

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KALİTE UYGULAMALARI BAĞLAMINDA TIBBİ
HATA RAPORLAMA SİSTEMLERİ: BİR
ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emin AKSAN

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Selma ALTINDİŞ

Aralık - 2017

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

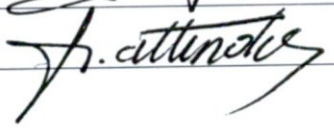
**KALİTE UYGULAMALARI BAĞLAMINDA TIBBİ HATA
RAPORLAMA SİSTEMLERİ: BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emin AKSAN

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

“Bu tez 01/12/2017 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Yrd. Doç. Dr. S. Didem KAYA	BAŞARILI	
Doç. Dr. Levil ÖRGÜL	BAŞARILI	
Doç. Dr. Selma ALTINDIĞ	BAŞARILI	



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrenci Adı Soyadı	:	EMİN AKSAN
Enstitü Anabilim Dalı	:	SAĞLIK YÖNETİMİ
Enstitü Bilim Dalı	:	SAĞLIK YÖNETİMİ
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	KALİTE UYGULAMALARI BAĞLAMINDA TIBBİ HATA RAPORLAMA SİSTEMLERİ:BİR ARAŞTIRMA
Benzerlik Oranı	:	% ...18.....

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

☐ Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere eminalkan@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

EmİN AKSAN
İmza
Adı Soyadı

☐ Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda verilen öğrenci bilgilerinin doğru olduğunu beyan ederim.

Yukarıda bilgileri verilen tezin jüri karşısında savunulabilir olduğunu bilgilerinize arz ederim.

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

...../...../ 20..... tarih ve sayılı EYK kararı ile tez savunma jürisine TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK RAPORUNUN gönderilmesine OYBİRLİĞİ/OYÇOKLU ile karar verilmiştir.

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimleri ile bana her konuda yol gösteren, tezimin hazırlanması sırasında deneyimlerini esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ'e, eğitimim süresince bilgilerini aktararak yetişmemde emeği geçen hocalarıma, desteklerinden dolayı asistan arkadaşlarımıza, iş arkadaşlarıma, hayatımın her döneminde desteklerini, sevgilerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan tüm aileme en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Emin AKSAN

01/12/2017

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
SUMMARY	xii

GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE UYGULAMALARI	6
1.1. Sağlıkta Kalite Uygulamaları Hakkında Genel Bilgiler.....	6
1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları	8
1.2.1. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Uygulamaları	8
1.2.2. Sağlıkta Kalite Uygulamalarında Hasta Güvenliği	11

BÖLÜM 2: SAĞLIKTA KALİTE UYGULAMALARI BAĞLAMINDA TIBBİ	
HATA RAPORLAMA.....	19
2.1. Tıbbi Hata.....	19
2.1.1. Tıbbi Hata Tanımı	19
2.1.2. Tıbbi Hataların Nedenleri	20
2.1.2.1 Hasta Kaynaklı Nedenler	20
2.1.2.2. Çalışan Kaynaklı Nedenler	21
2.1.2.3. Sistem Kaynaklı Nedenleri	22
2.1.3. Tıbbi Hata Türleri	22
2.1.4. Tıbbi Hataların Boyutu	26
2.1.5. Tıbbi Hataların Sonuçları ve Önemi	27
2.2. Tıbbi Hataların Raporlanması	28
2.2.1. Tıbbi Hataların Bildirilmesi	28
2.2.1.1. Tıbbi Hata Raporlama Sistemleri	30
2.2.1.2. Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi.....	31

2.2.1.3. Güvenlik Raporlama Bildirim Sisteminin (GRS) Tarihçesi	31
2.2.1.4. Güvenlik Raporlama Sisteminin Amacı ve Önemi	31
2.2.1.5. Dünyada Güvenlik Raporlama Sistemi.....	33
2.2.1.6. Türkiye’de Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS).....	34
2.2.2. Tıbbi Hata Bildiriminde Engeller	38
BÖLÜM 3: MATERYAL ve METOT	42
3.1. Araştırmanın Amacı	42
3.2. Araştırmanın Önemi.....	45
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
3.4. Verilerin Toplanması	46
3.4.1. Veri Toplama Araçları	46
3.5. Evren ve Örneklem	47
3.6. Pilot çalışma.....	48
3.7. Ölçeğin geçerliliği ve güvenirliliği	48
3.8. Verilerin Analizi.....	55
BÖLÜM 4: BULGULAR.....	58
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	58
4.2. Tıbbi Raporlamaya İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	59
4.2.1. Sağlık Çalışanlarının Hangi Tıbbi Durumlarda Hataların Raporlandığına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	59
4.2.2. Çalışmada Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler	60
4.2.3. Tıbbi Hataların Raporlanma Değerlendirilmesine İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler	61
4.2.4. Sağlık Çalışanlarına Göre Tıbbi Hataların Nedenlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	63
4.2.5. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların En Aza İndirilmesi Konusunda Hangi Yolları Etkili Gördüklerine Dair Tanımlayıcı İstatistikleri	63
4.2.6. Sağlık Çalışanlarının Kurumlarındaki Güvenlik Raporlama Sistemi Ve Hata Raporlamaya İlişkin Bilgi Düzeylerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	65

4.3. Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	66
4.4. Yeni Düzenlenen Politika Ve Stratejilerle Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Gördükleri Faktörlere İlişkin Algılarında Bir Değişikliğin Olup Olmadığına İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ...	67
4.5. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Sosyo-Demografik Özelliklere Bağlı Olarak Değişimi.....	69
4.5.1. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Yaş ve Meslekte Toplam Çalışma Yılına Bağlı Olarak Değişimi	70
4.5.2. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Yaşa Bağlı Olarak Değişimi.....	70
4.5.3. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Eğitim Düzeyine Bağlı Olarak Değişimi	70
4.5.4. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Göreve Bağlı Olarak Değişimi.....	71
4.5.5. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Tıbbi Hata Raporlama Durumuna Bağlı Olarak Değişimi	72
4.5.6. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Hastane Türüne Bağlı Olarak Değişimi.....	72
4.6. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Raporlama Engeli Algılarında Bir Değişikliğin Olup Olmadığının Sosyo-Demografik Özelliklere Bağlı Olarak Değişimi	73
4.6.1. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Cinsiyet ile Karşılaştırılması	73
4.6.2. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyi ile Karşılaştırılması	74
4.6.3. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Yaş ile Karşılaştırılması.....	75

4.6.4. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Görev ile Karşılaştırılması	75
4.6.5. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Meslekte Toplam Çalışma Yılı ile Karşılaştırılması	75
4.7. Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Tıbbi Hata Raporlama Durumu ve Hastane Türü İlişkisi	76
4.7.1. Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtlar ile Tıbbi Hata Raporlama Durumu İlişkisi	76
4.7.2. Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtlar ile Hastane Türü İlişkisi	77
4.8. Sağlık Çalışanlarının Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması Durumunun Sosyo- Demografik Özelliklere Bağlı Olarak Değişimi	77
4.9. Tıbbi Raporlama Sıklığının Sosyo-Demografik Özelliklere Ve Hastane Türü Değişkenlerine Bağlı Olarak Değişimi	82
4.10. Tıbbi Raporlamanın Değerlendirilmesinin Sosyo-Demografik Özelliklere Bağlı Olarak Değişimi	84
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	87
KAYNAKÇA	98
EKLER.....	106
ÖZGEÇMİŞ.....	110

KISALTMALAR

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
İSO	:	Uluslar arası Standartlar Örgütü
GRS	:	Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi
HGK	:	Hasta Güvenliği Komitesi
HKS	:	Hizmet Kalite Standartları
JCHAO	:	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KNA	:	Kök Neden Analizi
KYB	:	Kalite Yönetim Birimi
NPSA	:	Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı
NPSG	:	National Patient Safety Foundation
SHGM	:	Sağlık Hizmeti Genel Müdürlüğü
SKS	:	Sağlıkta Kalite Standartları
SPSS	:	Statistical Package For The Social Sciences
VD	:	Ve Diğerleri
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1	: Tıbbi Hata Türleri ve Sınıflandırması	25
Tablo 2	: Örneklemin Hastanelere Göre Dağılımı	47
Tablo 3	: Anketin Bölümlerine ait Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları	49
Tablo 3.1	: Sağlık Çalışanlarının “Kurumlarında Uygulanacak Yeni Politika Ve Stratejilerle, Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önündeki Engel Olarak Görülen Faktörlere İlişkin Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına” İlişkin Faktör Analizi Sonuçları.....	51
Tablo 3.2	: Sağlık Çalışanlarının “Belli Bazı Durumlarda Olay Bildirimi Yapma Konusunda Katılım Düzeylerine” ilişkin Faktör Analizi Sonuçları	52
Tablo 3.3	: “Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığı”na ilişkin Ait Faktör Analizi Sonuçları	53
Tablo 3.4	: “Hataların Değerlendirilmesine” ilişkin Ait Faktör Analizi Sonuçları	54
Tablo 3.5	: Anketin Bölümlerine ait Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları	55
Tablo 4	: Katılımcıların Demografik Özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları	58
Tablo 5	: Sağlık Çalışanlarının Belli Bazı Durumlarda Olay Bildirimi Yapmasına İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler	60
Tablo 6	: Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler	61
Tablo 7	: Hataların Değerlendirilmesine İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler	62
Tablo 8	: Sağlık Çalışanlarına Göre Tıbbi Hataların Nedenleri	63
Tablo 9	: Katılımcıların Tıbbi Hataların En Aza İndirilmesi Konusunda Hangi Yolları Etkili Gördüklerine Dair Verdikleri Yanıtların Frekans ve Yüzdeleri	64
Tablo 10	: Sağlık Çalışanlarının Kurumlarındaki Güvenlik Raporlama Sistemi Ve Hata Raporlamayla İlgili Teşvik, Politika Ve Prosedürlerle İlgili Bilgilerinin Ne Durumda Olduğunun Belirlenmesi İçin Anketteki İlgili Maddeye Verilen Yanıtların Yüzde Ve Frekansları	65
Tablo 11	: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere Ait İfadeler İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler	66
Tablo 12	: Yeni Düzenlenen Politika ve Stratejilerle Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Gördükleri Faktörlere İlişkin Algılarında Değişikliğine İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler	68
Tablo 13	: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Verdikleri Yanıtların Cinsiyet İle Karşılaştırılması	70
Tablo 14	: Sağlık Çalışanlarının Anketin Sağlık Çalışanlarının Anketin Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Olarak Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyi ile Karşılaştırılması	71

Tablo 15	: Sağlık Çalışanlarının Anketin Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Olarak Verdikleri Yanıtların Görev ile Karşılaştırılması	71
Tablo 16	: Sağlık Çalışanlarının Anketin Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Olarak Verdikleri Yanıtların Tıbbi Hata Raporlama Durumu ile Karşılaştırılması	72
Tablo 17	: Sağlık Çalışanlarının Anketin Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Bölümüne Verdikleri Yanıtların Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması	73
Tablo 18	: Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Cinsiyet ile Karşılaştırılması	74
Tablo 19	: Sağlık Çalışanlarının Anketin Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyi ile Karşılaştırılması	74
Tablo 20	: Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Görev ile Karşılaştırılması	75
Tablo 21	: Meslekte Toplam Çalışma Yılı Ve Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	76
Tablo 22	: Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Tıbbi Hata Raporlama Durumuna Göre Karşılaştırılması..	76
Tablo 23	: Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması	77
Tablo 24	: Katılımcıların Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması Durumunun Yaşa ile Karşılaştırılması	78
Tablo 25	: Katılımcıların Meslekte Toplam Çalışma Yıllarının Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması Durumlarına Göre Karşılaştırılması ..	78
Tablo 26	: Katılımcıların Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması Durumları İle Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonuçları	78
Tablo 27	: Katılımcıların Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması İle Çalıştıkları Hastane Türü Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonuçları	79
Tablo 28	: Katılımcıların Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması Durumları İle Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonuçları	79
Tablo 29	: Katılımcıların Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmamasına Durumları İle Görevleri Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonuçları	80
Tablo 30	: Sağlık Çalışanlarının Hangi Tıbbi Durumlarda Hataların Raporlandığına İlişkin Verdikleri Yanıtların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	81
Tablo 31	: Sağlık Çalışanlarının Hangi Tıbbi Durumlarda Hataların Raporlandığına İlişkin Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	81
Tablo 32	: Sağlık Çalışanlarının Hangi Tıbbi Durumlarda Hataların Raporlandığına Göreve Göre Karşılaştırılması	81
Tablo 33	: Sağlık Çalışanlarının Hangi Tıbbi Durumlarda Hataların	82

	Raporlandığına İlişkin Verdikleri Yanıtların Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması	
Tablo 34	: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	83
Tablo 35	: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Verdikleri Yanıtların Göreve Göre Karşılaştırılması	83
Tablo 36	: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Elde Ettikleri Toplam Puanların Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması	84
Tablo 37	: Sağlık Çalışanlarının Hataların Değerlendirilmesine İlişkin Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyi ile Karşılaştırılması	85
Tablo 38	: Sağlık Çalışanlarının Hataların Değerlendirilmesine İlişkin Verdikleri Yanıtların Göreve ile Karşılaştırılması	85
Tablo 39	: Sağlık Çalışanlarının Hataların Değerlendirilmesine İlişkin Verdikleri Yanıtların Hiç Tıbbi Hata Raporlaması (Olay Bildirimi) Yapıp Yapmaması Durumuna ile Karşılaştırılması	85
Tablo 40	: Sağlık Çalışanlarının Hataların Değerlendirilmesine İlişkin Verdikleri Yanıtların Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması	86

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Belirleyicileri.....	7
Şekil 2: Hastanelerde Kullanılan Kalite Göstergeleri.....	10
Şekil 3: Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları.....	11
Şekil 4: Hasta Güvenliğinde İsveç Peyniri Modeli.....	16
Şekil 5: Risk Yönetimi Uygulama Adımları	18
Şekil 6: GRS Bildirim Formu	36
Şekil 7: GRS Akış Şeması	37



Tezin Başlığı: Kalite Uygulamaları Bağlamında Tıbbi Hata Raporlama Sistemleri: Bir Araştırma

Tezin Yazarı: Emin AKSAN

Danışman: Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ

Kabul Tarihi: 01/12/2017

Sayfa Sayısı: xii (ön kısım) + 105 (tez) + 1(ek)

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Bilimsel Dalı: Sağlık Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde kalite, kuruluşun mevcut olanakları ile bilimsel veriler doğrultusunda hastaların can ve mal güvenliğini gözeterek herkese eşit şartlarda, en iyi, en ucuz maliyetli, toplum tarafından kabul edilebilir yasal hizmetlerin hasta, hasta yakınları ve sağlık personelinin istek ve beklentilerine uygun olmasıdır. Bu beklentilerin herhangi bir aşamasında meydana gelen tıbbi hatalar önemli sorunları da beraberinde getirmektedir.

Tüm dünyada gerek sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların artması gerekse de tıbbi hata kaynaklı ölümlerin ekonomik ve sosyal boyutu, hataların nedenlerinin belirlenmesi ve önlenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Sağlık kurumları gerek problemleri belirleyebilmek, gerekse de çözüm üretebilmek ve hatalardan öğrenmeyi kolaylaştırmak için tıbbi hata raporlama sistemlerine ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca örgütlerde kalite uygulamaları bağlamında riskli süreç ve uygulamaların belirlenmesi ve hasta güvenliğinin gelişmesinde olay raporlama sistemlerinin kurulması ve etkin olarak çalıştırılması belirleyici bir role sahiptir. Bu nedenle tıbbi hata bildirimlerinin önündeki engellerin belirlenerek çözüm önerilerinin geliştirilmesi, hata raporlama sistemlerinin etkin kullanımına katkı sağlayacaktır.

Tıbbi hata bildirimleri sağlık kuruluşlarında tüm sağlık çalışanlarını ilgilendiren önemli bir konudur. Bu bilgiler ışığında araştırmada, sağlık hizmetlerinde çalışanların tıbbi hataların raporlamasındaki engellere ilişkin görüş ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Buna ek olarak, bu araştırmanın sağlık çalışanlarının çalışmada kullanılan anketteki maddelere verdikleri yanıtların bazı değişkenlere (cinsiyet, eğitim düzeyi, görev, meslekte toplam çalışma yılı, hata raporlama durumu ve çalışılan hastane türü) göre farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Bu yönüyle çalışma ilişkisel tarama modelinde bir araştırmadır.

Araştırma sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının hata raporlamalarını engelleyen faktörler içerisinde “raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşünülüyor” ifadesinin en yüksek ortalama (X=3,18) sahip olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının hata raporlamalarını engelleyen faktörlere ilişkin algılarının eğitim düzeyine, göreve, tıbbi hata raporlama durumuna ve hastane türüne göre anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Hata, Kalite Uygulamaları, Raporlama Sistemleri, Sağlık Kurumları, Hasta Güvenliği.

Title of the Thesis: Medical Error Reporting Systems In The Context Of Quality Applications: A Research	
Author: Emin AKSAN	Supervisor: Assoc.Prof. Selma ALTINDİŞ
Date: 01/12/2017	Nu. of pages: xii (pre text) +105 (main body) +1(App.)
Department: Health Administration Subfield: Health Administration	
The quality of health care services is based on the existing possibilities of the institution and considering the life and property safety of the patients in the direction of scientific data and everyone is in equal conditions with the best, cheapest and society acceptable legal services to the wishes and expectations of patients, patient relatives and health personnel. Medical errors that occur at any stage of these expectations are accompanied by major problems The economic and social dimension of deaths due to medical errors, as well as the increase in medical errors in health care all over the world, reveals the importance of preventing errors and determining their causes. Healthcare institutions need medical error reporting systems to be able to identify problems, to produce solutions, and to facilitate learning from errors. In addition, organizations have a decisive role in establishing risky processes and practices in the context of quality applications and in establishing and effectively employing event reporting systems in the development of patient safety. Therefore, determining the obstacles in front of the medical error reports and developing the solution proposals will contribute to the effective use of the error reporting systems. Medical error reporting is an important issue for all health care providers in health care organizations. It is aimed to evaluate the opinions and attitudes of health care workers regarding the reporting of medical errors in the light of this information. In addition, it was researched whether the responses of health workers to the questionnaire items used in the study differ according to some variables (sex, education level, duty, total working years in profession, error reporting status and hospital type studied). In this respect, the study is a research in the relational screening model. According to the results of the research, it is seen that among the factors that prevent health workers' error reporting, the expression "reporting is considered to have little contribution to improve the quality of care" has the highest average ($X = 3,18$). It was determined that the perceptions of the factors preventing the healthcare workers' error reporting did not show any significant difference according to the level of education, relative, medical error reporting status and hospital type.	
Keywords: Medical Error, Quality Applications, Reporting Systems, Health institutions, Patient Safety	

GİRİŞ

Dünyada bilim ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık sistemindeki uygulamalar da değişmiştir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumdaki bireylerin sağlıklı olabilmesi için ihtiyacı olan hizmetin kısa sürede, en gerekli zamanda ve düşük maliyetle sunmaktır. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sunan kuruluşlardaki sağlık profesyonellerinin sayısının yetersizliği, yoğun iş yükü, süreç planlama ve haritalama eksiklikleri, sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı, sunulan hizmetlerde bir takım riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu riskler, sağlık hizmetinde kalite uygulamalarını gerekli ve önemli kılmıştır (Zerenler ve Öğüt, 2007: 504). Çünkü bu riskler tıbbi hataların görülmesine ve bu hatalardan telafi edilemeyecek sonuçlar ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin insan yaşamıyla ilgili olması ve oluşacak hataların sonuçlarının çoğu zaman telafisi olmayan sorunlara neden olabileceği de dikkate alındığında sağlık sektörünün hata kavramını barındırmayacak kadar hassasiyet isteyen bir sektör olduğu ve hataları engellemek içinde kaliteli hizmetin gerekliliği görülmektedir.

Tüm dünyada sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların arttığı görülmektedir. Bu artış hataları engellemeye yönelik önlemler alınmasını gerektirmektedir. Hataların önlenebilmesi ve aynı hatanın tekrar gelişmemesi için bu hataların kaynak ve nedenlerinin bilinmesi son derece önemlidir. Ayrıca bu durum dünyada tıbbi hataların bildirilmesi konusunu da gündeme getirmiştir. Tıbbi hata bildirimleri, sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti sunan tüm sağlık profesyonellerini ilgilendiren önemli bir konudur. Çünkü hatalar hem hasta ve sağlık personeli hem de kurumu olumsuz bir şekilde etkilemektedir.

Sağlık bakım hizmeti sunumu sırasında hastanın yaşamsal durumunu olumsuz bir şekilde etkileyen istenmeyen olaylar şeklinde tanımlanan tıbbi hataların görülme sıklığını araştıran çalışmalar, tıbbi hataların boyutlarını ortaya koymaktadır. Yapılan bir araştırmada Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) tıbbi hata nedeniyle her yıl, 44.000-98.000 kişinin, İngiltere'de, her yıl 40.000 kişinin, Kanada'da her yıl 5.000-10.000 kişinin hayatını kaybettiği belirtilmiştir (Akt. Tütüncü vd., 2006: 288).

Sağlık kuruluşlarının yapısının karmaşıklığı ve insan hayatına yönelik yüksek riskli işlemlerden oluşması, tıbbi hata nedenleri içinde yer almaktadır (Walshe ve Boaden, 2006: 3-6). Tıbbi hataları orta çıkaran nedenlerin çeşitliliği, bu nedenlerin araştırılarak tanımlanmasını ve dünyada tıbbi hata raporlama sisteminin önemini ortaya koymaktadır.

Tıbbi hata raporlama sisteminin amacı, hataları kayıt altına alarak tanımlamak, hatalardan ders çıkararak benzer hataların olmasını engelleyici çözüm yöntemi geliştirmek, sağlık kuruluşu içinde tıbbi hata raporlama kültürünü oluşturup yaygınlaştırmaktır (Baker vd., 2004: 1678).

Tıbbi hata raporlama, hasta güvenliğinin ve kültürünün iyileştirilmesinde önemli bir bileşen olmakla birlikte, sağlık hizmetleri tesislerinde tıbbi hatalar yaygın olarak bildirilmemektedir. Birçok çalışmada, tıbbi hataları bildirmeyi engelleyen faktörler araştırılmıştır(Akins ve Cole, 2005; Uribe ve ark., 2002). Bunlardan biri de Uribe ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmadır. Orta ve Batı Amerika'da önemli bir akademik tıp merkezi, hekim ve hemşireler arasındaki tıbbi hataların bildirilmesini engelleyen faktörleri incelemiş ve hata raporlama engelleri ile ilgili faktörleri belirlemek için araştırmalar yapmıştır (Uribe ve ark., 2002:263). 2005 yılında Akins ve Cole tarafından düzenlenen Delphi panelindeki tıbbi hata raporlamasının önündeki engelleri şu şekilde açıklamışlardır.

- Yetersiz personel veya mevcut personelin aşırı iş yükü gibi yetersiz kaynaklar;
- Personelin hizmet içi eğitimi, yeni teknolojiler, hasta kabulü, laboratuvar analizi veya faturalandırma prosedürleri için kaynaklar
- Sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğu kendilerini hasta güvenliği için uygulamalara savunur ve değişikliklere veya iyileşme çabalarına tepki verirler.
- Deneyimli üst düzey yöneticilerin hasta güvenliği kavramı yeterince anlamaması,
- İşyerinde çevreyle ilgili tutum ve davranışlarda başarısızlıktır.

Birçok ülkede tıbbi hataların raporlanması kalite standartlarında hasta güvenliği kapsamında “Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)” ismi ile uygulanmaktadır. Hasta

güvenliği başlığı altında hastaların güvenli bir şekilde sağlık bakım hizmetlerinin yerine getirilmesine yönelik standartlar ve programlar belirlenmiştir (Akins ve Cole, 2005:12).

