında yani 14. yüzyılın sonlarında tıbbi uygulama hatalarına ilişkin verilerin İngiliz kanunlarında da olduğu ve bilinen ilk ‘tıbbi ihmal’ tanımının 1883 ‘te yargıç Tindal tarafından yapıldığı ve 1901 yılında İngiltere’de hastasını ihmal eden bir hekime ceza verildiği tespit edilmiştir (Kayabeyoğlu, 2000: 18).

Tıp alanında hizmet veren kurumlarda hizmet sunumu sırasında bazı hatalara rastlanılmaktadır. Bu hataların kimisi alınacak tedbirlerle önlenebilecek düzeydeyken, kimisi de sağlık hizmetinin kendisinde olan hata potansiyelinden kaynaklı olarak önlenememektedir. Hatalar, yapan kişi tarafından yapılan, sistem içinden, dışından ve kurallar tarafından da istenmeyen ve kabul edilebilir sınırların dışına çıkmış görevlerin ya da sistemin neden olduğu bazı kusurlardır (Vincent, 2006: 23). IOM (Institute of Medicine) tıbbi hataları; tamamlanması planlanan bir eylemin başarısızlığı ya da amaca ulaşmak için yanlış bir planın uygulaması ya da kullanılması olarak özetlemiştir (www.nationalacademies.org/2016). Yani hata nedenlerinin iki biçimde gerçekleştiği vurgulanmaktadır. Bunlardan birincisi yanlış eylemde bulunma nedeniyle ikincisi eylemin yapılışındaki ihmal nedeniyle gerçekleşir. Bu tanımlamalarının yanında yapılan araştırmalar doğrultusunda tıbbi hataların, hastaya verilen sağlık hizmetlerinin herhangi bir sürecinde verilen hizmet şekli ile ilişkili olarak ortaya çıkan hasar olarak nitelendirildiği görülmektedir. Yani hatalar verilen hizmet biçiminden kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte tıbbi hatalar, tıbbi müdahale esnasında hastaların yaralanmasına neden olan teknoloji, insan gibi sistemlerden kaynaklı oluşabilen hatalar olarak da ifade edildiği gözlemlenmiştir (Ostan,2017:5).

İnsanlara sağlık hizmeti verilen her yerde ve dünya genelinde ‘malpraktis’ olarak ifade edilen tıbbi hatalar; insanlara sağlık hizmeti verilirken tıbbi müdahalenin amacına uygun biçimde gerçekleşmemesi olarak da tanımlanabilir. Tıbbi müdahalelerin yanlış yapılması, doğru işlemin yapılmaması, ihmal ve doğru işlemin yanlış biçimde yapılması sonucu tıbbi hatalar oluşmaktadır. Tıbbi hatalar klinik, hastane, cerrahi merkezleri, muayenehane, hasta bakım evleri, eczane gibi sağlık hizmeti verilen her yerde meydana gelmektedir. Dünya Tabipler Birliği tıbbi hataları diğer adıyla malpraktisi; hekimin tıbbi uygulamaları sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, ‘beceri eksikliği’ ya da ‘ hastayı ihmal ederek tedavi etmemesi’ ile oluşan zarar olarak tanımlamaktadır (Yıldırım vd., 2009: 356-366). Dünyanın her yerinde tıbbi hatalar görüldüğü için dünya genelinde önemli bir sorun haline gelmiştir. Avrupa Birliği ülkelerini ve Türkiye’yi kapsayan bir araştırma da 15 yaş ve üstü nüfusta Avrupa Birliği vatandaşlarının % 78 ‘i tıbbi hataları ülkesi için önemli bir sorun olarak gördüklerini belirtirken, Türkiye’de ise bu oranın % 88 olduğu belirlenmiştir (Top, vd., 2008: 168).

Tıbbi hatalar sağlık hizmeti veren kurumları ve sağlık hizmeti veren kişilerin bilgi eksiklikleri, beceri eksikleri, ilgisizlik ve deneyimsizlikleri nedeniyle gerçekleşen, tıbbi uygulama standartlarının altında olan tedavi ve işlemler sonucunda insanların zarar gormesi, yaralanması ve hatta ölümlere neden olan genellikle mesleki ihmalle ortaya çıkan zararların bütünüdür. Yapılan araştırmalar ve incelemeler sonucunda tıbbi hatların, aktif ve gizli hatalar olarak gerçekleştiği görülmektedir. Aktif hatalar genellikle etkileri hemen hissedilen hatalardır. Gizli hatalar ise sağlık çalışanlarının kontrolü dışında gelişen, tasarım yetersizliğinden, yanlış kurumdan, yanlış bakımdan, yanlış alınan kararlardan kaynaklı oluşan hatalardır. Aslında tıbbi hatlar sadece yanlış yapılan ya da eksik yapılan uygulamalar olarak ifade edilmemelidir, yapılması gereken uygulamaların yapılmaması ya da yapılmaması gereken uygulama ve işlemelerin yapılması olarak da ifade edilebilir (Ersoy, 2004:164).

Tıbbi hatalar hastanın sağlığını bozan, hastaya hem bedenen hem de psikolojik olarak zarar veren, hastanın yıpranmasına neden olan bilgisizlik, deneyimsizlik, ihmal ve kullanılan teknolojiden kaynaklı ortaya çıkan hatalardır. Sağlık hizmeti veren kişi ve kuruluşların etik ve uygun olmayan işlemlerinden, sağlık hizmetlerinin gereklerinin yerine getirilmemesinden, ihmalkâr davranılmasından kaynaklı oluşan tıbbi hatalar yüzünden hastalar ölümlle sonuçlanabilecek düzeyde zararlar görmektedirler. Tıbbi hatalardan sadece hastalar olumsuz etkilenmemekte sağlık çalışanlarının üzerinde de olumsuz durumlar oluşturabilmektedir. Sağlık personelini suçlu duruma düşmenin yanı sıra duygusal olarak da suçluluk psikolojisini yaşamakta, depresyona girmekte, kendisine olan güvenini yitirmekte ve buna bağlı olarak motivasyon düşüklüğü yaşamakta, etkililiği ve verimliliği düşmektedir (Yıldırım, 2012:2).

Tıbbi hatalar bir işin eksik yapılması, bir işin yapılma durumu varken yapılmaması, boş verici bir tavır sergilenmesi gibi ihmalkâr durumlardan kaynaklı oluşabileceği gibi gerekli tedbirlerin alınmaması, oluşabilecek tehlikelere karşı önlem alınmaması gibi dikkatsizliklerden kaynaklı da oluşabilmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının mesleklerinin gereklerini yerine getirmemesi, mesleki becerilerden yoksun olması ve sağlıkla ilgili kanunlara, tüzüklere, yönetmeliklere uymamasından kaynaklı da oluşabilmektedir (Akalm, 2005:143-144).

Tıbbi hatlar, sağlık alanında her gün karşımıza çıkan büyük bir sorundur. Türkiye’de tıbbi hataların tam olarak düzeyleri bilinmemektedir ama genel olarak dünyadaki tıbbi hatalara paraleledir. zdem ve Alioğulları’nın (2014) alışmasında ülkemizde yaşanan tıbbi hatalara dair sistemli ve doğru bilgilerin olmadığı ve ülkemizdeki tıbbi hataların ABD’de yaşanan tıbbi hataların 10 katı olduğunun tahmin edildiği belirtilmektedir. Bununla birlikte araştırmada 2007-2014 yılları arasında toplam 35 tıbbi hata haberine ulaşılmıştır. Hataların % 92’sinin tedavi hatası, % 8’inin yanlış teşhis, % 7’sinin uygunsuz tedavi türüne girdiği sonucuna varılmıştır (zdem ve Alioğulları, 2014:489).

Tıbbi hatalar hastanın, tedavisi, bakımı, hastalığının teşhisi ve bakımı sonrası olan süreçlerde hekim ve sağlık personelinin kontrolünde gerçekleşen, hastanın hayatını olumsuz etkileyen ve sağlık durumuna direkt etki eden olaylardır. Tıbbi hataların yaşanması sonucunda insanların sağlık personeline karşı olan güveni azalmakta ve hem hatayı yapan kişilerin hem de hataya maruz kalan hastaların psikolojik durumu olumsuz etkilenmektedir. Tıbbi hatalar toplumu, sağlık kurumlarını ve bireyleri ekonomik olarak da olumsuz etkilemekte bütçesel olarak kayıplara neden olmaktadır. Kısaca ifade etmek gerekirse tıbbi hatalar verilen sağlık hizmeti sırasında planlanan işlemin istenilen biçimde gerçekleşmemesi ya da planlanan işlemin belirlenen hedefe uygun olmamasıdır (Canatan vd., 2015:83 ).

### **1.1.2. Tıbbi Hataların nlenmesi İçin Yapılması Gerekenler**

Sağlık sisteminin her geçen gün büyümesinin ve giderek karmaşık bir yapı haline gelmesinin yanında, verilen sağlık hizmetlerinin kaliteli olma çabaları, hastaların beklentileri, sağlık hizmetindeki harcamaların artması, sağlık hizmeti veren kuruluşlardaki işleyişlerdeki aksaklıkları; İdari ve toplumsal olarak sağlık hizmetlerinin bilimsel yönetim gereklerine göre yürütülmesi için gerekli çalışmaların yapılması zorunlu hale getirilmiştir. Tabii hizmet sunumundaki yetersizlikler, insanların sağlığını olumsuz yönde etkileyerek tıbbi hataların oluşması nedeniyle hasta güvenliği konusuna verilmesi gereken önemi arttırmıştır. Hastaların güvenliği için hastalar tıbbi hatalardan mümkün olduğu kadar korunmalı ve buna yönelik önlemler alınmalıdır (Karaca, 2006: 41).

Sağlık personelleri, hizmet verdikleri varlık insan olduğu için meydana gelecek herhangi bir tıbbi hata konusunda gerekli hassasiyeti göstermeli ve oldukça dikkati davranmalıdırlar. Tıbbi hatalarda oluşabilecek en büyük sorun, hatanın ölümle sonuçlanmasıdır. Bunun yanı sıra en küçük tıbbi hata bile hasta ve hekim arasındaki güven ilişkisini bozabilmekte ve sağlık hizmetinin aksamasına neden olmaktadır. Hekimler mesleklerinin gereği olarak hastaya ve hasta yakınlarına tedavi süreciyle ilgili bilgilendirmeleri yapmalı ve oluşan herhangi bir hatayla ilgili durumu paylaşmalı ve duruma sebebiyet verildiği için özür dileyebilmeli daha da önemlisi hatalının oluşturabileceği olumsuz sonuçları en aza indirmeye çalışmalıdır. Bu duruma değinilmesinin nedeni genellikle yapılan tıbbi hatanın dürtüsel olarak saklanmaya çalışılmasıdır. Çünkü yapılan bu tıbbi hatalar nedeniyle kurumsal ve bireysel olarak imajlarının olumsuz etkilenme durumu ve hasta ya da hasta yakınlarının kendileriyle ilgili dava açabilme durumu oluşmaktadır. Bu tür durumların yaşanması için tıbbi hataların önlenmesine yönelik önlemler alınmalıdır.

Tıbbi hataların önlenmesine yönelik olarak geliştirilecek olan stratejiler risk azaltıcı çözümlere odaklı olması gerekir. Bunun için de tıbbi hatalara neden olacak risklerin iyi bilinmesi gerekir. Hasta tanı ve tedavi süreçlerine dâhil edilmeli ve hasta/hekim işbirliği başlatılmak üzere çeşitli sağlık örgütleri çalışmaları gerçekleştirilmelidir.

Türkiye’de ve dünya genelinde önemli bir sorun olan tıbbi hataların önlenmesine yönelik olarak atılacak adımları şu şekilde sıralanabilir (İntepeler ve Dursun, 2012: 132):

- Sistemik yaklaşımın yerleştiği kurum kültürü oluşturulmalıdır.
- Tıbbi hatalar anında bildirilmeli, tıbbi hataların nedenleri araştırılmalı ve bunların ortadan kaldırılması için stratejiler gerçekleştirilmelidir. Her düzeydeki hataya yönelik çözümler üretilmelidir.
- Hatalarla ilgili beklenmedik olayların araştırılması ve bunlara yönelik önlemlerin alınması sağlanmalıdır.
- Hatanın hastalığıyla ilgili süreçlerin izlenilmesi ve yüksek risk taşıyan süreçlerin riski azaltacak şekilde yeniden tasarlanması gerekir.
- Sağlık çalışanlarına yönelik periyodik eğitimler verilmelidir.

- Sağlık çalışanlarının görev dağılımları yapılmalı ve çalışma saatlerinde iyileştirilmelere gidilmelidir.
- Bütün sağlık kuruluşlarında tıbbi hata bildirim sistemi kurulmalı ve anında müdahale yapılabilecek hatalara yönelik yöntemler geliştirilmedi.
- Bütün sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır.
- Etkin iletişim ortamı geliştirilmelidir.
- Doğru alan, doğru uygulama ve doğru hasta cerrahisi sağlanmalıdır.
- Hastalar doğru tanımlanmalıdır.
- Sağlık hizmeti verilen her yerde kullanılan cihazlar düzenli olarak kontrol edilmelidir.
- Sağlık çalışanları mesleklerinin hukuksal boyutu konusunda eğitilmelidirler.
- Hizmet sunumunda kalite gelişimi prensip haline gelmeli ve uygulamada yer almalıdır.
- Sağlık hizmeti sunulan yerlerin ortamı ve çalışma koşulları iyileştirilmelidir.
- İnsanların yaşamına, vücut bütünlüğüne ve onuruna saygıyı alan sağlık hizmetinin sunulması gerekir.
- Oluşan tıbbi hatalar çekinilmeden bildirilmeli ve cezalandırmanın olmadığı bir ortam oluşturulmalıdır.
- İlaç yan etkisi izleme programı oluşturulmalıdır.

Tıbbi hataların önlenmesi yönelik olarak hastaların da üzerine düşen görevler bulunmaktadır. Hastalar hekime girmeden önce neler yapması gerektiğini bilmesi gerekir. Buna yönelik olarak da “Speak Up” kampanyası oluşturulmuştur (Sayek, 2010: 68).

**Speak Up:** Sesli olarak sorularınızı sorun,

**Pay Attention:** Aldığınız bakım hizmetine odaklanın. Doğru sağlık personelinde doğru ilaçları aldığınıza emin olun,

**Educate Yourself:** Kendinizi eğitin; araştırın,

**Ask:** Çevrenizdeki güvendiğiniz kişilere sorular sorun.

**Know:** Hangi ilacı neden aldığımızı, hangi tetkiki neden yaptırdığımızı bilin.

**Use:** Hizmet aldığımız kurumun çalışan standartlarını, hizmet standartlarını sorgulayın.

**Participate:** Bütün tedavi kararlarına katılım gösterin.

Kampanya öncelikleri ise şu şekilde sıralanmıştır (Sayek, 2010: 69):

- Tedaviniz sürecinde hataların önlenmesine yardım edin,
- Kullandığınız ilaçlarla ilgili hataları önlemede yardımcı olun,
- Tıbbi tetkik hatalarını önleme de yardımcı olun,
- Haklarınızı bilin,
- Hekim ve diğer sağlık çalışanlarını tanıyın,
- Ağrı kontrolü ile ilgili bilgili olun,
- Sağlıklı olun ve başkalarını da sağlıklı tutun.

### **1.1.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması**

Tıbbi hatalar, tıbbi işlemin planlamasında ya da uygulamasındaki başarısızlık, kontrol aşamasında, bilgi edinme sürecindeki eksiklikler ve iletişim problemleri nedeniyle ortaya çıkan hatalar olarak sınıflandırılır (Vincent, 2006: 148). Yani örneklendirecek olursak tedavi planlama hataları, planlamanın geç veya erken yapılmasından kaynaklandığı gibi bilgi yetersizliği gibi durumlardan da ortaya çıkmaktadır. Bu yöndeki yetersizlik veya eksiklikler mesleki bilgi yetersizliği, iletişim kopukluğu nedeniyle hastalardan asıl bilginin alınamaması veya sağlık sisteminden hatalı, eksik bilginin gelmesi nedeniyle oluşmaktadır. Yapılan araştırmalar doğrultusunda Harvard Tıp Uygulama çalışmalarında tıbbi hata tipleri tanı, tedavi, önleyici ve diğer hatalar olarak sınıflandırıldığı bilgisi edinilmiştir. Tıbbi hatalar tanıdan başlayıp koruyucu cerrahi müdahaleye ve tedaviye kadar olan bakım süreçlerinin bütün aşamalarında görülmektedir. Diğer çalışmalardan elde edilen verilere göre tıbbi hatalar genellikle tanı koymada ve yanlış ilaç verilmesinden kaynaklı oluşmaktadır. Ve tıbbi hatalar sadece yatan hastalar için geçerli değildir ayakta tedavi gören hastalar için de geçerlidir (Özata ve Altuncan, 2010: 101).

Tıbbi hatalar yapılan araştırmalar doğrultusunda genellikle tanı hataları, tedavi hataları, profilaksi hataları ve diğer hatalar olarak sınıflandırılmaktadır. Tanı hataları;

yanlış tanı, tanının gecikmesi, gereken testlerin uygulanmaması ya da yanlış yorumlanması, yanlış veya değeri olmayan, bilim dışı testlerin uygulanması, testlerin uygulanması sırasında hataların yapılması, test sonuçlarına göre hareket edilmemesidir. Tedavi hataları; ameliyat ya da işlem uygulamasındaki gerçekleşen hatalar, ilaç uygulamalarındaki doz veya yöntem hataları, tedavinin gecikmeye uğraması, tedavi seçimindeki yöntem hataları, gereksiz veya aşırı tedavi uygulamaları, hastaya uygun olmayan tedavinin gerçekleştirilmesi olarak sıralanabilir. Profilaksi hatalar ve diğer tıbbi hatalar ise; gereken profilaksinin uygulanmaması, yanlış veya eksik profilaksinin uygulanmaması, yetersiz monitörizasyon, izlemin yetersiz veya uygunsuz şekilde yapılması, iletişimden kaynaklı hatalar, sistem ve ekipman hatalarıdır (Yıldırım, 2012: 80).

Tıbbi hatalar ayrıca önlenebilen ve önlenemeyen hatalar olarak da sınıflandırılabilir. Önlenebilen hatalar en uygun şartlar altında sağlık hizmeti verilmesiyle elde edilebilecek sonuçlardır. Verilen sağlık hizmeti sırasında hataların oluşması gayet olağan bir durumdur. Tabii ki oluşan bu hataların minimalizasyonu olağandır. Süreçlerin standartlaşması ve önceden belirlenen ilkelerin ekiksiz bir biçimde uygulanması, hataların azaltılması için kullanılacak en temel uygulamadır. Tıbbi hataların oluşmaması için verilen hizmetin en uygun ve elverişli cihazlarla verilmesi gerekir. Bunun içinde sağlık alanında kullanılan cihazların tıbbi hatalara neden olmayacak şekilde tasarlanması ve üretilmesi gerekir (Akalin, 2005:142).

Sağlık hizmeti sunulurken insanların maddi ve manevi olarak zarar görmesine neden olan tıbbi hatalar, insan hatasından, teknolojik hatalardan yani bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklı oluşabilmektedir. Tıbbi hatalarla ilgili yapılan araştırmalar doğrultusunda diğer tıbbi hata sınıflandırması Tablo 1.1. de verilmiştir.

**Tablo 1.1.** Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tanı hataları	Tanıyı geciktiren hatalar, belirleyici testlerdeki eksiklikler, eski testlerin kullanılması, sonuçların ve testlerin izlenmesinde yapılan yanlışlar.
Tedavi hataları	Operasyon, prosedür veya testin başarılmasında görülen hatalar, tedavi yönteminde ilaç dozu veya metodu ile ilgili hatalar, uygunsuz bakım, anormal test sonuçlarına cevap verilmesi.
Önleme hataları	Profilaktik tedavilerde ve yetersiz izlem veya tedavinin takibinde görülen hatalar.
Diğer hatalar	İletişim hataları, ekipman yetersizlikleri ve diğer sistem eksiklikleri.

**Kaynak:** (İntepeler ve Dursun, 2012: .131)

Tıbbi hatalar sağlık hizmetlerinin her aşamasında ortaya çıkabilir. Bu hatalar beş başlık altında sınıflandırılmışlardır.

1. Medikasyon hataları: Çoğunlukla önlenebilen bu hatalar verilen ilaçların hastalara uygulanmasıyla ilgilidir. İlaçların yanlış verilmiş şekli, yanlış doz, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerjisi olan hastaya bilmeyerek ilaç verilmesi gibi. Medikasyon hatalarının %34-56'sı önlenilecek düzeydedir.
2. Cerrahi hatalar: Bu hatalar yatan her 50 hastanın birinde görülen hatalardır. Bu hatalar genel olarak cerrahi bir girişim esansında hata yapılması olarak tanımlanmaktadır. Ameliyatta hasta içerisinde bir cerrahi aletin unutulması gibi durumlar örnek olarak gösterilebilir.
3. Tanı koymada hatalar: Konulan yanlış yanı, yanlış ve yetersiz tedaviye ya da gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Bununla birlikte laboratuvar sonuçlarının yanlış uygulanması ya da yorumlanması da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır (Akalın, 2005:142).

4. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar aletlerdeki bozukluklardan kaynaklı oluşabilmektedir.
5. Diğer: Hastane enfeksiyonları ve yanlış kan transfüzyonu gibi durumlarda tıbbi hatalar ortaya çıkmaktadır.

Tıbbi hatalar çeşitli referanslara göre sınıflandırılabilirler. Bu sınıflandırmalardan biri de tıbbi hataları kaynaklarına göre (kök nedenler) ve hataların türüne göre 2 temel başlık altında toplayan anlayıştır. Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar üç başlık altında toplanırken, hata türlerine göre tıbbi hatalar beşe ayrılmaktadır (Akalin, 2005:141).

#### **Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar:**

- İşe bağlı hatalar, işleme bağlı olarak yaşanan hatalar.
- İhmale bağlı hatalar, doğru işlemem yapmadan kaynaklı hatalar.
- Uygulamaya bağlı hatalar, doğru işlemi yanlış uygulamadan kaynaklı hatalar.