Araştırmanın Amacı

Sağlıkta kalite uygulamaları; kaliteyi sağlık hizmetinin her aşamasında değerlendiren ve sağlık çalışanlarını bu anlamda kaliteli hizmet geliştirmek ve iyileştirmek için yönlendirmeye yönelik bir araçtır. Günümüzde sağlık alanının oldukça karmaşık olması nedeni ile tıbbi hatalar yaşanabilmekte ve bu hatalar sonucu telafi edilemeyecek sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu bilgiler ışığında araştırmada, sağlık hizmetlerinde çalışanların tıbbi hataların raporlamasında algılanan engellere ilişkin görüş ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetleri oldukça karmaşık, birçok sağlık çalışanını, farklı işleri ve uygulamaları içinde barındıran bir hizmet sektörüdür. Dolayısıyla hataların olması da çok doğaldır. Ancak hataların azaltılması, hem ekonomik hem de etik bir zorunluluktur. Dolayısıyla eksikliklere ve hatalara yönelik bir takım iyileştirmelerin yapılarak kalitenin artırılması için tıbbi hata raporlama sisteminin uygulanması gereklidir. Çünkü tıbbi hata raporlama sisteminden elde edilen veriler, belirlenen hataların azaltılması için gerekli planlama ve uygulamalarda önemli bir bilgi kaynağı olmaktadır.

Bu çalışmanın sonucunda elde edilen veriler, verilen sağlık hizmetlerine birçok açıdan fayda sağlayabilir. Tıbbi hata raporlama konusunda yapılan çalışmaların artması, konuya dair gereken hassasiyetin oluşturulması, pozitif bir tutum ve algının gerçekleşmesi, uygulanacak politika ve düzenlemelere yön vermesi yaşanan sorunlara çözüm getirilmesi açısından önem taşımaktadır. Çalışmanın kuramsal alt yapısını oluşturacak doğru araştırma problemlerinin formüle edilmesi ve bu problemin alanda doğru bir metotla, doğru analiz araçları kullanılarak incelenmesi, sonraki çalışmalara kuramsal bir çerçeve sunması açısından önem taşımaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma sağlık çalışanlarının tıbbi hata raporlanmasına ilişkin görüş ve tutumlarının ortaya çıkartılması yönüyle betimsel bir çalışmadır. Buna ek olarak, bu araştırmanın sağlık çalışanlarının hazırlanan anketteki maddelere verdikleri yanıtların belli bazı değişkenlere (cinsiyet, eğitim düzeyi, görev, meslekte toplam çalışma yılı, hata raporlama durumu ve çalışılan hastane türü) göre anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesini amaçlayan yönüyle ilişkisel tarama modelinde bir çalışmadır.

Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden faydalanılmıştır. Bu doğrultuda ihtiyaç duyulan veriler anket formu vasıtasıyla elde edilmiştir. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgiler ve sağlık çalışanları tarafından tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algılanan faktörlerin belirlenmesi amacıyla Uribe ve arkadaşlarının (2002) hazırlamış olduğu 17 ifadelerin yer aldığı değerlendirme formu kullanılmıştır. Ayrıca değerlendirme formunda yer alan tıbbi hataların raporlanması, sıklığı ve değerlendirilmesine ilişkin ifadeler ilgili yazında aşağıdaki kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Mustafa Levent Özgönül (2010)	“Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı”
İlkay Yıldız (2015)	“Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”
Ali Çakır (2007)	“Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi”
Selma Altındış (2009)	“Bilgi Yönetimi Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Etkilerine İlişkin Bir Araştırma”

Araştırma kapsamında elde edilen veriler araştırma amacı ve hipotezleri doğrultusunda ilgili nicel analiz teknikleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda veriler SPSS 22 programı vasıtasıyla tanımlayıcı istatistikler (yüzde, frekans, aritmetik ortalama ve standart sapma), faktör analizi, bağımsız örneklem t testi, Anova ve Pearson Korelasyon katsayısı analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Kapsamı

Bu araştırmada, sağlık kuruluşlarında kalite uygulamalarındaki tıbbi hataların raporlanmasına ilişkin sistemlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan araştırmanın ilk iki bölümü literatürden elde edilen bilgilerden oluşmaktadır. Çalışmanın ilk bölümünde; sağlık hizmetlerindeki kalite uygulamalarına, ikinci bölümde; sağlıkta kalite uygulamaları bağlamında tıbbi hata ve tıbbi hata raporlamaya ilişkin literatürden elde edilen bilgilere, üçüncü bölümde; sağlık çalışanlarının tıbbi hata raporlanmasına ilişkin görüş ve tutumlarının ortaya çıkartılmasına ilişkin yapılan uygulama sonucu verilerin toplanması ve analizine; dördüncü bölümde ise elde edilen verilerden ulaşılan bulguların yorumlanmasına yer verilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Zaman ve kaynak yetersizliği nedeni ile çalışma Muğla'da faaliyet gösteren bir kamu ve bir özel hastanede çalışan sağlık personeli ile sınırlandırılmıştır. Diğer bir sınırlılık ise hastane çalışanlarının yoğun çalışmaları sebebiyle katılımın belirli bir düzeyde kalmış olmasıdır. Bu bakımdan araştırma sonucunda elde edilen bulgular söz konusu hastaneler açısından genellenebilir.

BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE UYGULAMALARI

1.1. Sağlıkta Kalite Uygulamaları Hakkında Genel Bilgiler

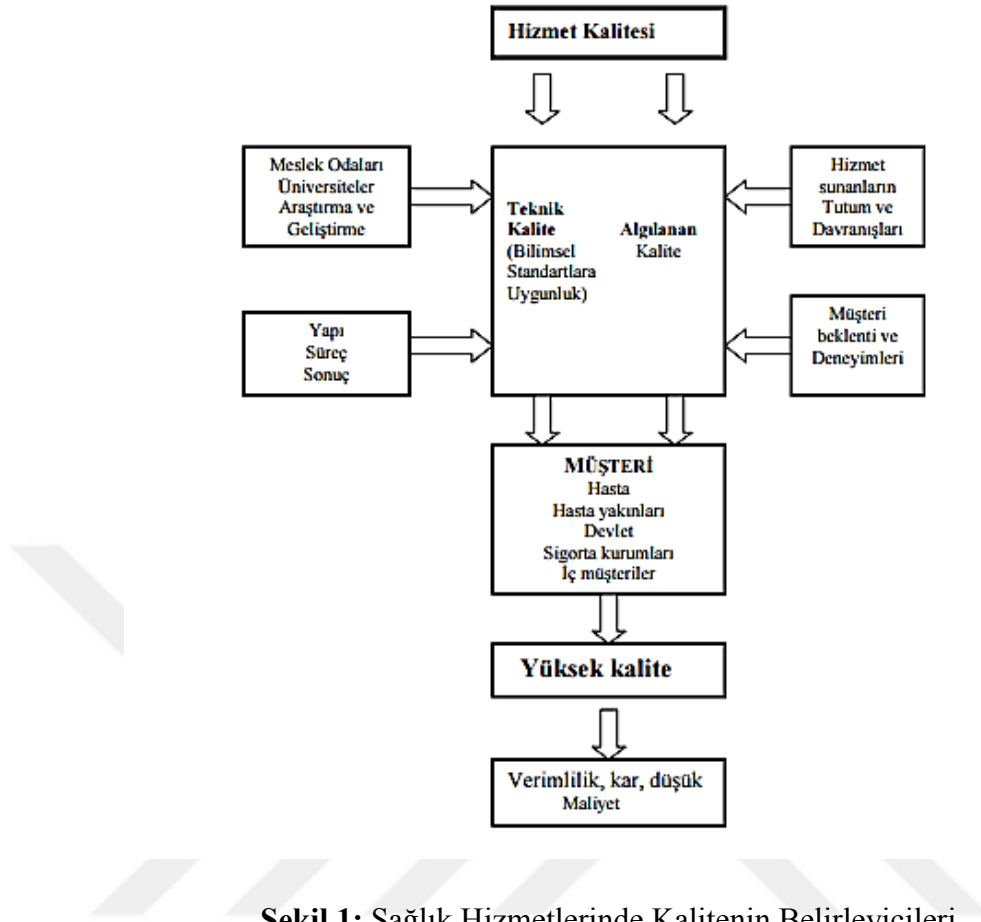
Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumdaki bireylerin sağlıklı olabilmesi için ihtiyacı olan hizmetin kısa sürede, doğru zamanda ve düşük maliyetle sunmaktır. Günümüzde hasta güvenliğinin önemi, hastaların beklentilerinin artması ve hastaların kaliteli bakım taleplerinde bulunması gibi nedenler sağlık hizmetinde kalite uygulamalarını gerekli ve önemli kılmıştır (Zerenler ve Öğüt, 2007: 504).

Sağlık hizmetlerinde çeşitli kalite tanımlarının literatürde yer aldığı görülebilmektedir. Zerenler ve Öğüt (2007: 505) sağlıkta kaliteyi; “sağlık hizmetleri sisteminde sistemi oluşturan tüm öğelerin belirlenmiş standartlara uygunluk ve mükemmellik düzeyi” olarak tanımlamaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinde kalite genel olarak, belirli ve kabul edilen standartlar doğrultusunda sağlık hizmetlerinde hastalara eşit, can ve mal güvenliğini gözeterek hizmet vermek ve en iyi hizmetin sunumu sağlayacak planlama, hizmetin değerlendirilmesi ve bunlar sağlanırken hasta, hasta yakınları ve sağlık personelinin eşit olanaklara sahip olmasıdır (Benli, 2007: 19).

Kavuncubaşı (2000) sağlık hizmetlerinin kalitesini “teknik kalite” ve “tedavi sanatı”nın birleşimi şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanımda kalitenin teknik kalite yönü “teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olması; sanatsal yönü ise “teşhis ve tedavinin hastaların beklentilerini karşılayacak şekilde olması”dır (Kavuncubaşı, 2000: 270).

Kavuncubaşı’nın (2000) tanımında yer alan hizmet kalitesinin tüm bileşenleri Şekil 1’de şematik olarak gösterilmiştir.



Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Belirleyicileri

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 271.

Şekil 1’de görüldüğü gibi hizmet kalitesinin teknik yönü; meslek odaları, araştırma geliştirme ve bazı kuruluşlar tarafından geliştirilen yapısal süreç ve bu süreçlerin sonuçlarıdır. Algılanan kaliteyi oluşturan unsurlar ise hizmet sunanların tutum ve davranışları ile hastaların beklenti ve deneyimleridir. Hizmet kalitesinin uygulanması ile elde edilecek sonuçlar verimlilik, kar, düşük maliyettir.

Avadis Donebedian 1990 yılında, sağlık hizmetlerinde kalitenin yedi özelliğini ele alarak açıklamıştır. Kavuncubaşı’nın (2000) aktardığına göre Donebedian’ın (1990) kalite özellikleri şu şekildedir (Kavuncubaşı, 2000: 275-276);

Etkenlik (Efficacy): Sağlık kuruluşlarında, kuruluşun mevcut olanakları ile bilimsel veriler doğrultusunda hastalara en iyi hizmeti vermektir.

Etkililik (Effectiveness): Sağlık hizmetinin kalitesinde etkenlikten farklı olarak, hastanın durumundaki değişikliğin esas alınmasıdır.

Verimlilik (Effeciency): Sağlık hizmetlerinde hizmetin düşük maliyetle sunulmasıdır. Ancak düşük maliyet etkili bir sağlık hizmeti için geçerlidir. Sağlık hizmetlerinde önemli olan etkili bir hizmet sunumdur. Kalitenin verimlilik özelliği ise “etkili hizmetin en az maliyetle üretilmesidir” .

Optimal olma (Optimality): Sağlık hizmetlerinde maksimum hizmet sunarak, hastaya sağlanan fayda ile maliyet bileşiminin optimal düzeyde olmasıdır.

Kabul edilebilirlik (Acceptability): Bu özellik, genel olarak sağlık hizmeti sunumunun hasta, hasta yakınlarının istek ve beklentilerine uygun olması anlamındadır. Sağlık hizmetinde, hastaların hizmete ulaşımının kolay olması, sağlık personelinin hasta beklentilerine önem vermesi ve duyarlı olması, hizmet sunumunun yapıldığı ortamın ferah, rahatlatıcı ve güven verici olması, aynı zamanda sunulan hizmetlerin etkili ve düşük fiyatlı olmasıdır.

Yasallık (Legitimacy): Sağlık hizmetinin yasalarla belirlenmiş olması, hizmetin toplum tarafından kabul edilir olmasıdır.

Eşitlik: Ülkedeki tüm bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması, sağlanan faydanın eşit olması ve bireyler arasında ayrımcılık yapılmamasıdır.

Genellikle birçok dünya ülkesinde sağlık hizmetleri sisteminin sürekli iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar sistemin daha iyi hale getirilmesine yöneliktir. Bu nedenle ülkelerde farklı kalite standartları uygulanmaktadır. Pek çok ülkede sağlık hizmetlerinde ülkeye özgü ulusal standartlarla beraber ya da ayrı olarak Akreditasyon, EFQM Mükemmellik Modeli, Malcom Baldrige Kalite Ödülleri gibi uluslararası standartların da uygulandığı görülebilmektedir (Tarcan vd., 2009: 9).

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları

1.2.1. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Uygulamaları

Kalite uygulamalarına yönelik çalışmalarının artmasıyla birlikte, hem uluslararası hem de ulusal düzeyde uygulanabilecek kalite standartları geliştirilmiştir. Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında genellikle Sağlık bakanlığı tarafından hazırlatılan Hizmet Kalite Standartları (Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları), Toplam Kalite Yönetimi,

İSO gibi ulusal kalite standartlarının yanı sıra Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission Accreditation) gibi uluslararası standartlar da uygulanmaktadır (Aslantekin vd., 2007: 55-57; Doğan vd., 2015: 63).

Türkiye’de sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları 1998 yılında Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları ile başlamıştır. Kalite uygulamaları için öncelikle Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nde “Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü” yapılandırılmıştır.

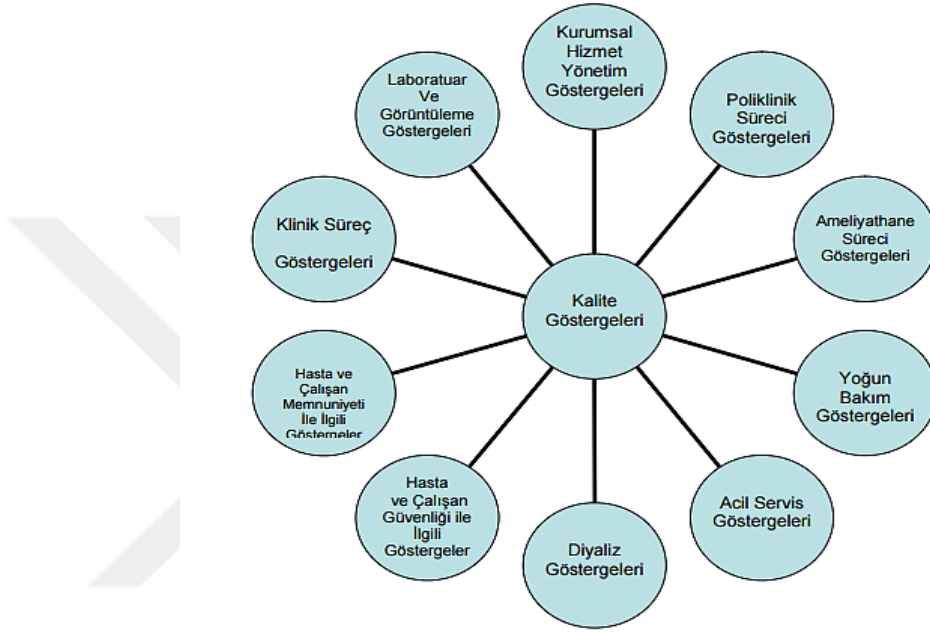
Sağlık Bakanlığı’nda kalite uygulamalarına yönelik bu organizasyonun amacı ise, toplam kalite yönetimi felsefesinin tüm yataklı tedavi kurumlarında benimsetilerek, hastanelerde hizmet sunumu ile ilgili misyon ve vizyonların belirlenmesi, hasta haklarının tanımlanması, hasta memnuniyetine yönelik çalışmaların yapılması, sağlık sistemi içinde kalite standartlarının oluşturularak, standartların tüm hastanelerdeki uyumunun ve kabulünün sağlanması ayrıca sistemin iyileştirilmesidir (Doğan ve Kaya, 2006: 67).

Zaman içinde Sağlık Bakanlığındaki kalite uygulamalarına yönelik örgütsel yapıda değişiklikler gerçekleştirilmiş ve 2007 yılında Kalite Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu süreçte ülkede hastanelerde ISO 9001, akreditasyon gibi kalite standartları uygulanmaya çalışılmıştır.

2009 yılında Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından ilk ulusal Kalite Standartları geliştirilmiş ve Hizmet Kalite Rehberi adı altında öncelikle kamuya bağlı hastanelerde daha sonra özel sağlık hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır.

2012 yılında, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı” biriminin varlığı sona ermiş ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Yeni kurulan Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı’nın ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır. “İnsan sağlığını odak noktası yapma, Sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme, Faaliyetlerinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama, Sağlığın tüm paydaşları ile birlikte hareket etme, Dinamik yapısıyla yeniliklere öncülük etmedir (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012). Hizmet Kalite Standartları Rehberi, Hasta

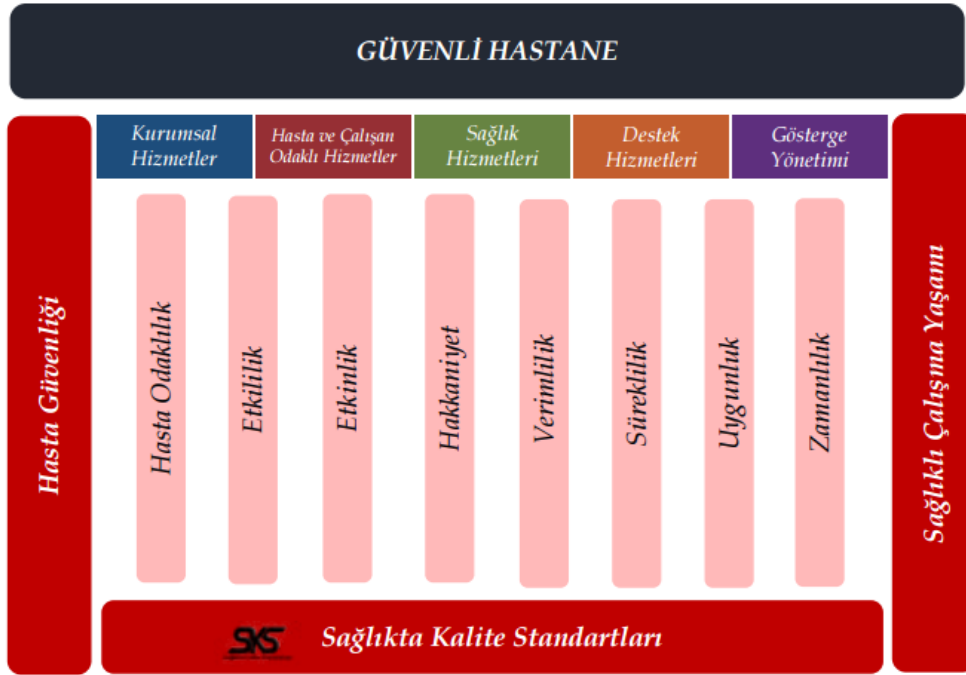
Güvenliği ve Çalışan Güvenliği temeline dayalı olarak dört kurumsal standarttan oluşmaktadır. Bu standartlar Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi başlıkları altında yapılandırılmış olup toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set haline gelmiştir (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012). Hizmet Kalite Standartlarına ilişkin hastanelerde uygulanan kalite göstergeleri Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2: Hastanelerde Kullanılan Kalite Göstergeleri

Kaynak: İncesu, 2014: 7.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde uygulanan bu standartlara yönelik sürekli iyileştirme çalışmaları devam etmiş ve standartlar revize edilerek 2016 yılında, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) adı altında yayınlanmıştır. Bu standartların hazırlanmasındaki temel ilkeler ise şunlardır; “hasta güvenliği, hasta odaklılık, sağlıklı çalışma yaşamı, süreklilik, etkililik, etkinlik, verimlilik, uygunluk, zamanlılık, hakkaniyet”tir (Kalite Daire Başkanlığı, 2016). SKS’nin temel amacı ise hasta ve çalışan güvenliğinin sağlandığı “güvenli hastaneler”in yapılandırılması olarak belirtilmektedir (Şekil 3) (Kalite Daire Başkanlığı, 2016).



Şekil 3: Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları

Kaynak: Kalite Daire Başkanlığı, 2016.

Sağlıkta kalite uygulamalarının bir göstergesi olan “hasta güvenliği” zaman içinde kalite uygulamalarının en temel konularından biri haline geldiği ve sağlık hizmetlerindeki kalite uygulamalarındaki sürecin “hasta güvenliği” ne dayandırıldığı ifade edilebilir.

1.2.2. Sağlıkta Kalite Uygulamalarında Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, son yıllarda gerek bilimsel araştırmalarda, gerekse sağlık hizmetleri uygulamalarında ve sağlık hizmetlerindeki kalite uygulamaları üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Yıldırım’ın (2005) tanımına göre; “hasta güvenliği, sağlık kuruluşlarında hizmet sunumu sırasında hastaların karşılaşılabileceği zararların önlenmesi için sağlık profesyonelleri tarafından yapılan uygulamaların tümüdür” (Yıldırım, 2005: 34).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) da benzer şekilde hasta güvenliğini, “sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaların karşılaşılabileceği ve hizmet kaynaklı tüm hataların hastalara verdiği zararların en aza indirilmesi” olarak tanımlamıştır (NPSG, 2015, XII). Bu zararların çoğu tıbbi hata kaynaklıdır. Genel olarak hasta güvenliği, “sağlık hizmetlerinde hastaların tıbbi hatalardan korunması için

Çalışanların ve sağlık kuruluşu yöneticilerin aldıkları önlemler” olarak ifade edilmektedir belirlenmiştir (İntepeler ve Dursun, 2012: 129-134).

Günümüze kadar yapılan araştırmalar, hastaların karşılaştığı tıbbi hataların tekrarlanır hatalar olduğu ve bu hataların da önlenebilecek hatalar olduğunu belirtmektedir (İntepeler ve Dursun, 2012: 129-134). Sağlık hizmetleri sunumu sırasında ortaya çıkan bu hatalar, hastaların ölümüne neden olabildiği gibi, sağlığını önemli derecede etkileyecek düzeyde hatalar da olabilmektedir. Hasta güvenliğine yönelik yapılan uygulamaların ve çalışmaların temel amacı kuruluşlardaki bu hataların engellenmesi ve tıbbi hata nedeniyle olabilecek ölümlerin önüne geçilmesi (Kohn vd., 2000: 14-15).

Literatürde yer alan ve yukarıda ifade edilen çalışmalarda da görüldüğü gibi, hasta güvenliğine ilişkin farklı tanımlamaların yapıldığı ancak bu tanımlarının temel ortak noktası, hasta güvenliğinde hastaların karşılaşabileceği risklere karşı alınan önlemlerin tümü olarak değerlendirilmesidir. akır’ın aktardığı NPSG (National Patient Safety Goals) (2000) tanımında hasta güvenliği ve hasta güvenliğinin sağlanması dikkat edilmesi gerekenler şu şekildedir: (akır, 2007: 115-117):

- Hasta güvenliği, sağlık hizmetleri sunumunda sistem kaynaklı hataların önlenmesi ve/veya bu hataların en aza indirgenmesinin sağlanmasıdır. Bunun içinde sistem kaynaklı zincirleme hataların tespit edilmesi gereklidir.
- Hasta güvenliği sağlık hizmeti sistemi içinde güvenliğinin sağlandığı sistemlerin birbiri ile birleşiminde güvenliğin sağlanmasıdır. Bunun içinde birbiri ile iletişim halinde olan sistemlerin doğru şekilde tanımlanması ve bilgi akışında güvenliğin sağlanması gereklidir.
- Hasta güvenliği hastaların kaliteli bakımlarının sağlanması ile de ilgilidir.

Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonuna İlişkin Ortak Komisyon (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) ve Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine) tarafından hazırlanan hasta güvenliği ile ilgili alınması gereken önlemlerin belirtildiği raporda (Akalın, 2005: 144);

- Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin yönetimin öncelikleri arasında yer alması,
- Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin kurumsal sorumluluk olarak sahiplenilmesi,
- Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi,
- Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini tehlikeye sokacak işlemlerin denetiminin yapılması,
- Güvenli uygulamaların benimsetilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Hasta güvenliği konusunda verilen eğitimlerin artırılması,
- Hasta güvenliği konusunda ortaya çıkacak sorunların üstlenilmesi,
- Mesleki yanlış davranışların saptanması ve düzeltilmesi,
- Hasta güvenliği konusunda araştırma yapılması konusunda desteklenmesi,
- Tıbbi hataların bildirilmesinin cezaya yol açacağı bir ortam yaratılmasından kaçınılması konuları yer almaktadır.

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini tehdit eden istenmeyen olaylar gelişebilmektedir. Bu olaylar ile tıbbi hatalar da ortaya çıkmaktadır. Tıbbi hatalar hastaların yaşamlarını tehdit edebilecek düzeyde olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde sık karşılaşılan ve hasta güvenliğini tehdit eden olaylar şu şekilde sıralanabilir (İntepeler ve Dursun, 2012: 130).

- “İlaç hataları”
- “Cerrahi hatalar”
- “Tanı koyma ve tedavi hataları”
- “Hastane enfeksiyonlarından kaynaklanan hatalar”

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin hastaların doğrudan yaşamları ile ilgili olduğu ve hataların onların ölümlerine neden olabileceği göz önünde bulundurulduğunda sağlık

sektörünün, öncelikli hedefi diğer sektörlerden farklı olarak maddi kazançların ötesinde hasta güvenliğini sağlanmasıdır (Tütüncü, vd., 2006:297).

Dünyada sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik kalite standartları uygulanmaktadır. Bu standartların ortak amaçları NPSG’de yayınlanan hasta güvenliği raporunda da belirtildiği gibi şunlardır (NPSG, 2016):

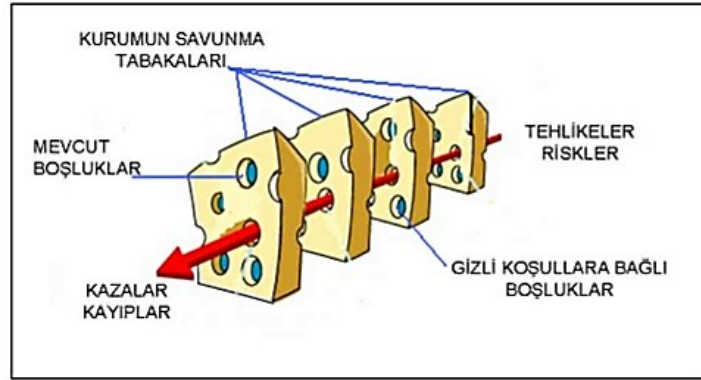
- Uygulanacak tedavide doğru hastanın belirlenmesi; bunun için hastaların doğru kimliklendirmesinin yapılması,
- Zamanında müdahale için personel iletişiminin geliştirilmesi,
- Güvenli ilaç kullanımı: Bunun için ilaç ve tıbbi malzemelerinin işlem öncesinde etiketlenmesi, işlem sırasında doğru ilaç verildiğinden emin olunması için ilaçlara ilişkin iletişim kayıtlarının anlaşılır şekilde yapılması, evde tedavide hastaların aldıkları ilaçların doktor kontrolünde olması,
- Güvenli alarm kullanımı; Tıbbi cihazların üzerindeki alarmların duyulabilir olması için iyileştirmeler yaparak alarmların doğru zamanda duyulabilir şekilde devreye girmesini sağlamak,
- Enfeksiyonları önleme; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan el temizliği setinin kullanımının yaygınlaştırılarak el temizliğinin sağlanması. Tedavisi zor olan enfeksiyonlar, ameliyat sonrası enfeksiyonlar ve kateterlerin neden olduğu idrar yolu enfeksiyonlarının önlenmesi için de kanıtlanmış enfeksiyon önlemleri yönergelerinin kullanılmasıyla enfeksiyon riskini sıfırlama ya da minimize etmek,
- Hasta güvenliği risklerin belirlenmesi; İntihar etme eğilimi olan hastaların tespit edilerek bu hastaların bu riske karşı korunmasının sağlanması.
- Cerrahi hataları engellemek; Ameliyat yapılan hastanın doğru yerine doğru ameliyat yapılmasının sağlanması ve bunun için “taraf doğrulama” uygulamalarının yaygınlaştırılmasıdır.

Hasta güvenliğini sağlama yöntemlerinden biri de İsveç Peyniri Modeli'dir. Bu model tıbbi hatalara neden olan kurumsal zayıflıkları belirlenmesi ile bu zayıflıkların engellenmesi üzerine geliştirilmiştir (İşlek, 2009: 15).

İsveç Peyniri modeli, sağlık kurumlarında hasta güvenliğini sağlamada geliştirilen bir yöntem olarak ifade edilmektedir. Bu yöntemde Şekil 4'de gösterildiği gibi her bir peynir dilimi, hasta güvenliğini sağlamada kurumun geliştirmiş ve uygulamış olduğu savunma veya güvenlik sistemini ifade eder. Peynir tabakalarındaki her bir boşluk ise bu savunma mekanizmasındaki eksiklikler veya boşlukları temsil etmektedir. Bu delik veya boşluklar alınan savunma mekanizmalarında eksiklikler olduğunu, kurumda hasta güvenliğinin tam olarak sağlanmadığını simgelemektedir. Savunma mekanizmasındaki boşluklar tehlikeye ve kazaya neden olmaktadır. Çünkü hasta güvenliğini tehdit edebilecek her bir tıbbi hata, deliklerden veya boşlukların üst üste gelmesi sonucunda oluşmaktadır. Bu teoriye göre, savunma mekanizmasındaki bu boşlukların kapatılması, her bir savunma mekanizmasının daha işler haline geldiğini gösterir. Bu durum tıbbi hataya neden olabilecek risklerin engellenerek önlendiği başka bir ifade ile hasta güvenliğini tehdit eden unsurun engellendiği anlamına gelmektedir (White, 2004: 18).

Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonuna İlişkin Ortak Komisyon (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) (JCAHO)'un aldığı önlem İsveç Peyniri Modeli'ne örnek olarak gösterilmektedir. JCAHO'un bu modeli kullanarak cerrahi işlemlerde istenmeyen olay ve kazaları engellemek için aldığı önlemler şunlardır: Cerrahi operasyon öncesi, hastanın doğru tarafında cerrahi müdahale yapılabilmesi için ameliyat bölgesinin işaretlenmesi, doğru hastaya müdahale yapılabilmesi için hasta kimlik tanımlamasının doğru yapılması, bunun için de tüm ameliyat ekibinin (hemşire, doktor, teknisyen vs.) hasta kimliklendirilmesi ve son olarak da hastaya bu bilgilerin doğrulatmasıdır (İşlek, 2009: 15).

Cerrahi müdahaleye ilişkin bu eylemlerin her biri tıbbi hatayı önleme engelidir ve peynir tabakalarındaki her bir boşluğa karşılık gelecek önlemlerdir. Bu şekilde kurumun hasta güvenliğini sağlamadaki savunma mekanizması (peynir tabakası) güçlenmiş ve daha etkin hale gelmiş olur. Kurumun güçlenen savunma mekanizması ile hasta güvenliği sistemi de güçlenmiş ve olası tıbbi hatalar en az düzeye indirilmiş olur (White, 2004: 18; İşlek, 2009: 15) (Şekil 4).



Şekil 4: Hasta Güvenliğinde İsveç Peyniri Modeli

Kaynak: İşlek, 2009: 15.

Günümüzde yapılan araştırmalarda ilgili konunun kalite belgesine sahip sağlık kuruluşları ile hasta güvenliğine ilişkin uygulamalar ve hasta güvenliği kültürü ile ilişkilendirilerek açıklandığı da görülebilmektedir. Çünkü hasta güvenliğinin bir kurum kültürü olduğu ve bunun da kalite geliştirme çalışmalarında önemli bir yeri olduğu vurgulanmaktadır (Çakır, 2007: 155-156).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hasta güvenliği kültürünün tüm sağlık kuruluşlarında geliştirilmesi ve yerleştirilmesi amacıyla "Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı" tarafından, hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik bir ölçme yöntemi geliştirmek hedeflenmiştir. Bu ölçme yöntemi ile hasta güvenliği kültürünün kurumda hem genel olarak hem de kurumun her bir birim ve/veya bölümünün kültürünü değerlendirebilmesi amaçlanmıştır. Ölçek ile hastaların ön muayenesi, hastanede yatışı ve tedavisi ile hastaneden ayrıldıktan sonra karşılaşılabileceği risklere ilişkin göstergeler oluşturulmuştur. Ajans bu ölçek ile kurumda çalışanlarda hasta güvenliği kültürünün oluşmasını ve yerleşmesini amaçlamış, bu şekilde olası hataların, kazaların, komplikasyonların engellenmesine yönelik uygulama mekanizmaların değerlendirilmesi, yeni çözümlerin geliştirilmesi ve uygulamaların hasta güvenliği kültüründe yer alması amaçlanmıştır (Tütüncü vd., 2007: 527-528).

Türkiye'de sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin sağlanabilmesi ve hasta güvenliği kültürünün oluşturularak yaygınlaştırılabilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında kalite standartları belirlenmiştir. Tıbbi hataların raporlanmasına ilişkin

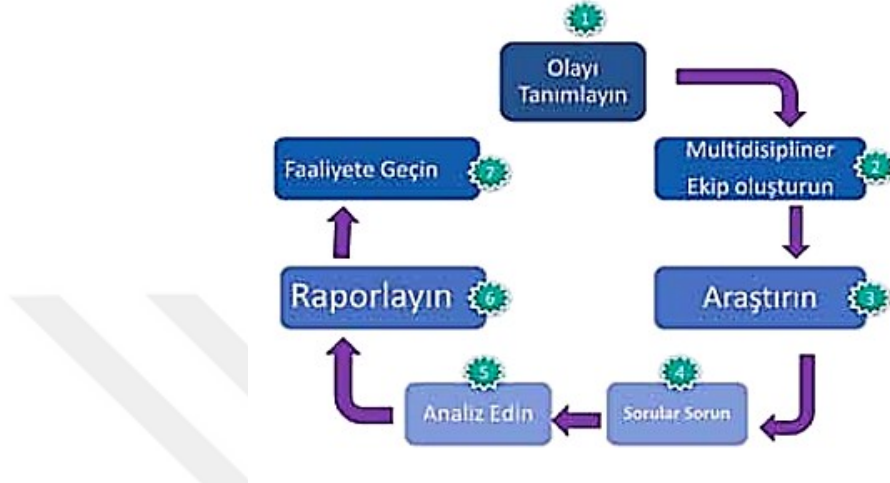
standartlar içinde “Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi oluşturulmalıdır” maddesi yer almaktadır.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş Ulusal Hizmet Kalite Standartlarında, hasta güvenliğine yönelik alınması gereken önlemleri içeren standartların bazılarını aşağıda yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013:146-147);

- Hasta Güvenliği Komitesi oluşturulmalıdır.
- Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı olmalıdır.
- Kimlik tanımlayıcıları barkodlu olmalı ve barkodda protokol numarası, hastanın adı-soyadı, doğum tarihi (gün, ay, yıl) bilgileri olmalıdır.
- Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
- Doğum sırasında annenin bilekliği bebeğin cinsiyetine göre değiştirilmelidir.
- Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından teslim alınmalı, hekim tarafından kontrol edilmeli, hemşire tarafından uygulanmalıdır.
- İlaçların güvenli uygulamasına yönelik düzenleme olmalıdır.
- İlaçların karışmasını önlemeye yönelik düzenleme olmalıdır.
- Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır.
- Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme olmalıdır.
- Transfüzyon süresinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Yatan hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Mavi ve Pembe Kod uygulamaları.
- Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
- Radyasyondan korunmaya yönelik önlemler alınmalıdır.
- Güvenli cerrahiye yönelik düzenlemeler olmalıdır.
- Uyarı kodlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi oluşturulmalıdır.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları gereği kurumda “genel güvenliğin sağlanması için risklerin belirlenmesine ilişkin Risk Yönetimi” standardı yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012: 156-160)



Şekil 5: Risk Yönetimi Uygulama Adımları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2013; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012:156.

Standarda göre, kurumda hasta ve çalışan güvenliğini engelleyen olayların kök neden analizi Şekil 5’de görüldüğü gibi yapılmalı ve olayın ortaya çıkış nedeni saptanarak tekrarlanmasını engelleyici önlemler alınmalıdır. Ancak olayın kök neden analizinin yapılabilmesi için olayın tanımlanması ve raporlanması gereklidir (Sağlık Bakanlığı, 2013; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012: 156-160). Günümüze kadar yapılan araştırmalarda sağlık bakım hizmetlerinde benzer tıbbi hataların olduğu ve bu hataların hastaların yaşamlarını tehdit edecek kadar büyük hatalar olabildiği vurgulanmaktadır. Bu noktada hasta güvenliği için tıbbi hataların engellenmesi önemlidir. Tıbbi hataların engellenmesi ise, sağlık kuruluşu yöneticileri tarafından hatanın kaynaklarının araştırılarak, gerekli düzeltici faaliyetlerin belirlenip uygulanması ile mümkün olabilmektedir. Tıbbi hatalara ilişkin bu gerekliliklerin belirlenmesi için kuruluşlarda etkin hata raporlama sisteminin yapılandırılması gerektiği bildirilmektedir (İntepeler ve Dursun, 2012: 129-132).

BÖLÜM 2: SAĞLIKTA KALİTE UYGULAMALARI BAĞLAMINDA TIBBİ HATA RAPORLAMA

Sağlık hizmetleri insan yaşamıyla ilgili olması ve oluşacak hataların sonuçlarının çoğu zaman telafisi olmayan sorunlara neden olabileceği de göz önüne alındığında sağlık sektörünün hata kavramını barındırmayacak kadar hassasiyet isteyen bir sektör olduğu ve hataları engellemek içinde kaliteli hizmetin gerekliliği görülmektedir.

Oktay ve Akyasan (1998: 17-18)’a göre, “sağlık bakımı oldukça karmaşık bir konu olup, bakım sırasında kimi zaman tıbbi hatalar yaşanabilmekte ve bu hatalara bağlı olarak ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkmaktadır”.

İlgili yazında tıbbi hataların oluşmasını önleyebilmek veya en aza indirmek için öncelikle hataların raporlanması ve tanınması gerektiği vurgulanmaktadır (Özkan, 2001: 56; Saygın ve Keklik, 2014: 116; Yıldız, 2015: 16; Tütüncü vd., 2007: 526).

2.1. Tıbbi Hata

2.1.1. Tıbbi Hata Tanımı

Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonuna İlişkin Ortak Komisyon (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) (JCAHO) tarafından tıbbi hata “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (Akt. Özata ve Altuncan, 2010: 100-111).

Sağlık kuruluşlarında tıbbi süreçte hastalarda meydana gelen zararlar genel olarak tıbbi hata olarak tanımlanmaktadır. “Tıbbi hata” ile ilgili kavramlar içinde “olay” , “istenmeyen olay”, “hata”, “neredeyse hata”, “zarar”, “sentinel olay”, “geçici zarar”, “advers olay” gibi kavramların yer aldığı ve “tıbbi hata” yerine kullanıldığı görülmektedir. Bu kavramlar, tıbbi eylem sürecinde veya tıbbi sürecin bitiminde tıbbi sürece bağlı olarak hastada meydana gelen her türlü zararı ifade eder (Yıldız, 2015: 15-16).

İngiltere'de 1999 yılında Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından tıbbi hatalar, *“planlanan bir aksiyonu istenilen şekilde tamamlayamamak veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapmak”* şeklinde tanımlanmıştır (Kohn vd., 2000: 26).

İstenmeyen olaylar tıp literatüründe “tıbbi hatalar”(Zhang vd., 2004:193-195), “cerrahi hatalar” (Rogers vd., 2006:50-55) ya da “hatalar” (Makeham vd., 2006:95) gibi farklı isimler altında kullanılır (AlJarallah vd., 2013: 98-100).

Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için yapılacak tıbbi hata analizinin sadece kaza olaylarına veya sadece ters olaylara bakarak yapılması yeterli olmamakta, her ikisinin ayrı ayrı olarak analiz edilmesi gerektiği bildirilmektedir. Kaza analizlerinde tıbbi eylem süreci izlenmeli, ters olaylarda da hasta izlenerek analiz yapılmalıdır. Ayrıca her türlü tıbbi hata ters olayla da sonuçlanmayabilmektedir. Fakat ters olayla sonuçlanmayan tıbbi hatalarında analiz edilmesi, tıbbi teşhis ve tedavi sürecinde iyileştirmeye yönelik düzenlemelerin yapılmasına katkı sağlayacaktır (Tütüncü vd., 2007: 525).

2.1.2. Tıbbi Hataların Nedenleri

Günümüze kadar yapılan araştırmalar ile sağlık kuruluşlarında tıbbi hataya yol açan nedenlerin, hasta, sağlık çalışanı ve sistem ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Turasan, 2010: 14-15). Bu nedenler aşağıda ayrı başlıklar altında ele alınmıştır.

2.1.2.1 Hasta Kaynaklı Nedenler

Tıbbi hatalar hastaya bağlı olarak gelişebilmektedir. Ruhsal sağlık sorunları olan hastalar, hastanedeki sağlık hizmeti kullanımı sırasında hekimini hastalığı konusunda yanlış bilgilendirmede bulunabilir, hastalık semptomlarını gerçeğine uygun olarak aktaramayabilir ve bu şekilde hekimin tanı koymasını zorlaştırabilir. Özellikle psikiyatri hastalarında (madde kullanım bozukluğu olan ve başka tıbbi hastalıkların da eşlik ettiği hastalarda) bu durum, hatalı dozlarda antipsikotik ilaçlar verilebilmesine neden olabilir. Ayrıca ajitasyon ve kişilik bozukluklarına sahip olan hastaların kendilerine ya da başkalarına şiddet uygulamalarına yol açabilir. Hastanın ajite ya da saldırgan olduğu durumlarda dozaj talimatlarından haberdar olan doktorlar ve hemşireler bile hastaya fazla doz uygulamasına neden olabilir (Turasan, 2010: 14-15).

2.1.2.2. Çalışan Kaynaklı Nedenler

Çalışan kaynaklı tıbbi hatalar, hastanın hastalık tanısının konulmasında, hastanede ilaç uygulama sırasında ve cerrahi işlemler esnasında olabilmektedir (Yıldırım ve Aksu, 2009: 356-360).

Tanı hataları, tanı için gerekli olan testlerdeki eksiklik, hastaya ait önceki test sonuçlarının değerlendirilmemesi, test sonuçlarının takip edilmemesi veya yanlış takibi gibi nedenlerden dolayı ortaya çıkabilmektedir. Tedavi hataları ise, ayakta hasta tedavilerinde ve yatan hasta tedavilerinde olabilmektedir (İntepeler ve Dursun, 2012: 131). Ayakta hasta tedavilerinde yanlış tanıya bağlı olarak yanlış tıbbi tedavi sonrası eksiklikler olduğu görülmüştür. Yatan hasta tedavisindeki tıbbi hatalar ise, yanlış tedavi protokolü, yanlış tıbbi ilaç uygulamasına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Yanlış ilaç uygulaması, ilacın dozunda, verilmiş yolunda ve verilmiş yönteminde yanlışlık olması, doğru ilacın uygulanmaması, gibi hatalar hasta güvenliğini dolayısıyla kaliteyi tehdit eden tıbbi hatalardır (İntepeler ve Dursun, 2012: 131). Cerrahi işlem sırasında gelişen hatalar ise yanlış taraf cerrahisi, hastada cisim unutulması gibi hatalardır (Saygın ve Keklik, 2014: 106).

Gökdoğan ve Yorgun'un (2010) yaptıkları bir araştırmada, “hemşireler yaptıkları tıbbi hataları; order-ilaç hataları (%24,0), iş yoğunluğu nedeniyle dikkatsizlik (%12,5), hasta kimliğinin kontrol edilmemesi (%9,6), iletişim eksikliği (%4,8), el hijyenine uymama (%4,8), hastane enfeksiyonların gelişmesi (%1,9), personel niteliğinin uygun olmaması (%1,0) olarak bildirmişlerdir” (Gökdoğan ve Yorgun, 2010: 56). Araştırmacılar bu hataların engellenebilir hatalar olduğunu ve hizmet içi eğitimler ile hataların engellenebileceğini ifade etmektedirler. Hemşirelerin sıraladıkları bu tıbbi hataların önlenabilir nitelikteki hatalar olduğu belirtilmektedir (Gökdoğan ve Yorgun, 2010: 56-57).

Polat ve Pakış (2011) hastanelerde yaşanan sağlık çalışanı kaynaklı hata alanlarını; “iletişim eksiklikleri”, “kayıt hataları”, “yetki sınırlarının aşılması ve konsültasyon”, “aydınlatma ve onam”, “tanı hataları”, “tedavi hataları”, “hatalı karar”, “girişim hataları ve teknik hatalar”, “terk etme”, “özen eksikliği” olarak sıralamaktadır (Polat ve Pakış 2011: 121-122).

Sağlık kuruluşlarında bir kalite uygulaması olan hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların temel nedeninin genellikle çalışan kaynaklı olduğu düşünülmekle birlikte hatalar hem çalışan kaynaklı hem de kuruma ilişkin sistemsel sorunlardan dolayı ortaya çıkabilmektedir (Yıldırım ve Aksu, 2009: 256-260).

2.1.2.3. Sistem Kaynaklı Nedenleri

Sağlık kuruluşlarındaki teknik donanım yetersizliği, teknik altyapı ve teknolojik ekipmanlara ilişkin arızalar ve aksaklıklar, personel yetersizliği, tıbbi ilaç ve malzeme yetersizliği gibi nedenlerden dolayı tıbbi hatalar gelişebilmektedir (Akalın, 2005: 145-146; Karataş ve Yakıncı, 2010: 356).

Sağlık kuruluşlarındaki tıbbi hata nedenlerini araştırmaya yönelik yapılan bir çalışmada, çalışan görüşleri alınmıştır. Araştırma kapsamındaki çalışanlar tıbbi hata nedenlerini, iş yükünün fazla olması, çalışan personel yetersizliği, çalışanlara üstleri tarafından görevleri dışında ek işler verilmesi, yorgunluk ve stres olarak ifade etmişlerdir (Özata ve Altunkan, 2010: 109-110).

İlaç hatalarının nedenlerini araştıran bir başka çalışmada ise, araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu %91,7 ilaç hazırlarken genellikle telefonlara yanıt vermek zorunda kaldıklarını, %43,7'si ise ilaç uygulamalarında çevresel sorunların olduğu ve bunun da hataya neden olduğunu bildirmişlerdir (Eşer vd., 2007: 81-91).

2.1.3. Tıbbi Hata Türleri

Tıbbi hatalar, ilk defa 1990 yılında Reason (1990) tarafından sınıflandırılmıştır. Reason'un sınıflandırılmasında hatalar aktif hatalar ve gizli hatalar olarak ikiye ayrılır (Reason, 1990:2). “Aktif hatalar”, hizmet sunumu sırasında çalışanlar tarafından gerçekleşen ve olayın gerçekleştiği an etkisi gözlenebilen hatalardır. “Gizli hatalar” çalışan tarafından gerçekleşmeyen ve çalışana bağlı olmayan, kuruma ilişkin, yanlış ve zarar verebilecek idari kararlar, teknik donanım yetersizliği, teknik donanımın hatalı kurulumu gibi nedenlerden kaynaklanan hatalardır ve etkisi anında hissedilmez, etkisinin hissedilmesi zaman alır (Kohn vd., 2000: 52). Bu nedenden dolayı da gizli hataların saptanıp ölçülmesi zordur. Ancak aktif hataların etkisi olay anında

görülebildiği için ölçülebilir ve kayıt altına alınabilir. (Thomas ve Petersen, 2003:61-67).