#### **Hata türüne göre hatalar:**

- *İlaç hataları*, sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasından doğan hatalar.
- *Cerrahi hatalar*, bir operasyon veya prosedürün istenmeyen sonuçlar doğurması veya planlanan amaçtan sapması olarak değerlendirilmektedir
- *Tanı koymada hatalar*, sonradan yapılan tetkiklerle veya yeni ortaya çıkan bulgularla saptanan, kaçırılmış, yanlış veya gecikmiş bir tanı olarak tanımlanmaktadır.
- *Sistem yetersizliğine bağlı hatalar*, sağlık sisteminin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan hatalardır. Donanımdaki cihazların bozuk olması gibi nedenlerden kaynaklanabilmektedir.
- Diğer hatalar, hastane enfeksiyonları ve yanlış kan transfüzyonları örnek olarak gösterilebilir.

Tablo 1.2. Sağlık Sisteminde Yapılan Hataların Sınıflandırılması

Hata Derecesi	Kategori	Tanım
Hata yok, zarar yok	A	Hataya yol açma kapasitesi bulunan durumlar veya olaylar
Hata var, zarar yok	B	Hata olmuş ancak hastaya ulaşmamış
Hata var, zarar yok	C	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış ancak zarar vermemiş
Hata var, zarar var.	D	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış; hastanın takibi veya zararın önlenmesi için girişim gerekmiş
Hata var, geçici bir zarar var	E	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşturmuş veya girişim gerekmiş
Hata var, geçici bir zarar var.	F	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşturmuş ve hastanın hospitalizasyonu gerekmiş
Hata var, kalıcı zarar var	G	Hastada kalıcı zarara yol açan bir hata mevcut
	H	Hastanın yaşamının devamı için girişim gerektiren hata mevcut
Hata var, ölüm var	I	Oluşan hata, hastanın ölümüne yol açmış veya katkıda bulunmuş.

**Kaynak:** <http://www.sdplatform.com/Dergi/111/Buzdaginin-gorunen-yuzu-Hasta-guvenligi.aspx/2015>

Tablo 1.2. de görüldüğü üzere tıbbi hatalar hatanın varlığı ve yokluğuna bağlı olarak değerlendirilebildiği gibi, sonucunda bir zararın oluşup oluşmadığı ve oluşan bir zarar söz konusu ise bunun niteliği gibi ölçütler de sınıflandırma aracı olarak kullanılmıştır.

Tıbbi hataların sınıflandırılmasında kullanılan bir başka yöntem göre ise nedenlerine göre hatalar; insan, kurum ve tekniğe bağlı hatalar olarak tanımlanırken, hata türüne göre sınıflandırma ise ilaca bağlı, cerrahi müdahaleye bağlı hatalar olarak ayrılmaktadır (Karataş ve Yakıncı, 2010: 234).

#### 1.1.4. Nedenlerine Göre Tıbbi Hatalar

Gerçekleşen tıbbi hataların nedenleri incelendiğinde, tıbbi hataların nedenleri insandan kaynaklı faktörler (özensizlik, eğitimsizlik, dikkatsizlik, yorgunluk, önlem alınmaması, iletişimsizlik, kararların yanlış alınması, mantıksal hatalar, güç- kontrol

vb.) teknik faktörler (yetersiz cihazlar, otomasyon, eksik aletler, uyum eksikliği, destek eksikliği vb.), ve kurumsal faktörler (iş yeri yapısı, finans ve idari yapı, geri bildirim eksikliği, görev dağılımının yanlış yapılması) şeklinde üçe ayrılmaktadırlar (Akalin, 2005:143).

Türkiye’deki tıbbi hataları özellikli olarak incelendiğinde; eğitim kuruluşlarının niteliksiz sağlık çalışanı yetiştirmesi, çalışanların sayıca yetersiz kalması, yoğun çalışma saatleri, dönüşümlü çalışma sistemi, stres, cihazların yetersiz ve bozuk olması, aydınlatma, havalandırma vb. fiziki yapıdan kaynaklı sorunlar, sağlık kaynaklarının yetersiz olması, bilgi ve teknolojiden yeterli düzeyde yararlanılmaması gibi pek çok etken tıbbi hataların oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca bilgi ve beceri eksikliği, tedbirsizlik, acemilik, özen eksikliği, ihmal ve hastaya bakım vermeme gibi sebepler tıbbi uygulama hata kaynaklarını oluşturmaktadır (Şahin, 2012: 25-29).

Tıbbi hata uygulamaları genellikle hasta muayenesinin gerektiği şekilde yapılmaması, laboratuvar seçimlerinin uygun olarak yapılmaması, elde edilen verilen yanlış yorumlanması, tedavinin yanlış yönlendirilmesi durumunda hastaya zamanında müdahale edilmemesi, tedavi sürecinde ilaç komplikasyonlarının oluşması, yeterli düzeyde hasta takibi ve bakımının yapılmaması gibi nedenlerden kaynaklı ortaya çıkmaktadır (Ersoy,2004:161-162).

Tıbbi hataların kök nedenleri genellikle çok açık değildir. Yapılan araştırmalar doğrultusunda tıbbi hatalar bireysel hatalardan çok genellikle eksiklikler, yetersizlikler sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden tıbbi hatalar kişisel hatalar olarak kabul edilmesinin yanında sistemden kaynaklı hatalar olarak da ele alınmalı ve sisteme yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır. Daha öncede değinildiği gibi tıbbi hatalar genellikle üç temel nedenlerden kaynaklı oluşmaktadır. Bunlar; insanlardan kaynaklı nedenler, kurumsal nedenlerden kaynaklı ve teknik nedenlerden kaynaklı tıbbi hatalardır. Tıbbi hataların nedenleri arasındaki unsurlardan biride hasta ile ilgili olan hatalardır.

Tıbbi hata nedenlerinden bir tanesi de kötü iletişimdir. Hastalar, herhangi bir sağlık hizmeti veren kuruma herhangi bir nedenle başvurduklarında ya çekindiklerinden

ya utandıklarından ya da heyecanlandıklarından dolayı durumlarıyla ilgili soru sormadıkları kendilerini iyi ifade edemedikleri gözlemlenmiştir. Bazen de durumlarıyla ilgili olarak nasıl bir soru sormaları gerektiğini bile bilmemektedirler. Hastaların bu durumu doğru tedavinin uygulanmamasına neden olmaktadır. Çünkü hasta hastalığını, neresinin ağrıdığını doğru bir içimde ifade etmemesi durumunda doğru tanı konulamayıp doğru tedavi de uygulanmamaktadır. Bu da tıbbi hataların oluşmasına neden olmaktadır.

Tıbbi hataların oluşmasına neden olan insan faktörlü durumların bir kaçını ele alacak olursak; dikkatsizlik, tıbbi girişim sırasında yapılması gerekenin yapılmamasıdır. Hastaya oksijen vermek yerine karbondioksit verilmesi dikkatsizliğe verilebilecek yerinde bir örnektir. Tedbirsizlik, önlenilecek bir tehlikenin zamanında önlenememesi veya geç kalınmasıdır. (Örneğin alerjisi olan bir hastaya ve bunun bilinmesine rağmen hastaya alerjiye sebebiyet verilecek olan ilacın verilmesidir). Meslekte yetersizlik, temel mesleki bilgilerin eksik olması ve gerekliliklerin yerine getirilmemesi gibi durumları ifade etmek için kullanılan bir kavramdır. Hatalı ilaç girişinde bulunmak tedbirsizlik durumuna örnek olarak gösterilebilecek durumlardandır. Özen eksikliği; evrensel tıp değerlerinin uygulanmaması özen eksikliğinin göstergesidir. Örneğin kanaması olan hastanın bekletilmesi, tedavi sürecinin sürekli olarak izlenmesi gereken bir hastanın yeterli sıklıkta takibinin yapılmaması gibi durumlar. Diğer bir faktör ise emir ve yönetmeliklere uyulmamasıdır. Yani kanun, tüzük, yönetmeliklerin bağlayıcılığını göz ardı etmek ve gereklerinin yerine getirilmemesidir. (Örneğin bilimsel olmayan bir tedavi yönteminin hastaya uygulanmasıdır ya da işkenceye göz yummak gibi durumlardır).

Tıbbi hataların oluşmasına sebebiyet veren durumlar, uygulamayı yapan sağlık çalışanının normal koşullar altında sahip olması gereken yeteneğe ve bilgiye sahip olmaması, dikkatsiz- özensiz davranması, doğru iletişimin hasta ile kurulamaması, teknolojik yersizlik ve aksaklıklardır ( [bkalistay.ankara.edu.tr/2017](http://bkalistay.ankara.edu.tr/2017)).

Top vd. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin tıbbi hataların nedenleri üzerindeki değerlendirmelerine ait bazı tanımlayıcı istatistikleri

göstermektedir. Tabloda tıbbi hata nedenleri hekimlerin değerlendirmeleri doğrultusunda tıbbi hataların oluşmasındaki etkilerine göre en çok etkiliden en az etkiliye doğru sıralanmıştır. Buna göre araştırmaya katılan hekimler, tıbbi hataları en çok etkileyen olası faktör olarak “kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene etme ve tedavi etme baskısını” algılamaktadırlar. İkinci en yüksek etkili neden olarak ise “yoğun çalışma vb. nedenlerden oluşan yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik gösterilmiştir.

#### **1.1.4.1. İnsan Kaynaklı Tıbbi Hatalar**

İnsan unsuruna bağlı olarak yaşanan tıbbi hatalar söz konusu edildiğinde akla ilk gelen hekimler ve hemşirelerdir. Ancak tıbbi hatalara, evde bakımı yapılan hastalar için bakımını yapan kimselere, eczacılara bağlı olarak da tıbbi hatalar yaşanmaktadır.

İnsan unsuruna bağlı hatalar söz konusu edildiğinde; yorgunluk, yetersiz eğitim, özensizlik, dikkatsizlik, iletişimsizlik, yanlış karar verme gibi nedenler yer almaktadır (Özata ve Altuncan, 2010: 110).

İnsan unsuruna bağlı oluşan tıbbi hatalar genellikle daha öncede değinildiği gibi yoğun çalışma koşullarına bağlı olarak oluşan yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özenin gösterilmemesi, iletişim kopukluğu, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış kararların alınması, mantık hatlarının yapılması, tartışmacı kişilik gibi etkenlerden kaynaklanmaktadır. Tıbbi hataların insandan kaynaklı oluşum nedenlerini yani yargı hataları, iletişim hataları, kayıt hataları, hekim hataları ve hemşire hatalarını ayrı ayrı incelemek gerekmektedir (Işık vd., 2014:2).

**Yargı hataları**, bilgi ve dikkat eksikliğinden, yanlış ya da eksik algılama gibi nedenlerle sağlık çalışanlarının yanlış kaniya ulaşmasıdır. Bu hatalar daha çok acil merkezlerde meydana gelmektedir.

**İletişim hataları**, iletişim hasta ve hekim arasındaki en önemli köprüdür. Çünkü hasta- hekim arasındaki ilişki tıbbi uygulamaların omurgası konumundadır. İletişimden kaynaklı oluşan hatalarda hekim, hastaya tedavisi ve hastalığıyla ilgili bilgi verilirken, oluşabilecek durumları anlatırken, olağan durumu yani gerçekleri saklayarak, saptırarak

ya da hastanın isteği dışında eksik anlatarak hastanın farklı beklentilere sokması sonucu oluşmaktadır.

Tıbbi uygulama sırasında hasta ve hekimin yüz yüze görüşmesi çok önemlidir. Çünkü tıbbi uygulama sürecinde telefonla yapılan görüşmeler sağlıklı olmayıp, yanlış yönerge alıp- verme, yanlış ya da eksik anlama gibi iletişimden kaynaklı tıbbi hatalara sebebiyet vermektedir. Doğal olarak yapılan bu görüşmelerin çoğunluğu kaydedilmediğinden bu konuşmalarla ilgili farklı iddialar sunulmaktadır. Bunun dışında sağlık hizmeti veren kuruluşlardaki sağlık çalışanları ile ya da tedavi ile ilgilenen sağlık personeli ile yapılan konuşmalar da yanlış anlaşılabilmekte ve buna bağlı olarak yanlış uygulama durumlarının oluşmasına da neden olmaktadır.

İletişim hatalarının altında yatan nedenler farklılık gösterebilmektedir. Yoğun alışma sistemleri ve şartları kadar bireylerin kültürel yaklaşımlarından kaynaklı oluşabilmedir. Hiyerarşik sistemlerin bulunduğu, cezalandırma yönetimlerinin uygulandığı yerlerde bireylerin sağlıklı bilgi alış verişi yapması zorlaşmaktadır.

Sağlık personeli arasındaki iletişimden kaynaklı da tıbbi hatalar oluşabilmektedir. Sözel ve yazılı iletişim biçimleri kullanılarak rapor verilmektedir. Rapor tutmak, hastanın sağlık durumuyla ilgili bilgi edinmek için kullanılan bir iletişim tekniğidir. Raporlar, sağlık personeli arasındaki sözlü ve yazılı bilgi alışverişi olduğu için önemli ve dikkat edilmesi gereken bir husustur. Çünkü bu raporların tam ve eksiksiz olması, olaylara dayanması, raporda yer alan bilgilerde bütünlük ve doğruluk olması tıbbi uygulamalarının doğru biçimde yapılmasını sağlamaktadır aksi durumlarda tıbbi hatalara neden olmaktadır. Bunun dışında hemşirelerin hastaya ve ailesine ulaşmasında en etkili araçlardan bir tanesi iletişimdir. Hemşire iletişim bilgilerini hekim ve diğer sağlık personeli ile paylaşarak, yasal ve ahlaki yönden hata oluşumunu önlemektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000: 26).

**Kayıt hataları,** düzgün olmayan ve eksik tutulan tıbbi kayıtlar tıbbi hataların oluşumuna neden olmaktadır. Kayıtların tutulması yasal bir zorunluluktur. Hasta ile ilgili tıbbi bilgiler hasta kartına, yatan hasta içinde hasta dosyasının ilgili kısımlarına ayrıntılı olarak yazılmalıdır. Yazılmayan ya da eksik yazılan bilgiler tıbbi uygulama

hatalarının oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Bu yüzden kayıtların düzenli ve ayrıntılı tutulması oldukça önemlidir.

**Hekimlere Bağlı Tıbbi Hatalar**, insan kaynaklı hataların; %65'i hekimlerden , %12'si hemşirelerden, %9,9'u hekim ve hemşirelerin ortak kusurundan, %2,3'ünün ise laboratuvar görevlilerinden kaynaklı olarak yaşandığı görülmektedir (Akbiyık, 2009: 10). Bu verilerden de görülmektedir ki insan kaynaklı tıbbi hataların büyük bölümü hekimlerle bağlantılı hatalardır. Hekimlere bağlı olarak yaşanan tıbbi hatalar göz önünde bulundurulduğunda ise belirleyici bazı nedenler ön plana çıkmaktadır. Bu nedenlerin başında hekimlerin iş yükü gelmektedir. İş yoğunluğundan kaynaklı hastalarına yeterli derecede zaman ayıramayan hekimler teşhiste ve buna bağlı olarak da tedavide hatalar yapabilmektedir.

Uzmanlık alanı dışındaki hastaları tedavi etmek durumunda kalan hekimlerde de tıbbi hatalarla sonuçlanan durumlarla karşılaşmaktadır. Bu durum daha çok hastanelerin acil polikliniklerinde ve benzeri nedenlerden kaynaklanmaktadır. Burada bir nokta dikkati çekmektedir. Hekimlere bağlı hataların tamamına yakını görevinde yetkin olan ve aslında iyi niyetli hareket eden hekimlerden kaynaklanmaktadır. Hekimin bilgi ve uzmanlık yetersizliğinden kaynaklanan hatalar ancak %1'lik bir dilimi oluşturmaktadır (Khan ve Bagga, 2007: 170).

**Hemşirelere Bağlı Tıbbi Hatalar**, sağlık çalışanlarına bağlı tıbbi hatalarda hekimlerden sonra hemşirelere bağlı hatalar gelmektedir. İlk bakışta hemşire kaynaklı tıbbi hataların, hekimlere kıyasla ölümcül sonuçlara yol açmayacağı düşünülmektedir. Ancak tıbbi tedavinin yürütülmesi sürecinde hemşireler de en az hekimler kadar önemli bir konumda bulunmaktadırlar. Hemşirelerin kusuru davranışlarının bir kısmı doğrudan tıbbi hata kategorisine girerken, belirli bir kısmı ise hekimlerin yanlış veya eksik tedavi uygulamasına neden olduğu için dolaylı hatalar olarak nitelendirilmektedir.

Hemşirelere bağlı tıbbi hataların büyük bölümü; ilgili kayıtların eksik tutulmasından, hataların bakımları ve ilaç kontrollerini eksik yapmasından ve değerlendirme yetersizliği gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır (Önal, 2009: 10). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hemşirelerden kaynaklı tıbbi hataların önlenmesi için alınması gereken tedbirlerle ilgi kimi önerilerde bulunmuştur. Hastalara ve

yakınlarına olası risklere ilişkin ön bilgi vermesi gerekliliği, istenmeyen bir durumla karşılaşılması durumunda ilgili birimin veya kişinin en kısa süre içerisinde haberdar edilmesi, gerek hastalarla gerekse de diğer sağlık çalışanlarıyla iletişimin güçlendirilmesi, yeterli istihdamın sağlanması ve çalışma saatlerinin ideal düzeye çekilmesi gibi konularda aktif bir rol oynaması gibi öneriler bu konuda ön plana çıkmaktadır (<http://www.icn.ch/publications/international-nurses-day/2016>).

2009 yılında Konya’da dört farklı hastanede 240 hemşirenin katıldığı bir araştırmada tıbbi hatalara neden olan faktörler şu şekilde sıralanmıştır: hemşire iş yükünün fazla olması, hemşire sayısının yeterli olmaması, görev dışı işlerin verilmesi, stres, yoğunluk, yorgunluk, tanı testlerinin yetersiz olması, araç gereçlerin bozulması, yan etkisi olan ilaçların kullanımınıdır (Özata, 2010:100-111). Hemşirelerin tıbbi hata yapma nedenlerine yönelik olarak yapılan başka bir araştırmada, hemşirelerin %23,3’ünün çalışma saatlerinin fazla olmasını,%16’sının hemşire sayısının az olması ve yorgunluğu hata nedeni olarak gösterdikleri belirtilmiştir (Aştı ve Kıvanç, 2003: 14-19).

Genel olarak hemşirelerden kaynaklı tıbbi hataların oluşmasının nedenleri; iş yükü fazlalığı, çalışan hemşire sayısının yeterli olamaması, stres, yorgunluk, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, aylık nöbet sayılarının fazla olması, çalışılan birimlerin sabit olmaması, protokol ve prosedürlerin anlaşılır olmamasıdır. Bunların dışında terfi imkânlarının olmaması, düşük ücret, iletişim yetersizliği gibi durumlar iş doyumunu olumsuz etkilemekte ve tıbbi hataların meydana gelmesine sebebiyet vermektedir. İş yoğunluğunun olduğu birimlerde mesai bitimine doğru hemşirelerde aşırı yorgunluğa bağlı olarak dikkat dağınıklığı oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarda günlük sekiz saat ve sekiz saatten daha az çalışan hemşirelerde %1,6 tıbbi hata tespiti yapılırken, günlük on iki saatten fazla çalışan hemşirelerde bu oran % 6 olarak belirlenmiştir. Gece çalışan hemşirelerin gündüz çalışanlara göre hata yapma ihtimalleri daha fazladır. Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemi ve görev dışı sorumluluklar hemşirelerin tükenmesine ve iş doyumunun azalmasına neden olmakla birlikte tıbbi hataların oluşumuna da zemin hazırlamaktadır (Çetinkaya, 2016: 56-57).

#### 1.1.4.2. Kurum Kaynaklı Tıbbi Hatalar

Kurumsal faktörler söz konusu olduğunda çok çeşitlik nedenler gözlemlenebilmektedir (Karaca, 2006: 54-62);

- Yeterli finansal kaynağa sahip olmama,
- Otomasyon sistemindeki yetersizlik,
- Kullanılan cihazların teknik bakımdan yetersiz olması,
- Kurum idaresinden kaynaklı yönetsel eksiklikler ve hatalar,
- Personel sayısının yetersiz olması veya iş yükünün fazla olması,
- İletişim sisteminin yeterli gelişmişlikte olmaması, gibi nedenler bunlardan bazılarıdır.

Gerçek, tüzel ya da kuruma ait olan tıbbi hatalar hastanede gerçekleştikleri zaman bundan birinci derecede hastane yönetimi sorumludur. Çünkü hastane yönetimi sağlık kuruluşunun tüm süreçlerinden sorumlu bir misyona sahiptir. Bu yüzden hastanelerde belirli standartların oluşturulması, hastanede bulunması gerek asgari koşulları oluşturması, tıp bilimi ve teknolojik uygulamalarında gerçekleşen yeni gelişmeleri takip ederek hastaneyi donatması gerekmektedir. Ayrıca hastane yönetiminin personeliyle ilgili olarak da sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukların başında hekim de dâhil olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının seçiminin yapılması ve denetlenmesidir. Tıbbi cihazların kullanılmasına yönelik olarak da hastane yönetimin yönlendirmesiyle bu cihazların uzman kişiler tarafından kullanılmasını sağlamak, cihazların fonksiyon göreceğ biçimde hazır olarak bulundurmak, cerrahi cihazların sterilizasyon işlemlerinin yürütülmesini sağlamak gibi sorumlulukları bulunmaktadır.

Kurum kaynaklı tıbbi hataların oluşmasına neden olan faktörler genel olarak bina yapısı, politikalar, idari ve finansal yapı, geri bildirim konularında yetersizlik, liderlik, sağlık personellerinin yanlış dağılımı, yetersiz otomasyon, eksik cihazlar, yetersiz aletler şeklinde ifade edilebilir.

### **1.1.4.3. Teknik Kaynaklı Tıbbi Hatalar**

Tıp eğitimi sürecinde öğretilen teknik yöntemler, yeterli düzeyde bilgi sahibi olunmaması, dikkatsizlik ya da beceri eksikliği gibi durumlar nedeniyle yanlış biçimde uygulanırsa teknik hatadan kaynaklı tıbbi hatalar oluşmuş olur. Genellikle teknik hatalar beceri eksikliği veya yetersizliği, tıbbi uygulamaların yeterli olarak yapılmaması, bilginin beceriye dönüştürülmemesi gibi nedenlerden kaynaklı oluşmaktadır. Tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesine destek olan donanım, alet ve cihazların üretimi, kullanımını sırasında bilgi, beceri eksikliği, dikkatsizlik, tecrübesizlik gibi faktörlerden dolayı oluşan hatalardır. Teknik hatalar kendi içinde de üç gruba ayrılmaktadır.