Leape ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılan bir sınıflandırmada hatalar 3 kategoride sınıflandırılmıştır. Bunlar; tanı hataları, tedavi hataları ve profilaksi hatalarıdır (Leape vd., 1993: 144-148);

- Tanı hataları: Tanı geciktiren hatalar, test ve tetkik eksiklikleri, hasta testlerini değerlendirmedeki yetersizliklerdir.
- Tedavi hataları: Tedavi amaçlı işlemlerin (cerrahi müdahale, test, tıbbi ilaç tedavisi vb.) başarıyla yürütülememesidir.
- Profilaksi hataları: Profilaktik tedavilerde yetersiz takip sonucu ortaya çıkmaktadır.
- Diğer Hatalar: Kuruma ilişkin iletişim, teknik donanım ve sistem yetersizlikleri nedeniyle ortaya çıkan hatalardır (Saygın ve Keklik, 2014:106).

Bir başka araştırmada tıbbi hatalar kök nedenlerine göre sınıflandırılmıştır. Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar nedenlerine ve türlerine göre 2 grupta sınıflandırılmıştır.

Bunlar:

- Nedenlerine göre hatalar: “İşe bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), “İhmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve “Uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama)” şeklinde üç kategoriye ayrılmıştır.
- Hata türüne göre tıbbi hatalar: İlaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar (hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hasta düşmesi vb) olmak üzere 5 grupta gruplandırmıştır (İntepeler ve Dursun, 2012: 131).

Tıbbi hataların literatürde hemşirelik hizmetlerine göre de sınıflandırıldığı görülmektedir. Bu sınıflandırmaya göre hemşirelik hizmetlerindeki tıbbi hatalar 5 gruba ayrılmıştır. Bunlar: “bakım standartlarını uygulama/izleme yetersizliği”; izlem ve iletişim yetersizliği”, “kayıt tutma yetersizliği”, “değerlendirme ve izlem yetersizliği”,

“hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili girişimlerin yetersizliği”dir. (İntepeler ve Dursun, 2012: 131; Ertem vd., 2009: 79-80).

Gökdoğan ve Yorgun (2010: 56) bir sağlık kuruluşunda yaptıkları araştırma sonucunda tıbbi hataları çıkış nedenlerine göre şu şekilde sınıflandırmışlardır:

- Tanı Hataları,
- Klinik Süreç Hataları,
- İlaç Hataları,
- İletişim Hataları,
- Süreç Hataları

Ovalı ise tıbbi hataları tedavi hataları ve tanı hataları olmak üzere iki grupta sınıflandırmıştır (Ovalı, 2010: 36). Bu sınıflandırma Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Tıbbi Hata Türleri ve Sınıflandırması

Tedavi Hataları	Tanı Hataları
• Tedavinin uygulanmasında gecikme • Uygun ve gerekli tedaviyi yapmama • Uygunsuz tedavi yapma • Tedavi sırasında hata yapma • İlacın doz ve verilme yönteminde yanlışlık yapma • Yetersiz ve hatalı tıbbi ekipman kullanma • Yetersiz takip ve bakım • İlaç reaksiyonları • Profilaksi ve Diğer hatalar • Gereken profilaksinin yapılmaması, eksik veya yanlış yapılması • Yanlış taraf cerrahileri • Transfüzyon hataları • Düşmeler • Cerrahi yaralanmalar • Hastane enfeksiyonları • İletişim hataları	• Hastanın muayenesini eksik yapma • Yanlış tanı koyma • Uygun ve gerekli tetkikleri yapmama • Tetkiklerin sonuçlarına göre davranmama/tetkikleri yanlış yorumlama

Kaynak: Ovalı, 2010: 36.

Ovalı'nın (2010: 36-37) sınıflandırmasına göre tedavi hataları içinde tedavi uygulamasına, ilaç uygulamasına, cerrahi müdahale işlemlerine yönelik hatalar, düşme, hastane enfeksiyonları ve iletişim hataları yer almaktadır. Tanı hataları içinde ise hasta muayenesinin yetersiz yapılması, yanlış tanı konulması, tetkik sonuçlarının yanlış yorumlanması veya tetkik sonuçlarına göre tedavinin uygulanmaması bulunmaktadır.

Günümüze kadar ilgili literatürde tıbbi hataların farklı şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Bu sınıflandırmaların çoğunlukla hatalara neden olan olaylara göre yapılmaktadır. Ayrıca genel olarak sınıflandırmalarda tanı hatası, iletişim hatası, sistem hatası ve ilaç hatası konularının yer aldığı görülebilmektedir.

2.1.4. Tıbbi Hataların Boyutu

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında yayınlanan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) raporuna göre; *“bu ülkedeki hastanelerde her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir”* (Kohn vd., 2000:50-51). Tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybedenlerin sayısı tıbbi hataların sağlık sektöründeki önemini göstermektedir. Tıbbi hatalardan kaynaklı ölümler 5. sırada yer almakta olup, AIDS, diyabet, meme kanseri, trafik kazaları gibi nedenlerden daha fazla ölüme neden olur (Kohn vd., 2000:52).

İstenmeyen olaylar ve hatalar klinik uygulamalarda sık görülmesiyle birlikte mortalite ve morbiditede önemli bir payı vardır. Harvard Medical Practice'de yapılan bir çalışmada hastaneye yatışların %3,7'sinde tıbbi hataların olduğu, bu hataların % 2,6'sında kalıcı sakatlanmaların meydana geldiği bulunmuştur. Farklı ülkelerde yapılan benzer çalışmalarda Fransa'da 1000 hasta gününde %6,6 Yeni Zelanda'da %2, Avustralya'da % 0,4 oranında tıbbi hataların meydana geldiği belirtilmiştir (Wingart vd., 2000: 774-775).

Tıbbi hataların bu ekonomik ve sosyal boyutu istenmeyen olayların maliyetinin ve insidansının azaltılmasının bir öncelik haline gelmesini sağlamıştır. Bu gelişmeler dünya çapında hasta güvenliğine ilginin giderek artmasına neden olmuştur (Kim vd., 2006: 148-155).

Hasta güvenliği, büyük bir faktör olarak tanımlanan ilaç güvenliğinin de olduğu çeşitli alanlardan oluşan geniş bir konudur (Dovey vd., 2002:233-238).

İngiltere'de her yıl 40.000, Kanada'da 5.000 ile 10.000 (Tütüncü ve Küçükusta, 2006: 61-68), Almanya'da ise her yıl 25.000 kişi (Özata ve Altunkan, 2010: 100-111), ABD'de ise yılda 1.500.000 ilaç hatası meydana gelmekte ve her yıl 44.000-98000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Uribe vd, 2002: 263).

Tıbbi hatalar, aktif hatalar ve gizli hatalar şeklinde olabilmektedir (Reason, 1990: 2-3). Bu nedenle yukarıda ifade edilen tıbbi hata boyutlarının sadece rapor edilen hatalar olması, dünyadaki tıbbi hata oranının daha fazla olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle tıbbi hata bildirim sisteminin etkin olarak işletilmesi ve tüm hataların bildiriminin sağlanması, hata türünün belirlenerek gerekli önlemlerin alınması açısından son derece önemli olduğu ifade edilebilir.

2.1.5. Tıbbi Hataların Sonuçları ve Önemi

Tıbbi hataların mortalite ve morbidite gelişiminde önemli bir payı vardır. Harvard Medical Practice’de yapılan bir çalışmada hastaneye yatışların %3,7’ sinde tıbbi hataların olduğu bu hataların % 2,6’sında kalıcı sakatlanmaların meydana geldiği bulunmuştur. Farklı ülkelerde yapılan benzer çalışmalarda Fransa’da 1000 hasta gününde 6,6, Yeni Zelanda’da %2, Avustralya’da % 0,4 oranında tıbbi hataların meydana geldiği belirtilmiştir (Wingart vd., 2000: 7).

Hastanelerde ilaçların uygulanmasından kaynaklı hatalar; mortalite, morbiditeye neden olurken iyileşme süreci için belirlenen birincil tedavide de aksamalara neden olmaktadır. Tedavide yaşanan aksama farklı tedavi yöntemlerini gerektirmekte ve hastanede yatış sürecinin daha uzun olmasına yol açarak, tedavi maliyetlerinin de artmasına neden olur (Evans ve Classen, 1991: 31).

Tıbbi hataların; ilaç seçiminde, yazımında (tabela-order) ve reçetelenmesi sürecinde karşılaşımla olasılığı yatan hastalarda incelendiğinde 1000 hastanın 3-99 arasında olduğu belirlenmiştir (Çakmakçı ve Akalın, 2010: 42). Bobb vd (2004) araştırmaları sonucunda, hastanede verilen her 1000 medikasyon istemin %62,4’ünde hata saptanmıştır. Hastanelerde verilen ilaç orderlerinde görülen hata oranı %2,4’ün, %30,8 oranında önemli sonuçlara neden olabileceği belirlenmiştir (Büyük, vd., 2014:209).

“İlaç hataları, reçeteleme, ilaç istem iletimi, ilaçların etiketlenmesi, paketlenmesi, adlandırılması, birleştirilmesi, dağıtımı, ilaç yönetimi, eğitim, izlenmesi ve ilaç kullanımını içeren sağlık çalışanı ilaç uygulamalarına, sağlık bakım ürününe ve prosedür ile sistemlere bağlı olarak ortaya çıkabilir” (Çakmakçı ve Akalın, 2010: 41-46). Reçete hataları temel bakımda istenmeyen ilaç etkileri ve önlenemez ilaç hataları

için ortak bir nedendir (Dean vd., 2000: 232-237). Sık sık meydana gelen reçete hataları doz, miktar ya da kontrendike ilaç reçete edilmesi gibi hasta için yanlış ilaç seçimini içeren hatalardır (Kuo vd., 2008: 27). En iyi hastane sınıflamasında yer alan hastanelerde bile hastalarının %6.7'nde önemli sorunlara neden olabilecek ilaç hatası görülmektedir (Bates vd., 1995: 29-34).

İlaç hatalarının bildiriminin az olmasına karşın sadece tespit edilen hataların sayısının bu kadar fazla olması, alınması gereken önlemlerin ne kadar önemli olduğunu açıkça vurgulamaktadır. Sağlık hizmeti veren kurumlara hata bildirimini az olduğu için kurumların hatalardan öğrenme olasılığı mümkün değildir. Bu nedenle, sağlık hizmeti veren kurumlar aynı hataları tekrarlamakta olup hastaların zarar görmesine ya da hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (WHO, 2006).

İlaç hatalarının engellenebilmesi için hata bildirimlerinin yapılması çok önemlidir. Ancak sağlık çalışanlarının yaptıkları bildirimlere hastane yöneticileri tarafından geri dönüş yapılmaması, iş yoğunluğu, hastada herhangi bir zarara neden olmayan hataların önemsenmemesi gibi durumlardan dolayı hata bildirimi yapılmadığı belirlenmiştir (Evans vd. 1991: 23-27).

2.2. Tıbbi Hataların Raporlanması

2.2.1. Tıbbi Hataların Bildirilmesi

Tüm dünyada sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların artması ile birlikte tıbbi hatayı engellemeye yönelik önlemler alınmaya başlanmıştır. Hataların önlenmesi ve aynı hatanın tekrar gelişmemesi için bu hataların kaynak ve nedenlerinin bilinmesi gerektiğinden yola çıkarak dünyada tıbbi hataların bildirilmesi gündeme gelmiştir (Yıldız, 2015: 16). Tıbbi hata bildirimleri sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti sunan tüm sağlık profesyonellerini ilgilendiren önemli bir konudur. Çünkü hatalar hem hasta ve sağlık personelinin hem de kurumu olumsuz bir şekilde etkilemektedir (İntepeler ve Dursun, 2012: 131).

Bu nedenle tıbbi hata oranlarını azaltmak ve hasta güvenliğini tehdit eden riskleri belirleyebilmek için hataların nedenlerinin bilinmesi gerekir. Ayrıca zarar vermeden gerekli önlemlerin alınabilmesi ve benzer hataların gelişmemesi için bazı yöntemlerin

geliştirilmesi oldukça önemlidir (İntepeler ve Dursun, 2012: 131). Tıbbi hataların raporlanması bu yöntemlerden birisidir (Saygın ve Keklik, 2014: 116).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tıbbi hataların bildiriminin gerekliliği ve bildirim sisteminde dikkat edilmesi gerekenleri şu şeklide açıklamıştır: (Akt. Yıldız, 2015: 16).

- Tıbbi hata bildirimleri ile sağlık kuruluşları sağlık hizmetleri sunumundaki sistem hatalarını öğrenerek hataları önleyici sistem geliştirebilir ve bu şekilde hasta güvenliğini sağlayabilir,
- Tıbbi hataların bildirimi güvenilir olmalıdır. Tıbbi hata bildiriminde bulunan sağlık personeli cezalandırılmamalıdır,
- Tıbbi hata bildirimleri ile hatalara ilişkin veri analizlerin raporlanması yapılmalı ve sağlık kuruluşundaki tüm ekibe geri bildirimde bulunmalıdır. Raporlar, sağlık bakım sisteminde hatayı engellemeye yönelik tavsiyeleri de içermelidir.
- Tıbbi hata bildirimleri ile yapılan analizler sonucunda, hatalara ilişkin ders çıkartılabilir, kaynak (insan, finans, uzmanlık) ihtiyaçları belirlenebilir.

Tıbbi hatalar, sağlık hizmetinin sunumunun herhangi bir aşamasında ve bu aşamalarda görevli herhangi bir sağlık profesyoneli tarafından gerçekleşebilmektedir. Tıbbi hata bildirim sistemi yapılandırmasında sağlık kuruluşlarının yöneticilerinin dikkat etmesi gerekenler şu şekilde sıralanmaktadır (İntepeler ve Dursun, 2012: 131):

- Kurum içinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik bilgiler sağlanmalı ve bu uygulamalar için liderler belirlenmelidir.
- Hataların analizinin yapıldığı bir raporlama sistemi yapılandırılmalıdır.
- Kuruluş içinde tıbbi hata bildiriminde bulunan sağlık personellerin güvenliği sağlanmalıdır.
- Tıbbi hataları engellemeye ve hasta güvenliği uygulamalarına yönelik standartlar ve hedefler belirlenmeli ve kurumda hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır.

Tıbbi hata bildirimlerinin önemi konusunda sağlık kuruluşlarındaki sağlık profesyonellerine bilgilendirici eğitimler verilmeli, kurumda kaliteli sağlık bakım

hizmetinin verilmesi desteklenmelidir. Sağlık kuruluşlarında etkin bir bildirim sistemi ile bildirimlerin yapılması sağlanabilecek, böylece sağlık kuruluşu yöneticilerinin de hataları önlemeye yönelik kurumsal stratejilerini geliştirmesi sağlanabilecektir (İntepeler ve Dursun, 2012:131).

2.2.1.1. Tıbbi Hata Raporlama Sistemleri

Tıbbi hataların raporlama sistemleri, hata bildirimlerinin yapıldığı ve hatalara ilişkin verilerin yer aldığı, hataların tanımlanması, değerlendirilmesi, nedenlerinin ortaya çıkarılması, hataların azaltılması için yapılması gerekenlerin tanımlanmasını sağlayacak bilgi kaynağıdır (Kilbridge ve Classen, 2008: 401-402).

Dünyada tıbbi hata raporlama sistemlerinin uygulamasında farklılık olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ülkelerin kendilerine özgü veya uluslararası düzeyde uygulanan hata raporlama sistemlerini uyguladıkları, tıbbi hata raporlama sistemlerindeki bildirim yöntemlerinin zorunlu bildirim yöntemi veya zorunlu olmayan bildirim yöntemleri ile yapıldığı ifade edilmektedir (Yıldız, 2015: 19).

Tıbbi hataların bildirimlerinin bazı ülkelerde sivil toplum kuruluşlarının kontrolünde, bazı ülkelerde de kamu kuruluşlarının kontrolünde olduğu ve genellikle tıbbi hata bildirimlerinin belirli konularla sınırlandırılmış olduğu görülmektedir (Canbulut, 2014 : 25).

Günümüzde tıbbi hataların bildirim sistemleri için “olay bildirim sistemi” kavramının kullanıldığı, Türkiye’de ise “Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi” kavramının kullanıldığı görülebilmektedir. Olay bildirimi, son yıllarda tıbbi hataların artması nedeniyle, dünyada sağlık hizmeti sunumunda öncelikli ele alınan bir konu haline gelmiştir. Genellikle sağlık sistem ve politikasında olay bildirim sisteminde ülkelere özgü farklı uygulamalar olsa bile tüm olay bildirim sistemi uygulamalarının ortak noktası, tıbbi hataya neden olmuş olayların tekrarlanmasının engellemesine yönelik olmasıdır (SHGM, 2012: 68). Türkiye’de bu amaçla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilerek tüm hastanelerde uygulamaya geçirilmiş sistem “Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi”dir.

2.2.1.2. Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün (SHGM) hazırladığı Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi (GRS), sağlık kuruluşunda sağlık bakım hizmeti sistemi içinde hasta güvenliği için risk oluşturabilecek durumların belirlenebilmesi ve gerçekleşmiş tıbbi hataların tekrarlanmasını engellemek için yapılan tüm çalışmaları kapsayan bir bildirim sistemidir (SHGM, 2012: 68).

Tıbbi hata raporlama sistemlerinden elde edilen hataya ilişkin tüm veriler ile sağlık kuruluşları içindeki hasta güvenliğini tehdit eden alanlar belirlenebilir, kurumsal sistem içinde aksayan ve hataya neden olan alanlar belirlenebilir, bu alanlarda hatayı engelleyici iyileştirmeler yapılabilir. Ayrıca hata raporlama sistemindeki verilerin analizlerinin tüm kurum çalışanlarına geri bildirimde bulunarak bildirilmesi ile hizmet sunumunun her aşamasındaki sağlık personelinin tıbbi hatalar konusundaki farkındalığı artırılabilir ve yapılan iyileştirme faaliyetlerinin benimsemesi sağlanabilir (Kilbridge ve Classen, 2008: 401-402).

2.2.1.3. Güvenlik Raporlama Bildirim Sisteminin (GRS) Tarihçesi

Tıbbi hataların bildiriminde, dünyada ilk defa kullanılan kavram “olay bildirim” kavramıdır. Bu kavram ilk defa 1980 yılında Amerika’da, 2000’li yıllarda Avrupa ülkelerinde gündeme gelmiştir (Canbulut, 2014 : 27). Polat (2005: 289-316) tarafından tıbbi hataların bildirim sisteminin tarihi 1970’li yıllara kadar dayandırıldığı belirtilmektedir. 1970’li yıllarda, sivil havacılık hizmeti ile sağlık hizmetleri arasında benzerlik olduğu ve her iki hizmet türündeki hataların telafisinin olmadığı gerekçesinden yola çıkılmıştır. Böylece sivil havacılıkta uygulanan hata bildirim sistemlerinin sağlık hizmetlerinde de uygulanabileceği gündeme gelmiş ve tıbbi hata bildirim sistemleri ile hata bildirimlerinin yapılmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır (Turasan, 2010: 27).

2.2.1.4. Güvenlik Raporlama Sisteminin Amacı ve Önemi

“Güvenlik Raporlama Sisteminin amacı, kurumsal işleyişte ve güvenlik kültüründe aksayan yönleri tespit edip sistemde gerekli iyileştirmelerin yapılmasını ve hataların tekrarlanmamasına yönelik önlemlerin geliştirilmesini sağlamaktır. Bu sistem hastaya

zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin ortaya çıkışını engellemeyi ve bildirim yapılan olaylardan bir eğitim materyali oluşturulmasını amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra sağlık kurumlarında raporlama kültürü oluşturmayı, bu olaylardan ders çıkarılmasını, çözüm yolları geliştirmeyi, çözümlerin uygulanmasını konuya ilişkin bireysel ve kurumsal öğrenme sürecini teşvik etmeyi amaçlamaktadır”. (Erçoban vd., 2013: 255)

Sağlık kuruluşlarında GRS ile istenen “hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması”, “hasta ve çalışan güvenliğine yönelik kurum kültürünün oluşması”, “tıbbi hataların görülme sıklığının azaltılması”, “kurumsal verimliliğin sağlanması”, “kurumsal etkinliğin sağlanmasıdır” (Fener vd., 2014: 35).

GRS’de hataların ortaya çıkışı, nedenleri, düzeltilme yöntemleri belirlenmeye çalışılır. Bu faaliyetler sırasında odak nokta kurumsal güvenlik sistemidir. Raporlama sisteminde hataların ortaya çıkış nedenleri analiz edilirken raporlamanın odak noktası, hatadan sorumlu kişiler olmayıp, sistem yapısıdır. Bu bağlamda GRS ile yapılan iyileştirici faaliyetler kişiler üzerinden değil, tamamen kurumun hasta güvenliğine ilişkin sistem yapısı üzerinden yürütülür (Fener vd., 2014: 36).

Bu raporlama sistemi ile sağlık kuruluşunda ortaya çıkmış tıbbi hatalardan ders alarak, hataların tekrarlanmasını önlemek ve tıbbi hataları engellemek amaçlanır. Bu nedenle raporlama sistemi, kurumsal güvenlik sisteminin hatalara neden olan yönlerinin belirlenmesi, tıbbi hataların ortaya çıkış nedenlerinin saptanması için yapılacak iyileştirici faaliyetlerin belirlenmesinde yol gösterici bir işlev üstlenir (Canbulut, 2014: 3).

GRS’de hizmet sunumu sırasında gelişen hataların ortaya çıkışına neden olan ve hatayı gözlemleyen kişi ya da kişiler, bu hatayı kurumdaki ilgili birime bildirmesi için teşvik edilir. Tıbbi hatların boyutları, düzeltici ve önleyici faaliyetlerin neler olduğuna yönelik tüm sağlık personelinin bilgilendirici eğitimler yapılması GRS kapsamındadır (Fener vd., 2014: 36).

Sonuç olarak GRS ile tıbbi hataların analiz edilmesi, hataları önlemek için belirlenecek düzeltici ve önleyici faaliyetler için bir bilgi kaynağı olarak kullanılması kurumda kalite

iyileştirmelerinde ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında son derece önemli olduğu ifade edilebilir (Canbulut, 2014: 3).

2.2.1.5. Dünyada Güvenlik Raporlama Sistemi

Dünyada faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarında tıbbi hataların bildirilmesinde ve raporlamasında, zorunlu ve gönüllü uygulama sistemlerinin olduğu ifade edilmektedir. Raporlama sistemi bazı ülkelerde devlet tarafından, bazı ülkelerde sivil toplum kuruluşları, bazı ülkelerde ise ulusal raporlama sistemi ile yapılmaktadır (Yıldız, 2015: 19).

WHO örgütünün yaptığı araştırmalara göre; Çek Cumhuriyeti, Danimarka, İngiltere, Hollanda, İrlanda, Slovenya, İsveç” kendi belirledikleri ulusal raporlama sistemini, “Avustralya, Japonya özel raporlama sistemini” kullanmaktadırlar. Avustralya’da kullanılan özel raporlama sistemi “Olay İzlemi Sistemi” olarak adlandırılmakta, Japonya’da kurulan sistem ise ülkenin Kalite Konseyi tarafından yapılandırılmış, özel güvenlik raporlama sistemi kullanılmaktadır (WHO, 2005)

İngiltere’de, hasta güvenliği kültürüne ilişkin bir sistem oluşturulabilmesi ve hasta güvenliği kültürünün ülkede yaygınlaşması amacıyla “Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA) tarafından ulusal raporlama ve öğrenme sistemi geliştirilmiştir. İngiltere’de bulunan sisteme ülkedeki sağlık kuruluşlarının çoğunluğu (%90) üyedir (Yıldız, 2015: 19).