- Üretim hataları,
- Kullanım hataları,
- Kalibrasyon hataları.

Teknik kaynaklı tıbbi hataların nedenleri, tıbbi cihazların bakımının ve kalibrasyonlarının yapılmaması, tıbbi cihazların alt yapısının standartlara uymamaması, kullanılan cihazlarda yersizlik ve eksiklikler olarak belirtilebilir.

### **1.1.5. Hata Türüne Göre Tıbbi Hatalar**

Tıbbi hataların türlerine göre sınıflandırılmasında ilaç kullanımına bağlı hatalar ve cerrahi hatalar ön plana çıkmaktadır. Görülme sıklığı bakımından daha seyrek olmakla birlikte, tehlikeli sonuçlar doğurma riski taşıyan hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu vb. hatalardan oluşmaktadır.

#### **1.1.5.1. İlaç hataları**

Yapılan literatür taramalarında ilaç kavramı vücuttaki hücrelerin temel fizyolojik ve kimyasal süreçlerini değiştiren kimyasallar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşanma sıklığı bakımından ilaç hataları en sık karşılaşılan tıbbi hatalardan biridir. Bu tip hataların yaklaşık % 56'lık kısmı basit önlemlerle önlenebilir türden hatalardır (Akalin, 2001: 24). Sağlık personelinin, hastaların denetiminde olmasına

rağmen; sık karşılaşılan ve hastanın sağlığında geri dönüşü olmayan, yer yer ölümlerle sonuçlanan durumlarla karşılaşmaktadır (NCCMERP, 2015).

Yanlış ilaç kullanımından kaynaklanan tıbbi hatalar;

- Yanlış doz,
- Yanlış ilaç,
- Yanlış yol,
- Diğer sebepler, olarak sınıflandırılmaktadır.

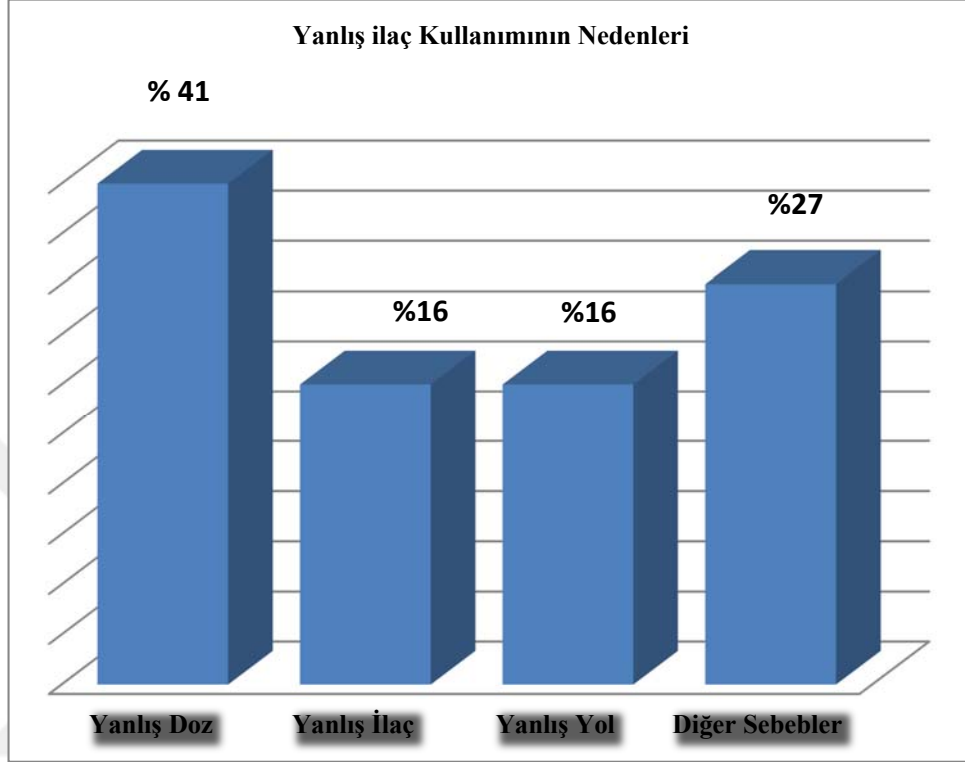
Bu sebepler arasında birinci sırada yanlış dozda ilaç kullanımı bulunmaktadır. Hastanelerde yatan hastaların takibi ve ilgili kayıtlarında karşılaşılan aksaklıklar ve hastaların evde tedavilerinde daha çok ilacın tedaviyi hızlandıracağı yönündeki düşünceler bu hatalara kaynaklık etmektedir. Hastaların tedavisi sürecinde çeşitli nedenlerle yanlış tanılar konulabilmektedir. Bu durum da kaçınılmaz olarak yanlış ilaç kullanımını tetiklemektedir.

ABD’de her yıl 770.000 hasta ilaç hatalarına maruz kalmakta ve bu hastalardan en az 7000’i ölmektedir. Her 5 dozun birinde ilaç hatası oluşmaktadır. Yapılan araştırmalar doğrultusunda IOM 2004 yılı raporu verilerine göre 2000-2002 yıllarında her yıl 195.000 kişi ilaç hataları nedeniyle ölmüştür (Karadağ, 2009: 1, <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/2016/>).

İlaç hatalarının nedenleri genellikle ilaç adının benzer olması ya da ambalajlarının benzerliği, çok fazla kullanılmayan ilaçlar olduğu için, alerjiye neden olan ve sık kullanılan ilaçlar, kullanım uygunluğunun test edilmeyen ve belirli kontrollerden geçirilmeyen ilaçlardır. İlaç hataları tıbbi hatalar içinde hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileyen en yaygın hata tipidir. Hastaya verilen ilaç uygulamaları belirli süreçler dâhilinde gerçekleşmektedir. Bunlar reçetelenme, dağıtım, izleme ve kontrol süreçleridir. İlaç hataları bu süreçlerin herhangi birinde yaşanmaktadır.

İlaç hataları; görünüş olarak aynı olan ilaçların birbirine yakın alanlarda bulundurulması ve karıştırılması, telefonda sözlü olarak veya hekim direktifinde yazılı olarak verilen ilaçların okunuş ve ses benzerliklerinden dolayı yanlış yorumlanması ve karıştırılması gibi nedenlerle oluşur. Yine telefonda sözlü olarak verilen direktifler ilaç

direktif hatalarının en çok görülen nedenleri arasındadır, tabii ki bu aşamada ilaç dozunun yanlış anlaşılması ilaç hatalarına neden olmaktadır (Dikmen vd, 2014: 49).



Şekil 1.1. Yanlış İlaç Kullanımının Nedenleri

İlaç alımından kaynaklı tıbbi hatalar göz önünde bulundurulduğunda Şekil 1.1. 'de görüldüğü gibi ilk sırada yanlış dozda ilaç alımından kaynaklı olduğu görülmektedir. İkinci sırada diğer sebepler yer alırken, yanlış ilaç kullanımı ve yanlış yolla ilaç alımının aynı seviyede olduğu görülmektedir.

İlaç hatalarının önlenmesi için yapılması gerekenler (Karataş ve Akıncı, 2010: 234):

- Riskli ilaçlar tanımlanmalıdır,
- İlaçlar uygun yerlerde muhafaza edilmelidir,
- Eczacılar verilen ilaçları hasta birlikteliğiyle kontrol etmelidir,
- Eczacılar ilacın kullanım talimatını hastayla paylaşmalıdır,
- Uzun süreçli kullanılacak olan ilaçların üzerlerine ilacın açılış tarih ve saati yazılmalıdır,

- Hastanın rahatsızlığıyla ilgili daha önceden kullandığı ilaçların tespiti yapılmalıdır,
- İlacın yan etkileri gözlemlenmelidir.

İlaç hataları farklı ve çok boyutlu bir problemdir. Hatalar genellikle istem verilmesi, istemin hasta tedavi defterine veya dosyasına kaydedilmesi, ilaçların hazırlanması ve uygulaması aşamalarında ortaya çıkmaktadır. Bu hatalar hemşire, hekim, eczacı, hasta, birey ve kurumdan kaynaklı oluşabilmektedirler.

### **1.1.5.2. Cerrahi Hatalar**

Cerrahi, en yüksek tehlike riskini taşıyan klinik durumdur. Bu alanda yapılan hatalar büyük oranda ölümler ve kalıcı hasarlarla sonuçlanmaktadır. Çalışmalar cerrahi hataların %2'lik kısmında hata yaşandığını göstermektedir (Gawande ve Thomas, 1999: 70).

Cerrahi de yaşanan tıbbi hatalar; ortamdan kaynaklanan enfeksiyon, kanama, yanık, basınç yaraları, düşmelerden kaynaklı olarak yaşanmaktadır. Güvenli bir cerrahi ortamının yaratılması temel olarak üç aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; Anestezi öncesi, anestezi sonrası ve hastanın ameliyathaneden çıkarılması aşamasıdır ([http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/cerahi\\_hasta\\_guven.pdf/2015](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/cerahi_hasta_guven.pdf/2015)).

Yapılan incelemeler doğrultusunda cerrahi müdahaleler dünya genelinde her 25 kişiden birine uygulanmaktadır. DSÖ verilerine göre, dünyada genel olarak bir yılda 234 milyon cerrahi işlem uygulanmaktadır. Türkiye'de ise 2007 verileri dâhilinde 2 milyon 256 bin büyük, 1 milyon 308 bin orta ve 1 milyon 585 bin küçük cerrahi müdahaleler yapılmıştır. Cerrahi güvenlik konusuna dair artan bilgi düzeylerine rağmen cerrahi hatalar, cerrahi bakımlar sırasında yaşanmaktadır. Cerrahi uygulamalara bağlı olarak meydana gelen komplikasyon oranları gelişmekte olan ülkelerdeki kayıt oranlarının yetersizliğinden kesin olarak belirlenmemektedir. Ama genel olarak cerrahi tedavi alan hastalarda %3-22 ve ölüm oranları %0,4-0,8 olduğu tahmin edilmektedir. Her sene yaklaşık olarak 7 milyon cerrahi hastası, ciddi düzeyde komplikasyonlar yaşamakta ve bunların 1 milyonu cerrahi uygulama sırasında veya sonrasında ölmektedir (Yavuz, 2010:1).

Cerrahi hataların yapılmasının nedenleri aşağıda sıralanmıştır (Aydemir ve Yıldırım, 2016: 80-82):

- Doğru hastaya doğru cerrahi işlemin yapılmaması,
- Anestezik madde verilmesi sonucu oluşabilecek zararlara karşı yöntemlerin kullanılmaması,
- Havayolu tıkanmalarının tanınmaması ve buna yönelik olarak gerekli önlemlerin alınmaması,
- Cerrahi müdahale sırasında oluşabilecek kan kaybı durumlarına karşı tedbirli olunmaması,
- Cerrahi müdahalenin yapıldığı yerde enfeksiyon riskini minimum düzeye indirecek yöntemlerin kullanılmaması,
- Hasta ile ilgili bilgilerin ameliyat ekibi ile paylaşılmaması ve ekip arasında iletişim kurulamamasıdır.

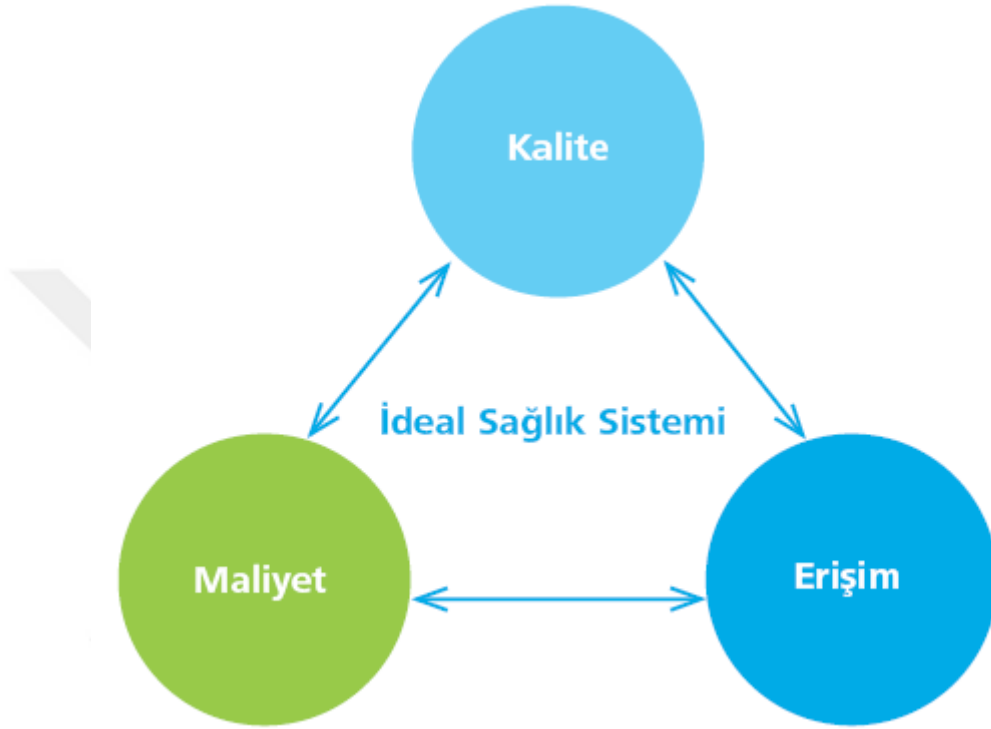
Cerrahi hatalar, cerrahi ekip arasındaki iletişim yersizliğinden, taraf işaretlemeye hastanın katılmamasından ve doğru olan prosedürlerinin yetersizliğinden kaynaklı oluşmaktadır. Bunun yanında yeterli hasta değerlendirmelerinin yapılmaması, tıbbi kayıtların yeterli olarak gözden geçirilmemesi, cerrahi ekip arasındaki iletişim yanlış bir kültürün olmaması, yazılı olan iletişimdeki karmaşalar da cerrahi hataların nedenleri arasında yer almaktadır. Cerrahi uygulamanın gerçekleştiği hastaların sorunları genellikle karmaşıktır ve bu hastalar diğer hastalara oranla tıbbi hatalara daha açıktır.

## **1.2. Tıbbi Hataların Bildirim Sistemleri**

Tedavi amacıyla kurumda bulunan hastaların durumları sağlıklı bir insana göre hassas bir durumdur. Bu nedenle sağlıklı bir insana herhangi bir zarar vermeyecek veya kendisi tarafından önlemi alınabilecek durumlar, hasta için tehlike oluşturabilmektedir. Sağlık personelinin ilk görevi hastanın var olan durumunun kurumun çevresel, fiziki vb. özelliklerinden dolayı daha kötüye gitmesini engellemek ve hasta güvenliğini almak olmalıdır.

Hastanın tedavisi ancak ideal ortamın yaratılmasıyla mümkün olmaktadır. Ancak bu ideal ortamın yaratılması koşullarında bile istenmeyen kimi hatalar

yapılabilmektedirler. Gerek kişilerin kendi hatalarından kaynaklı olsun gerekse de nesnel nedenlere bağlı olsun tıbbi hataların bildirim sorunu bir konu olma özelliği taşımaktadır. İdeal sağlık sistemi denildiğinde Şekil 1.2.'de görüldüğü gibi kaliteli hizmetin düşük maliyetli ve erişimi kolay bir niteliğe sahip olması anlaşılmaktadır.



Şekil 1.2. İdeal Sağlık Sistemi (Koç, 2005: 3).

Hasta güvenliği son dönemlerde sağlık bakım niteliğinin geliştirilmesi açısından ele alınan önemli konulardan bir tanesidir. Hasta güvenliğinin esas amacı tıbbi hataların azaltılması ve mümkünse bu hataların tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Tıbbi hatalar, sağlık hizmeti veren kurumların veya çalışanların etik ve uygun olmayan davranışların sergilenmesine imkân verilmesi, mesleki uygulamalarda ihmalkâr ve yetersiz davranılması durumunda hastaların zarar görmesidir. Son dönemlerde tıbbi hataları azaltmak ya da önlemek için tıbbi hata bildirim sistemi kullanılmaktadır. Tıbbi hata bildirim sistemi ile hata oranlarının azalacağı öngörülmektedir. Bunun için de sağlık hizmeti verenlere yönelik eğitimler verilmeli ayrıca yöneticilerin hata bildirimlerinin artırıcı teknikler geliştirmesi gerekmektedir (İntepeler ve Dursun, 2012: 129).

### 1.2.1. Tıbbi Hataların Bildirimi

Hata bildirim, zarara dönüşüp dönüşmemesinden bağımsız olarak verilen sağlık hizmeti sırasında meydana gelen hataların bildirilmesi, hatanın ve hatanın oluşum sürecinin bütün ekiple paylaşılmasıdır. Hatanın zarar oluşturması durumunda hatayı yapan kişiyi bulmaya yönelik değil, sistemin hangi aşamada aksadığı ya da yetersiz kaldığının araştırılarak hasta güvenliğinin tehlikeye atılmaması ve zararın tekrarlanmasını önlemeye yönelik bir sistemdir. Hata bildirim sistemiyle hataların üstü örtülmemesinin sağlanmasıyla zararın tekrarlanması engellenmiş olunur ve bu sistemle sağlık çalışanları yaptıkları veya tanık oldukları hataları birbirleriyle ve yöneticileriyle paylaşmış olurlar (Civaner vd., 2011: 43).

Hasta sağlığının sağlanması ve etkili bir güvenlik kültürünün oluşumunda hataların bildirim ve hataların açıklanması son derecede önemlidir. Yapılan hataların kabullenilmesi, hataların belirlenmesi, hatadan etkilenen kişilere hataların bildirilmesi, güvenliğin ne kadar iyi işlediğinin birer göstergesidir (HRC,2005). Sağlık hizmeti sunumunda oluşan hataları tanımlamak, bu hatalardan ötürü hastaların zarar görmesini önlemek ve azaltmaya yönelik kullanılan en iyi yöntem tıbbi hataların bildirilmesi ve bu hataların analiz edilmesidir (Dienemann, 1998; 22).

Hata bildirimleri kurumsal olarak yapılmalıdır. Ancak sağlık hizmeti veren kurumlarda hata bildirim yeterli düzeyde gerçekleştirilmemektedir. Sağlık çalışanları özellikle hekimler hataların raporlanması konusunda isteksiz davranmaktadırlar. Bu durumda bildirim sistemi istenilen düzeyde sonuç vermemektedir. Hastaların güvenliğinde tehlike oluşturan hataların bildirilmesi ve hata azaltma süreci sağlık hizmeti sunan kurumlar için devamlı kalite geliştirme programlarının ilk aşamasıdır. Bunun dışında meydana gelen hataların doğru bir biçimde bildirim için güvenli bir ortam oluşturulmalı ayrıca çalışanların katılımı ve desteği sağlanmalıdır. Pek çok hasta güvenliği programının günümüzde başarılı olmamasının nedeni, olması gereken güven ortamının oluşturulmamasıdır (Skurka,1998; 20-30).

Tıbbi hatalara neden olan veya tıbbi hataya tanık olan kimselerin, bu hataları bildirmede çeşitli tereddütler yaşadığı görülmektedir. Bu nedenle hataların gizlenmesi yoluna başvurulmaktadır. Bu durum etik açıdan doğru olmadığı gibi hasta ile hekim

arasındaki ilişkiyi de zedelemektedir. Hekim ile hasta arasındaki ilişki tıp etiğinin temel konularından birini oluşturmaktadır (Saygın ve Keklik, 2014: 114). En önemli husus ise yapılan tıbbi hatanın telafisinin gecikmesinden kaynaklı olarak yarattığı olumsuz sonuçlar daha da ağırlaşmaktadır (Karataş ve Yakıncı, 2010, 17). Tıbbi hataların belirlenmesinin uygulamada zorluğu, sağlık personellerinin genellikle hataları bildirmekten kaçınmalarından kaynaklı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden sağlık hizmeti veren kurumlarda meydana gelen istenilmeyen olayların tıbbi hatalar ile ilişkisini açıklamak genellikle zorlaşmaktadır (Top, vd.,2009: 5-23). İstenilmeyen olay ve hataların bildiriminde karşılaşılan başka bir problem gerçekleşen hatanın tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Sağlık personeli genellikle hasta ve hasta yakınlarına istenilmeyen bir olayla sonuçlanmayan davranışlarını hata olarak nitelendirmektedirler. JCAHO standartlarına göre ‘hata’ olması için istenmeyen olayla sonuçlanması zorunlu değildir (JCAHO, 2003).

Tıbbi hata eğer bir sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmişse ilk olarak ilgili birimin sorumlusuna ve kurum yönetimine bilgi verilerek, hatanın giderilmesi için gerekli müdahalenin yapılması için gerekli adımların atılması sağlanmalıdır. Tıbbi hata şayet sağlık kurumu dışında, evde vb. tedavi görüyorsa tıbbi hataya maruz kalan kişinin durumu en yakın sağlık kuruluşuna bildirilmelidir.

Tıbbi hatalar, genellikle sağlık sisteminde yanlış ilaç uygulamaları, düşmeler, hastane enfeksiyonları, yanlış cerrahi müdahaleler vb. olarak ele alınmaktadır. Bu tıbbi hatalar, hasta güvenliğinin sağlanması ve sağlık hizmetlerinin sunumun her aşamasında önlenmesi gereken hatalardır. Ancak yapılan çalışmalarda bu hataların devamlı olarak tekrar edildiği ve hasta güvenliğinin bu önlenebilir hatalar yüzünden sağlanamadığı görülmüştür (WHO, 2005: 10-6). Tıbbi hataların insan sağlığını tehlikeye düşürmeden belirlenebilmesi, hata bildirim sistemlerinin kullanımı ile hataların tekrarlanmasının engellenmesi ve çözüm yollarının üretilmesi açısından hata bildirim sistemi oldukça önemlidir (Akgün and Al-Assaf, 2007; 7-42).

Meydana gelen hatalardaki insan faktörünün analizi, sistem yanlışlıkları, istenmeyen olayların nasıl oluştuğu, hataların nedenlerini ve olayların etrafındaki koşulları kavramaya yardımcı olur. Yapılan hataların araştırılması, tartışılması hatalardan öğrenmeyi sağlayarak aynı hatanın bir daha tekrarlanmamasını sağlayacaktır.

Geribildirim sayesinde meydana gelen hataların bilgisine sahip olma, olaylara ve hatalara karşı uyanık olmaya, oluşabilecek risk etkenlerini azaltma veya önlemeye yönelik sistem geliştirmeye yönlendirir. Bu yüzden sağlık hizmeti veren kurumlar sağlık çalışanlarını istenilmeyen olayların bildirilmesi konusunda teşvik etmeli, bildirim sisteminin oluşturulması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır (Tomey, 2000; 382-416).

Hata bildirimlerinin gerçekleşebilmesi için sağlık hizmeti veren kurumlar başarılı bir hata bildirim sistemi kurmalı ve bu sistemin özelliklerini açıklanmalıdır. Kurumlar bildirim sistemine dair sorumlulukları açık bir şekilde belirtmeli, sağlık çalışanlarına bildirim sistemi ile ilgili eğitim verilmeli, kullanılacak olan bildirim sistemi belirlenip işletilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan bildirim sistemi kolay, zaman alıcı olmamalı ve cezalandırıcı bir yaklaşım sergilenmemelidir. Bunların dışında devamlı işleyen bir geribildirim sistemi kullanılmalı ve hata bildirim sistemi sonucunda elde edilen verilerle ilgili çalışanların da bilgisi olmalıdır (Karsh vd., 2006: 283-295).

Hasta güvenliğinin temel unsurları belirli başlıklar altında sınıflandırılmıştır.

- Hasta güvenliği konusunda farkındalığı attırmak için politik kararlılığa ihtiyaç vardır.
- Ulusal hasta hakları ve güvenliği adı altında bağımsız bir merkez kurulmalıdır.
- Bu kuruluş tarafından sağlık kuruluşları denetlenmelidir.
- Tüm sağlık kuruluşlarında zorunlu tıbbi hata bildirim sistemleri kurulmalıdır
- Sağlık kurumlarında hataların ve sistemle ilgili sorunların açıkça tartışıldığı bir ortam yaratılmalıdır.
- Hasta hekim ilişkisinde iletişimi güçlendirilmeli, hizmet sunumu saydamlaştırılmalıdır.
- Tıbbi hataların azaltılması mekanizmasında hastalar söz hakkına sahip olmalıdır.
- Hasta ve aile yakınlarına yönelik, hasta hakları konusundaki bilgilendirme faaliyeti süreklileştirilmelidir.
- Tıbbi hatalara karşı caydırıcı hukuki ve idari yaptırımlar uygulanmalıdır.  
(<http://www.saglikaktuel.com/haber/hasta-guvenligi-kulturu-nasil-olusturulabilir-5902.htm/2016>)

Hasta güvenliğinin sağlanmasındaki en önemli husus meydana gelen hatalarda açık iletişim kurmaktır. Hatayı gerçekleştiren ya da hataya tanıklık eden sağlık çalışanları olayı açıkça meslektaşlarına ve kuruma bildirmelidir. Böylelikle olay analizi gerçekleştirilebilir ve aynı hatanın tekrarlanmaması için gerekli tedbirler alınabilir. Yapılan hatların kabul edildiği ve neden meydana geldiği anlaşılmaya çalışılan bir kültürün sağlık hizmeti sunan kurumlarca desteklenmesi hasta güvenliği ve sağlığı açısından son derecede önemlidir. Bu nedenle hataların bildirilmesi, meydana gelen hatanın anlaşılmasını, tartışılmasını ve hatanın tekrarlanmasını önlemeye yardımcı olur (Kennedy vd., 2008: 1-8). Hataların bildirimini aynı zamanda gerçekleşen hatalardan ders çıkartılması, çözümlerinin sınıflandırılması ve hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik güvenlik konularının belirlenmesi yönünden önemli bir araçtır (Tighe vd., 2006:27-37).

Tıbbi hata türleri hemşire ve hekimlerin görevlerini yerine getirirken en sık karşılaştıkları ya da yol açtıkları hata türlerini kapsamaktadır. Bu açıdan tıbbi hata oranlarının azaltılması için öncelikle sağlık çalışanlarının tıbbi hatalara karşı tutumlarının belirlenmesi büyük öneme sahiptir.

Hata bildirimini ile ilgili yapılan çalışmaları incelediğinizde Tütüncü ve Çakır'ın 2009 yılında yapmış oldukları çalışmada, hastane çalışanlarının %81.5'nin hiç olay bildirimini yapmadığı ve olay bildirim formu doldurmadığı sonucu elde edilmiştir. Olay bildirim raporlarını doldurmayanların %71.4'ü yapılan hatanın sicillerine işleneceği endişesini taşıdıkları görülmüştür. Hata bildirim sistemi incelendiğinde tıbbi hataların çeşitli sebeplere dayalı olarak bildirilmemektedir. Tıbbi hataların % 12'si hastaya zarar vermeden atlatıldığında raporlanmamaktadır. Hataların %19'u ise hastaları etkilemeden önce fark edilerek düzeltildiği için raporlanmamaktadır ya da % 39'u nadiren raporlanmaktadır (Çakır ve Tütüncü, 2009:191-200).

Tıbbi hata bildirilmemesinin birçok nedeni vardır. Bunlardan birisi çalışanların yasal boyuttan korkmalarıdır. Bir diğeri hekim ve hemşirelerin, yöneticilerinden geri bildirim alamadıklarını ifade etmeleri, ramak kala hataları önemsemedikleri ve iş akışındaki yoğunluk vb. nedenlerle hata bildirilmemeleridir. Evans ve arkadaşlarının Avustralya'daki hastanelerde hata bildirimisiyle ilgili yapmış oldukları çalışmada hastane olay raporlama sistemi farkındalığı hemşirelerde % 99.8, hekimlerde %96'dır. Olay

raporlama sistemi ise hemşirelerde % 89.2 oranındayken hekimlerde bu oran %64.6'dır (Evans vd., 2006: 39-43).

Hata bildirimlerinin yapılmasının nedenlerine yönelik diğer bir yaklaşıma göre bu durum sağlık çalışanlarının aktif ve gizli ihmallerinden kaynaklanmaktadır. Gizli ihmaller; ağır çalışma şartları, güçlü olmayan iletişim, stresli çalışma ortamı gibi çalışma koşullarıyla alakalı olan ihmallerdir. Aktif ihmaller ise; prosedürlerdeki bilişsel hatalar, hafıza yanılgıları ile ilgili ihmallerdir. Bu ihmaller sonucunda meydana gelen birçok hatanın raporlanmamasının yanında, hatalar meydana gelmeden önce de bildirilmemektedir (Reason, 1998: 293-306). Tıbbi hataların bildirilmemesinin başka bir nedeni ise sağlık çalışanlarının yapılan hatadan ötürü utanç duymaları, suçlarını örtbas etmeye çalışmaları, başkalarını suçlayarak kendilerini savunmaları ya da başka bir biçimde kendilerine çıkış yolu aramalarıdır. Aynı zamanda sağlık çalışanları gerçekleşen ciddi hatalardan sonra kendilerini suçlu, üzgün hissetmektedirler ayrıca yapılan hatalardan doğrudan kendilerinin sorumlu olduklarının bilincinde olup disiplin cezasından korkmaktadırlar (Serembus vd., 2001: 193-201).

Tıbbi hataların bildirilmesi ve bu hataların tekrarlanmasının önüne geçilmesinde öncelikli görev kurum yönetimindedir. Öncelikli olarak yönetim tıbbi hata bildirim sistemine yönelik bütün alt yapıyı oluşturmalı ve daha sonra çalışanlarla oluşturulan sistem yürütülmelidir. Hasta güvenliği kültürünün yerleşmesinin en önemli aşaması bildirim sisteminin güvenli bir şekilde işlemesidir.

### **1.2.2. Bildirim Sistemleri**

Sağlık kurumlarında yaşanan tıbbi hatalar için ilk adım belirli standartlara göre düzenlenmiş bir bildirim sisteminin olmasıdır. Bu bildirim sisteminin istenilen verimlilikte olabilmesi için, sağlık personelinin bu bildirim sisteminde alacakları görevler doğrultusunda yeterli düzeyde bilinçlendirilmelidir. Bildirim sisteminin işleyişinde cezalandırıcı bir yöntem belirleyici unsur olmamalıdır. Sistemin işleyişinde dikkat edilmesi gereken ilk husus gerekli bilginin en hızlı şekilde alıcıya ulaştırılması ve müdahalede bulunulması olmalıdır (Şeren ve Dursun, 2012:132).

Tıbbi hataların bildirimini bireysel inisiyatife terk edilemeyecek kadar yaşamsal öneme sahip bir konudur. Hataların bir sitem çerçevesinde ele alınıp düzeltilmesi önemlidir. Bu bağlamda raporlama sistemleri büyük önem taşımaktadırlar. Raporlama sistemleri kendi içerisinde, gönüllü raporlama ve zorunlu raporlama sistemi olarak ikiye ayrılmaktadır. Gönüllü raporlama sistemleri; Slovenya, İsveç, Hollanda ve Çek Cumhuriyeti gibi ülkelerde başarıyla uygulanmaktadır. Çek Cumhuriyeti, İsveç ve Hollanda'da aynı zamanda zorunlu rapor sistemi de kullanılmaktadır. ABD, Danimarka gibi ülkelerde ise zorunlu raporlama sistemi temel yöntem olarak kullanılmaktadır (WHO, 2016). Bu raporlama sistemi sadece tıbbi uygulama hatalarını bildirmekle kalmamakta aynı zamanda olası risklerin de bildirilmesinde etkili bir sistemdir (Cohen, 2000:720). Görünürde zorunlu raporlama sisteminin daha faydalı olduğu gibi bir görüntü oluşsa da gönüllü raporlama sisteminin birçok bakımdan daha kullanışlı olduğu gözlemlenmektedir.

Türkiye'de ise kurumsal ya da ulusal bir bildirim sistemi mevcut değildir. Tıbbi hataların bildirim konusunda güvenilir ve yeterli düzeyde veriler olmadığı için gelişmiş ülkelerden alınan örnekler bu konunun önemini kavranmasında etkili olmuştur. Daha öncede belirtildiği gibi gelişmiş ülkelerde gönüllü ve zorunlu raporlama sistemleri kullanılmaktadır. Gönüllü raporlama sistemlerinin uygulandığı ülkelerde sağlık çalışanları ceza korkusu olmadan hataları, olayları bütün yönüyle anlatma imkânı bulmaktadır. Bu durumda da anlatılan olayların içindeki bilgi derinliği hatayı anlamada önemli bir etkiye sahiptir. Yapılan hatanın raporlanması için zorlanan sağlık çalışanı olayla ilgili bütün bilgi içeriğini iletme imkânı düşüktür ve kişi hata bildirimini diğer personelin benzer bir durum yaşamaması için değil, bunu bir ihtiyaç olduğu için gerçekleştirmektedir. Ayrıca gönüllü raporlama sistemi, zarara sebebiyet veren ve vermeyen potansiyel hata durumlarının sağlık çalışanlarınca iletilmesini cesaretlendirmektedir.

Zorunlu raporlama sistemi ise genellikle kötü uygulayıcıları ve sağlık kurumlarını belirlemek ve onları cezalandırmak odaklı olarak algılanmamaktadır. Bu yüzden hata bildirimlerinin etkili bir caydırıcısı haline gelmektedir. Burada önemli olan hataların bireysel değil sistem olarak düzeltilmesinin belirtilmesidir. Zorunlu raporlama programları genellikle hatayı kimin yaptığını bildirmeyen kişiyi cezalandırmaktadır. Bu yüzden uygulayıcıların ancak gönüllü raporlama programları ile özgürce hata

bildiriminde bulunmaları sağlanabilmektedir. Zorunlu hata bildirim programında genel olarak hatalı kişilerin raporlandığı düşünülmekte ve bu yüzden hata bildirimleri sınırlı kalmaktadır (Cohen, 2000;728-729 ).

Türkiye’de tıbbi hata bildirimini Sağlık Bakanlığı politikaları gereği güvenlik raporlama ve indikatörler sistemi olarak iki şekilde gerçekleştirilmektedir. HKS (Hastane Hizmet Kalite Standartları) kapsamında ele alınan indikatörler; düşmeler, kesici/delici alet yaralanması, kan ve vücut sıvıları ile temas, yoğun bakım enfeksiyonları her ay düzenli olarak incelenerek üç aylık analizlerin yorumları Sağlık Bakanlığı’na bildirilmektedir. HKS gereği olarak bütün sağlık hizmeti veren kurumların zorunlu olan güvenlik raporlama sisteminde; cerrahi güvenlik, ilaç güvenliği ve transfüzyon güvenliğini kapsamaktadır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2016). Bu üç konuya ilişkin hastaya zarar verebilecek ya da hastaya zarar veren olaylar üzerinden bildirim yapılmasını amaçlayan bir sistemdir. Cerrahi güvenlik, ilaç güvenliği ve transfüzyon güvenliği hasta güvenliğini tehdit eden olayların en sık görüldüğü konulardır.

Güvenlik raporlama sistemi (GRS), sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta güvenliğinin sağlanmasında veri sağlayan en önemli sistemdir. Meydana gelen tıbbi hataların güvenlik raporlama sistemi ile gönüllü bildirim, hasta güvenliğini tehdit eden olayların tespit edilerek zamanında gerekli tedbirlerin alınması yönünden oldukça önemlidir. GRS hastaya zarar veren olayların ya da önceden fark edilen hastaya zarar verebilecek olan olayların benzerlerinin yaşanmamasını sağlamayı amaçlayan ve bildirim yapılan olaylardan bir eğitim materyali oluşturulmasını öngören bir sistemdir. Ayrıca GRS raporlama kültürü oluşturmayı, meydana gelen olaylardan ders çıkarılmasını, öğrenme süreci ve çözüm yolları sunmayı, geliştirmeyi ve çözümlerin uygulanmasını isteklendirmeyi hedeflemektedir. Bu sistemde ana unsur, profesyoneller tarafından oluşan hataların bir daha yaşanmasını engellemek amaçlı yapılan bir sistemdir (<http://grs.saglik.gov.tr/>).

### 1.2.3. Hemşireler Açısından Önemi

Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek, yükseltmek ve herhangi bir hastalık durumunda iyileştirme amacına yönelik hizmetlerin planlanması, uygulanması, örgütlenmesi, değerlendirilmesi ve bu hizmetleri sunabilecek kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (Kalabalık, 2011: 334). Hemşirelikle ilgili tıbbi uygulama hataları; hemşirelik bakımı esnasında standart uygulamaların gerçekleştirilmemesi, iletişim ve izlem yetersizliği, kayıt tutma yetersizliği, hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili girişimlerin yeterli olmaması (Ertem vd., 2009:1-10) olarak sıralanabilir.

Sağlık sistemi içinde karşılaşılan tıbbi hatalar, tüm sağlık çalışanlarının olduğu kadar hemşirelerin hatalarından kaynaklı olarak da ortaya çıkmaktadır (Seren ve Dursun, 2012:132). Sağlık ekibi içinde hemşireler tıbbi tedavinin yönetiminde belirleyici rol oynamaktadırlar ve bu açıdan tıbbi hataların önlenmesinde aktif rol almaktadırlar (Mrayyan ve Shishani, 2007: 70). Zira hemşireler sağlık sisteminde aldıkları rol bakımından kilit rol almaktadırlar. Hemşireden kaynaklı herhangi bir tıbbi hata, hekimin de yanlış ve hatalı uygulama yaparak ikinci bir tıbbi hata durumu sebebi olmaktadır.

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), tıbbi hatalarda hemşirelerin sorumluluklarını şu biçimde sıralamıştır (<http://www.thinknursing.ca>, 2015),

- Hastaların ve ailelerinin olası riskler konusunda bilgilendirilmesi,
- İstenmeyen olayların derhal ilgili makamlara bildirilmesi,
- Bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol alınması,
- Hastalar ve diğer profesyonel sağlık bakım personeli ile iletişimin güçlendirilmesi,
- Yeterli istihdam düzeyleri sağlanması konusunda lobi faaliyetlerinin yürütülmesi,
- Hasta güvenliğini artırıcı önlemlerin desteklenmesi,
- Sıkı ve kapsamlı enfeksiyonla mücadele programlarının cesaretlendirilmesi,
- Hataları en aza indirecek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirilmesine yönelik lobi faaliyetlerinin yürütülmesidir.

Hemşireler karşılaştıkları tıbbi uygulama hatalarının % 57'sini ilaç uygulama hataları olarak ifade etmelerine rağmen, ilaç hatalarının ancak çok azını doğru biçimde raporladığı düşünülmektedir. Oranın bu kadar düşük olmasının birincil nedeni hemşirelerin bu ilaç hatalarının ciddi sonuçlar yaratmayacağına dair kanaatleri olduğu gözlemlenmiştir. Cezalandırılma korkusu da bu raporlamaların düşük olmasının başlıca nedenlerindedir (Çırpı vd., 2009: 26).

Hemşirelerin, gerek bizzat kendisinden kaynaklanmış olsun gerekse de tanık olduğu hataları eksiksiz biçimde raporlamasını sağlamak için belirleyici birkaç husus bulunmaktadır. Bunlardan birincisi hemşirelere, tıbbi hatanın küçüğü olmayacağı bilincinin aktarılmasıdır. Bu ancak hemşirelerin tıbbi hatalar konusunda gerekli eğitimi almalarıyla oluşacak bir bilinçtir. Bir başka yöntemse, hemşirelerle, başta idari pozisyonlarda yer alan personeller olmak üzere, diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişimi güçlendirmektir.

Hata bildiriminde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Çünkü hastanın güvenliği ve verilen sağlık hizmetinin kalitesinin en yakın takipçileridir. Bu yüzden sağlık bakımında hataların oluşumuna katkıda bulunan etkenleri belirleyip, tanımlaması ve bu hataları bildirmesi büyük önem taşımaktadır. Bu açıdan hatalara sebebiyet veren etkenlerin tanımlanması ve riskli durumların minimuma indirilmesi özellikle hemşireler tarafından yürütülmektedir. Ciddi sonuçlar doğuran hatalar açısından birçok hemşire sorumluluk almaktadır (Meurier vd., 1997:111-119).

Hata bildiriminde hemşireler hekimlere oranla daha fazla hata bildirim sistemini kullanmaktadırlar (Schuerer vd., 2006:202-205). Ancak hata bildiriminde hemşireler de genel olarak disiplin cezası korkusu olmadan ilaç hataları bildirilmesine rağmen diğer gerçekleşen hataların bildirilmesi konusunda isteksiz davranmaktadırlar (Meurier vd., 1997:111-119).

Tıbbi hataların hemşireler tarafından bildirilmesi, hemşirelerin meydana gelen hatayı anlamasına, hemşirelerin olayın bildirilmesi gerekliliğine inanmasına, hatayı kendisinin gerçekleştirdiğinin inancının oluşmasına ve hemşirelerin tıbbi yönetimin hatadan dolayı kendisine vereceği cezanın korkusu ve utancının üstesinden geleceğine istekliliğine bağlıdır. (Mayo and Duncan, 2004: 209-217).

### 1.3. Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi

Hastanelerde yönetim süreci işletme yönetimi ve bir sağlık kurumunun yönetimi olarak, iki temel başlık altında ele alınmaktadır. İşletme yönetimi olarak ve bir sağlık kurumunun yönetimi olarak. Tartışılan konu bağlamında, hastanelerin temel işlevi olan sağlık kurumu olma ve yönetim olguları incelenmiştir. Klinik yönetimi, hangi bakımdan ele alınmış olursa olsun, kalite yönetimi kavramı ile yakından ilişkilidir.

Hastaneler özelliklerinden dolayı yönetilmesi en zor olan kuruluşlardan birisidir. Bütün bu özelliklerinden dolayı hastanelerin son derece profesyonelce ve çağdaş yönetim tekniklerine uygun bir şekilde yönetilmeleri gerektiği ortaya çıkmaktadır (Can,2008: 94).

İşlevsel bir yönetim sürecinin varlığı ancak; laboratuvar yönetim yapısı, insan kaynakları yönetimi, doküman yönetimi, teknik yapının oluşturulması, takibi ve kontrol edilmesi, bilgi yönetimi, iletişim gibi birçok farklı unsurun bir arada ele alınmasıyla mümkün olabilmektedir. Tıbbi hataların klinik yönetimine ilişkin doğru bir yol haritası çıkarabilmek için, hastanelerin yapısal özellikleri iyi analiz edilmelidir. Bu özellikleri şu şekilde tanımlamıştır (Kavuncubaşı, 200: 56);

- Uzmanlaşma: Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- İşlevsel bağımlılık: Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek derecede eşgüdüm gerekir.
- Profesyonelleşme: Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir.
- Yönetimsel denetim zorlukları: Hizmet miktarının ve harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde tam etkili olan yönetimsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulmamıştır.
- İkili otorite hattı: Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır ve bu durum eşgüdümleme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.

- Görevlerin karmaşıklığı ve değişkenliği: Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Acillik ve ertelenemezlik: Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Hata ve belirsizlikler karşı duyarlılık: Yapılan işlere hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösterilemez.
- Çıktının tanımlanması ve ölçümü: Çıktının tanınması ve ölçümü güçtür.

Sağlık kurumları, insan odaklı kurumlar oldukları için oluşabilecek her türlü hataya karşı oldukça dikkati olmalıdırlar. Öyle ki bu hatalar birçok kez ölümlerine sonuçlanmaktadır. Bu bakımdan sağlık kurumlarının gelişmiş bir önleme sistemine sahip olmaları bir zorunluluktur. Bu bağlamda alınacak önlemlerin bir kısmı şu şekilde ifade edilmektedir (Karataş ve Yakıncı, 2010, 235);

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek uygulamaların standartlarının belirlenmesi ve her düzeyde çözüm üretilmesi,
- Özellikle ilaç uygulaması hatalarının önlenmesinde önemli rol oynayacak olan klinik eczacılık uygulamalarının sağlık hizmeti sunumunda yer alması, ayrıca yan etkilerin Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne bağlı bir birim olan "Farmakovijilans Merkezi"ne bildirilmesi,
- Tıbbi hataların çekinmeden bildirilmesi ve cezalandırmanın olmadığı bir ortamın sağlanması,
- Sağlık çalışanlarına konuyla ilgili eğitim verilmesi,
- Tıbbi hataların önlenmesi için kaynak ayrılması,
- Bütün sayılanların bir kültür olarak yerleşmesi yapılan tıbbi hataları oldukça azaltacaktır.