Çek Cumhuriyeti’ndeki tıbbi hataları raporlama sisteminde, özellikle raporlanması gereken tıbbi hata durumları içinde hastane kaynaklı enfeksiyonlar, ilaç yan etkileri, transfüzyona ilişkin hatalar, medikal cihaz ve donanım kaynaklı hatalar yer almaktadır (Yıldız, 2015: 20).

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) hem gönüllü hem de zorunlu raporlama sistemi kullanıldığı ve ülkede 50 eyaletten 21’inde zorunlu raporlama sistemi, 29’unda gönüllü raporlama sistemi kullanılmaktadır. ABD’de gönüllü raporlama sisteminin olduğu eyaletlerde, yaygın olarak kullanılan sistem “United States Pharmacopoeia MedMARxsm” raporlama sistemidir”. Bu sistem ile ilaç yan etkilerinin ve ilaç kaynaklı tıbbi hataların bildirimi yapılabilmektedir. Bildirim sağlık kuruluşlarındaki sağlık

personelleri, kuruluştaki diğer çalışanlar, hastalar ve hasta yakınları tarafından elektronik ortamda veya telefon ile yapabilmektedirler. Bu sistemde tıbbi hata bildirimlerin gönüllü olarak yapılması ve bildirimde bulunanın gizlenmesi son derece önemlidir (Yıldız, 2015: 20).

Danimarka’da ilaç hatalarından kaynaklanan yan etkilerin sağlık personelleri tarafından bildirimi yasalar ile zorunlu tutulmuştur (Turasan, 2010: 29). Özellikle, cerrahi işlem hataları, ilaç yan etkileri, ilaç kaynaklı tıbbi hataların sağlık personeli tarafından bildirilmesi zorunludur (Yıldız, 2015: 19). İrlanda’da 2002 yılında yapılandırılan sağlık kuruluşları tarafından hasta güvenliği kültürünün oluşması ve tüm kurumlara hasta güvenliği kültürünün yayılması amacıyla, “ulusal web tabanlı güvenlik raporlama” sisteminin kullanıldığı bildirilmektedir (WHO, 2005)

Slovenya’da gönüllü bir raporlama sistemi kullanıldığı ve sağlık kuruluşlarında gelişen tıbbi hataların ülkenin Sağlık Bakanlığı’na bildirildiği, Hollanda’da zorunlu ve cezaya dayalı olmayan ancak ölüme neden olan tıbbi hataların Sağlık Bakanlığı’na bildirildiği bir güvenlik raporlama sisteminin olduğu ifade edilmektedir. İngiltere’de ise Ulusal “Hasta Güvenliği Derneği (NPSA) tarafından, Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi’nin” kurulduğu bilinmektedir (Turasan, 2010: 29).

Sonuç olarak tüm dünyada ve ülkemizde genel olarak tıbbi hataların engellenmesi için hata bildirim ve raporlama sisteminin oluşturulduğu, bildirimlerin ülkelerin birçoğunda gönüllülük ve gizlilik esasına dayalı olarak yapıldığı ifade edilebilir. Ayrıca tıbbi hataların engellemesinde odak noktanın kişiler olmadığı, çoğunlukla sağlık bakım sistemine odaklanıldığı ve tıbbi hataların sistem kaynaklı hatalar şeklinde değerlendirildiği görülmektedir. Bu sistem ile amaçlanan tıbbi hataların engellenerek hastalar açısından güvenli bir hastane ortamı yaratılmasına dair bir farkındalık ve sistemi iyileştirmeye yönelik faaliyetler olduğu ifade edilebilir.

2.2.1.6. Türkiye’de Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)

Türkiye’de 2011 yılında ülke genelinde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği açısından risk oluşturan durumların ve tıbbi hataların bildirimi için Sağlık Bakanlığı’na bağlı Kalite ve Performans Daire Başkanlığı tarafından “Hizmet Kalite Standartları”(HKS) kapsamında “Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi (GRS) oluşturulmuştur (Fener vd.,

2014: 36). GRS “hasta güvenliğini tehdit eden olayların ortaya çıkarılması ve bu olaylardan yola çıkarak sistemde iyileştirme yapmayı içeren bir bildirim sistemidir” (SHGM, 2012: 68).

Türkiye’deki GRS’nde temel olarak amaçlanan, hasta güvenliğini etkileyen ve gerçekleşmiş olan tıbbi hataların raporlanması ile benzer hataların oluşmasını engelleyici, hasta güvenliğini tehdit edebilecek durumların önceden fark edilerek engellenmesi, gerçekleşmiş hatalardan ders çıkartabilme, hataların kaynaklarının nedenlerini belirleyebilme, çözüm yolları geliştirebilmek için bir veri kaynağı oluşturmak ve kurumsal hasta güvenliği kültürünü oluşturup yaygınlaştırmaktır (SHGM, 2012: 69).

Türkiye’de ilk defa 2011 yılında uygulamaya giren bu sistemde bildirim yapılacak hasta güvenliğini tehdit eden olaylar “İlaç Güvenliği”, “Transfüzyon Güvenliği”, “Güvenli Cerrahi”, “Kesici ve Delici Alet Yaralanmaları”, Kan ve Vücut Sıvılarıyla Temas”, ve “Düşme” kaynaklı olaylardır. 2012 yılında ise HKS’de ve GRS’de bazı değişiklikler yapılmış ve Sağlık Bakanlığı tarafından bildirim yapılacak olayların daha çok ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, transfüzyon güvenliği konularında olması istenmiştir. Bu konularda GRS ile kurum içinde bildirim yapılacak hatalar da belirlenmiştir. Bu hatalar şu şekildedir (Fener vd., 2014:36; SHGM, 2012:68);

“İlaç Güvenliği: Yanlış ilaç istenmesi, yanlış ilaç uygulanması, ilacın yanlış yolla uygulanması, ilacın yanlış zamanda uygulanması, eczaneden yanlış ilaç gelmesi, eczaneden ilaçların uygun şartlarda gelmemesi, kayıtların yanlış olması, tedavi sürecinde doz atlanması, hasta başında ilaç bulunması vb”.

“Transfüzyon Güvenliği: Hasta kimlik doğrulamasının yapılmaması, yanlış kan ve/veya kan ürünü, kan ve/veya kan ürününün yanlış etiketlenmesi, kan ve/veya kan ürününün uygun olmayan depolanması, Transfüzyon sırasında uygun takip yapılmaması, Transfüzyon sırasında komplikasyon gelişmesi vb”.

“Cerrahi Güvenlik: Hasta kimlik doğrulamasının yapılmaması, ameliyat taraf işaretleme yapılmaması, yanlış taraf/organ cerrahisi, güvenli cerrahi kontrol listesinin yanlış doldurulması, ameliyata gelen hastada takı bulunması, Sağlık çalışanı eşliğinde hasta transferinin yapılmaması vb”.

Ayrıca hasta güvenliğini tehdit eden veya hastaya zarar veren kesici ve delici alet yaralanmaları”, kan ve vücut sıvılarıyla temas”, ve “düşme” kaynaklı durumların indikatör olarak kurum içinde takip edilmesi istenmiştir (Fener vd., 2014: 35).

 Sağlık Bakanlığı	Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu	Form Kodu	GRS 01
		Yayınlanma Tarihi	01.01.2012
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon Numarası	0
Bildirimin Konusu	☐ Eş Güvenliği ☐ Cerrahi Güvenlik ☐ Transfüzyon Güvenliği ☐ Diğer		
Olayı Anlatınız			
Varsa Görüş ve Önerilerinizi Yazınız			

Şekil 6: GRS Bildirim Formu

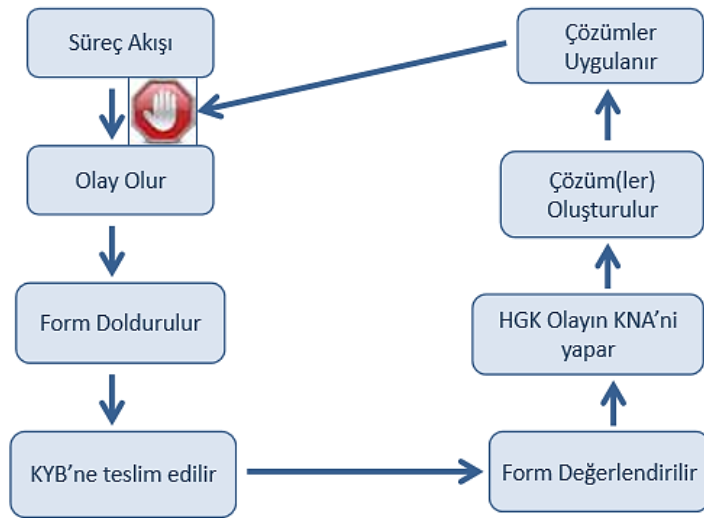
Kaynak: SHGM, 2012: 75.

Sağlık kuruluşlarındaki bu uygulamada, tıbbi hataya neden olan olayın kayıt altına alınarak bildirimin yapılacağı form örneği (Şekil 6) Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından örnek form olarak tüm kuruluşlara iletilmiştir. Şekil 6’daki formda görüldüğü gibi bildirim formunda kayıt altına alınacak olay için “bildirimin konusu”, “olayı anlatınız” “varsa görüş ve önerileriniz” olmak üzere üç başlık belirlenmiştir. Burada dikkati çeken durum, olayın gerçekleştiği sağlık kuruluşunun ilgili birimini ve olay sorumlularına ilişkin bir kaydın istenmemesidir.

2015 yılında Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartlarında 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” ile değişiklik yapılmış ve Hizmet Kalite Standartları, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) başlığı altında güncellenmiştir (23 Sayılı ve 2012 Tarihli Genelge).

SKS'nin uygulamaya girmesi ile Güvenlik Raporlama Sistemi'nde de düzenlemeler ve uygulamalarda da değişiklikler yapılmıştır. Uygulamaya giren yeni kalite standartlarında GRS sistemine bir öncekinden daha fazla/detaylı yer verildiği görülmektedir. Değiştirilen HKS standartlarında GRS sisteminde de değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikte, kurumlarda raporlama sisteminin “hasta güvenliği” ve “çalışan güvenliği” olmak üzere iki başlıkta yapılandırılması, hukuka yansımış olayların kayıt ve bildirimlerinin yapılması gerekmektedir. Ayrıca raporlama ve analiz yapacak sorumlu kişilerin belirlenmesi ve kuruluş içinde raporlama sisteminin kolay ve hızlı ulaşılabilir olması ve sistemin web tabanlı olması gibi değişiklikler yapılmıştır. İlaç, transfüzyon ve cerrahi güvenlik alanlarının dışında tıbbi hata gelişmiş ise bu hatanın da bildiriminin yapılması istenmektedir.

2015 yılında değişen GRS sisteminde sağlık kuruluşlarında iki bildirim yöntemi kullanılması öngörülmektedir. Bunlar hem kuruluş içinde yazılı bildirim hem de elektronik ortamda yapılan bildirimdir. Kuruluş içindeki bildirim sürecinin iş akışı şeması Şekil 7’de şematik olarak gösterilmiştir.



Şekil 7: GRS Akış Şeması

Kaynak: SHGM, 2012: 72.

GRS'deki işleyiş, sağlık kuruluşundaki hizmet sunumu sırasında gerçekleşen tıbbi hatayı gerçekleştiren kişi ve/veya olayı gören kişi tarafından olay kurumlarda belirlenir. Şekil 6'de örneği gösterilen GRS bildirim formu ile kayıt altına alınır ve kurumun Kalite Yönetim Birimi'ne (KYB) iletilir. Kalite yönetim biriminde sağlık kuruluşu üst

yönetimine bildirimde bulunur. Kuruluşlarda GRS değerlendirmesi ve raporlandırması için oluşturulan Hasta Güvenliği Komitesi'nde (HGK) olayın nedenleri, sonuçları hakkında Kök Neden Analizi (KNA) yapıp, önemleri, düzeltici iyileştirici faaliyetleri hakkında değerlendirme yapılarak çözüm yolları önerileri geliştirilir (SHGM, 2012: 68-72).

Web tabanlı bildirim sistemi için Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal bir sistem yapılandırılmış ve 2016 yılında uygulamaya girmiştir. Bu bildirim sistemi hem sağlık kuruluşu çalışanlarının hem de ülkedeki tüm bireylerin herhangi bir tıbbi hata bildirimini yapabildikleri bir sistemdir. Elektronik ortamdaki bu GRS, sağlık kuruluşlarının ve sağlık çalışanlarının tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri ve Türkiye'de gerçekleşen tıbbi hataların ve bu hataların engellenmesine yönelik düzenleme ve iyileştirme önerileri hakkında bilgi edinebilecek bir “platform” olması amacıyla yapılandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016). “Web tabanlı” sistemlerde de bildirimde bulunan kişinin kişisel bilgileri, bilgisayar ve konum bilgileri, sistem gereği kaydedilmemektedir. Böylece web tabanlı bu sistemde bildirim yapanların gizlilikleri temel alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Genel olarak Türkiye'deki GRS sistemi, kurumsal ve ulusal bir sistem olmasının yanı sıra “anonim, gönüllülük, sistem bazlı, gizlilik, cezalandırmama” gibi temel ilkelere sahip bir sistemdir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

2.2.2. Tıbbi Hata Bildiriminde Engeller

Tıbbi hatanın sonucu olarak ortaya çıkan olumsuz olaylar “önlenebilir olumsuz olaylar” olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hata raporlama, hasta güvenliği ve kültürünün iyileştirilmesinde önemli bir bileşen olmakla birlikte, sağlık hizmetleri tesislerinde tıbbi hatalar yaygın olarak rapor edilmemektedir. Birçok çalışmada, tıbbi hataları bildirmeyi engelleyen faktörler araştırılmıştır. Orta ve Batı Amerika'da önemli bir akademik tıp merkezi hekim ve hemşireler arasındaki tıbbi hataların bildirilmesini engelleyen faktörleri incelemiş ve hata raporlama engelleri ile ilgili faktörleri belirlemek için nominal bir grup oturumu düzenlenmiştir. Araştırmaya katılanlar, negatif örgütsel tepkilerden korkma (örn., Unutkanlık, disiplin), hukuki süreçlerden korkma ve hangi

bilgilere ilişkin şüpheler gibi kurumsal körlüğe benzer faktörlerden etkilendiğini belirttiler (Uribe ve ark., 2002) kuruluş kullanacaktır.

2005 yılında Akins ve Cole tarafından düzenlenen Delphi panelindeki bildirilen tıbbi hataların ilk yedi nedeni şöyle sıralanmıştır:

- Yetersiz personel veya aşırı çalışan personel gibi kaynak yetersizliği,
- Personel eğitimini konu alan kaynaklar, hizmet içi eğitim, yeni teknolojiler, hasta kabulü, laboratuvar analizi veya faturalandırma prosedürleri
- Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu kendilerini hasta güvenliğini uygulamalarına karşı savunmakta ve değişime ya da iyileşme çabalarına tepki göstermektedir.
- Tecrübeli üst düzey yöneticiler tarafından hasta güvenliği kavramının yeterince anlaşılmaması,
- İş yerinde hata raporlama konusunda gerekli tutum ve davranışlarda bulunmamaktır.

Herhangi bir tıbbi hatanın ortaya çıkışı, örgütlerde ve/veya bireysel seviyede bulunan çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Örgütsel faktörler, bunlarla sınırlı olmamak üzere, iş yükü, personel seviyesi, iş tasarımı ve belirlenmiş politika ve prosedürleri içerir. Bireysel faktörler; motivasyon, sağlık ve ihmalkarlıktır. Kültür ve eğitim gibi bazı faktörler hem örgütsel hem de bireysel olarak karakterize edilebilir. Mümkün olduğu ölçüde, sistemler insanlar tarafından yapılabilecek hataları ortadan kaldırmak, en aza indirmek ve/veya hızlı bir şekilde tespit etmek için tasarlanmalıdır (Uribe ve ark.2002). Bir hata oluştuğunda, hata yönetimi yapılmalıdır. Hata yönetim adımları içinde hata tanıma ve hataları düzeltme veya etkilerini azaltma bulunmaktadır. İlk hata adımı olan hata tanınma olmazsa düzeltici eylemler gerçekleşemez. Doğası gereği hata yönetimi reaktif bir özelliğe sahiptir. Hata izleme (takip) ise proaktif bir özelliktedir. Çünkü hata raporlama, süreç iyileştirmelerini ve gelecekteki hataları önleyebilecek diğer stratejik önlemleri tanımlamak için temel etkinlik analizi gibi takip etkinliklerinde kullanılabilecek veriler sağlar. Hata yönetimi, belirli bir hata oluşumuna odaklanan kısa vadeli eylemler içeriyor olsa da, hata raporlaması ve takibi, hataların neden oluştuğunun anlaşılması ve hasta güvenliğinde uzun vadeli iyileştirmeler sağlamaya yöneliktir. Küçük değersiz olaylar ve hatalar, sonuçların niteliği göz önüne alındığında en az rapor

edilenlerdir. Hataların eksik bildirilmesinin nedeni olarak rapor hazırlamanın çeşitli örgütsel ve bireysel faktörleri (nedenleri) olabilir (Uribe ve ark, 2002).

Hata raporlamayı engelleyen bazı faktörler sağlık çalışanlarına özgü gelişebilir. Tıbbi hataları rapor etmek genellikle hasta bakımı ile uğraşan sağlık çalışanları tarafından gayri resmi bir şekilde gerçekleşir. Raporlanmayan hatalar nedeniyle gelişen eksik hata verileri; örgütlerin hataların altında yatan nedenleri anlamalarını, hata önleme fırsatlarını uygun şekilde önceliklendirmelerini ve hasta güvenliği performansını örgütlerde zaman içinde doğru bir şekilde izlemelerini engeller (Uribe ve ark, 2002). Literatürde yer alan GRS ve tıbbi hata ile ilgili araştırmalarda (Saygın ve Keklik, 2014: 114) belirlenen temel sorunlardan birinin “sağlık kuruluşlarında tıbbi hataya neden olan olayların çalışanlar tarafından çoğunlukla bildirilmemesi” olduğu belirtilmektedir. Bunun sonucu olarak da gerçekleşen tıbbi hataların türleri, nedenlerinin bilinemediği dolayısıyla hataları engelleyici yöntemlerin belirlenemediği ifade edilmektedir (Top vd., 2009: 27).

Sağlık profesyonellerinin sağlık bakım hizmeti sunumları sırasında gerçekleşen tıbbi hataların raporlanmasına ilişkin algılarını araştıran bir çalışmada, kişilerin çalışma ortamına ilişkin faktörlerden etkilenerek hata bildiriminde bulunmadıkları, çalışma ortamına ilişkin bu faktörlerin, hatayı yapan kişinin hataya ilişkin bildirimin personel dosyalarında yer alarak sicillerini olumsuz yönde etkileyeceği endişesinde olmaları, hastane ve toplum içinde dışlanma endişesinde olmaları gibi nedenlerden dolayı bildirimde bulunmadıkları belirlenmiştir (Tütüncü vd., 2007: 526). Bir başka araştırmada da tıbbi hataların sağlık profesyonelleri tarafından bildirilmeyip özellikle gizli tutulmasının nedenleri arasında hasta ve hasta yakınları tarafından hukuki sürecin başlatılmasına yönelik korkularının olması, diğer hastane çalışanları tarafından suçlanma ve itibar kaybının olması endişeleri gibi nedenlerden dolayı bildirimde bulunmadıkları belirlenmiştir (Yıldız, 2015: 16).

Genel olarak tıbbi hataların bildirilmemesinin nedenleri; tüm sağlık profesyonellerinin arkadaşları, yöneticileri, hasta ve hasta yakınları tarafından “ayıplanma korkusu”, tıbbi hataya ilişkin genel bir ortak bir tanımlamanın olmadığına yönelik inanç, üst yönetimin bildirilen tıbbi hata raporları ile tıbbi hatalarının engellenmesine yönelik bir çözüm gerçekleştirmeyeceğine yönelik inanç olarak sıralanmaktadır (Tütüncü vd., 2007: 526).

Bir başka araştırmada ise sağlıkta cezalandırılma korkusu, GRS sistemine yönelik çalışanların iş yüklerinin fazla olması, yönetsel eksiklikler gibi nedenlerden dolayı çalışanların bildirimde bulunmadıkları saptanmıştır (Wolf ve Hughes, 2008: 333-357).

İntepeler ve Dursun (2012:132) tarafından yapılan bir çalışmada da sağlık çalışanlarının tıbbi hataları bildirmemelerinin nedenleri arasında şunlar belirtilmektedir:

- Sağlık çalışanlarının tıbbi hata bildiriminin zaman alan bir işlem olduğuna yönelik görüşleri,
- Sağlık çalışanlarının hata yapanların itibarının zedeleneyeğine yönelik inançları ,
- Sağlık çalışanlarının hata yapılan hastane servisinin itibarının zedeleneyeğine yönelik inançları ,
- Sağlık çalışanlarının üst yönetimin raporlama karşısında düzenleme yapmadığına ve bildirim hatayı engellemeye yönelik bir sistem olmadığına yönelik görüş ve inançları ,
- Sağlık çalışanlarının, hata yapanın işten çıkarmaya kadar gidebilecek cezalandırmanın olacağı endişesi,
- Sağlık çalışanlarının tıbbi hata raporlarının gerçeği yansıtmadığına yönelik inançları,
- Sağlık çalışanlarının, tıbbi hata bildirim sisteminin kolaylıkla ulaşılabilir olmadığına yönelik görüşleridir (İntepeler ve Dursun, 2012: 131).

Yukarıda yer verilen araştırma sonuçlarında görüldüğü gibi, tıbbi hata bildiriminin önündeki engellerin sağlık çalışanların inanç, görüş ve tutumlarından dolayı gelişen bireysel ya da cezalandırılma korkusu, aşırı iş yükü, yönetsel eksiklikler gibi örgütsel nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının bildirimde bulunmamalarının nedenleri genel olarak, cezalandırma, eleştirilme korkusu, sistemde düzeltici önleyici faaliyetlerin gerçekleştirilmemesine yönelik inançtır.

BÖLÜM 3: MATERYAL ve METOT

Bu bölümde ilk olarak araştırmanın amacı, önemi, sınırlılık, evren ve örneklem ele alınacaktır. Daha sonra veri toplama araçlarına yer verilecektir. Son olarak ise araştırma kapsamında kullanılan analiz tekniklerine ve araştırma sonucunda elde edilen bulgulara yer verilecektir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık çalışanlarının tıbbi hata raporlamasına ilişkin görüş ve tutumlarının değerlendirilmesidir. Bu temel amaç doğrultusunda aşağıda verilen sorulara yanıt aranmıştır:

- 1) A) Sağlık çalışanlarının **“tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin”** yanıtlardan elde edilen verilerin betimsel dağılımı nasıldır?

B) Sağlık çalışanlarının **“tıbbi hataların raporlanmasının önündeki engel olarak görülen algılanan faktörlere ilişkin”** yanıtlardan elde edilen veriler
 - a) yaş
 - b) cinsiyet
 - c) eğitim düzeyi
 - d) görev
 - e) meslekte toplam çalışma yılı
 - f) hata raporlama durumu
 - g) çalışılan hastane türü

değişkenlerine göre anlamlı fark göstermekte midir?

- 2) A) Sağlık çalışanlarının **“kurumlarında uygulanacak yeni politika ve stratejilerle, tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak görülen**

faktörlere ilişkin algılarında değişikliklerin olup olmayacağına” dair yanıtlarından elde edilen verilerin betimsel dağılımı nasıldır?

B) Sağlık çalışanlarının **“kurumlarında uygulanacak yeni politika ve stratejilerle, tıbbi hataların raporlanmasının önündeki engel olarak görülen faktörlere ilişkin algılarında değişikliklerin olup olmayacağına”** dair verdikleri yanıtlardan elde edilen veriler

- a) yaş
- b) cinsiyet
- c) eğitim düzeyi
- d) görev
- e) meslekte toplam çalışma yılı
- f) hata raporlama durumu
- g) çalışılan hastane türü

değişkenlerine göre anlamlı fark göstermekte midir?