Sağlık sektörü kesinlikle hata kabul etmeyen sektördür. Bu yüzden hasta güvenliği konusunda ve tıbbi hataların azaltılmasında önemli rolü olan klinik yönetimi farklı yaklaşımlarla hasta güvenliği kültürünü kurum içerisine yerleştirmek zorundadır. Bu noktadaki en önemli husus hasta güvenliği ile ilgili süreçlerin iyi bir şekilde yönetilmesini sağlamaktır. Bu yüzden hastane yöneticileri, sistem ve süreçlerin iyi bir

şekilde yönetilebilmesi için sistem ve süreçlerle ilgili olan problemlerin kurum içerisinde açıkça ve cezalandırma korkusu olmadan dile getirilip tartışılabileceği bir ortam oluşturmalarıdır. Bunun dışında sağlık hizmeti sunan profesyonellerin işe alınımından itibaren eğitime tabi tutularak hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanlarında oluşması ve farkındalıklarının artırılması da sağlanmalıdır.

Hastane yönetimi, hasta güvenliğini sağlamak için uygulayacağı insan kaynakları politikalarıyla çalışanların aşırı iş yükünü ve uzun çalışma saatlerinden kaynaklanan stres ve stres kaynaklı problemlerini ortadan kaldırmayı amaçlamalıdır. Bunun yanında hasta ve hasta yakınlarının kendilerine olduğu kadar çevrelerine verebilecekleri zararı engelleyebilmek için klinikte yaşam güvenlik şartları oluşturulmalıdır. Ayrıca hasta güvenliği için hastaların bilgilerine doğru ve zamanında ulaşabilmek için bir güvenlik sistemi kurulmalıdır. Bununla birlikte tıbbi hataları azaltmak ve maliyetleri düşürmek için kalite yönetim sistemi klinik içerisinde kurulup uygulanmalıdır (Byers ve White, 2004: 37-38).

Tıbbi hataların önlenmesi için klinik yöneticileri kontrol ve planlama faaliyetlerini yürütürken, süreçleri tıbbi hataları azaltacak bir biçimde tasarlamalı, güvenlikle ilgili beklentilere ve gelişimlere cevap vermelidirler.

Tıbbi hata, hastaya sunulan sağlık hizmeti esnasında kasıtlı olmayan bir aksamanın neden olduğu beklenilmeyen sonuç olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliği ise bir hastanın müdahale ve potansiyel sağlık tehlikesi oluşturabilecek durumdan uzak olması, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması olarak ifade edilmektedir (Yalçın ve Acar, 2010: 12). Tıbbi müdahaleler esnasında hata ve kazalardan dolayı hastaların yaralanmasına neden olan tıbbi kazalar, insan hatalarından ya da teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanmaktadır.

Tıbbi hatalar genellikle kullanışsız prosedürlerden, yetersiz eğitimden, yetersiz teknolojiyen, personel sayısının azlığı, meslek öncesi ve sonrası eğitim eksikliği, cihazların bakım ve onarımının sağlanmaması, yoğun çalışma saatleri düşük kalite standartlarından, yeterli olmayan ekipmanlardan, zaman baskısı ve tecrübesiz-yetersiz personelden vb. şeklinde tıbbi hata nedenleri sırlanabilir. Sağlık hizmetleri günümüzde

sağlık sektöründeki gelişmelere paralel olarak daha karmaşık bir hal almıştır. Zaman baskısı, geniş donanımlı teknolojik cihazlar ve bireysel kararlar sağlık profesyonellerinin hata yapmasına zemin hazırlamaktadır. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse tıbbi hatalar kişilerden çok sistemden kaynaklı meydana gelmektedir. Sonuç olarak gerek sistem kaynaklı olsun gerek kişi kaynaklı olsun meydana gelen tıbbi hatalar hastanın zarar görmesine neden olmaktadır (WHO, 2004:1). Kliniklerde meydana gelen tıbbi hatalarla ilgili resmi bir kayıt sistemi bulunmamasına rağmen tıbbi hatalar nedeniyle birçok hasta ya sakat kalmakta ya da hayatını kaybetmektedir. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen bu hatalar klinik yönetimince alınacak kararlarla ve iyileştirme süreçleriyle azaltılabilir ve önüne bilinir.

Sağlık sektöründe kalite programlarının en önemli hususlarından bir tanesi de hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, hastalara zarar vermemek amacıyla kliniklerde çalışanlar tarafından alınan önlemlerin bütünüdür. Oldukça önemli olan hasta güvenliği klinik yönetiminin tutumundan etkilenmektedir. Hasta güvenliğinden sağlık profesyonelleri kadar hastane yönetimi de sorumludur. Bu bakımdan hastane yönetimi tıbbi hatalara yönelik olarak; sağlık profesyonellerinin eğitimi ve meslekte tutulması, işe alımları, performans iyileştirilmesi, ilaçlarının kullanımı, enfeksiyonlarla mücadele, cihazların kullanımı, alımı, sağlıklı klinik uygulamaları, çevresel faktörler, risk yönetimi gibi konulara göre stratejiler geliştirmelidir (Çırpı vd., 2009: 27-28).

Hastane yönetimi tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanmasında öncelikli olarak sorumludur. Hastane yönetimin almış olduğu kararlar hasta güvenliğini etkileyebilmektedir. Örneğin; yönetimin yeterli sayıda profesyonelle çalışmama politikası çalışanların aşırı iş yükü, uykusuzluk, yorgunluk, dikkat bozukluğu gibi durumlar nedeniyle konsantrasyon düşüklüğü yaşamasına ve hatalar yapmasına neden olmaktadır. Bu yüzden yeterli düzeyde profesyonelle çalışmalı ve çalışma koşulları iyileştirilmelidir. Bunun dışında örneklendirecek olursak hastane yönetiminin organizasyon içerisindeki birimlerle kurduğu iletişim de hasta güvenliğini etkileyebilmektedir. Birimler arası kurulan iyi iletişimle hastalarla ilgili bilgiler zamanında erişilebilirlik ve sorunlara yönelik çözümler bulunmasını sağlamaktadır.

Klinik yönetimiyle kalite yönetimi kavramlarının yakından ilişkili olduklarına daha öncede değinilmiştir. Yönetimin tıbbi hataların önlenmesine yönelik olarak almış

olduğu tedbirler aynı doğrultuda hasta güvenliği hizmetlerinin kalitesinin gelişimine de katkı sağlamaktadır. Kalite ve güvenlik i ie geçmiş olan kavramlar olduğu için hastane yönetimi hastalara güvenli bir hizmet sunarken aynı zamanda kaliteli hizmet de sunmuş olacaktır. Ayrıca iyi bir maliyet yönetim sistemiyle de gerek personel kayıplarının gerek ilaç israflarının önüne geçilerek hasta güvenliği tehlikeye düşürülmemiş olunur.

Kliniklerde tıbbi hataların nlenmesindeki diğer bir husus, etkin bir yaklaşım olan raporlama sistemlerinin aktif bir şekilde kullanılması, işlerlik kazanması ve uygulamalara yönelik olarak verilerin işlenip kurum için yararlı bilgiye dönüşmesidir. Ayrıca hasta şikyetlerinin değerlendirilip, hatalı uygulamaların raporlanarak olayların sebep ve zmlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bunun yanında sağlık çalışanlarının hatalara karşı tutumları belirlenerek, hasta güvenliğinin farkındalığını artırarak, hasta güvenliğine ilişkin olarak çalışanların görev ve sorumlulukları açık bir şekilde belirlenip sağlık profesyonelleriyle iletişimi artırarak yapılan hataların raporlanmasının cesaretlendirilmesi gerekir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### TIBBİ HATALAR VE OLUŞUM NEDENLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

#### 2.1. Gereç Ve Yöntem

##### 2.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen tıbbi hataların sebeplerini ortaya koymak, hataların sıklıklarına ve klinik yönetimine yönelik olarak analizler yapmaktır. Bu çalışma sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan hatalı olayların nedenlerinin belirlenmesi ve eksikliklerin göz önünde bulundurularak tıbbi hatalara yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

##### 2.1.2. Problem Cümlesi

"Hastanelerde görev alan personelin uzmanlık alanlarına göre tıbbi hata algılarının belirlenmesi nasıldır?" "tıbbi hatalar esas olarak hangi sağlık profesyonelinin kaynaklanmaktadır", "Tıbbi hataların önlenmesinde yönetsel süreçte ne tür düzenlemeler yapılmalıdır?" ve "Tıbbi hataların önlenmesine yönelik klinik yönetim süreçleri yeterli midir", kliniklerin faaliyetleri yeterli midir?" soruları araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

##### 2.1.3. Varsayımlar

Anketin uygulanması sürecinde Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan sağlık profesyonelleri ve idari birimdeki çalışanların bilgi toplama aracı olarak anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

##### 2.1.4. Araştırma Kısıtları

Bu araştırma;

- Anketin yapıldığı 2016 yılı ile sınırlıdır.
- Sağlık profesyonellerinin ve idari birimdeki çalışanların, uygulanan anketteki sorulara verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

- Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlarla yapıldığından, araştırma bulguları bu hastanede çalışanlardan elde edilen veriler ile sınırlıdır.

Bu açıdan çalışmanın herhangi bir genelleme yapma iddiası bulunmamaktadır. Çalışmanın ülkedeki bütün sağlık hizmeti sunan kurumlara genelleşebilmesi için daha geniş bir evren üzerinde çalışılması gerekmektedir.

### **2.1.5. Evren ve Örneklem**

Bu araştırmanın evrenini, Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi personeli (geçici görevliler dâhil olmak üzere yaklaşık olarak 1968 kişi) oluşturmaktadır. Araştırmanın amacına uygun olarak bir eğitim ve araştırma hastanesi olma özelliği göz önünde bulundurularak Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çalışanları örneklem olarak seçilmiştir. Bu çerçevede hastanede 73'sü hekim, 91'si hemşire, 112'i diğer sağlık çalışanları ve 24'ü idari personel olmak üzere 300 kişiye ulaşılmıştır. Anket çalışması 2016 yılının Haziran ve Temmuz aylarında gerçekleştirilmiştir.

### **2.1.6. Veri Toplama Aracı**

Araştırmada veri toplama aracı olarak Tıbbi Hatalar ve Oluşum Nedenleri Anketi kullanılmıştır. Anket formunda katılımcıların demografik özelliklerini ölçen ve esas olarak tıbbi hata nedenlerini belirlemeye ve bu hataların klinik yönetimine ilişkin sorular bulunmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek toplandı. Veri formları çalışmaya katılmaya gönüllü sağlık çalışanlarına gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmacıların denetiminde gerçekleştirildi. Araştırmada likert tutum ölçeği kullanılmıştır.

### **2.1.7. Yöntem ve Verilerin Analizi**

Soru formlarıyla elde edilen bilgiler SPSS 20. 0 yazılımı ile elektronik ortama aktarılmış ve analiz edilmiştir. Katılımcılara ait demografik bilgilerin ve tıbbi hatalarla ilgili sorulara verilen cevapların dağılımı frekans analizi ile incelenmiştir. Tıbbi hataların klinik yönetimi ile ilgili ifadeler 1-5 puan aralığında derecelendirilmiş ve ifadelere verilen cevaplardan ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır.

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ifadelerinin ölçek oluşturması amacıyla geçerlilik çalışması için faktör analizi yapılmıştır. Veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığının tespiti için KMO katsayısı hesaplanmış, Bartlett testi yapılmış ve veri setinin faktör analizi için uygun olduğu görülmüştür. Faktör analizi sonucunda maddelerin ağırlıkları incelendiğinde 9. Maddenin hiçbir faktör altında yeterli derecede ağırlık almadığı, 5 ve 24. maddelerin ise birden fazla faktör altında yakın derecede ağırlıklandığı görülmüştür. Bu sebepten dolayı bu üç madde çalışma dışı bırakılmış ve faktör analizi tekrarlanmıştır. Faktör analizi sonucunda maddelerin faktör yapısı incelenerek, faktörler maddelerin ortak özelliklerine göre isimlendirilmiş ve faktör skorları hesaplanmıştır. Elde edilen faktör skorlarının ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Sonrasında hesaplanan faktör skorlarının soru formunun ilk kısmında elde edilen çeşitli parametrelere göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Cinsiyet, medeni durum, eğitim alma durumu gibi iki gruplu değişkenler için faktörlerin anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı bağımsız gruplarda t testi ile, görev, birim, çalışma süresi gibi ikiden fazla grup içeren parametrelere göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı ise tek yönlü varyans analizi (One WAY ANOVA) ile incelenmiştir. Tek yönlü varyans analizi sonrası gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık çıkması halinde, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için TUKEY testi yapılmıştır. Yapılan bütün analizler %95 güven aralığı içinde yapılmıştır.

## **2.2. Bulgular**

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

### **2.2.1. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler**

Katılımcılara ait demografik bilgilerin dağılımı frekans analizi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 2.1’de verilmiştir.

**Tablo 2.1.** Demografik Bilgilerin Dağılımı

Demografik Değişkenler		n	%
Yaş (yıl)	20-24	32	10,7
	25-29	85	28,3
	30-34	60	20,0
	35-39	72	24,0
	40 ve üzeri	51	17,0
Cinsiyet	Erkek	137	45,7
	Kadın	163	54,3
Medeni Durum	Evli	171	57,0
	Bekâr	129	43,0
	Toplam	300	100,0
Görev	Hekim	73	24,3
	Hemşire	91	30,3
	İdari personel	24	8,0
	Diğer	112	37,3
Çalışılan birim	Acil servis	164	54,7
	Yoğun bakım	29	9,7
	Servis	52	17,3
	Ameliyathane	39	13,0
	İdari birim	16	5,3
Genel hizmet süresi	1-4 yıl	84	28,0
	5-8 yıl	94	31,3
	9-12 yıl	43	14,3
	13-16 yıl	34	11,3
	17 ve üzeri yıl	45	15,0
Hastanedeki hizmet süresi	1-4 yıl	140	46,7
	5-8 yıl	87	29,0
	9-12 yıl	39	13,0
	13-16 yıl	16	5,3
	17 ve üzeri yıl	18	6,0
Toplam		300	100,0

Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %10,7'si 20-24 yaş grubu kişilerden oluşurken ; %28,3'ü 25-29 yaş grubu; %20'si 30-34 yaş grubu, %24'ü 35-39 yaş grubu ve %17'si ise iken 40 ve üzeri yaş grubunda kişilerden oluşmaktadır.

Cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %45,7'sini erkekler oluştururken, olup, %54,3'ü ise kadındır.

Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %57'sinin evli, %43'ünün ise bekâr olduğu görülmektedir.

Görevlere göre dağılım incelendiğinde ise %24,3'ünün hekim, %30,3'ünün hemşire, %8'inin ise idari personel olduğu görülmektedir. Diğer görevlerde bulunan personel oranı ise %37,3'tür.

Birimlere göre dağılım incelendiğinde katılımcıların %54,7'si acil serviste, %9,7'si yoğun bakımda, %17,3'ü serviste görevli iken, ameliyathanede görevli olanlar katılımcıların %13'ünü oluştururken, idari birimlerde görevli olanlar ise %5,3'tür.

Genel hizmet sürelerinin dağılımı incelendiğinde; 1-4 yıl arası hizmeti bulunanlar katılımcıların %28, 5-8 yıl hizmeti bulunanlar %31,3'ünü, 9-12 yıl hizmeti bulunanlar %14,3, 13-16 yıl hizmeti bulunanlar %11,3; 17 yıl ve üzeri hizmeti bulunan katılımcılar ise %15'tir.

Hastanedeki hizmet sürelerinin dağılımı incelendiğinde ise katılımcıların %46,7'si 1-4 yıl arası hizmeti bulunanlardan, %29'u 5-8 yıl hizmeti bulunanlardan, %13'ü 9-12 yıl hizmeti bulunanlardan, %5,3'ü 13-16 yıl hizmeti bulunanlardan; ise %6'sı ise 17 yıl ve üzeri hizmeti bulunan katılımcılardan oluşmaktadır.

Tıbbi hatalar ile ilgili sorulara verilen cevapların dağılımı yine frekans analiz ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 2.2.'de verilmiştir.

**Tablo 2.2.** Tıbbi Hata İle İlgili Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı

Tıbbi Hata ile İlgili Sorular		n	%
Tıbbi hatalar konusundaki kurum eğitiminden memnuniyet	Evet	151	50,3
	Hayır	149	49,7
Tıbbi hata yaşanma sıklığı	Çok sık	6	2,0
	Sıklıkla	26	8,7
	Bazen	121	40,3
	Nadiren	107	35,7
	Hiç	40	13,3
Tıbbi hatalar ve oluşumları konusunda eklemek istenilen başka husus varlığı	Evet	15	5,0
	Hayır	285	95,0
Toplam		300	100,0

Katılımcıların tıbbi hatalar konusundaki kurum eğitiminden memnun olup olmadıklarının dağılımı incelendiğinde; %50,3'ünün memnun, %49,7'sinin ise memnun olmadığı görülmektedir. Katılımcıların ancak %8'i sıklıkla ve %2,7'si çok sık olarak tıbbi hatalarla karşılaştıklarını belirtmiş olmaları, sağlık çalışanlarının tıbbi hataların minimuma indirilmesine yönelik duyarlılıklarının üst düzeyde olduğu gözlemlenmektedir.

Katılımcılara kurumda tıbbi hata yaşanma sıklığı sorulduğunda %2'si çok sık cevabı vermiştir. Sıklıkla cevabı verenler %8,7; bazen cevabı verenlerin %40,3; nadiren cevabı verenler ise %35,7'dir. Katılımcıların ise %13,3 hiç tıbbi hata yaşanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %95'i tıbbi hatalar ve oluşumları konusunda eklemek istedikleri başka bir hususun olmadığını belirtmiştir.

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ile ilgili ifadelerle katılım düzeyi 1-5 skalasında değerlendirmeleri istenmiştir (1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum). Puanlanan katılım düzeylerinin her bir madde için ortalamaları ve standart sapmaları belirlenmiş ve sonuçları Tablo 2,3'de verilmiştir.

**Tablo 2.3.** Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi İle İlgili İfadelerin Ortalama ve Standart Sapmaları

İfadeler	AO	SS
Daha önce herhangi bir tıbbi hata vakasıyla karşılaştım	3,02	1,34
Herhangi bir meslektaşımın tıbbi uygulama hatası vakasına tanık oldum.	2,90	1,29
Sağlık çalışanları karşılaştıkları tıbbi hata vakalarını hastaya / hasta yakınına açıklarlar.	2,75	1,21
Herhangi bir tıbbi hata yaşanılması durumunda bunun hastayla paylaşılması gerekir.	3,49	1,28
Sağlık çalışanları karşılaştıkları tıbbi hataları zamanında sorumlu birimlere bildirirler.	3,31	1,18
Yönetici değişikliği kuruma dinamizm getirir.	2,74	1,06
Yönetici değişikliğinin yapılması iş yükünün artacağı endişesini arttırır.	2,66	,98
Yönetici değişikliğinden sonra yeni gelen yöneticiye karşı nasıl davranacağımın belirsizliğini yaşadım	2,48	,87
Tıbbi uygulama hataları önlenebilir niteliktedir	3,87	,97
Tıbbi hataların oluşum nedenleri sağlık insan gücü eksikliğidir.	3,81	1,27
Tıbbi hataların oluşum nedenleri hekim sayısının az olmasıdır.	3,75	1,32
Tıbbi hataların oluşum nedenleri yardımcı sağlık personeli sayısının az olmasıdır	3,96	1,18
Tıbbi hataların oluşum nedenleri eğitimlerinin yetersizliğidir	3,78	1,19
Tıbbi hatalar aşırı iş yükünden kaynaklanmaktadır.	4,38	,91
Tıbbi hatalar uzun çalışma saatlerinden kaynaklanmaktadır.	4,34	,96
Tıbbi hatalar hekim başına düş hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır.	4,20	1,05
Tıbbi hatalar iletişim eksikliğinden kaynaklanmaktadır.	4,00	1,03
Tıbbi hatalar teknik donanım yetersizliğinden yaşanmaktadır.	3,63	1,10
Tıbbi hatalar çevresel faktörlerden kaynaklı yaşanmaktadır. (ısı, ışık vb.)	3,32	1,29
Görev yaptığım hastanede tıbbi hataları önlemeye yönelik faaliyetleri yeterli buluyorum.	2,85	1,01
Çalıştığımız kurumda tıbbi hataların önlenmesine yönelik personel eğitimine gerekli özen gösterilmektedir.	3,12	2,57
Çalıştığımız kurumda tıbbi hata bildirim sisteminin yeterli olduğunu düşünüyorum.	2,87	,94
Çalıştığımız kurumda tıbbi hata bildirim sistemi aktif biçimde kullanılmaktadır.	2,80	,97
Çalıştığımız kurumda Kliniklerde sorumluluklar nettir ve istenildiği anda sorumlu kişilere ulaşılabilir.	3,43	1,08
Çalıştığınız kurum hasta güvenliği için önceki yıllara göre daha fazla çaba sarf etmektedir.	3,55	,98
Birçok istenmeyen yan etkinin, çoklu sistem hatalarından kaynaklandığına ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanmaktasınız.	3,27	1,05
Birçok istenmeyen yan etkinin, çoklu sistem hatalarından kaynaklandığına ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanmaktasınız.	3,16	,95
Son olarak tıbbi hatalar bireysel ya da kurumsal kökenlidir.	4,24	1,03

İfadelere ait ortalama değerler incelendiğinde katılım düzeyinin en fazla olduğu ilk üç ifade, “Tıbbi hatalar aşırı iş yükünden kaynaklanmaktadır,” , “Tıbbi hatalar uzun

*çalışma saatlerinden kaynaklanmaktadır”, “Son olarak tıbbi hatalar bireysel ya da kurumsal kökenlidir.” ifadeleridir. Katılım düzeyinin en az olduğu üç ifade ise; “Yönetici değişikliğinden sonra yeni gelen yöneticiye karşı nasıl davranacağımanın belirsizliğini yaşadım” , “Yönetici değişikliğinin yapılması iş yükünün artacağı endişesini arttırır.” ve “Yönetici değişikliği kuruma dinamizm getirir.” ifadeleridir.*

Ortalamalar göz önünde bulundurulduğunda sağlık çalışanlarının tıbbi hataların daha çok insan unsuruna bağlı olarak yaşandığını düşündükleri görülmektedir. Bunun ise daha çok iş yükünün fazla olmasından kaynaklı olduğuna inanılmaktadır. Buda tıbbi hataların kısa vadeli ve düşük maliyetle yöntemlerle çözülebileceğini göstermektedir. Sağlık çalışanlarının anket sorularına verdikleri yanıtlarda 3,87 ortalamayla önlenbilir olduğuna dair fikir belirtmişlerdir. Buna rağmen tıbbi hataların önlenmesine yönelik girişimleri yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Verilerde göstermektedir ki tıbbi hataların önlenmesine yönelik tedbirler daha çok çalışan sayısının ihtiyacı karşılayacak orana getirilmesi ve sağlık çalışanlarının iş yükünün azaltılması gibi idari önlemlerle sağlanacağıdır.

İkincil düzeyde önlemler olarak değerlendirilebilecek unsurlar söz konusu olduğunda “iletişim eksikliğinin” önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Tıbbi hatalara neden olan iletişim eksikliğinin bir boyutu iş yükünün fazla olmasından kaynaklı olarak ele alınabilir. Fakat çalışanların eğitimlerinin yetersiz olması da iletişim eksikliğine neden olan unsurlar arasında değerlendirilebilir.

### **2.2.2. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Geçerlilik Çalışması**

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ölçeğinin geçerlilik çalışması için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni birbirinden bağımsız daha az sayıda boyuta indirgemekte olup, yorum kolaylığı sağlamaktadır. Veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan KMO katsayısı ve bartlett küresellik testi sonuçlarına göre KMO katsayısı 0,722; bartlett küresellik testi anlamlılık değeri ise 0,05 ten küçük bulunduğu için veri setinin faktör analizi için uygun olduğu görülmüştür.

Tablo 2.4'te verilen varyans açıklama tablosuna göre 28 maddenin kaç faktör altında ağırlıklandırıldığının belirlenmesi için öz değeri 1'den büyük olan bileşen sayısına bakılmış ve 28 maddenin 8 faktör altında ağırlıklandırıldığı görülmüştür. Buna göre ilk faktör toplam varyansın %20,6'sını, ikinci faktör %14,9'unu, üçüncü faktör %8,1'ini, dördüncü faktör %6,3'ünü, beşinci faktör %5'ini, altıncı faktör %4,7'sini, yedinci faktör %4,6'sını, sekizinci faktör ise %3,7'sini açıklamaktadır. 8 faktör toplam varyansın %67,8'ini açıklamakta olup, açıklanma oranının %60'ın üzerinde olması yeterli görülmektedir.

**Tablo 2.4.** Açıklanan Varyans Tablosu (1. Adım)

Bileşen	Başlangıç özdeğerleri			Kareler Toplamı		
	Total	% Varyans	Kümülatif %	Total	% Varyans	Kümülatif %
1	5,757	20,6	20,6	5,8	20,6	20,6
2	4,174	14,9	35,5	4,2	14,9	35,5
3	2,260	8,1	43,5	2,3	8,1	43,5
4	1,762	6,3	49,8	1,8	6,3	49,8
5	1,406	5,0	54,8	1,4	5,0	54,8
6	1,306	4,7	59,5	1,3	4,7	59,5
7	1,295	4,6	64,1	1,3	4,6	64,1
8	1,025	3,7	67,8	1,0	3,7	67,8
9	,974	3,5	71,3			
10	,877	3,1	74,4			
11	,746	2,7	77,1			
12	,728	2,6	79,7			
13	,642	2,3	82,0			
14	,612	2,2	84,2			
15	,556	2,0	86,1			
16	,469	1,7	87,8			
17	,457	1,6	89,5			
18	,419	1,5	90,9			
19	,411	1,5	92,4			
20	,378	1,4	93,8			
21	,333	1,2	95,0			
22	,318	1,1	96,1			
23	,242	0,9	97,0			
24	,207	0,7	97,7			
25	,191	0,7	98,4			
26	,171	0,6	99,0			

27	,155	0,6	99,5			
28	,129	0,5	100,0			

Maddelerin hangi faktör altında ağırlıkladığının belirlenmesi amacıyla oluşturulan bileşen matrisi Tablo 5’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde 9. Maddenin hiçbir faktör altında yeterli derecede ağırlık almadığı, 5 ve 24. maddelerin ise birden fazla faktör altında yakın derecede ağırlıklandığı görülmüştür.

**Tablo 2.5.** Faktör Matrisi (1. Adım)

	Faktör							
	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Tıbbi hatalar hekim başına düş hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır.	,852							
12. Tıbbi hataların oluşum nedenleri yardımcı sağlık personeli sayısının az olmasıdır	,822							
15. Tıbbi hatalar uzun çalışma saatlerinden kaynaklanmaktadır.	,808							
11. Tıbbi hataların oluşum nedenleri hekim sayısının az olmasıdır.	,769							
14. Tıbbi hatalar aşırı iş yükünden kaynaklanmaktadır.	,753							
10. Tıbbi hataların oluşum nedenleri sağlık insan gücü eksikliğidir.	,725							
9. Tıbbi uygulama hataları önenebilir niteliktedir								
22. Çalıştığımız kurumda tıbbi hata bildirim sisteminin yeterli olduğunu düşünüyorum.		,836						
23. Çalıştığımız kurumda tıbbi hata bildirim sistemi aktif biçimde kullanılmaktadır.		,653						
20. Görev yaptığım hastanede tıbbi hataları önlemeye yönelik faaliyetleri yeterli buluyorum.		,649						
21. Çalıştığımız kurumda tıbbi hataların önlenmesine yönelik personel eğitimine gerekli özen gösterilmektedir.		,532						
24. Çalıştığımız kurumda Kliniklerde sorumluluklar nettir ve istenildiği anda sorumlu kişilere ulaşılabilir.		,505				,492		
7. Yönetici değişikliğinin yapılması iş yükünün artacağı endişesini arttırır.			,841					
8. Yönetici değişikliğinden sonra yeni gelen yöneticiye karşı nasıl davranacağımın belirsizliğini yaşadım			,832					
6. Yönetici değişikliği kuruma dinamizm getirir.			,754					
13. Tıbbi hataların oluşum nedenleri eğitimlerinin yetersizliğidir			,423					
4. Herhangi bir tıbbi hata yaşanılması durumunda bunun hastayla paylaşılması gerekir.				,811				
3. Sağlık çalışanları karşılaştıkları tıbbi hata vakalarını hastaya / hasta yakınına açıklarlar.				,748				

5.Sağlık çalışanları karşılaştıkları tıbbi hataları zamanında sorumlu birimlere bildirirler.									
18.Tıbbi hatalar teknik donanım yetersizliğinden yaşanmaktadır.									
17.Tıbbi hatalar iletişim eksikliğinden kaynaklanmaktadır.									
19.Tıbbi hatalar çevresel faktörlerden kaynaklı yaşanmaktadır. (ısı, ışık vb.)									
25.Çalıştığımız kurum hasta güvenliği için önceki yıllara göre daha fazla çaba sarf etmektedir.									
26.Birçok istenmeyen yan etkinin, çoklu sistem hatalarından kaynaklandığına ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanmaktasınız.									
2.Herhangi bir meslektaşımın tıbbi uygulama hatası vakasına tanık oldum.									
1.Daha önce herhangi bir tıbbi hata vakasıyla karşılaştım									
27.Birçok istenmeyen yan etkinin, çoklu sistem hatalarından kaynaklandığına ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanmaktasınız.									
28.Son olarak tıbbi hatalar bireysel ya da kurumsal kökenlidir.									

Bu durumda ilgili maddeler çalışma dışı bırakılıp, faktör analizi adımları tekrarlanmıştır. Veri setinin faktör analizi için uygunluğu tekrar test edilmiş ve KMO katsayısı 0,753, Bartlett küresellik testi anlamlılık düzeyi ise yine 0,05 den küçük bulunduğu için veri setinin uygunluğu tekrar gözlenmiştir. Tablo 6’de verilen açıklanan varyans tablosu incelendiğinde, özdeğeri 1’den büyük bileşen sayısı 7 olduğu için kalan 25 maddenin 7 faktör altında ağırlıklandığı sonucuna varılmıştır.

Varyans açıklama oranları incelendiğinde; ilk faktör toplam varyansın %23,43’ünü, ikinci faktör %13,27’sini, üçüncü faktör %8,93’ünü, dördüncü faktör %6,86’sını, beşinci faktör %5,75’ini, altıncı faktör %5,26’sını, yedinci faktör ise %4,70’ini açıklamaktadır. 7 faktör toplam varyansın %68,20’sini açıklamakta olup, açıklanma oranının %60’ın üzerinde olması yeterli görülmektedir.

**,Tablo 2.6. Açıklanan Varyans (2. Adım)**

Bileşen	Başlangıç özdeğeri			Kareler Toplamı		
	Total	% Varyans	Kümülatif %	Total	% Varyans	Kümülatif %
1	5,62	23,43	23,43	5,62	23,43	23,43
2	3,18	13,27	36,70	3,18	13,27	36,70
3	2,14	8,93	45,63	2,14	8,93	45,63
4	1,65	6,86	52,49	1,65	6,86	52,49
5	1,38	5,75	58,24	1,38	5,75	58,24
6	1,26	5,26	63,50	1,26	5,26	63,50
7	1,13	4,70	68,20	1,13	4,70	68,20
8	0,88	3,67	71,88			
9	0,87	3,64	75,52			
10	0,75	3,12	78,63			
11	0,68	2,84	81,48			
12	0,67	2,79	84,27			
13	0,58	2,43	86,70			
14	0,48	2,01	88,71			
15	0,46	1,90	90,60			
16	0,42	1,73	92,34			
17	0,35	1,45	93,79			
18	0,34	1,42	95,20			
19	0,26	1,07	96,27			
20	0,22	0,93	97,21			
21	0,21	0,86	98,06			
22	0,17	0,72	98,79			
23	0,16	0,66	99,44			
24	0,13	0,56	100,00			

Tablo 2.7’de verilen bileşen ağırlık matrisinde hangi maddelerin hangi faktör altında ağırlıklandığı görülmektedir. Aynı faktör altında yer alan maddelerin ortak özellikleri incelenerek faktörler isimlendirilmiş ve yine Tablo 2.6’da belirtilmiştir.

**Tablo 2.7.** Faktör Matrisi (2. Adım)

İfadeler	Faktör						
	Hata nedenleri	Sistem yeterliliği	Yönetici değişikliği etkisi	Yetersizlikler	Hata ile karşılaşma	Hatanın hastayla paylaşımı	Hata kökeni
16. Tıbbi hatalar hekim başına düş hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır.	,855						
12. Tıbbi hataların oluşum nedenleri yardımcı sağlık personeli sayısının az olmasıdır	,831						
15. Tıbbi hatalar uzun çalışma saatlerinden kaynaklanmaktadır.	,810						
11. Tıbbi hataların oluşum nedenleri hekim sayısının az olmasıdır.	,777						
14. Tıbbi hatalar aşırı iş yükünden kaynaklanmaktadır.	,753						
10. Tıbbi hataların oluşum nedenleri sağlık insan gücü eksikliğidir.	,721						
22. Çalıştığımız kurumda tıbbi hata bildirim sisteminin yeterli olduğunu düşünüyorum.		,793					
23. Çalıştığımız kurumda tıbbi hata bildirim sistemi aktif biçimde kullanılmaktadır.		,755					
20. Görev yaptığım hastanede tıbbi hataları önlemeye yönelik faaliyetleri yeterli buluyorum.		,755					
25. Çalıştığımız kurum hasta güvenliği için önceki yıllara göre daha fazla çaba sarf etmektedir.		,592					
21. Çalıştığımız kurumda tıbbi hataların önlenmesine yönelik personel eğitimine gerekli özen gösterilmektedir.		,574					
7. Yönetici			,869				

değişikliğinin yapılması iş yükünün artacağı endişesini arttırır.							
8.Yönetici değişikliğinden sonra yeni gelen yöneticiye karşı nasıl davranacağımın belirsizliğini yaşadım			,831				
6.Yönetici değişikliği kuruma dinamizm getirir.			,775				
18.Tıbbi hatalar teknik donanım yetersizliğinden yaşanmaktadır.				,791			
17.Tıbbi hatalar iletişim eksikliğinden kaynaklanmaktadır.				,721			
19.Tıbbi hatalar çevresel faktörlerden kaynaklı yaşanmaktadır. (ısı, ışık vb.)				,700			
13.Tıbbi hataların oluşum nedenleri eğitimlerinin yetersizliğidir				,416			
2.Herhangi bir meslektaşımın tıbbi uygulama hatası vakasına tanık oldum.					,927		
1.Daha önce herhangi bir tıbbi hata vakasıyla karşılaştım					,872		
4.Herhangi bir tıbbi hata yaşanılması durumunda bunun hastayla paylaşılması gerekir.						,834	
3.Sağlık çalışanları karşılaştıkları tıbbi hata vakalarını hastaya / hasta yakınına açıklarlar.						,822	
27.Birçok istenmeyen yan etkinin, çoklu sistem hatalarından kaynaklandığına ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanmaktasınız.							,848
28.Son olarak tıbbi hatalar bireysel ya da kurumsal kökenlidir.							,577

Buna göre; 10,11,12,14,15 ve 16 maddeler tıbbi hataların nedenlerine ilişkin maddeler olduğu için birinci faktör “*hata nedenleri*” olarak, 20,21,22,23 ve 25. maddeler tıbbi hata bildirim sistemin yeterliliğine ilişkin maddeler olduğu için bu faktör “*sistem yeterliliği*”; 6,7 ve 8. maddeler yönetici değişikliğinin etkisi ile ilgili maddeler olduğu için “*yönetici değişikliği etkisi*”, 13,17,18 ve 19. maddeler yetersizlikleri içerdiği için bu faktör “*Yetersizlikler*” olarak isimlendirilmiştir. 1 ve 2. maddelerin olduğu faktör “*Hata ile karşılaşma*”; 3 ve 4. maddelerin olduğu faktör hatanın hastayla paylaşımı, 27 ve 28. maddelerin olduğu faktör ise “*Hata kökeni*” olarak isimlendirilmiştir.

Maddelerin faktör yapısına göre ilgili faktörlerin skorları madde ortalamaları alınarak oluşturulmuştur. Skorlandırma aşamasında 7. ve 8. Maddelerin ifadeleri olumsuz olduğundan bu madde skorları ters kodlanmış ve hesaplamaya dâhil edilmiştir.

Oluşturulan faktörlere ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 2.8’de verilmiştir.

**Tablo 2.8.** Faktör Skorlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Boyutlar	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Hata nedenleri	300	1,00	5,00	4,07	0,92
Sistem yeterliliği	300	1,00	5,00	3,01	0,76
Yönetici değişikliği etkisi	300	1,33	5,00	3,20	0,42
Yetersizlikler	300	1,50	5,00	3,68	0,83
Hata ile karşılaşma	300	1,00	5,00	2,96	1,24
Hatanın hastayla paylaşımı	300	1,00	5,00	3,12	1,09
Hata kökeni	300	1,00	5,00	3,70	0,78

### 2.2.3. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ölçeği alt boyutlarının yaş gruplarına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonuçları Tablo 2.9'da verilmiştir.

**Tablo 2.9.** Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Hata nedenleri	20-24	32	3,57	1,01	4,791	0,001
	25-29	85	4,15	0,91		
	30-34	60	4,34	0,78		
	35-39	72	4,13	0,83		
	40 ve üzeri	51	3,87	1,02		
	Total	300	4,07	0,92		
Sistem yeterliliği	20-24	32	3,23	0,77	3,901	0,004
	25-29	85	2,79	0,69		
	30-34	60	2,91	0,70		
	35-39	72	3,16	0,77		
	40 ve üzeri	51	3,15	0,83		
	Total	300	3,01	0,76		
Yönetici değişikliği etkisi	20-24	32	3,20	0,44	1,342	0,254
	25-29	85	3,29	0,36		
	30-34	60	3,14	0,37		
	35-39	72	3,16	0,37		
	40 ve üzeri	51	3,19	0,59		
	Total	300	3,20	0,42		
Yetersizlikler	20-24	32	3,31	0,83	5,324	0,000
	25-29	85	3,83	0,75		
	30-34	60	3,92	0,77		
	35-39	72	3,69	0,84		
	40 ve üzeri	51	3,39	0,86		
	Total	300	3,68	0,83		
Hata ile karşılaşma	20-24	32	2,73	1,24	1,768	0,135
	25-29	85	2,92	1,28		
	30-34	60	3,32	1,08		
	35-39	72	2,83	1,28		
	40 ve üzeri	51	2,93	1,25		

	Total	300	2,96	1,24		
Hatanın hastayla paylaşımı	20-24	32	3,50	1,10	2,938	0,021
	25-29	85	3,11	1,02		
	30-34	60	2,87	1,01		
	35-39	72	2,98	1,20		
	40 ve üzeri	51	3,39	1,07		
	Total	300	3,12	1,09		
Hata kökeni	20-24	32	3,36	1,03	1,907	0,109
	25-29	85	3,69	0,70		
	30-34	60	3,76	0,73		
	35-39	72	3,78	0,69		
	40 ve üzeri	51	3,75	0,86		
	Total	300	3,70	0,78		

\*p<0,05

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; hata nedenleri, sistem yeterliliği, yetersizlikler ve hatanın hastayla paylaşımı alt boyutları yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ( $p<0,05$ ), yönetici değişikliği etkisi, hata ile karşılaşma ve hata kökeni alt boyutları yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Anlamlı farklılık göstermeyen alt boyutlarda yaş gruplarına göre katılım düzeyleri eşit seviyededir denilebilir. Anlamlı farklılık gösteren alt boyutları için farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Hata nedenleri alt boyutu için; 20-24 yaş grubu kişilerin katılım düzeyi diğer yaş grubu kişilerin katılım düzeyinden anlamlı derecede küçüktür. Ek olarak 40 ve üzeri yaş grubu kişilerin hata nedenleri alt boyutuna katılım düzeyi, 30-34 ve 35-39 yaş grubu kişilerin katılım düzeyinden anlamlı derecede küçük olup diğer yaş grupları katılım düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Sistem yeterliliği alt boyutu için; 25-29 yaş grubu kişilerin katılım düzeyi, 20-24 ve 35-39 yaş grubu kişilerin katılım düzeyinden anlamlı derecede daha azdır. Diğer yaş grupları arasında sistem yeterliliği alt boyutu için katılım düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Yetersizlikler alt boyutu için; 20-24 yaş grubu kişilerin katılım düzeyi 25-29 ve 30-34 yaş grubu kişilerin katılım düzeyinden anlamlı derecede küçüktür. Ek olarak 40

ve üzeri yaş grubu kişilerin katılım düzeyi, 30-34 ve 35-39 yaş grubu kişilerin katılım düzeyinden anlamlı derecede küçüktür.

Hatanın hastayla paylaşımı alt boyutu için; 20-24 yaş grubu kişilerin katılım düzeyi diğer yaş gruplarından anlamlı derecede büyüktür.

#### 2.2.4. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Cinsiyete Göre Değişimi

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ölçeği alt boyutlarının cinsiyete göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları Tablo 2.10'da verilmiştir.

**Tablo 2.10.** Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Cinsiyete Göre Değişimi

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Hata nedenleri	Erkek	137	4,06	0,94	-0,307	0,759
	Kadın	163	4,09	0,90		
Sistem yeterliliği	Erkek	137	2,96	0,80	-1,116	0,265
	Kadın	163	3,06	0,73		
Yönetici değişikliği etkisi	Erkek	137	3,20	0,42	0,023	0,981
	Kadın	163	3,20	0,43		
Yetersizlikler	Erkek	137	3,66	0,85	-0,367	0,714
	Kadın	163	3,70	0,80		
Hata ile karşılaşma	Erkek	137	3,16	1,19	2,666	0,008*
	Kadın	163	2,79	1,25		
Hatanın hastayla paylaşımı	Erkek	137	3,09	1,10	-0,417	0,677
	Kadın	163	3,14	1,09		
Hata kökeni	Erkek	137	3,66	0,71	-0,730	0,466
	Kadın	163	3,73	0,83		

\*p<0,05

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; hata ile karşılaşma alt boyutuna katılım düzeyi cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken (p<0,05), diğer alt boyutlara katılım düzeyi cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p<0,05). Anlamlı düzeyde farklılık gösteren hata ile karşılaşma alt boyutu için erkeklerin katılım düzeyi kadınların katılım düzeyinden anlamlı derecede daha fazladır.

### 2.2.5. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Değişimi

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ölçeği alt boyutlarının cinsiyete göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları Tablo 2.11’de verilmiştir.

**Tablo 2.11.** Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Değişimi

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Hata nedenleri	Evli	171	4,09	0,86	0,346	0,730
	Bekâr	129	4,05	1,00		
Sistem yeterliliği	Evli	171	3,04	0,79	0,800	0,424
	Bekâr	129	2,97	0,73		
Yönetici değişikliği etkisi	Evli	171	3,18	0,46	-0,833	0,406
	Bekâr	129	3,22	0,37		
Yetersizlikler	Evli	171	3,63	0,84	-1,215	0,225
	Bekâr	129	3,75	0,80		
Hata ile karşılaşma	Evli	171	3,00	1,24	0,623	0,534
	Bekâr	129	2,91	1,24		
Hatanın hastayla paylaşımı	Evli	171	3,11	1,07	-0,109	0,914
	Bekâr	129	3,13	1,12		
Hata kökeni	Evli	171	3,72	0,81	0,420	0,675
	Bekâr	129	3,68	0,73		

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; bütün alt boyutlara katılım düzeyi medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ( $p<0,05$ ). Diğer bir ifade ile tıbbi hataların klinik yönetimi alt boyutlarının hepsi için evli ve bekârların katılım düzeyleri aynı seviyededir.

### 2.2.6. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Göreve Göre Değişimi

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ölçeği alt boyutlarının göreve göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonuçları Tablo 2.12’de verilmiştir.