- 3) Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hatalar en çok neden kaynaklanmaktadır?
- 4) Sağlık çalışanları, tıbbi hataların en aza indirilmesi konusunda hangi yolları etkili görmektedirler?
- 5) Sağlık çalışanlarının kurumlarındaki güvenlik raporlama sistemi ve hata raporlamayla ilgili teşvik, politika ve prosedürlerle ilgili bilgisi ne durumdadır?
- 6) A) Sağlık çalışanlarının “belli bazı durumlarda olay bildirimini yapma konusuna katılım düzeyine” ilişkin verdikleri yanıtlardan elde edilen verilerin betimsel dağılımı nasıldır?

B) Sağlık çalışanlarının **“belli bazı durumlarda olay bildirimini yapma konusunda katılım düzeyleri”**

- a) yaş
- b) cinsiyet
- c) eğitim düzeyi
- d) görev
- e) meslekte toplam çalışma yılı

f) hata raporlama durumu

g) çalışılan hastane türü

değişkenlerine göre anlamlı fark göstermekte midir?

7) A) Sağlık çalışanlarının “**Tıbbi hataların raporlanma sıklığı**” konusunda verdikleri yanıtlardan elde edilen verilerin betimsel dağılımı nasıldır?

B) Sağlık çalışanlarının “**Tıbbi hataların raporlanma sıklığı**” konusunda verdikleri yanıtlar:

a) yaş

b) cinsiyet

c) eğitim düzeyi

d) görev

e) meslekte toplam çalışma yılı

f) hata raporlama durumu

g) çalışılan hastane türü

değişkenlerine göre anlamlı fark göstermekte midir?

8) A) Sağlık çalışanlarının “**Hataların değerlendirilmesi**” konusunda verdikleri yanıtlardan elde edilen verilerin betimsel dağılımı nasıldır?

B) Sağlık çalışanlarının “**Hataların değerlendirilmesi**” konusunda verdikleri yanıtlar:

a) yaş

b) cinsiyet

c) eğitim düzeyi

d) görev

e) meslekte toplam çalışma yılı

f) hata raporlama durumu

g) çalışılan hastane türü

değişkenlerine göre anlamlı fark göstermekte midir?

- 9) Sağlık çalışanlarının hata raporlama durumları ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, görev, meslekte toplam çalışma yılı, çalışılan hastane türü değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetleri oldukça karmaşık, birçok sağlık çalışanını, farklı işleri ve uygulamaları içinde barındıran bir hizmet sektörüdür. Dolayısıyla hataların olması da çok doğaldır. Ancak hataların azaltılması hem ekonomik hem de etik bir zorunluluktur. Dolayısıyla eksikliklere ve hatalara yönelik bir takım iyileştirmelerin yapılarak kalitenin artırılması için tıbbi hata raporlama sisteminin uygulanması gereklidir. Çünkü tıbbi hata raporlama sisteminden elde edilen veriler, belirlenen hataların azaltılması için gerekli planlama ve uygulanma için önemli bir bilgi kaynağı olmaktadır.

Bu çalışmanın sonucunda elde edilen veriler, verilen sağlık hizmetlerine birçok açıdan fayda sağlayabilir. Tıbbi hata raporlama konusunda yapılan çalışmaların artması, konuya dair gereken hassasiyetin oluşturulması, pozitif bir tutum ve algının gerçekleşmesi, uygulanacak politika ve düzenlemelere yön vermesi, yaşanan sorunlara çözüm getirilmesi açısından önem taşımaktadır. Çalışmanın kuramsal alt yapısını oluşturacak doğru araştırma problemlerinin formüle edilmesi ve bu problemin alanda doğru bir metotla, doğru analiz araçları kullanılarak incelenmesi, sonraki çalışmalara kuramsal bir çerçeve sunması açısından önem taşımaktadır.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Zaman ve kaynak yetersizliği nedeni ile çalışma Muğla'da faaliyet gösteren bir kamu ve bir özel hastanede çalışan sağlık personeli ile sınırlandırılmıştır. Çalışmanın evrenini ilde faaliyette bulunan bir kamu ve özel hastanede görev yapan 516 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Diğer bir sınırlılık ise hastane çalışanlarının yoğun çalışmaları

sebebiyle katılımın belirli bir düzeyde kalmış olmasıdır. Bu bakımdan araştırma sonucunda elde edilen bulgular söz konusu hastaneler açısından genellenebilir.

3.4. Verilerin Toplanması

Bu bölümde veri toplama araçları ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak değerlendirme formu kullanılmıştır. Kişisel bilgiler ve sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörleri belirlemek amacıyla Uribe ve arkadaşlarının (2002) hazırlamış olduğu 17 ifadenin yer aldığı değerlendirme formu kullanılmıştır. Ayrıca değerlendirme formunda yer alan tıbbi hataların raporlanması, sıklığı ve değerlendirilmesine ilişkin ifadeler alan yazında aşağıdaki kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Mustafa Levent Özgönül (2010)	“Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı”
İlkay Yıldız (2015)	“Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”
Ali Çakır (2007)	“Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi”
Selma Altındış (2009)	“Bilgi Yönetimi Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Etkilerine İlişkin Bir Araştırma”

3.5. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Tablo 2’de görüldüğü gibi Muğla ilinde faaliyet gösteren bir kamu bir de özel hastanede görevli 516 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmış ve toplamda 189 katılımcıya ulaşılmıştır.

Tablo 2: Örneklemen Hastanelere Göre Dağılımı

Hastane	Çalışan Sayısı	Dağıtılan Anket Sayısı	Geçerli anket sayısı
Devlet Hastanesi	256	100	88
Özel Hastane	260	120	101
Toplam	516	220	189

Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formülden yararlanılarak hesaplanmıştır. (Karasar, 2005, s.116)

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$n_0 = (t^2 pq) / d^2$$

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmemeye sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

Bu çalışmada evren N=516’dır. Evren tahmini için sapma miktarı d=0,05, güven düzeyi (1-α)=0,95 alınmıştır. Örneklem büyüklüğü için en büyük varyans verecek şekilde p değeri 0,5 olarak alınmıştır. Bu durumda q=(1-p)=0,5 olmaktadır. Güven değerine

karşılık gelen t değeri 1.96'dır. Çalışma için örneklem büyüklüğü aşağıdaki gibi hesaplanmıştır.

$n_0 = (t^2 pq) / d^2$ formülünde değerleri yerine koyduğumuzda;

$$n_0 = (1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5) / 0,05^2 = 0,9604 / 0,0025 = 384,16$$

$n = n_0 / [1 + \frac{n_0 - 1}{N}]$ formülünde n_0 ve N değerlerini yerine koyduğumuzda;

$$n = 384,16 / [1 + \frac{384,16 - 1}{516}] = 384,16 / 1,7425 = 220,46$$

Buna göre örneklem büyüklüğü 220 olarak alınabilir.

220 kişilik örneklem seçilmiş ve anketler uygulanmıştır. Anket uygulamasından sonra çok fazla kayıp değer içeren ve özensiz doldurulduğu açık olan formlar veri setinden çıkarılmış ve kullanılabilir 189 anket elde edilmiştir.

3.6. Pilot çalışma

Veri toplama sürecinde anketteki muhtemel algılama ve yorumlama problemlerinin ortadan kaldırılması, katılımcıların zorlandığı ve anlaşılmayan noktaların belirlenmesi amacıyla pilot çalışma yapıldı. Anketin doğru algılandığı, yorumlama hatalarının ve cevaplama zorluklarının olmadığını belirlemeye yönelik olarak yapılan pilot çalışma sonrasında gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ankete son hali verilmiştir.

3.7. Ölçeğin geçerliliği ve güvenirliliği

Anket bölümlerinin yapı geçerliklerinin belirlenmesi amacıyla her bir bölüm için ayrı olarak açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi yapılmadan önce verilerin açımlayıcı faktör analizinin varsayımlarına uygunluğu kontrol edilmiştir.

Tek değişkenli normallik varsayımı betimsel istatistiklerden çarpıklık ve basıklık katsayıları yoluyla incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin [-2,2] aralığında

olması tek değişkenli normallik varsayımının sağlandığını gösterir (George ve Mallery, 2010:26). Anketin her bir bölümünde bulunun tüm maddeler için çarpıklık ve basıklık katsayısı değerlerinin [-2,2] arasında yer aldığı görülmüş ve bu durum tek değişkenli normallik varsayımının sağlandığı şeklinde yorumlanmıştır. Çok değişkenli normallik varsayımı Bartlett Küresellik Testi ile kontrol edilmiştir. Bartlett Küresellik Testi sonucu her bir bölüm için anlamlı çıkmıştır ($\chi^2_{86}=686.462$, $p<.01$; $\chi^2_{86}=876.145$, $p<.01$; $\chi^2_{86}=364.512$, $p<.01$; $\chi^2_{86}=144.370$, $p<.01$; $\chi^2_{86}=482.426$, $p<.01$). Bu da her bir bölüm için çok değişkenli normallik varsayımının sağlandığını gösterir. Çok değişkenli normallik varsayımının sağlanmış olması, doğrusallık varsayımının da sağlandığı şeklinde yorumlanmaktadır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2012: 59-67). Çoklu bağlantı problemini sınamak için Tolerans değerleri incelenmiş ve bu değerlerin maddelerin tümü için 0,1’den büyük olduğu görülmüştür. Bu durum çoklu bağlantı problemi olmadığı şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca örneklem büyüklüğünün her bir bölüm için faktörleştirmeye uygunluğunun belirlenmesi için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Test sonucunda bölümler için sırasıyla 0.838, 0.825, 0.840, 0.715 ve 0.756 değerleri elde edilmiştir. Literatürde 0.70 üzeri değerler kabul edilebilir ve 0.80-0.90 arası değerler “iyi” olarak yorumlandığından (Çokluk ve diğ., 2012: 60), her bir bölüme ait verilerin faktör analizine uygun olduğuna karar verilmiştir.

Sağlık çalışanlarının “**Tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere**” ilişkin faktör analizi sonuçları Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3

Sağlık Çalışanlarının “Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere” İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Cronbach Alfa
1	6.530	38.411	0,888
Maddeler			Faktör Yükleri
1. Tıbbi hata raporları için formlar ve bilgisayar verilerine kolay ulaşılamıyor.			0,165
2. Nasıl hata raporlama yapılacağına dair bilgi eksikliği var			,501
3. Hata raporlamanın kimin sorumluluğunda olduğu bilinmiyor			,494
4. Hatalar isim verilemeden rapor edilemiyor			,399

5. Nelerin bildirilmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliği var	,534
6. Hataları rapor etmenin yararlı olduğu bilinmiyor	,389
7. Olumsuz bir sonuç çıkmadığı için hatayı bildirmenin gereksiz olduğu düşünülüyor	,563
8. Raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşünülüyor	,478
9. Disiplin cezası korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir	,763
10. İşini kaybetme korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir	,793
11. Bir hatanın belgelendirilmesinin ekstra zaman alması tıbbi hata raporlama önünde engeldir.	,676
12. Başka birine anlatma endişesi tıbbi hata raporlama önünde engeldir	,608
13. Raporlamaya dâhil edilen ek işlerin varlığı tıbbi hata raporlama önünde engeldir	,690
14. Raporlama için ilgi ve motivasyon eksikliği tıbbi hata raporlama önünde engeldir	,699
15. Suçlanma korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir	,827
16. Tıbbi bir hata olduğu fark edilmemesi tıbbi hata raporlama önünde engeldir	,708
17. Dava korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir	,776

Tablo 3’e göre, yetersiz faktör yükü gerekçesiyle herhangi bir madde çıkartılmadığı durumda tek faktör anketin birinci bölümüne ait varyansın % 38.411’ini açıklamaktadır.

Faktör yük değeri, maddenin faktörle olan ilişkisini açıklamak için kullanılan bir katsayıdır. Tabachnick ve Fidell (2001)’e göre, maddelerin ait oldukları faktör altındaki yükleri en az 0,32 olmalıdır. Bu yüzden, bu araştırmada her bir maddenin yük değerinin en az 0.32 olması gerektiği ölçütü kabul edilmiştir. Maddelerin faktör yük değerleri incelendiğinde sadece 1’inci maddeye ait faktör yükünün 0.32’nin altında olduğu görülmüş ve bu madde anketten çıkarılmıştır.

Pilot uygulama sonucunda elde edilen verilerden yararlanılarak anket formundaki bazı ifadeler gözden geçirilmiş ve sağlık çalışanlarının “**Tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere**” ilişkin 17 madde içinden birinci madde olan “Tıbbi hata raporları için formlar ve bilgisayar verilerine kolay ulaşılamıyor” maddesi anketten çıkarılmıştır.

Sağlık çalışanlarının “**kurumlarında uygulanacak yeni politika ve stratejilerle, tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak görülen faktörlere ilişkin**

algılarında değişikliklerin olup olmayacağına” ilişkin faktör analizi sonuçları Tablo 3.1’te sunulmuştur.

Tablo 3.1

Sağlık Çalışanlarının “Kurumlarında Uygulanacak Yeni Politika Ve Stratejilerle, Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önündeki Engel Olarak Görülen Faktörlere İlişkin Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına” İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Cronbach Alfa
1	7.567	44.509	0,916
Maddeler			Faktör Yükleri
1. Tıbbi hata raporları için formlar ve bilgisayar verilerine ulaşım kolaylaşır			,667
2. Nasıl hata raporlama yapılacağına dair bilgi eksikliği giderilirse			,786
3. Hata raporlamanın kimin sorumluluğunda olduğunun bilinmemesi giderilirse			,767
4. Hataların isim verilemeden rapor edilememesi düzeltilirse			,654
5. Nelerin bildirilmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliği giderilirse			,776
6. Hataları rapor etmenin yararlı olduğunun bilinmemesi giderilirse			,799
7. Olumsuz bir sonuç çıkmadığı için hatayı bildirmenin gereksiz olduğu düşüncesi giderilirse			,581
8. Raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşüncesi giderilirse			,679
9. Disiplin cezası korkusu giderilirse			,751
10. İşini kaybetme korkusu giderilirse			,737
11. Bir hatanın belgelendirilmesinin ekstra zaman alması giderilirse			,545
12. Başka birine anlatma endişesi giderilirse			,602
13. Raporlamaya dâhil edilen ek işlerin varlığı azaltılırsa			,538
14. Raporlama için ilgi ve motivasyon eksikliği giderilirse			,699
15. Suçlanma korkusu giderilirse			,718
16. Tıbbi bir hata olduğunun fark edilmemesi giderilirse			,748
17. Dava korkusu giderilirse			,744

Tablo 3.1’e göre, yetersiz faktör yükü veya birden çok faktörde yüksek yük değeri veren madde gerekçesiyle herhangi bir madde çıkartılmadığı durumda tek bir faktör altında birleştirme sonucu anketin ikinci bölümüne ait varyansın % 44.509’unu açıklamaktadır. Bölümdeki maddelere ait faktör yük değerleri incelendiğinde ise bütün maddelerin faktör yükünün 0.32’nin üstünde olduğu görülmüş ve bu yüzden anketin bu bölümünden herhangi bir madde çıkartılmamıştır.

Sağlık çalışanlarının “**Belli bazı durumlarda olay bildirimini yapma konusunda katılım düzeylerine**” ilişkin faktör analizi sonuçları Tablo 3.2’te sunulmuştur.

Tablo 3. 2

Sağlık Çalışanlarının “Belli Bazı Durumlarda Olay Bildirimi Yapma Konusunda Katılım Düzeylerine” ilişkin Faktör Analizi Sonuçları

Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Cronbach Alfa
1	4.255	70.918	0,914
Maddeler			Faktör Yükleri
1. Kan/kan ürünü sistemi uygun yapılmadığından olay bildirimini yaparım			,866
2. Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yaparım			,860
3. Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yaparım			,910
4. Eczaneden hastaya doğru ilaç gelmediğinde olay bildirimini yaparım			,884
5. Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yaparım			,876
6. Güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimini yaparım			,863

Tablo 3.2’e göre, yetersiz faktör yükü veya birden çok faktörde yüksek yük değeri veren madde gerekçesiyle herhangi bir madde çıkartılmadığı durumda tek faktör altında birleştirme sonucu anketin üçüncü bölümüne ait varyansın % 70.918’ini açıklamaktadır. Anketin bu bölümündeki maddelere ait faktör yük değerleri incelendiğinde ise bütün maddelerin faktör yükünün 0.32’nin üstünde olduğu görülmüş ve bu yüzden bu bölümden herhangi bir madde çıkartılmamıştır.

“**Tıbbi hataların raporlanma sıklığı**” na ilişkin ait faktör analizi sonuçları Tablo 3.3’te sunulmuştur.

Tablo 3. 3

“Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığı”na ilişkin Ait Faktör Analizi Sonuçları

Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Cronbach Alfa
1	2.418	80.607	0,878
Maddeler			Faktör Yükleri
1. Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır?			,909
2. Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır?			,932
3. Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır?			,867

Tablo 3.3’e göre, yetersiz faktör yükü veya birden çok faktörde yüksek yük değeri veren madde gerekçesiyle herhangi bir madde çıkartılmadığı durumda tek faktör altında birleştirme sonucu anketin dördüncü bölümüne ait varyansın %80.607’sini açıklamaktadır. Anketteki maddelere ait faktör yük değerleri incelendiğinde ise bütün maddelerin faktör yükünün 0.32’nin üstünde olduğu görülmüş ve bu yüzden bu bölümden herhangi bir madde çıkartılmamıştır.

“Hataların değerlendirilmesi” ne ilişkin ait faktör analizi sonuçları Tablo 3.4’de sunulmuştur.

Tablo 3. 4
“Hataların Değerlendirilmesine” ilişkin Ait Faktör Analizi Sonuçları

Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Cronbach Alfa
1	4.489	40.813	0,788
Maddeler			Faktör Yükleri
1. Personel yaptığı hataların kendi aleyhine kullanılacağını düşünür			,663
2. Herhangi bir tıbbi hata gerçekleştiğinde, olayın kendisi değil, hatayı yapan kişilerin rapor edileceğini düşünür			,708
3. Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar			,586
Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Cronbach Alfa
2	1.849	16.811	0,788
Maddeler			Faktör Yükleri
4. Raporlama sisteminden elde edilen veriler rutin olarak analiz edilmektedir			,746
5. Analiz sonuçları tüm çalışanlara özellikle ilgili birimlere bildirilmektedir			,733
7. Olay raporlama sistemi tüm organizasyon içinde kolay raporlama imkânı verir			,820
8. Hataya neden olan eğilimleri değerlendirmek ve belirlemek için analiz edilen tüm raporlar, birleştirilir			,767
9. Raporlanmış hasta güvenliği sorunlarını sunmak için personele periyodik olarak geri bildirim yapılır			,865
10. Hastanede, yüksek düzeyde risk içeren süreçler yılda en az bir kere değerlendirilir			,831
11. Bu değerlendirme sonrası riskli süreçlerde başarısızlık saptanırsa; süreç yeniden düzenlenir			,864

Tablo 3.4’e göre, yetersiz faktör yükü veya birden çok faktörde yüksek yük değeri veren madde gerekçesiyle herhangi bir madde çıkartılmadığı durumda iki faktör anketin beşinci bölümüne ait varyansın % 57,624’ünü açıklamaktadır. Bölümdeki maddelere ait faktör yük değerleri incelendiğinde ise 6’ncı maddenin birinci ve ikinci faktördeki yük değerleri arasındaki farkın 0,1’den küçük olduğu görülmektedir. Bu yüzden 6’ncı madde birden çok faktörde yüksek yük değeri vermesi gerekçesiyle bölümden çıkartılmıştır. Elde edilen veriler sonucu maddeler incelendikten sonra 1, 2 ve 3’üncü maddelerden oluşturan birinci faktör “hataların bireyler açısından değerlendirilmesi”; 4,

5, 7, 8, 9, 10 ve 11’inci maddelerden oluşan ikinci faktör ise “hataların sistem açısından değerlendirilmesi” olarak adlandırılmıştır.

Ankette yer alan bölümlere ait güvenirlik analizi ise faktör analizi sonrasında uygun görülmeyen maddeler çıkartıldıktan sonra her bir bölüm için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanarak yapılmıştır. Her bir bölüme ait Cronbach alfa güvenirlik katsayıları Tablo 3.5’de sunulmuştur.

Tablo 3.5: Anketin Bölümlerine ait Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

Bölüm 1	Bölüm 2	Bölüm 3	Bölüm 4	Bölüm 5
Hata raporlamada engel olarak algılanan faktörler	Yeni düzenlemeler sonunda algılarda değişikliklerin olup olmayacağına	Hataların raporlanması	Hataların sıklığı	Hataların değerlendirilmesine
0.894	0.916	0.914	0.878	0.788

Cronbach Alfa katsayısı ankette bulunan maddelerin birbirleriyle tutarlılığını gösterir. Cronbach alfa katsayısı için kabul edilebilir değerin 0.70 olduğu göz önüne alındığında Elde edilen Cronbach Alfa güvenirlik katsayılarının oldukça yüksek olduğu ifade edilebilir (Özdamar, 1999: 55-60).

Yapılan pilot çalışma sonucunda anketin geçerlik ve güvenirliğine dair elde edilen bulgular değerlendirildiğinde anketin geçerli ve güvenilir olduğu ve bu çalışmada kullanılmasında herhangi bir engel olmadığı sonucuna varılmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Veriler çalışmanın amaçları doğrultusunda analiz edilmeden önce veri setinin analize uygunluğu kontrol edilmiştir. 220 kişilik örneklemden elde edilen veri setinden çok fazla kayıp değer içeren ve özensiz doldurulduğu açık olan formlar çıkarıldıktan sonra veri setinde bulunan kişi sayısı 189’a düşmüştür.

Anketin; birinci bölümünde yer alan tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algılanan faktörlere ilişkin ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler (yüzde, frekans, aritmetik ortalama ve standart sapma) hesaplanmıştır. Aynı şekilde sağlık çalışanlarının “tıbbi hataların raporlanmasının önündeki engel olarak görülen algılanan faktörlere ilişkin” yanıtlardan elde edilen verilerin cinsiyet, hata raporlama türü ve çalışılan hastane türü değişkenlerine göre anlamlı fark gösterip göstermedikleri bağımsız örneklem t-testi, eğitim düzeyi ve görev değişkenlerine göre anlamlı fark gösterip göstermedikleri ise ANOVA ile kontrol edilmiştir. Sağlık çalışanlarının “tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin” verdikleri yanıtların yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleriyle ilişkisine Pearson korelasyon katsayısı hesaplanması yoluyla bakılmıştır.

Anketin ikinci bölümünde yer alan sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak gördükleri faktörlere ilişkin algılarında değişikliğe sebep olabilecek yeni politika ve stratejilere ilişkin ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler (yüzde, frekans, aritmetik ortalama ve standart sapma) hesaplanmıştır. Aynı şekilde sağlık çalışanlarının “kurumlarında uygulanacak yeni politika ve stratejilerle, tıbbi hataların raporlanmasının önündeki engel olarak görülen faktörlere ilişkin algılarında değişikliklerin olup olmayacağına” dair verdikleri yanıtlardan elde edilen verilerin cinsiyet, hata raporlama türü ve çalışılan hastane türü değişkenlerine göre t-testi, eğitim düzeyi ve görev değişkenlerine göre ANOVA ile kontrol edilmiştir. Sağlık çalışanlarının “kurumlarında uygulanacak yeni politika ve stratejilerle, tıbbi hataların raporlanmasının önündeki engel olarak görülen faktörlere ilişkin algılarında değişikliklerin olup olmayacağına” dair verdikleri yanıtlardan elde edilen verilerin yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleriyle ilişkisine korelasyon katsayısı hesaplanması yoluyla bakılmıştır. Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hataların en çok neden kaynaklandığının belirlenmesi ve kurumlarındaki güvenlik raporlama sistemi ve hata raporlamayla ilgili teşvik, politika ve prosedürlerle ilgili bilgilerinin ne durumda olduğunun belirlenmesi için ankete verilen yanıtların yüzde ve frekansları hesaplanmıştır.