**Tablo 2.12.** Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Göreve Göre Değişimi

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Hata nedenleri	Hekim	73	4,20	0,87	5,996	0,001*
	Hemşire	91	3,75	0,90		
	İdari personel	24	4,13	0,91		
	Diğer	112	4,25	0,91		
Sistem yeterliliği	Hekim	73	2,95	0,70	7,460	0,000*
	Hemşire	91	3,06	0,77		
	İdari personel	24	3,65	0,74		
	Diğer	112	2,88	0,74		
Yönetici değişikliği etkisi	Hekim	73	3,06	0,53	9,271	0,000*
	Hemşire	91	3,38	0,37		
	İdari personel	24	3,18	0,34		
	Diğer	112	3,15	0,35		
Yetersizlikler	Hekim	73	3,50	0,77	6,514	0,000*
	Hemşire	91	3,52	0,80		
	İdari personel	24	3,66	0,90		
	Diğer	112	3,94	0,80		
Hata ile karşılaşma	Hekim	73	3,28	1,36	6,699	0,000*
	Hemşire	91	2,65	1,21		
	İdari personel	24	2,33	1,25		
	Diğer	112	3,13	1,07		
Hatanın hastayla paylaşımı	Hekim	73	3,07	1,14	3,997	0,008*
	Hemşire	91	3,15	1,06		
	İdari personel	24	3,81	1,00		
	Diğer	112	2,98	1,06		
Hata kökeni	Hekim	73	3,55	0,81	1,551	0,202
	Hemşire	91	3,70	0,94		
	İdari personel	24	3,69	0,78		
	Diğer	112	3,80	0,58		

\*p<0,05

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; hata kökeni alt boyutuna katılım düzeyi göreve göre anlamlı seviyede farklılık göstermemektedir (p>0,05). Diğer bir ifade

ile hata kökeni alt boyutuna bütün görevlerdeki kişiler eşit düzeyde katıldığını belirtmiştir. Hata nedenleri, sistem yeterliliği, yönetici değişikliği etkisi, yetersizlikler, hata ile karşılaşma ve hataların hastayla paylaşımı alt boyutlarına katılım düzeyi ise göreve göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Hata nedenleri alt boyutu için; hemşirelerin katılım düzeyi hekim ve diğer personelin katılım düzeyinden anlamlı derecede küçük iken diğer personelin katılım düzeyi ile arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Sistem yeterliliği alt boyutu için; idari personelin katılım düzeyi diğer gruplarda bulunan personelin katılım düzeyinden anlamlı derecede fazladır.

Yönetici değişikliği alt boyutu için; hemşirelerin katılım düzeyi, hekim ve diğer personelin katılım düzeylerinden anlamlı derecede fazla iken idari personelin katılım düzeyi ile arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Hata ile karşılaşma alt boyutu için; hekimlerin katılım düzeyi hemşireler ve idari personelin katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı olup diğer personelin katılım düzeyi ile arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Hatanın hastayla paylaşımı alt boyutu için; idari personelin katılım düzeyi; hekim, hemşire ve diğer personelin katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve yüksektir.

### **2.2.7. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Birime Göre Değişimi**

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ölçeği alt boyutlarının birime göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonuçları Tablo 2.13'de verilmiştir.

**Tablo 2.13.** Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Birime Göre Değişimi

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Hata nedenleri	Acil servis	164	4,06	0,93	4,419	0,002*
	Yoğun bakım	29	3,94	0,98		
	Servis	52	3,80	0,93		
	Ameliyathane	39	4,56	0,61		
	İdari birim	16	4,21	0,94		
Sistem yeterliliği	Acil servis	164	2,85	0,78	7,433	0,000*
	Yoğun bakım	29	3,13	0,57		
	Servis	52	3,18	0,72		
	Ameliyathane	39	3,04	0,62		
	İdari birim	16	3,80	0,74		
Yönetici değişikliği etkisi	Acil servis	164	3,20	0,41	0,408	0,803
	Yoğun bakım	29	3,25	0,33		
	Servis	52	3,16	0,54		
	Ameliyathane	39	3,23	0,39		
	İdari birim	16	3,12	0,32		
Yetersizlikler	Acil servis	164	3,68	0,83	6,372	0,000*
	Yoğun bakım	29	3,55	0,88		
	Servis	52	3,36	0,69		
	Ameliyathane	39	4,19	0,74		
	İdari birim	16	3,73	0,77		
Hata ile karşılaşma	Acil servis	164	3,09	1,22	4,903	0,001*
	Yoğun bakım	29	2,59	1,13		
	Servis	52	2,85	1,29		
	Ameliyathane	39	3,24	1,13		
	İdari birim	16	1,91	1,13		
Hatanın hastayla paylaşımı	Acil servis	164	3,10	1,10	4,111	0,003*
	Yoğun bakım	29	2,97	1,16		
	Servis	52	3,35	0,94		
	Ameliyathane	39	2,72	1,02		
	İdari birim	16	3,88	1,12		
Hata kökeni	Acil servis	164	3,71	0,74	0,489	0,744
	Yoğun bakım	29	3,69	0,77		
	Servis	52	3,58	1,09		
	Ameliyathane	39	3,78	0,50		
	İdari birim	16	3,78	0,48		

\*p&lt;0,05

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; yönetici değişikliği etkisi ve hata kökeni alt boyutlarına katılım düzeyi birime göre anlamlı seviyede farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile yönetici değişikliği etkisi ve hata kökeni alt boyutlarına bütün birimlerdeki kişiler eşit düzeyde katıldığını belirtmiştir. Hata nedenleri, sistem yeterliliği, yetersizlikler, hata ile karşılaşma ve hataların hastayla paylaşımı alt boyutlarına katılım düzeyi ise birime göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Hata nedenleri alt boyutu için; ameliyathane personelinin katılım düzeyi idari birimler hariç diğer birim personeli katılım düzeyinden anlamlı derecede daha farklı ve yüksek olup idari birim personeli katılım düzeyleri ile arasında anlamlı düzeyde farklılıklar bulunmamaktadır.

Sistem yeterliliği alt boyutu için; idari birim personeli katılım düzeyi diğer tüm birim personelleri katılım düzeylerinden anlamlı derecede farklı ve yüksektir. Ek olarak servis personeli katılım düzeyi acil servis personeli katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve büyük olup, diğer birimler arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.

Yetersizlikler alt boyutu için; ameliyathane personelinin katılım düzeyi idari birimler hariç diğer birim personeli katılım düzeyinden anlamlı derecede daha farklı ve yüksek olup idari birim personeli katılım düzeyleri ile arasında anlamlı düzeyde farklılıklar bulunmamaktadır.

Hata ile karşılaşma alt boyutu için; idari birim personeli katılım düzeyi, acil servis ve ameliyathane personeli katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve küçük olup, servis ve yoğun bakım personeli katılım düzeyi ile arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Hatanın hastayla paylaşımı alt boyutu için; idari birim personeli katılım düzeyi, acil servis ve ameliyathane personeli katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve büyük, servis personeli katılım düzeyi ameliyathane personeli katılım düzeyinden anlamlı derecede büyüktür. Diğer birim personelleri katılım düzeyi arasında ise anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.

## 2.2.8. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Toplam Çalışma Süresine Göre Değişimi

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ölçeği alt boyutlarının toplam çalışma süresine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonuçları Tablo 2.14’de verilmiştir.

**Tablo 2.14.** Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Toplam Çalışma Süresine Göre Değişimi

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Hata nedenleri	1-4 yıl	84	4,07	0,97	2,664	0,033*
	5-8 yıl	94	4,28	0,82		
	9-12 yıl	43	4,01	0,76		
	13-16 yıl	34	3,72	1,09		
	17 ve üzeri yıl	45	3,98	0,95		
Sistem yeterliliği	1-4 yıl	84	3,07	0,74	3,413	0,010*
	5-8 yıl	94	2,78	0,68		
	9-12 yıl	43	3,10	0,84		
	13-16 yıl	34	3,14	0,75		
	17 ve üzeri yıl	45	3,20	0,82		
Yönetici değişikliği etkisi	1-4 yıl	84	3,23	0,44	0,310	0,871
	5-8 yıl	94	3,19	0,37		
	9-12 yıl	43	3,22	0,38		
	13-16 yıl	34	3,14	0,44		
	17 ve üzeri yıl	45	3,19	0,51		
Yetersizlikler	1-4 yıl	84	3,72	0,79	2,791	0,027*
	5-8 yıl	94	3,83	0,82		
	9-12 yıl	43	3,73	0,81		
	13-16 yıl	34	3,32	0,86		
	17 ve üzeri yıl	45	3,56	0,83		
Hata ile karşılaşma	1-4 yıl	84	2,83	1,30	1,199	0,311
	5-8 yıl	94	3,11	1,14		
	9-12 yıl	43	3,13	1,17		
	13-16 yıl	34	2,68	1,41		
	17 ve üzeri yıl	45	2,93	1,23		
Hatanın hastayla paylaşımı	1-4 yıl	84	3,27	1,07	2,686	0,032*
	5-8 yıl	94	2,86	1,03		
	9-12 yıl	43	3,03	1,09		

	13-16 yıl	34	3,22	1,37		
	17 ve üzeri yıl	45	3,40	0,96		
Hata kökeni	1-4 yıl	84	3,54	0,76	1,698	0,150
	5-8 yıl	94	3,71	0,77		
	9-12 yıl	43	3,86	0,70		
	13-16 yıl	34	3,84	0,65		
	17 ve üzeri yıl	45	3,72	0,94		

\*p<0,05

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; yönetici değişikliği etkisi, hata ile karşılaşma ve hata kökeni alt boyutlarına katılım düzeyi toplam çalışma süresine göre anlamlı seviyede farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile yönetici değişikliği etkisi, hata ile karşılaşma ve hata kökeni alt boyutlarına bütün genel çalışma süresi gruplarındaki kişiler eşit düzeyde katıldığını belirtmiştir. Hata nedenleri, sistem yeterliliği, yetersizlikler ve hataların hastayla paylaşımı alt boyutlarına katılım düzeyi ise toplam çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Hata nedenleri alt boyutu için; 5-8 yıl süreyle genel hizmeti bulunanların katılım düzeyi, 13-16 yıl genel hizmeti bulunanların katılım düzeyinden anlamlı düzeyde farklı ve büyüktür. Diğer gruplar arasında ise anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.

Sistem yeterliliği alt boyutu için; 5-8 yıl süreyle genel hizmeti bulunanların katılım düzeyi, diğer bütün grupların katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve düşüktür. Diğer gruplar arasında ise anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.

Yetersizlikler alt boyutu için; 13-16 yıl süreyle genel hizmeti bulunanların katılım düzeyi 17 yıl ve üzeri çalışanlar hariç diğer bütün grup çalışanları katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve düşüktür. Diğer gruplar arasında ise anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Hatanın hastayla paylaşımı alt boyutu için; 1-4 yıl süre ile genel hizmeti bulunanların katılım düzeyi 5-8 yıl genel hizmeti bulunanların katılım düzeyinden farklı ve yüksek, 17 yıl ve üzeri genel hizmet süresi bulunanların katılım düzeyi 5-8 yıl genel

hizmeti bulunanların katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve yüksektir. Diğer gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.

### 2.2.9. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Değişimi

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ölçeği alt boyutlarının hastanedeki çalışma süresine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonuçları Tablo 2.15’de verilmiştir.

**Tablo 2.15.** Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Hastaneden Çalışma Süresine Göre Değişimi

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Hata nedenleri	1-4 yıl	140	3,96	0,96	2,738	0,029*
	5-8 yıl	87	4,29	0,78		
	9-12 yıl	39	4,16	0,80		
	13-16 yıl	16	3,64	1,27		
	17 ve üzeri yıl	18	4,11	0,92		
	Total	300	4,07	0,92		
Sistem yeterliliği	1-4 yıl	140	2,98	0,72	3,014	0,018*
	5-8 yıl	87	2,86	0,74		
	9-12 yıl	39	3,24	0,87		
	13-16 yıl	16	3,38	0,70		
	17 ve üzeri yıl	18	3,19	0,82		
	Total	300	3,01	0,76		
Yönetici değişikliği etkisi	1-4 yıl	140	3,24	0,41	1,241	0,294
	5-8 yıl	87	3,14	0,41		
	9-12 yıl	39	3,14	0,38		
	13-16 yıl	16	3,29	0,40		
	17 ve üzeri yıl	18	3,20	0,59		
	Total	300	3,20	0,42		
Yetersizlikler	1-4 yıl	140	3,61	0,77	1,916	0,108
	5-8 yıl	87	3,80	0,84		
	9-12 yıl	39	3,87	0,85		
	13-16 yıl	16	3,41	1,00		
	17 ve üzeri yıl	18	3,49	0,90		
	Total	300	3,68	0,83		
Hata ile karşılaşma	1-4 yıl	140	2,86	1,29	1,272	0,281

	5-8 yıl	87	3,18	1,16		
	9-12 yıl	39	2,74	1,22		
	13-16 yıl	16	3,06	1,20		
	17 ve üzeri yıl	18	3,06	1,26		
	Total	300	2,96	1,24		
Hatanın hastayla paylaşımı	1-4 yıl	140	3,15	1,07	4,753	0,001*
	5-8 yıl	87	2,76	1,04		
	9-12 yıl	39	3,46	1,15		
	13-16 yıl	16	3,63	1,06		
	17 ve üzeri yıl	18	3,44	1,00		
	Total	300	3,12	1,09		
Hata kökeni	1-4 yıl	140	3,57	0,78	2,196	0,069
	5-8 yıl	87	3,82	0,74		
	9-12 yıl	39	3,82	0,73		
	13-16 yıl	16	3,63	0,81		
	17 ve üzeri yıl	18	3,94	0,89		
	Total	300	3,70	0,78		

\*p<0,05

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; yönetici değişikliği etkisi, yetersizlikler, hata ile karşılaşma ve hata kökeni alt boyutlarına katılım düzeyi hastanedeki çalışma süresine göre anlamlı seviyede farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile yönetici değişikliği etkisi, yetersizlikler, hata ile karşılaşma ve hata kökeni alt boyutlarına bütün hastanedeki çalışma süresi gruplarındaki kişiler eşit düzeyde katıldığını belirtmiştir. Hata nedenleri, sistem yeterliliği ve hataların hastayla paylaşımı alt boyutlarına katılım düzeyi ise hastanedeki çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Hata nedenleri alt boyutu için; 5-8 yıl süre ile hastanede çalışanların katılım düzeyi, 1-4 yıl ve 13-16 yıl süre ile hastanede çalışan personelin katılım düzeyinden anlamlı düzeyde farklı ve yüksektir. Diğer gruplar arasında ise anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.

Sistem yeterliliği alt boyutu için; 13-16 yıl hizmeti bulunanların katılım düzeyi, 1-4 yıl ve 5-8 yıl hizmeti bulunanların katılım düzeyinden anlamlı düzeyde farklı ve

yüksektir. Ek olarak 9-12 yıl hizmeti bulunanların katılım düzeyi de 5-8 yıl hizmeti bulunanların katılım düzeyinden anlamlı düzeyde farklı ve yüksek olup diğer gruplar arasında anlamlı seviyede farklılık bulunmamaktadır.

Hatanın hastayla paylaşımı alt boyutu için; 5-8 yıl hizmeti bulunanların katılım düzeyi, diğer bütün grupların katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve düşüktür. Diğer gruplar arasında ise anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.

### 2.2.10. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Tıbbi Hatalar Konusundaki Kurum Eğitiminden Memnuniyet Göre Değişimi

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ölçeği alt boyutlarının tıbbi hatalar konusundaki kurum eğitiminden memnuniyete göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları Tablo 2.16’da verilmiştir.

**Tablo 2.16.** Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Tıbbi Hatalar Konusundaki Kurum Eğitiminden Memnuniyet Göre Değişimi

Tıbbi hatalar konusundaki kurum eğitiminden memnuniyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p	
Hata nedenleri	Evet	151	3,99	1,00	-1,618	0,107
	Hayır	149	4,16	0,82		
Sistem yeterliliği	Evet	151	3,49	0,65	14,190	0,000*
	Hayır	149	2,53	0,53		
Yönetici değişikliği etkisi	Evet	151	3,19	0,38	-0,289	0,773
	Hayır	149	3,21	0,46		
Yetersizlikler	Evet	151	3,61	0,91	-1,567	0,118
	Hayır	149	3,76	0,73		
Hata ile karşılaşma	Evet	151	2,63	1,31	-4,802	0,000*
	Hayır	149	3,29	1,07		
Hatanın hastayla paylaşımı	Evet	151	3,31	1,13	3,095	0,002*
	Hayır	149	2,93	1,02		
Hata kökeni	Evet	151	3,66	0,86	-0,921	0,358
	Hayır	149	3,74	0,68		

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; hata nedenleri, yönetici değişikliği etkisi, yetersizlikler ve hata kökeni alt boyutlarına katılım düzeyi tıbbi hatalar

konusundaki kurum eğitiminden memnuniyet durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile kurum eğitiminden memnun olan ve memnun olmayan kişiler hata nedenleri, yönetici değişikliği etkisi, yetersizlikler ve hata kökeni alt boyutlarına eşit düzeyde katıldıklarını belirtmişlerdir. Sistem yeterliliği, hata ile karşılaşma ve hatanın hasta ile paylaşımı alt boyutlarına katılım düzeyi tıbbi hatalar konusundaki kurum eğitiminden memnuniyet durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Farklılık gösteren alt boyutlardan sistem yeterliliği ve hatanın hasta ile paylaşımı alt boyutlarına katılım düzeyi eğitimden memnun olanlarda memnun olmayanlara göre daha yüksek iken, hata ile karşılaşma alt boyutu için eğitimden memnun olmayanların katılım düzeyi memnun olanların katılım düzeyinden daha fazladır.

### 2.2.11. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Hata İle Karşılaşma Sıklığına Göre Değişimi

Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi ölçeği alt boyutlarının hata ile karşılaşma sıklığına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonuçları Tablo 2.17’de verilmiştir.

**Tablo 2.17.** Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi Ölçeğinin Hata İle Karşılaşma Sıklığına Göre Değişimi

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Hata nedenleri	Çok sık	6	4,17	0,49	1,237	0,295
	Sıklıkla	26	4,21	1,10		
	Bazen	121	4,17	0,89		
	Nadiren	107	4,03	0,92		
	Hiç	40	3,83	0,90		
	Total	300	4,07	0,92		
Sistem yeterliliği	Çok sık	6	2,37	0,91	12,833	0,000*
	Sıklıkla	26	2,67	0,74		
	Bazen	121	2,78	0,62		
	Nadiren	107	3,22	0,78		
	Hiç	40	3,49	0,70		
	Total	300	3,01	0,76		
Yönetici değişikliği	Çok sık	6	3,56	0,83	1,957	0,101

etkisi	Sıklıkla	26	3,27	0,33		
	Bazen	121	3,17	0,43		
	Nadiren	107	3,17	0,39		
	Hiç	40	3,28	0,41		
	Total	300	3,20	0,42		
Yetersizlikler	Çok sık	6	3,42	0,86	4,937	0,001*
	Sıklıkla	26	4,21	0,75		
	Bazen	121	3,78	0,80		
	Nadiren	107	3,54	0,82		
	Hiç	40	3,46	0,82		
	Total	300	3,68	0,83		
Hata ile karşılaşma	Çok sık	6	4,50	0,45	12,866	0,000*
	Sıklıkla	26	3,63	1,12		
	Bazen	121	3,19	1,13		
	Nadiren	107	2,78	1,21		
	Hiç	40	2,06	1,14		
	Total	300	2,96	1,24		
Hatanın hastayla paylaşımı	Çok sık	6	3,33	0,68	2,822	0,025*
	Sıklıkla	26	2,92	1,19		
	Bazen	121	2,92	1,01		
	Nadiren	107	3,25	1,12		
	Hiç	40	3,48	1,15		
	Total	300	3,12	1,09		
Hata kökeni	Çok sık	6	3,25	1,04	1,334	0,257
	Sıklıkla	26	3,92	0,86		
	Bazen	121	3,72	0,70		
	Nadiren	107	3,69	0,77		
	Hiç	40	3,58	0,90		
	Total	300	3,70	0,78		

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; hata nedenleri, yönetici değişikliği etkisi ve hata kökeni alt boyutlarına katılım düzeyi hastanedeki çalışma süresine göre anlamlı seviyede farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile hata nedenleri, yönetici değişikliği etkisi ve hata kökeni alt boyutlarına farklı karşılaşma sıklığı belirten kişiler eşit düzeyde katıldığını belirtmiştir. Sistem yeterliliği, yetersizlikler, hata ile karşılaşma ve hatanın hastayla paylaşımı alt boyutlarına katılım düzeyi ise hata ile karşılaşma sıklığına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Anlamlı

farklılık gösteren alt boyutlar için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Sistem yeterliliği alt boyutu için; Hata ile nadiren karşılaştığını ve hiç karşılaşılmadığını belirten personelin katılım düzeyi; çok sık, sıklıkla ve bazen karşılaştığını belirten personelin katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve büyük, hata ile hiç karşılaşılmadığını belirten personelin katılım düzeyiyle ise aynı seviyededir.

Yetersizlikler alt boyutu için; hata ile sıklıkla karşılaştığını belirten personelin katılım düzeyi, nadiren ve hiç karşılaşılmadığını belirten personelin katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve yüksektir.

Hata ile karşılaşma alt boyutu için; hata ile hiç karşılaşılmadığını belirten personelin katılım düzeyi, nadiren, bazen, sıklıkla ve çok sık karşılaştığını belirten personelin katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve düşüktür. Nadiren karşılaştığını belirten personelin katılım düzeyi ise bazen cevabı veren grup hariç diğer gruptan anlamlı derecede farklıdır.

Hatanın hastayla paylaşımı alt boyutu için; hiç karşılaşılmadığını belirten personelin katılım düzeyi, bazen karşılaştığını belirten personelin katılım düzeyinden anlamlı derecede farklı ve düşüktür. Diğer gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Her yıl yüzlerce insanın tıbbi hatalardan kaynaklı sakat kaldığı ve zaman zaman yaşamını yitirdiği vakalar yaşanmaktadır. Tıbbi hataların maliyetinin bu denli ağır olması rağmen esasında birçoğu önlenebilir nedenlerden kaynaklanmaktadır. Bu bakımdan tıbbi hataların minimuma indirilmesi teknik donanımları geliştirmek kadar, insan unsurunun gerekli önlemleri almasıyla da önemli oranda azalacaktır.

Tıbbi hatalarda insan unsuru önemli bir yer kaplamaktadır. Hekimler, hemşireler, diğer sağlık personeli ve hastalar tıbbi hatalara neden olan unsurlar arasında sayılmaktadır. Kısaca hem hizmet sunan hem de hizmet alan insanlar bu sürecin birer unsurudur. İnsan unsuruna bağlı tıbbi hatalar göz önünde bulundurulduğunda, büyük bölümünün gerekli uzmanlık ve bilgi eksikliğinden kaynaklandığı görülmektedir. Tıbbi hatalara yönelik sağlık personeline yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi ve sistemli bir şekilde uygulanması, tıbbi hataları büyük oranda azaltacaktır. Hastalardan kaynaklanan tıbbi hataların büyük çoğunluğu hatalı ilaç alımından kaynaklanmaktadır. Hastalara yönelik ilaç kullanımı vb. konularda düzenlenecek bilgilendirici faaliyetlerde birinci aşamada alınacak önlemlerdendir.

Günümüzde standartlaşmış bir tıbbi hata bildirim sisteminin varlığından söz edilemez. Bu konu daha çok hastanelerin risk yönetimi programlarının, klinik risk yönetimi başlığı altında ele almaktadır. Bu kapsamda, Türkiye’de ulusal ya da kurumsal bir bildirim sistemi bulunmamaktadır (Güleç ve Gökmen, 2009:166). Bu nedenle yerel özelliklere göre düzenlenecek bir tıbbi bildirim sisteminin oluşturulması büyük önem arz etmektedir. Bu yerel bildirim sisteminin oluşturulması ve ihtiyaçlara cevap verecek yeterliliğe ulaşması için geçen sürede, ABD ve AB gibi ülkelerde kullanılan sistemlerden örneklerin kullanımı geçici bir çözüm olacaktır.

Tıbbi hataların olumsuz sonuçlarının en aza indirilmesini sağlayacak sistemlerden biride raporlama sistemidir. Bu konuda gönüllü raporlama ve zorunlu raporlama sistemi olmak üzere iki türlü raporlama sistemi mevcuttur. İki tür raporlama sistemi de dünyanın çeşitli ülkelerinde başarıyla sürdürülmektedir. Ancak her iki raporlama sisteminde de tam anlamıyla bir başarı sağlandığı söylenemez. Bu noktada her iki sistemin bir arada kullanılmasının daha etkili sonuçlar vereceği ortadadır. Ancak

bu konuda tıbbi hatalardan kaynaklı cezalandırıcı uygulamalar, raporlama ve bildirim konularında caydırıcı bir unsur teşkil etmektedir. Bu sebeple raporlama ve bildirim sisteminde teşvik edici ve özendirici yöntemler geliştirilebilir.

Tıbbi hataların giderilmesi konusunda sağlık kurumlarının yönetim organları en belirleyici unsurdur. Bu organlarca gerek sağlık personeli gerekse de hastalar bilinçlendirilmelidir ve eğitilmelerine yönelik programların hazırlanması ve uygulaması konusunda yöntemler geliştirilmelidir. Sağlık kurumunun teknik yapısının ve kullanılan cihazların modernizasyonu ve kontrolü de bu organlarca organize edilip, takibi yapılmalıdır.

Yapılan bu çalışmada hastanelerde klinik hataların yönetiminin karmaşık bir süreç olduğu görülmüştür. Bu nedenle etkili bir önleme ve yönetim sistemi ancak; laboratuvarların yönetilmesi, insan kaynakları yönetimi, doküman yönetimi, teknik yapının oluşturulması, takibi ve kontrol edilmesi, bilgi yönetimi, iletişim gibi birçok farklı unsurun bir sistem içerisinde arada ele alınmasıyla mümkün olacaktır.

Bu kapsamda araştırma sürecinde çeşitli birimlerden 20 yaş üzerindeki 300 sağlık profesyoneline ulaşılmıştır. Anketteki 28 soru aracılığıyla, sağlık profesyonelleri tıbbi hataların nedenlerine yönelik algısı, tıbbi hataların bireysel ya da kurumsal ele alınışına dair deneyimleri ve yaklaşımları ölçülmüştür.

Katılımcıların tıbbi hatalar konusundaki kurum eğitiminden memnun olup olmadıklarının dağılımı incelendiğinde; %50,3'ünün memnun, %49,7'sinin ise memnun olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların tıbbi hataların nedenlerine yönelik yaklaşımların da, hatalarının nedenlerinin dikkatsizlik gibi bireysel sorumluluklardan daha çok fiziki şartlar ve kurumsal eksiklerle ilişkilendirdiği görülmektedir. Bu bağlamda ankette tıbbi hataların nedenlerine ilişkin 13 seçenekten en yüksek ortalamaya sahip üç seçenek; Tıbbi hatalar aşırı iş yükünden kaynaklanmaktadır (4.38), Tıbbi hatalar uzun çalışma saatlerinden kaynaklanmaktadır (4.34) ve Tıbbi hatalar hekim başına düşen hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır (4.20) ifadeleridir.

Sonuç olarak tıbbi hataların genel olarak insan unsuruna bağılı bir olgu olduğu görölmektedir. Bu süreçte hekim, hemşire gibi sağıık çalışanlarının tıbbi hatalarla ilgili rollerinin, yönetici personele nazaran ikincil pozisyonudur. Tıbbi hataların nedenlerine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ilk iki sırada “*Tıbbi hatalar aşırı iş yükünden kaynaklanmaktadır.*” ve “*Tıbbi hatalar uzun çalışma saatlerinden kaynaklanmaktadır*” seçenekleri olduğu görölmüştür. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere tıbbi hataların minimuma indirilmesi yönetici personelin yapacağı kimi düzenlemelerle mümkün gözökmektedir. Bu bağlamda tıbbi hataların asgari düzeye çekilmesi konusunda pratik çözümler olarak çalışma saatlerinin düzenlenmesi, personel sayısının artırılması, iletişim sisteminin iyileştirilmesi ve personelin bu konuda yeterli eğitimden geçirilmesi gibi önlemler alınabilir.

## KAYNAKÇA

- Akalın, H. E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), ss. 141-146.
- Akalın, H. E. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz, *Ankem Dergisi*, 18(2), ss.12-13.
- Akalın, H. E. (2001). Tıbbi Hatalar: Nedir, Nasıl Önlenebilir? *Ankem Dergisi*, 15(3), ss. 244-246.
- Akgün, S., & Al-Assaf, A. F. (2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Sayı: 3, ss. 7-47.
- Arıhan, S. K. (2003). Antik Dönemde Tıp ve Bitkisel Tedavi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Arkeoloji Bölümü Klasik Arkeoloji Anabilim dalı, Yüksek lisans Tezi.*
- Aştı, T., & Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 22-27.
- Aştı, T., & Kıvanç, M. M. (2003). Ağız Yolu İle İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi*, 6(3).
- Aydın, E. (1998). Hekim-Hasta İlişkisinin Etik Yönü, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 6(1), ss. 8-13.
- Birgen, N. (2008), *Enfeksiyonda Tıbbi Uygulama Hatalarına Adli Tıp Açısından Yaklaşım*, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:61, İstanbul, ss. 235-254.
- Byers, J. F. ve White, S. V. (2004). *Patient Safety: Principles and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Cebeci, F., Gürsoy, E., & Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 15(3).

- Ali, C. A. N. (2008). Örgüt Kültürünün Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Uygunluğunun Testine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3).
- Canatan, H., Erdoğan, A., & Yılmaz, S. (2015). Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri Ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane İle İlgili Anket Çalışması Ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. *Health Care*, 2(2), 83.
- Civaner, M., Yürür, K., Pala, K., (2011). *Sağlık Alanında "Hizmet Kaynaklı Zarar": Hekimler Ne Diyor?* Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Cohen, M. R., (2000). *Why Error Reporting Systems Should be Voluntary*. *Bmj*, 320(7237). pp, 728-729.
- Çakır, A., & Tütüncü, Ö. (2009). *İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*. Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Antalya.
- Çetinkaya, P. (2016). *Hemşirelikte Tıbbi Uygulama Hataları ve Hukuki Sonuçları*, Seçkin Yayıncılık, Birinci baskı, Ankara.
- Çırpı, F., Merih, Y., & Kocabay, M., (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3), ss.26-34.
- Dhankhar, P., Khan, M. M., & Bagga, S. (2007). Effect of Medical Malpractice on Resource use and Mortality of AMI Patients. *Journal of Empirical Legal Studies*, 4(1), pp.163-183.
- Dienemann, J. A. (Ed.). (1998). *Nursing Administration: Managing Patient Care*. Appleton and Lange, Stanford/ Connecticut.
- Dikmen, Y. D., Yorgun, S., & Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1).

- Ersoy, Y. (2004). Tıbbi Hatanın Hukuki ve Tıbbi Sonuçları, *TBB Dergisi*, Sayı 53.
- Ertem, G., Oksel, E., & Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1), ss. 1-10.
- Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., & DeWit, M. (2006). Attitudes and Barriers to Incident Reporting: a Collaborative Hospital Study. *Quality and Safety in Health Care*, 15(1), pp. 39-43.
- Gawande, A. A., Thomas, E. J., Zinner, M. J., & Brennan, T. A. (1999). The Incidence and Nature of Surgical Adverse Events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 126(1), pp. 66-75.
- Güngör, P., Doğan Merih, Y., & Yaşar Kocabey, M. (2012). Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 43(4), 128-38.
- Önal, G. (2009). *Sağlık Uygulamalarında Malpraktis*, s.10. <http://slideplayer.biz.tr/slide/2383804/2016>
- Healthcare Risk Control (HRC). *Risk Analysis, Culture of Safety*. ECRI Institute; 2005: Available from URL [https://www.ecri.org/Documents/Patient\\_Safety\\_Center/HRC\\_CultureofSafety.pdf](https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_CultureofSafety.pdf). Erişim Tarihi: 14.07.2016.
- İntepeler, Ş. S., & Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 15(2).ss 131-132.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO, ABD, 2003.
- Kayabeyoğlu, İ.(2000). *Tıbbi Uygulama Hataları ve Adli Tıp Açısından İncelenmesi*. (Doktora Tezi). İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı.
- Karaca, A. (2006). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dış Kaynak Kullanımı Ve Sağlık İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımına Yönelik Bir Uygulama* (Doctoral dissertation, Pamukkale Üniversitesi).

- Karadağ, A. (2009)., *Hemşireler İlaç Uygulama Hatalarını Önlemede Anahtar Kişi (Mi) Dir?* <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/> Erişim Tarihi: 16.04.2016
- Karataş, M., & Yakıncı, C. (2010). Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 17(3). ss. 233-236
- Karsh, B. T., Escoto, K. H., Beasley, J. W., & Holden, R. J. (2006). Toward a Theoretical Approach to Medical Error Reporting System Research and Design. *Applied Ergonomics*, 37(3), pp.283-295.
- Kalabalık, H. (2011). *Ebe ve Hemşirelerin İdare Hukuku Açısından Sorumluluğu*, 3. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara Barosu Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş., (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kennedy, A. G., Littenberg, B., & Senders, J. W. (2008). Using Nurses and Office Staff to Report Prescribing Errors in Primary Care. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4),pp.1-8, 238-245.
- Kıcaloğlu, M. (2006). Yargı Kararları Işığında Doktorun Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluğu, *Terazi Aylık Hukuk Dergisi*, Yıl,1 (4) ss.5-7.
- Koç, S. (2015). *Hemşireler Sağlık Sistemi Verimliliğini İyileştirmek İçin Ne Yapabilirler*, ASG XV. Hemşirelik Haftası Etkinliklerin <http://docplayer.biz.tr/11791342-Hemsireler-saglik-sistemi-verimliligini-iyilestirmek-icin-ne-yapabilirler.html>.
- Meurier, C. E., Vincent, C. A., & Parmar, D. G. (1997). *Learning From Errors in Nursing Practice*. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), pp. 111-119.
- Mrayyan, M. T., Shishani, K., & Al-Faouri, I. (2007). Rate, Causes and Reporting of Medication Errors in Jordan: Nurses' Perspectives. *Journal of Nursing Management*, 15(6), pp. 659-670.

- Mayo, A. M., & Duncan, D. (2004). Nurse Perceptions of Medication Errors: What We Need to Know for Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3). pp. 209-217.
- Özata, M., & Altuncan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği, *Tıp Araştırmaları Dergisi* 8. (2), ss. 100-111.
- Özdem, F.Ş., Alioğulları A.S.(2014). *Tıbbi Hatalar: Türkiye'deki Tıbbi Hata Haberleri*, Ed. Ünal D, Güler H, Öztürk AV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı. Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; ss. 489-492.
- Polat, O., (2005). *Tıbbi Uygulama Hataları, Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları*, Seçkin, Ankara.
- Reason, J. (1998). *Achieving a Safe Culture: Theory and Practice*. Work & Stress, 12(3), pp.293-306.
- Sayek, F., (2010). *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*, Ankara, TTB Raporları/ Yayınları, Birinci Baskı.
- Saygın T., & Keklik, B. (2014). Tıbbi Hata Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 17(2).
- Serembus, J. F., Wolf, Z. R., & Youngblood, N. (2001). Consequences of Fatal Medication Errors For Health Care Providers: A Secondary Analysis Study. *MedSurg Nursing*, 10(4). pp. 193-201.
- Schuerer, D. J., Nast, P. A., Harris, C. B., Krauss, M. J., Jones, R. M., Boyle, W. A., & Fraser, V. J. (2006). A New Safety Event Reporting System Improves Physician Reporting in the Surgical Intensive Care Unit. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(6). pp. 202-205,881-887.
- Skurka M. A., (1998) *Health Information Management*. Aha Pres, Chicago.

- Şahin, N.(2012). *Hemşire ve Ebeler Açısından Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım*, II. Tıp Hukuku Günleri, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul.
- Türk Tabipleri Birliği (2009). *Malpraktis Bildirgesi*. TTB yayınları. Ankara.
- TDK. (2016). *Malpraktis. Büyük Türkçe Sözlük*. T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür. Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu.
- Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S.,(2008). Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İliinden Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 11(2). ss.168-175*.
- Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S, Tarcan M., (2009) *Hekimlerin Tıbbi Hataların Nedenlerine Yönelik Yaklaşımları: Kocaeli İli Örneği*, Kırılmaz H, editör. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. 1. Baskı. Ankara: Turunç Matbaacılık.
- Tomey M.A.,( 2000) *Guide to Nursing Management and Leadership*. Sixth Edition, Mosby Lmt, St. Louis Missouri.
- Tighe, C. M., Woloshynowych, M., Brown, R., Wears, B., & Vincent, C. (2006). Incident Reporting in one UK Accident and Emergency Department. *Accident and Emergency Nursing, 14(1).pp.27-37*.
- Vincent, C.,(2006). *Patient Safety*. (1). London: Elsevier.
- Yalçın, Ş. ve Acar, A. (2010) *Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi*, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-1 Mayıs, Ankara.
- Yıldırım, Ö. (2012). Tıbbi Uygulama Hatalarına Yol Açan Süreçler. *Turkish Journal of Ophthalmology/Türk Oftalmoloji Dergisi, 42*.
- Yıldırım, A., Aksu, M., Çetin, İ., & Şahan, A. G. (2009). Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi, 31(4).ss.356-366*.

Yavuz, M., *Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kampanyası. Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar Konuşma Metinleri*, İzmir. Yavuz, M. (2010).DSÖ'nün "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" kampanyası.<http://www.medimagazin.com.tr/authors/meryem-yavuz/tr-dsonun-guvenlicerrahi-hayat-kurtarir-kampanyasi-72-101-2595.html>.

World Health Organization (WHO). (2005).The Role of Reporting in Enhancing Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning System from Information to Action.. 1st ed. Geneva: *WHO Press*; pp.10-6.

World Health Organization (2004). World alliance for patient safety. [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf) Erişim Tarihi: 24. 06. 2016).

[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.572e608fbb63.07551047](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.572e608fbb63.07551047) Erişim Tarihi: 20.05.2016

<http://www.sdplatform.com/Dergi/111/Buzdaginin-gorunen-yuzu-Hasta-guvenligi.aspx> Erişim Tarihi: 20.12.2015

<http://www.icn.ch/publications/international-nurses-day/> Erişim Tarihi: 22.01.2016

[http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/cerahi\\_hasta\\_guven.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/cerahi_hasta_guven.pdf) Online Erişim Tarihi: 22.12.2015

[http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu\\_folder/2012-01/html/2012-10-1-040-049.htm](http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2012-01/html/2012-10-1-040-049.htm) Erişim Tarihi: 02.06.2016

<http://www.nationalacademies.org/hmd/> Erişim Tarihi: 18.01.2016

<http://www.thinknursing.ca>, 2015. Erişim Tarihi: 24.01.2016

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?page=243&lang=tr> Erişim Tarihi: 27.04.2016

<http://www.saglikaktuel.com/haber/hasta-guvenligi-kulturu-nasil-olusturulabilir-5902.htm> /Erişim Tarihi: 15.05.2016

<http://grs.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 23.12.2016

<http://www.haksay.org/files/sedat07.doc>/Erişim Tarihi: 21/02/2017

[http:// bkcalistay.ankara.edu.tr.](http://bkcalistay.ankara.edu.tr/) /Erişim Tarihi:22/02/2017



## EKLER

### Ek:1 Uygulanan Anket

#### Tıbbi Hatalar ve Oluşum Nedenleri

Bu araştırma tıbbi hatalar ve oluşum nedenlerini araştırmayı amaçlamaktadır. Anket sonucunda elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Doldurmanız rica edilen bu anket formu Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans programında Prof. Dr. Ramazan ERDEM danışmanlığında yürütülen tez çalışmasında kullanılmak üzere yüksek lisans öğrencisi Aram ABDULKAREEM tarafından hazırlanmıştır. Katılımınız için çok teşekkür ederim. (İletişim: [asa2009pdk@live.com](mailto:asa2009pdk@live.com))

#### I. BÖLÜM: HASTANELERDE TIBBİ HATALARIN KLİNİK YÖNETİMİ

<b>Katılma Düzeyi: (1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum)</b>					
<i>Lütfen hastanedeki tıbbi hata nedenlerini ve sıklıklarını düşünerek sorulara yanıt veriniz.</i>	<b>Katılma Düzeyi</b>				
1. Daha önce herhangi bir tıbbi hata vakasıyla karşılaştım.	1	2	3	4	5
2. Herhangi bir meslektaşımın tıbbi uygulama hatası vakasına tanık oldum.	1	2	3	4	5
3. Sağlık çalışanları karşılaştıkları tıbbi hata vakalarını hastaya / hasta yakınına açıklarlar.	1	2	3	4	5
4. Herhangi bir tıbbi hata yaşanılması durumunda bunun hastayla paylaşılması gerekir.	1	2	3	4	5
5. Sağlık çalışanları karşılaştıkları tıbbi hataları zamanında sorumlu birimlere bildirirler.	1	2	3	4	5
6. Tıbbi hatalar esas olarak hekimlerden kaynaklıdır.	1	2	3	4	5
7. Tıbbi hatalar esas olarak hemşire kaynaklıdır.	1	2	3	4	5
8. Tıbbi hatalar esas olarak teknik personelden kaynaklanmaktadır.	1	2	3	4	5
9. Tıbbi uygulama hataları önlenebilir niteliktedir.	1	2	3	4	5
10. Tıbbi hataların oluşum nedenleri sağlık insan gücü eksikliğidir.	1	2	3	4	5
11. Tıbbi hataların oluşum nedenleri hekim sayısının az olmasıdır.	1	2	3	4	5
12. Tıbbi hataların oluşum nedenleri yardımcı sağlık personeli sayısının az olmasıdır.	1	2	3	4	5
13. Tıbbi hataların oluşum nedenleri eğitimlerinin yetersizliğidir	1	2	3	4	5
14. Tıbbi hatalar aşırı iş yükünden kaynaklanmaktadır.	1	2	3	4	5
15. Tıbbi hatalar uzun çalışma saatlerinden kaynaklanmaktadır.	1	2	3	4	5

<b>16.</b> Tıbbi hatalar hekim başına düşen hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır.	1	2	3	4	5
<b>17.</b> Tıbbi hatalar iletişim eksikliğinden kaynaklanmaktadır.	1	2	3	4	5
<b>18.</b> Tıbbi hatalar teknik donanım yetersizliğinden yaşanmaktadır.	1	2	3	4	5
<b>19.</b> Tıbbi hatalar çevresel faktörlerden kaynaklı yaşanmaktadır. (ısı, ışık vb.)	1	2	3	4	5

<b>20.</b> Görev yaptığım hastanede tıbbi hataları önlemeye yönelik faaliyetleri yeterli buluyorum.	1	2	3	4	5
<b>21.</b> Çalıştığımız kurumda tıbbi hataların önlenmesine yönelik personel eğitime gerekli özen gösterilmektedir.	1	2	3	4	5
<b>22.</b> Çalıştığımız kurumda tıbbi hata bildirim sisteminin yeterli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
<b>23.</b> Çalıştığımız kurumda tıbbi hata bildirim sistemi aktif biçimde kullanılmaktadır.	1	2	3	4	5
<b>24.</b> Çalıştığınız kurumda Kliniklerde sorumluluklar nettir ve istenildiği anda sorumlu kişilere ulaşılabilir.	1	2	3	4	5
<b>25.</b> Çalıştığınız kurum hasta güvenliği için önceki yıllara göre daha fazla çaba sarf etmektedir.	1	2	3	4	5
<b>26.</b> Çalıştığınız hastanede tıbbi hatalar kurumsal olarak ele alınmaktadır.	1	2	3	4	5
<b>27.</b> Çalıştığınız hastanede tıbbi hatalar bireysel bir sorun olarak ele alınmaktadır.	1	2	3	4	5
<b>28.</b> Tıbbi hatalar kurumsal imajı zedelemektedir.	1	2	3	4	5

## II. BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaş: .....
2. Cinsiyet: a. Erkek ( ) b. Kadın ( )
3. Medeni Durum: a. Evli ( ) b. Evli Değil( )
4. Hastanedeki göreviniz? a. Hekim ( ) b. Hemşire ( ) c. İdari Personel ( ) d. Diğer ( ) Belirtiniz.....
5. Çalıştığınız Birim: .....
6. Toplam Hizmet Süreniz: ..... YIL
7. Bu Hastanedeki Hizmet Süreniz: ..... YIL
8. Genel olarak bu kurumda tıbbi hatalar konusundaki eğitim faaliyetlerinden memnun musunuz?  
a. Evet ( ) b. Hayır ( )
9. Kurumunuzda ne sıklıkla tıbbi hata vakası yaşanmaktadır?  
a). Çok sık b). Sıklıkla c). Bezen d). Nadiren e) Hiç
10. Tıbbi hatalar ve oluşum nedenleri konusunda eklemek istediğiniz başka bir husus var mı ?

.....

.....

.....

.....

## ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler:**

Adı ve Soyadı : ARAM SALAHUDDIN ABDULKAREEM  
Doğum Yeri ve Yılı : Kerkük, Irak. 1978.  
Medeni Hali : Evli

### **Eğitim Durumu:**

Lisans Öğrenimi : Bağdad Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

### **Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi:**

1. İngilizce, Puanı: ... ( 7.5 ilets.)....., Yabancı Dil Seviyesi: Türkçe....., Sınav: B1 TÖMER
2. Arapça
3. İtalyanca.
4. Farsça.

### **İş Deneyimi:**

1. ABD'de maxillo facail'de yetişkin eğitimi ile genel diş hekimi olarak.
2. İtalya'da diş imalatında çalışmıştır.
3. Halen Kerkük'te şahsi polikliniğini işletmektedir.