Anketin üçüncü bölümünde yer alan sağlık çalışanlarının belli bazı durumlarda olay bildirimini yapmasına ilişkin ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler (yüzde, frekans,

aritmetik ortalama ve standart sapma) hesaplanmıştır. Aynı şekilde sağlık çalışanlarının “belli bazı durumlarda olay bildirimi yapma konusunda katılım düzeylerinin” cinsiyet, hata raporlama türü ve çalışılan hastane türü değişkenlerine göre t-testi, eğitim düzeyi ve görev değişkenlerine göre ise ANOVA ile kontrol edilmiştir. Sağlık çalışanlarının “belli bazı durumlarda olay bildirimi yapma konusunda katılım düzeylerinin” yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleriyle ilişkisine korelasyon katsayısı hesaplanması yoluyla bakılmıştır.

Anketin dördüncü bölümünde yer alan tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler (yüzde, frekans, aritmetik ortalama ve standart sapma) hesaplanmıştır. Aynı şekilde, sağlık çalışanlarının “tıbbi hataların raporlanma sıklığı” konusunda verdikleri yanıtların cinsiyet, hata raporlama türü ve çalışılan hastane türü değişkenlerine göre t-testi, eğitim düzeyi ve görev değişkenlerine göre anlamlı fark gösterip göstermedikleri ise ANOVA ile kontrol edilmiştir. Sağlık çalışanlarının “tıbbi hataların raporlanma sıklığı” konusunda verdikleri yanıtların yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleriyle ilişkisine korelasyon katsayısı hesaplanması yoluyla bakılmıştır.

Anketin beşinci bölümünde yer alan hataların değerlendirilmesine ilişkin ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler (yüzde, frekans, aritmetik ortalama ve standart sapma) hesaplanmıştır. Sağlık çalışanlarının “hataların değerlendirilmesi” konusunda verdikleri yanıtların cinsiyet, hata raporlama durumu ve çalışılan hastane türü değişkenlerine göre t-testi, eğitim düzeyi ve görev değişkenlerine göre ise ANOVA ile kontrol edilmiştir. Sağlık çalışanlarının “hataların değerlendirilmesi” konusunda verdikleri yanıtların yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleriyle ilişkisine korelasyon katsayısı hesaplanması yoluyla bakılmıştır. Sağlık çalışanlarının hata raporlama durumları ile yaş ve meslekte toplam çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı bağımsız örneklem t-testiyle ve sağlık çalışanlarının hata raporlama durumları ile cinsiyet, eğitim düzeyi, görev, çalışılan hastane türü değişkenleri Ki-kare testi ile kontrol edilmiştir.

Analizler sırasında uygulanan bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü ANOVA’nın varsayımlarından olan tek değişkenli normallik varsayımı basıklık ve çarpıklık katsayıları aracılığıyla kontrol edilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin $[-2,2]$ aralığında olması tek değişkenli normallik varsayımının sağlandığını gösterir (George

ve Mallery, 2010:25). Anketin her bir bölümünde bulunan tüm maddeler için çarpıklık ve basıklık katsayısı değerlerinin $[-2,2]$ arasında yer aldığı görülmüş ve bu durum tek değişkenli normallik varsayımının sağlandığı şeklinde yorumlanmıştır. Cinsiyet, hata raporlama durumu, çalışılan hastane türü, eğitim düzeyi ve görev değişkenlerinin her bir kategorisi için çarpıklık basıklık katsayılarının $[-2,2]$ aralığında olduğu görülmüş ve bu durum tek değişkenli normallik varsayımının sağlandığı şeklinde yorumlanmıştır. Bunun dışında Tek Yönlü ANOVA testinin uygulaması için varyans homojenliği varsayımının bütün durumlarda sağlandığı görülmüş fakat bu varsayımın bazı bağımsız örneklem t testi uygulamalarında sağlanmadığı görülmüştür. Bu durumlarda da serbestlik derecesi varyans homojenliğinin sağlanmadığı göz önüne alınarak rapor edilmiştir.

BÖLÜM 4: BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışma sonucunda 189 geçerli anket formu elde edilmiştir. Bu formların demografik verilerine ilişkin sonuçları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Demografik Özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

	Özellik	n	%
Cinsiyet	Kadın	141	74,60
	Erkek	48	25,40
Eğitim Düzeyi	Lise	45	23,80
	Ön Lisans	52	27,51
	Lisans ve Lisansüstü	92	48,60
Meslek	Hemşire/Ebe	107	56,61
	Hekim/Uzman Hekim	34	17,98
	Tekniker/Teknisyen	48	25,41
Hastane Türü	Özel	96	53,33
	Devlet	93	46,67

Ankete cevap verenlerin % 25,40’ı erkek, % 74,60’sı bayandır. Çalışanların çoğunun bayan olması genel olarak sağlık hizmetlerinde bayanların daha çok istihdam edildiğini

göstermektedir. Çalışanların yaşları incelendiğinde yaşı en küçük katılımcının 18 ve en büyük katılımcının ise 62 olduğu görülmektedir. Çalışanların yaş ortalaması ise 33,26 olarak bulunmuştur. Çalışanlardan meslekte en az çalışan bir ay en fazla çalışan ise 40 yıl çalışmıştır. Çalışanların 45'i (%23,8) lise, 52'si (%27,5) ön lisans ve 92'si (%48) lisans ve lisansüstü eğitimi almıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunu %56'sı ebe/hemşireler, %25,41 teknisyen/ tekniker, %17,98'ini hekimler oluşturmaktadır. Hemşirelerin yüksek oranda olması sağlık hizmetleri için normaldir.

4.2. Tıbbi Raporlamaya İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmanın bu bölümünde tıbbi raporlamaya ilişkin tanımlayıcı *istatistiklere* yer verilecektir.

4.2.1. Sağlık Çalışanlarının Hangi Tıbbi Durumlarda Hataların Raporlandığına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin verdikleri yanıtların yüzde ve frekansları Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Belli Bazı Durumlarda Olay Bildirimi Yapmasına İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

İfadeler	X	SS	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
1. Kan/kan ürünü sistemi uygun yapılmadığından olay bildirimi yaparım	3,88	1,28	20 (10,6)	12 (6,3)	12 (6,3)	72 (38,1)	73 (38,6)
2. Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimi yaparım	3,96	1,26	16 (8,6)	14 (7,5)	14 (7,5)	60 (32,1)	83 (44,4)
3. Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimi yaparım	3,92	1,29	19 (10,1)	12 (6,3)	15 (7,9)	63 (33,3)	80 (42,3)
4. Eczaneden hastaya doğru ilaç gelmediğinde olay bildirimi yaparım	3,85	1,28	17 (9,0)	15 (7,9)	24 (12,7)	57 (30,2)	76 (40,2)
5. Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimi yaparım	4,04	1,23	18 (9,5)	8 (4,2)	8 (4,2)	69 (36,5)	86 (45,5)
6. Güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimi yaparım	3,79	1,26	18 (9,6)	12 (6,4)	28 (15,0)	63 (33,7)	66 (35,3)

Sağlık çalışanlarının verdiği yanıtlar incelendiğinde, en yüksek ortalamaya ($X=4,04$) beşinci madde olan “Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimi yaparım.” maddesinin sahip olduğu görülmektedir. En düşük ortalamaya ($X=3,79$) sahip maddenin ise altıncı madde olan “Güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimi yaparım” maddesi olduğu görülmektedir.

4.2.2. Çalışmada Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışmada tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6: Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

İfadeler	X	SS	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
1. Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır?	3,12	1,31	15 (7,9)	63 (33,3)	39 (20,6)	29 (15,3)	43 (22,8)
2. Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır?	3,44	1,25	13 (6,9)	38 (20,1)	37 (19,6)	55 (29,1)	46 (24,3)
3. Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır?	3,75	1,15	8 (4,2)	24 (12,7)	35 (18,5)	63 (33,3)	59 (31,2)

Sağlık çalışanlarının verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en yüksek ortalamaya ($X=3,75$) üçüncü madde olan “Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır?” maddesinin sahip olduğu görülmektedir. En düşük ortalamaya ($X=3,12$) sahip maddenin ise birinci madde olan “Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır?” maddesi olduğu görülmektedir.

4.2.3. Tıbbi Hataların Raporlanma Değerlendirilmesine İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Tıbbi hataların raporlanma değerlendirilmesine ilişkin ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Hataların Değerlendirilmesine İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

İFADELER	X	SS	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
1. Personel yaptığı hataların kendi aleyhine kullanılacağını düşünür	2,34	1,22	49 (26,1)	78 (41,5)	23 (12,2)	23 (12,2)	15 (8,0)
2. Herhangi bir tıbbi hata gerçekleştiğinde, olayın kendisi değil, hatayı yapan kişilerin rapor edileceğini düşünür	2,48	1,09	29 (15,4)	88 (46,8)	35 (18,6)	24 (12,8)	12 (6,4)
3. Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar	2,35	1,16	45 (23,8)	82 (43,4)	24 (12,7)	27 (14,3)	11 (5,8)
4. Raporlama sisteminden elde edilen veriler rutin olarak analiz edilmektedir	2,42	1,12	41 (21,7)	68 (36,0)	55 (29,1)	10 (5,3)	15 (7,9)
5. Analiz sonuçları tüm çalışanlara özellikle ilgili birimlere bildirilmektedir	2,45	1,17	40 (21,4)	71 (38,0)	42 (22,5)	19 (10,2)	15 (8,0)
7. Olay raporlama sistemi tüm organizasyon içinde kolay raporlama imkânı verir	2,45	1,02	29 (15,6)	79 (42,5)	52 (28,0)	17 (9,1)	9 (4,8)
8. Hataya neden olan eğilimleri değerlendirmek ve belirlemek için analiz edilen tüm raporlar, birleştirilir	2,59	1,00	24 (12,9)	64 (34,4)	75 (40,3)	11 (5,9)	12 (6,5)
9. Raporlanmış hasta güvenliği sorunlarını sunmak için personele periyodik olarak geri bildirim yapılır	2,55	1,05	30 (16,0)	65 (34,6)	63 (33,5)	20 (10,6)	10 (5,3)
10. Hastanede, yüksek düzeyde risk içeren süreçler yılda en az bir kere değerlendirilir	2,29	1,02	37 (19,6)	89 (47,1)	44 (23,3)	8 (4,2)	11 (5,8)
11. Bu değerlendirme sonrası riskli süreçlerde başarısızlık saptanırsa; süreç yeniden düzenlenir	2,28	0,99	35 (18,5)	96 (50,8)	40 (21,2)	7 (3,7)	11 (5,8)

Sağlık çalışanlarının verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en yüksek ortalamaya ($X=2,59$) sekizinci madde olan “Hataya neden olan eğilimleri değerlendirmek ve belirlemek için analiz edilen tüm raporlar, birleştirilir” maddesinin sahip olduğu görülmektedir. En düşük ortalamaya ($X=2,28$) sahip maddenin ise 11’inci madde olan “Bu değerlendirme sonrası riskli süreçlerde başarısızlık saptanırsa; süreç yeniden düzenlenir” maddesi olduğu görülmektedir.

4.2.4. Sağlık Çalışanlarına Göre Tıbbi Hataların Nedenlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların en çok neden kaynaklandığına ilişkin olarak verdikleri yanıtların yüzde ve frekansları Tablo 8’de verilmiştir

Tablo 8: Sağlık Çalışanlarına Göre Tıbbi Hataların Nedenleri

Nedenler	Frekans	Yüzde
Hekim ve sağlık çalışanının hatasından kaynaklanır	61	%33
Sağlık sisteminin yetersizliğinden kaynaklanır	70	%37,8
Hastaların tutum ve davranışından kaynaklanır	33	%17,8
Fikrim yok	8	%4,3
Diğer	13	%6,9

Katılımcıların %33’ü tıbbi hataların en çok hekim ve sağlık çalışanının hatasından, %37,8’i sağlık sisteminin yetersizliğinden ve %17,8’ i de hastaların tutum ve davranışlarından kaynaklandığını düşünmektedir. Katılımcıların %4,3’ü fikirlerini olmadığını belirtirken, %6,9’u ise verilen seçenekler dışında başka nedenler olabileceğini ifade etmişlerdir. 13 katılımcının belirtmiş olduğu nedenler şunlardır: Çalışanların üzerindeki yükün fazla olması, hastaların kendileri hakkında yanlış bilgi vermesi, eleman azlığı, kurumun çalışanlar üzerindeki baskısı, eleman yetersizliği ve sık nöbet, çalışanın psikolojik durumu, çalışanın eğitimsizliği, hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişimsizlik, iş yoğunluğu, az eleman ve çok fazla performans beklentisi yetersiz zaman ve zayıf iletişim, uzun çalışma süreleri, fazla mesai yapmanın yorucu olması.

4.2.5. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların En Aza İndirilmesi Konusunda Hangi Yolları Etkili Gördüklerine Dair Tanımlayıcı İstatistikleri

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların en aza indirilmesi konusunda hangi yolları etkili gördüklerine ilişkin verdikleri yanıtların yüzde ve frekansları Tablo 9’da verilmektedir.

Tablo 9: Katılımcıların Tıbbi Hataların En Aza İndirilmesi Konusunda Hangi Yolları Etkili Gördüklerine Dair Verdikleri Yanıtların Frekans ve Yüzdeleri

Yollar	Etkili olur	Etkili olmaz
Çalışanların konu hakkındaki bilgi ve beceri düzeyleri artırılmalıdır	151 (%79,9)	38 (%20,1)
Çalışanların etik duyarlılıkları artırılmalıdır	111 (%58,7)	78 (%41,3)
Sağlık çalışma koşulları iyileştirilmelidir	153 (%81,0)	36 (%19,0)
Toplumsal, hastalıkların tedavisi konusunda bilgileri ve duyarlılıkları artırılmalıdır	116 (%61,4)	38 (%20,1)
Diğer	9 (%4,8)	179 (%95,2)

Katılımcıların %79,9'u tıbbi hataların en aza indirilmesi için çalışanların konu hakkındaki bilgi ve beceri düzeylerinin artırılmasının etkili olacağını belirtmiştir. Benzer şekilde, katılımcıların %81'i de sağlık koşullarının iyileştirilmesinin tıbbi hataların en aza indirilmesinde etkili olacağını ifade etmiştir. Katılımcıların ve %41,3'ü ise çalışanların etik duyarlılıklarının artırılmasının tıbbi hataların en aza indirilmesinde etkili olacağını düşünmemektedir. Aynı şekilde, katılımcıların %20,1'i de toplumun, hastalıkların tedavisi konusunda bilgi ve duyarlılıklarının artırılmasının tıbbi hataların en aza indirilmesi konusunda etkili olmayacağını ifade etmiştir. Bunun dışında, katılımcıların %4,8'i ise verilen seçenekler dışında başka faktörlerinde tıbbi hataların en aza indirilmesinde etkili olacağını belirtmiştir. Dokuz katılımcının ifade ettiği faktörler şunlardır: Personel eksikliğinin giderilmesi, ekonomik doyum sağlanması, eleman sayısının artırılması, çalışanlar üzerindeki iş yükünün azaltılması, kurumun hataları ortadan kaldırmayı bir politika olarak benimsemesi, çalışanın memnuniyetinin artırılması, personel sayısının artırılması, sistemin daha planlı hale getirilmesi, çalışanların nöbetleri azaltılmalıdır.

4.2.6. Sağlık Çalışanlarının Kurumlarındaki Güvenlik Raporlama Sistemi Ve Hata Raporlamaya İlişkin Bilgi Düzeylerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Sağlık çalışanlarının kurumlarındaki güvenlik raporlama sistemi ve hata raporlamayla ilgili teşvik, politika ve prosedürlerle ilgili bilgilerinin ne durumda olduğunun belirlenmesi için anketteki ilgili maddeye verilen yanıtların yüzde ve frekansları Tablo 10'daki gibi hesaplanmıştır.

Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının Kurumlarındaki Güvenlik Raporlama Sistemi Ve Hata Raporlamayla İlgili Teşvik, Politika Ve Prosedürlerle İlgili Bilgilerinin Ne Durumda Olduğunun Belirlenmesi İçin Anketteki İlgili Maddeye Verilen Yanıtların Yüzde Ve Frekansları

Maddeler	Özel Hastane			Devlet Hastanesi		
	Evet	Hayır	Kararsız	Evet	Hayır	Kararsız
Kurumunda olay bildirimini yapabileceğim bir güvenlik raporlama sistemi vardır	92 (%83,6)	2 (%1,8)	16 (%14,5)	83 (%75,5)	8 (%7,3)	18 (%16,4)
Hata raporlamayı destekleyen teşvikler vardır.	64 (%58,2)	30 (%27,3)	16 (%14,5)	46 (%41,8)	47 (%42,7)	17 (%15,5)
Hata raporlamayı destekleyen politika ve prosedürler vardır	84 (%76,4)	9 (%8,2)	16 (%14,5)	60 (%54,5)	30 (%27,3)	20 (%18,2)

Katılımcılardan özel hastane çalışanı olanların %83,6'sı kurumunda olay bildirimini yapabileceği bir güvenlik raporlama sistemi olduğunu, %1,8'i olmadığını belirtmiş ve %14,5'i ise bu soruyu yanıtsız bırakmıştır. Aynı soruya devlet hastanesi çalışanlarının %75,5'i evet yanıtını verirken, %7,3'i hayır demiş ve %16,4'ü ise bu soruyu yanıtsız bırakmıştır. Özel hastane çalışanı olanların %58,2'si kurumunda hata raporlamayı destekleyen teşvikler olduğunu söylerken, %27,3'ü olmadığını söylemiş ve %14,5'i ise bu soruyu yanıtsız bırakmıştır. Aynı soruya devlet hastanesi çalışanlarının %41,8'i evet yanıtını verirken, %42,7'si hayır demiş ve %18,2'si ise bu soruyu yanıtsız bırakmıştır. Özel hastane çalışanı olanların %76,4'ü kurumunda hata raporlamayı destekleyen politika ve prosedürler olduğunu söylerken, %8,2'si olmadığını söylemiş ve %14,5'i ise bu soruyu yanıtsız bırakmıştır. Aynı soruya devlet hastanesi çalışanlarının %54,5'i evet yanıtını verirken, %27,3'i hayır demiş ve %18,2'si ise bu soruyu yanıtsız bırakmıştır.

4.3. Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya konu olan hastanelerde sağlık profesyonellerinin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin ifadelerin ortalamaları, standart sapmaları ve yüzdelik dağılımlarına yer verilmiştir.

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 11'deki gibidir.

Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere Ait İfadeler İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

İfadeler	X	SS	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
2. Nasıl hata raporlama yapılacağına dair bilgi eksikliği var	3,14	1,27	12 (6,3)	69 (36,5)	24 (12,7)	48 (25,4)	36 (19,0)
3. Hata raporlamanın kimin sorumluluğunda olduğu bilinmiyor	3,15	1,28	18 (9,6)	54 (28,9)	29 (15,5)	53 (28,3)	33 (17,6)
4. Hatalar isim verilemeden rapor edilemiyor	2,91	1,28	28 (15,1)	50 (27,0)	43 (23,2)	39 (21,1)	25 (13,5)
5. Nelerin bildirilmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliği var	2,90	1,30	23 (12,4)	69 (37,1)	26 (14,0)	39 (21,0)	29 (15,6)
6. Hataları rapor etmenin yararlı olduğu bilinmiyor	2,89	1,32	23 (12,5)	72 (39,1)	18 (9,8)	43 (23,4)	28 (15,2)
7. Olumsuz bir sonuç çıkmadığı için hatayı bildirmenin gereksiz olduğu düşünülüyor	3,15	1,29	19 (10,2)	57 (30,6)	17 (9,1)	63 (33,9)	30 (16,1)
8. Raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşünülüyor	3,18	1,24	20 (10,8)	43 (23,1)	32 (17,2)	65 (34,9)	26 (14,0)
9. Disiplin cezası korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir	2,79	1,26	28 (15,0)	65 (34,8)	32 (17,1)	41 (21,9)	21 (11,2)

10. İşini kaybetme korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir	2,74	1,20	28 (15,0)	65 (34,8)	38 (20,1)	40 (21,4)	16 (8,6)
11. Bir hatanın belgelendirilmesinin ekstra zaman alması tıbbi hata raporlama önünde engeldir.	2,86	1,18	20 (10,6)	67 (35,4)	42 (22,2)	40 (21,2)	20 (10,6)
12. Başka birine anlatma endişesi tıbbi hata raporlama önünde engeldir	2,83	1,21	24 (12,8)	62 (33,0)	45 (23,9)	36 (19,1)	21 (11,2)
13. Raporlamaya dâhil edilen ek işlerin varlığı tıbbi hata raporlama önünde engeldir	2,89	1,22	21 (11,2)	62 (33,2)	43 (23,0)	37 (19,8)	24 (12,8)
14. Raporlama için ilgi ve motivasyon eksikliği tıbbi hata raporlama önünde engeldir	2,89	1,23	19 (10,2)	70 (37,4)	36 (19,3)	37 (19,8)	25 (13,4)
15. Suçlanma korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir	2,63	1,30	36 (19,1)	74 (39,4)	25 (13,3)	29 (15,4)	24 (12,8)
16. Tıbbi bir hata olduğu fark edilmemesi tıbbi hata raporlama önünde engeldir	2,59	1,11	28 (14,8)	76 (40,2)	41 (21,7)	33 (17,5)	11 (5,8)
17. Dava korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir	2,57	1,17	32 (17,0)	77 (41,0)	33 (17,6)	32 (17,0)	14 (7,4)

Sağlık çalışanlarının anketin birinci bölümüne verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en yüksek ortalamaya ($X=3,18$) sekizinci madde olan “Raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşünülüyor” maddesinin sahip olduğu görülmektedir. En düşük ortalamaya ($X=2,57$) sahip maddenin ise 17’inci madde olan “Dava korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir” maddesi olduğu görülmektedir.

4.4. Yeni Düzenlenen Politika Ve Stratejilerle Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Gördükleri Faktörlere İlişkin Algılarında Bir Değişikliğin Olup Olmadığına İlişkin İfadelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Yeni düzenlenen politika ve stratejilerle sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak gördükleri faktörlere ilişkin algılarında bir

değişikliğin olup olmadığına ilişkin ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 12’deki gibidir.

Tablo 12: Yeni Düzenlenen Politika ve Stratejilerle Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Gördükleri Faktörlere İlişkin Algılarında Değişikliğine İlişkin İfadelerle Ait Tanımlayıcı İstatistikler

İfadeler	X	SS	1	2	3	4	5
			%	%	%	%	%
1. Tıbbi hata raporları için formlar ve bilgisayar verilerine ulaşım kolaylaşırsa	3,57	1,15	17 (9,0)	18 (9,5)	27 (14,3)	95 (50,3)	32 (16,9)
2. Nasıl hata raporlama yapılacağına dair bilgi eksikliği giderilirse	3,69	1,11	14 (7,4)	15 (7,9)	24 (12,7)	97 (51,3)	39 (20,6)
3. Hata raporlamanın kimin sorumluluğunda olduğunun bilinmemesi giderilirse	3,59	1,14	15 (7,9)	19 (10,1)	29 (15,3)	90 (47,6)	36 (19,0)
4. Hataların isim verilemeden rapor edilememesi düzeltilirse	3,53	1,15	14 (7,5)	22 (11,8)	37 (19,8)	78 (41,7)	36 (19,3)
5. Nelerin bildirilmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliği giderilirse	3,73	1,06	12 (6,4)	14 (7,4)	24 (12,8)	101 (53,7)	37 (19,7)
6. Hataları rapor etmenin yararlı olduğunun bilinmemesi giderilirse	3,77	1,05	10 (5,3)	15 (8,0)	25 (13,3)	97 (51,6)	41 (21,8)
7. Olumsuz bir sonuç çıkmadığı için hatayı bildirmenin gereksiz olduğu düşüncesi giderilirse	3,39	1,17	16 (8,6)	25 (13,5)	45 (24,3)	68 (36,8)	31 (16,8)
8. Raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşüncesi giderilirse	3,38	1,12	13 (7,0)	29 (15,7)	42 (22,7)	76 (41,1)	25 (13,5)
9. Disiplin cezası korkusu giderilirse	3,72	1,07	11 (5,9)	17 (9,0)	25 (13,3)	96 (51,1)	39 (20,7)
10. İşini kaybetme korkusu giderilirse	3,76	1,07	11 (5,8)	15 (7,9)	26 (13,8)	94 (49,7)	43 (22,8)
11. Bir hatanın belgelendirilmesinin ekstra zaman alması giderilirse	3,53	1,14	14 (7,4)	24 (12,8)	32 (17,0)	85 (45,2)	33 (17,6)

12. Başka birine anlatma endişesi giderilirse	3,67	1,15	14 (7,4)	20 (10,6)	23 (12,2)	90 (47,6)	42 (22,2)
13. Raporlamaya dâhil edilen ek işlerin varlığı azaltılırsa	3,72	1,11	11 (5,8)	19 (10,1)	27 (14,3)	87 (46,0)	45 (23,8)
14. Raporlama için ilgi ve motivasyon eksikliği giderilirse	3,76	1,15	14 (7,4)	15 (7,9)	23 (12,2)	87 (46,3)	49 (26,1)
15. Suçlanma korkusu giderilirse	3,74	1,11	14 (7,4)	15 (7,9)	18 (9,5)	101 (53,4)	41 (21,7)
16. Tıbbi bir hata olduğunun fark edilmemesi giderilirse	3,66	1,16	14 (7,5)	20 (10,7)	23 (12,3)	88 (47,1)	42 (22,5)
17. Dava korkusu giderilirse	3,74	1,19	15 (7,9)	19 (10,1)	16 (8,5)	89 (47,1)	50 (26,5)

Sağlık çalışanlarının anketin ikinci bölümüne verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en yüksek ortalamaya ($X=3,77$) altıncı madde olan “Hataları rapor etmenin yararlı olduğunun bilinmemesi giderilirse” maddesinin sahip olduğu görülmektedir. En düşük ortalamaya ($X=3,38$) sahip maddenin ise sekizinci madde olan “Raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşüncesi giderilirse” maddesi olduğu görülmektedir.

4.5. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Sosyo-Demografik Özelliklere Bağlı Olarak Değişimi

Tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algılanan faktörlere ilişkin ifadelerden elde edilen toplam puanlar değerlendirilmiş ve toplam puanların yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleriyle ilişkisi ve cinsiyet, eğitim düzeyi, görev, tıbbi hata raporlama durumu ve hastane türü değişkenlerine göre anlamlı fark gösterip göstermedikleri incelenmiştir.

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin aldıkları en düşük puan 16 ve en yüksek puan 80 olarak bulunmuştur. Katılımcıların elde ettikleri puanların aritmetik ortalaması 46,14 ve standart sapması 13,96 olarak bulunmuştur.

4.5.1. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Yaş ve Meslekte Toplam Çalışma Yılına Bağlı Olarak Değişimi

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin aldıkları toplam puanlar ile yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.5.2. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Yaşa Bağlı Olarak Değişimi

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin elde ettikleri toplam puanların cinsiyete göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçların Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Verdikleri Yanıtların Cinsiyet İle Karşılaştırılması

Cinsiyet	N	X	SS	sd	T	p
Kadın	141	45,72	14,03	187	-0,71	0,481
Erkek	48	47,32	13,82			

Tablo 13’e göre, sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak verdikleri yanıtlar cinsiyete göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bir başka deyişle, kadın ($X=45,72$) ve erkeklerin ($X=47,32$) anketin sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak elde ettikleri toplam puanların ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.5.3. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Eğitim Düzeyine Bağlı Olarak Değişimi

Sağlık çalışanlarının anketin sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak elde ettikleri toplam puanların eğitim düzeyine göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Tek Yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Tek Yönlü ANOVA testi sonuçların Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Anketin Sağlık Çalışanlarının Anketin Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Olarak Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyi ile Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	N	X	SS	sd	F	p
Lise	45	46,61	1,20	188	0,81	0,447
Ön Lisans	52	47,92	1,13			
Lisans ve Lisansüstü	92	44,91	1,21			

Tablo 14'e göre, sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak verdikleri yanıtlar eğitim düzeyine göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bir başka deyişle, lise ($X=46,61$), ön lisans ($X=47,92$) ve Lisans ve lisans üstü ($X=44,91$) düzeyinde eğitim görmüş sağlık çalışanlarının sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin bölümünden elde ettikleri toplam puanların ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.5.4. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Göreve Bağlı Olarak Değişimi

Sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak elde ettikleri toplam puanların görev değişkenine göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Tek Yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Tek Yönlü ANOVA testi sonuçların Tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 15: Sağlık Çalışanlarının Anketin Tıbbi Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Olarak Verdikleri Yanıtların Görev ile Karşılaştırılması

Görev	N	X	SS	sd	F	p
Hemşire/Ebe	107	45,83	14,77	188	0,28	0,755
Hekim/Uzman Hekim	34	45,32	12,49			
Tekniker/Teknisyen	48	47,41	13,25			

Tablo 15'e göre, sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak verdikleri yanıtlar göreve göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bir başka deyişle, Hemşire/Ebe ($X=45,83$), Hekim/Uzman Hekim ($X=45,32$) ve Tekniker/Teknisyen ($X=47,41$) görevini yapan

sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak verdikleri yanıtlardan elde ettikleri toplam puanların ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.5.5. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Tıbbi Hata Raporlama Durumuna Bağlı Olarak Değişimi

Sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak elde ettikleri toplam puanların tıbbi hata raporlama durumuna göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçların Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16: Sağlık Çalışanlarının Anketin Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Olarak Verdikleri Yanıtların Tıbbi Hata Raporlama Durumu ile Karşılaştırılması

T.H.R.D	N	X	SS	Sd	t	p
Evet	50	45,74	11,46	186	-0,15	0,878
Hayır	138	46,09	14,65			

Tablo 16’ya göre, sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak verdikleri yanıtlar tıbbi hata raporlama durumuna göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bir başka deyişle, daha önce tıbbi hata raporlamış sağlık çalışanlarının ortalama puanı ($X=45,74$) ile daha önce tıbbi hata raporlamamış sağlık çalışanlarının ortalama puanı ($X=46,09$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,05$)

4.5.6. Hata Raporlamada Engel Olarak Algılanan Faktörlerin Hastane Türüne Bağlı Olarak Değişimi

Sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak elde ettikleri toplam puanların hastane türüne göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçların Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17: Sağlık Çalışanlarının Anketin Hataların Raporlanmasının Önünde Engel Olarak Algıladıkları Faktörlere İlişkin Bölümüne Verdikleri Yanıtların Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması

Hastane Türü	N	X	SS	sd	t	p
Özel	96	45,69	11,76	169,003	-0,45	0,655
Devlet	93	46,61	15,96			

*Varyansların homojenliği varsayımı sağlanmadığından serbestlik derecesi 187 yerine 169,003 olarak belirlenmiştir.

Tablo 17'ye göre, sağlık çalışanlarının anketin tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak algıladıkları faktörlere ilişkin olarak verdikleri yanıtlar hastane türüne göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bir başka deyişle, özel hastanede çalışan katılımcıların ortalama puanı ($X=45,69$) ile devlet hastanesinde çalışan katılımcıların ortalama puanı ($X=46,61$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4.6. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Raporlama Engeli Algılarında Bir Değişikliğin Olup Olmadığının Sosyo-Demografik Özelliklere Bağlı Olarak Değişimi

Yeni politika ve stratejiler belirleyerek yapılan yeni düzenlemeler sonunda sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak gördükleri faktörlere ilişkin ifadelerden elde edilen toplam puanlar değerlendirilmiş ve toplam puanların yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleriyle ilişkisi ve cinsiyet, eğitim düzeyi, görev, tıbbi hata raporlama durumu ve hastane türü değişkenlerine göre anlamlı fark gösterip göstermedikleri incelenmiştir.

4.6.1. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Cinsiyet ile Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının yeni düzenlemeler sonunda algılarında değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerden elde ettikleri toplam puanların cinsiyete göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır.

Yeni politika ve stratejiler belirleyerek yapılan yeni düzenlemeler sonunda sağlık çalışanlarının daha önce engel olarak algıladıkları engellere ilişkin algılarında değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerle verdikleri yanıtların cinsiyet ile karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 18’de verilmektedir.

Tablo 18: Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelerle Verdikleri Yanıtların Cinsiyet ile Karşılaştırılması

Cinsiyet	N	X	SS	sd	t	P
Kadın	141	62,30	15,90	187	0,52	0,602
Erkek	48	60,95	14,26			

Sağlık çalışanlarının ankette yer alan yeni düzenlemeler sonunda algılarında değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerle verdikleri yanıtlar cinsiyete göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

4.6.2. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelerle Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyi ile Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının ankette yer alan politika ve stratejiler belirleyerek yapılan yeni düzenlemeler sonunda sağlık çalışanlarının daha önce engel olarak algıladıkları engellere ilişkin algılarında değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerden elde ettikleri toplam puanların eğitim düzeyine göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Tek Yönlü ANOVA testi uygulanmıştır (Tablo 19).

Tablo 19: Sağlık Çalışanlarının Anketin Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelerle Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyi ile Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	N	X	SS	Sd	F	P
Lise	45	62,84	15,24	188	0,10	0,900
Ön Lisans	52	61,44	15,80			
Lisans ve Lisansüstü	92	61,82	15,54			

Sağlık çalışanlarının yeni düzenlemeler sonunda algılarında değişikliklerin olup olmayacağına dair İfadelerle verdikleri yanıtlar eğitim düzeyine göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

4.6.3. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Yaş ile Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının yeni düzenlemeler sonunda algılarında değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerden elde ettikleri toplam puanlar ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.6.4. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Görev ile Karşılaştırılması

Yeni politika ve stratejiler belirlenerek yapılan yeni düzenlemeler sonunda sağlık çalışanlarının algılarında değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerden elde ettikleri toplam puanların göreve göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Tek Yönlü ANOVA testi uygulanmıştır.

Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Görev ile Karşılaştırılması

Görev	N	X	SS	Sd	F	P
Hemşire/Ebe	107	62,14	16,96	188	0,46	0,633
Hekim/Uzman Hekim	34	63,62	11,45			
Tekniker/Teknisyen	48	60,36	14,56			

Sağlık çalışanlarının Hemşire/Ebe ($X=62,14$), Hekim/Uzman Hekim ($X=63,62$) ve Tekniker/Teknisyen ($X=60,36$) görevini yapan sağlık çalışanlarının yeni düzenlemeler sonunda algılarında değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerden elde ettikleri toplam puanların ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.6.5. Yeni Düzenlemeler Sonunda Sağlık Çalışanlarının Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Meslekte Toplam Çalışma Yılı ile Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının yeni düzenlemeler sonunda algılarında değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerden elde ettikleri toplam puanlar ile meslekte toplam çalışma

yılı değişkeni arasında düşük derecede negatif düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,175$, $p<,05$). (Tablo 21).

Tablo 21: Meslekte Toplam Çalışma Yılı Ve Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

Meslekte toplam çalışma yılı ve toplam puanlar arasındaki ilişki	Korelasyon katsayısı	-0,175
	P	0,032
	N	189

4.7. Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Tıbbi Hata Raporlama Durumu ve Hastane Türü İlişkisi

Sağlık çalışanlarının yeni düzenlemeler sonunda algılarda değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerle verdikleri yanıtlar tıbbi hata raporlama durumu ve hastane türüne göre anlamlı fark gösterip göstermediği incelenmiştir.

4.7.1. Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtlar ile Tıbbi Hata Raporlama Durumu İlişkisi

Sağlık çalışanlarının yeni düzenlemeler sonunda algılarda değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerden elde ettikleri toplam puanların tıbbi hata raporlama durumuna göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır

Tablo 22: Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Tıbbi Hata Raporlama Durumuna Göre Karşılaştırılması

T.H.R.D	N	X	SS	Sd	t	P
Evet	50	63,56	13,22	186	0,90	0,368
Hayır	138	61,25	16,20			

Sağlık çalışanlarının yeni düzenlemeler sonunda algılarda değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerle verdikleri yanıtlar tıbbi hata raporlama durumuna göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

4.7.2. Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtlar ile Hastane Türü İlişkisi

Sağlık çalışanlarının yeni düzenlemeler sonunda algılarda değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelerden elde ettikleri toplam puanların hastane türüne göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır (Tablo 23).

Tablo 23: Sağlık Çalışanlarının Yeni Düzenlemeler Sonunda Algılarında Değişikliklerin Olup Olmayacağına Dair İfadelere Verdikleri Yanıtların Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması

Hastane Türü	N	X	SS	sd	t	P
Özel	96	62,76	11,75	154,580	-0,72	0,476
Devlet	93	61,13	18,58			

*Varyansların homojenliği varsayımı sağlanmadığından serbestlik derecesi 187 yerine 154,580 olarak belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının yeni düzenlemeler sonunda algılarında değişikliklerin olup olmayacağına dair ifadelere verdikleri yanıtlar hastane türüne göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bir başka deyişle, özel hastanede çalışan katılımcıların ortalama puanı ($X=62,76$) ile devlet hastanesinde çalışan katılımcıların ortalama puanı ($X=61,13$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4.8. Sağlık Çalışanlarının Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması Durumunun Sosyo-Demografik Özelliklere Bağlı Olarak Değişimi

Çalışmada sağlık çalışanlarının hiç hata raporlama yapıp yapmaması durumları ile yaş, meslekte toplam çalışma yılı, cinsiyet, çalışılan hastane türü, eğitim düzeyi ve görev değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

Katılımcıların hiç hata raporlama yapıp yapmaması ile yaş değişkeni arasındaki ilişki bağımsız örneklem t testi ile kontrol edilmiştir (Tablo 24).

Tablo 24: Katılımcıların Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması Durumunun Yaşa ile Karşılaştırılması

H.R.D	N	X	SS	sd	T	p
Evet	50	33,84	9,49	186	0,53	0,594
Hayır	138	32,98	9,82			

Daha önce hata raporlamış olan sağlık çalışanlarının yaşlarının ortalaması ile daha önce hata raporlamamış olan sağlık çalışanlarının yaşlarının ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların hiç hata raporlama yapıp yapmaması durumları ile meslekte toplam çalışma yılı değişkeni arasındaki ilişki bağımsız örneklem t testi ile kontrol edilmiştir (Tablo 25).

Tablo 25: Katılımcıların Meslekte Toplam Çalışma Yıllarının Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması Durumlarına Göre Karşılaştırılması

H.R.D	N	X	SS	sd	T	p
Evet	49	11,63	8,86	182	0,43	0,665
Hayır	135	10,96	9,45			

Daha önce hata raporlamış olan sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yıllarının ortalaması ($X=11,63$) ve daha önce hata raporlamamış olan sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yıllarının ortalaması ($X=10,96$) olarak bulunmuştur. Buna göre, daha önce hata raporlamış olan sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yıllarının ortalaması ile daha önce hata raporlamamış olan sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yıllarının ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bir başka deyişle, hiç hata raporlama yapıp yapmaması durumuyla meslekte çalışma yılı arasında bir ilişki yoktur.

Katılımcıların hiç hata raporlama yapıp yapmaması durumları ile cinsiyetleri arasındaki ilişki Ki-Kare testi ile incelenmiştir (Tablo 26).

Tablo 26: Katılımcıların Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması Durumları İle Cinsiyetleri Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonuçları

H.R.D/Cinsiyet	Kadın	Erkek	sd	χ^2	p
Evet	33	17	1	2,569	0,109
Hayır	107	31			

Kadın katılımcıların 33'i daha önce hata raporlamış ve 107'si raporlamamıştır. Erkek katılımcıların ise 17'si daha önce hata raporlamış ve 31'i ise raporlamamıştır. Ki-kare

testi sonucuna göre hata raporlama durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($X^2=2,569$, $p>0,05$).

Katılımcıların hiç hata raporlama yapıp yapmaması durumları ile çalıştıkları hastane türü arasındaki ilişki Ki-Kare testi ile incelenmiştir (Tablo 27).

Tablo 27: Katılımcıların Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması İle Çalıştıkları Hastane Türü Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonuçları

H.R.D /Hastane Türü	Özel	Devlet	sd	χ^2	p
Evet	31	19	1	3,260	0,071
Hayır	65	73			

Özel hastanede çalışan katılımcıların 34'ü daha önce hata raporlamış ve 62'si raporlamamıştır. Devlet hastanesinde çalışan katılımcıların ise 17'si daha önce hata raporlamış ve 74'ü ise raporlamamıştır. Ki-kare testi sonucuna göre hiç hata raporlama yapıp yapmaması durumu ile çalışılan hastane türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($X^2=3,260$, $p>0,05$).

Katılımcıların hiç hata raporlama yapıp yapmaması durumları ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki Ki-Kare testi ile incelenmiştir (Tablo 28).

Tablo 28: Katılımcıların Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmaması Durumları İle Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonuçları

H.R.D/Eğitim Düzeyi	Lise	Ön lisans	Lisans ve Lisansüstü	sd	χ^2	p
Evet	16	8	26	2	5,090	0,078
Hayır	29	43	66			

Lise düzeyinde eğitim görmüş katılımcıların 16'sı daha önce hata raporlamış ve 29'u ise raporlamamıştır. Ön lisans düzeyinde eğitim görmüş katılımcıların 8'i daha önce hata raporlamış ve 43'ü ise raporlamamıştır. Lisans ve Lisansüstü düzeyinde eğitim görmüş katılımcıların 26'sı daha önce hata raporlamış ve 66'sı ise raporlamamıştır. Yapılan ki-kare testi sonucuna göre hiç hata raporlama yapıp yapmaması ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($X^2=5,090$, $p>0,05$).

Katılımcıların hiç hata raporlama yapıp yapmaması durumları ile görevleri arasındaki ilişki Ki-Kare testi ile incelenmiştir (Tablo 29).

Tablo 29: Katılımcıların Hiç Hata Raporlama Yapıp Yapmamasına Durumları İle Görevleri Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonuçları

H.R.D/Görev	Hemşire/Ebe	Hekim/Uzman	Tekniker/ Teknisyen	sd	χ^2	p
Evet	31	9	10	2	1,198	0,549
Hayır	75	25	38			

Hemşire/Ebe görevinde bulunan katılımcıların 31'i daha önce hata raporlamış ve 75'i ise raporlamamıştır. Hekim/Uzman görevinde bulunan katılımcıların 9'u daha önce hata raporlamış ve 25'i ise raporlamamıştır. Lisans ve Lisansüstü düzeyinde eğitim görmüş katılımcıların 10'u daha önce hata raporlamış ve 38'i ise raporlamamıştır. Yapılan ki-kare testi sonucuna göre hiç hata raporlama yapıp yapmaması durumu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($X^2=4,736$, $p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin alınan en düşük puan 6 ve en yüksek puan 30 olarak bulunmuştur. Katılımcıların elde ettikleri puanların aritmetik ortalaması 23,43 ve standart sapması 7,01 olarak bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin elde ettikleri toplam puanlar ile yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının belli bazı durumlarda olay bildirimini yapmasına ilişkin ifadelerden elde edilen toplam puanlar değerlendirilmiş ve toplam puanların yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleriyle ilişkisi ve cinsiyet, eğitim düzeyi, görev, tıbbi hata raporlama durumu ve hastane türü değişkenlerine göre anlamlı fark gösterip göstermedikleri incelenmiştir.

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin elde ettikleri toplam puanların cinsiyete göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçların Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30: Sağlık Çalışanlarının Hangi Tıbbi Durumlarda Hataların Raporlandığına İlişkin Verdikleri Yanıtların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Cinsiyet	N	X	SS	sd	t	p
Kadın	141	23,62	6,95	187	0,64	0,526
Erkek	48	22,88	7,22			

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin verdikleri yanıtlar cinsiyete göre anlamlı fark gösterip göstermemektedir ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin elde ettikleri toplam puanların eğitim düzeyine göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Tek Yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Tek Yönlü ANOVA testi sonuçların Tablo 31’de sunulmuştur.

Tablo 31: Sağlık Çalışanlarının Hangi Tıbbi Durumlarda Hataların Raporlandığına İlişkin Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	N	X	SS	sd	F	p
Lise	45	24,98	7,27	188	1,74	0,179
Ön Lisans	52	22,36	7,42			
Lisans ve Lisansüstü	92	23,28	6,57			

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin verdikleri yanıtlar eğitim düzeyine göre anlamlı fark gösterip göstermemektedir ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin elde ettikleri toplam puanların göreve göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Tek Yönlü ANOVA testi uygulanmıştır (Tablo 32).

Tablo 32: Sağlık Çalışanlarının Hangi Tıbbi Durumlarda Hataların Raporlandığına Göreve Göre Karşılaştırılması

Görev	N	X	SS	sd	F	p
Hemşire/Ebe	107	23,92	7,33	188	0,71	0,493
Hekim/Uzman Hekim	34	23,25	5,82			
Tekniker/Teknisyen	48	22,48	7,08			

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin verdikleri yanıtlar göreve göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin elde ettikleri toplam puanların hastane türüne göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçların Tablo 33’de sunulmuştur.

Tablo 33: Sağlık Çalışanlarının Hangi Tıbbi Durumlarda Hataların Raporlandığına İlişkin Verdikleri Yanıtların Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması

Hastane Türü	N	X	SS	sd	t	p
Özel	96	24,34	6,43	187	1,82	0,070
Devlet	93	22,49	7,48			

Sağlık çalışanlarının hangi tıbbi durumlarda hataların raporlandığına ilişkin verdikleri yanıtlar hastane türüne göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

4.9. Tıbbi Raporlama Sıklığının Sosyo-Demografik Özelliklere Ve Hastane Türü Değişkenlerine Bağlı Olarak Değişimi

Tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin ifadelerden elde edilen toplam puanlar değerlendirilmiş ve toplam puanların yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleriyle ilişkisi ve cinsiyet, eğitim düzeyi, görev, tıbbi hata raporlama durumu ve hastane türü değişkenlerine göre anlamlı fark gösterip göstermedikleri, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü ANOVA testi ile incelenmiştir.

Tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin alınan en düşük puan 3 ve en yüksek puan 15 olarak bulunmuştur. Katılımcıların elde ettikleri toplam puanların aritmetik ortalaması 10,30 ve standart sapması 3,35 olarak bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin elde ettikleri toplam puanlar ile yaş değişkeni arasında düşük derecede negatif düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin verdikleri yanıtlar cinsiyete göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin elde ettikleri toplam puanların eğitim düzeyine göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Tek Yönlü ANOVA testi uygulanmıştır (Tablo 34).

Tablo 34: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	N	X	SS	sd	F	p	Anlamli Fark (Bonferroni)
Lise	45	10,82	3,71	188	3,37	0,036	1-3
Ön Lisans	52	10,98	3,18				2-3
Lisans ve Lisansüstü	92	9,66	3,16				

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin elde ettikleri toplam puanların eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark gösterdiği belirlenmiştir. Tablo 34'e göre, Tek Yönlü ANOVA uygulaması sonucunda elde edilen anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda lisans ve lisansüstü düzeyinde eğitim görmüş sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin elde ettikleri puanların ortalamasının (X=9,66), lise (X=10,82) ve ön lisans (10,98) düzeyinde eğitim görmüş sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin elde ettikleri puanların ortalamalarından anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin elde ettikleri toplam puanların göreve göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Tek Yönlü ANOVA testi uygulanmıştır (Tablo 35).

Tablo 35: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Verdikleri Yanıtların Göreve Göre Karşılaştırılması

Görev	N	X	SS	sd	F	p
Hemşire/Ebe	107	10,40	3,67	188	2,57	0,080
Hekim/Uzman Hekim	34	9,20	2,92			
Tekniker/Teknisyen	48	10,85	2,70			

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin verdikleri yanıtlar göreve göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bir başka deyişle, Hemşire/Ebe (X=10,40), Hekim/Uzman Hekim (X=9,20) ve Tekniker/Teknisyen (X=10,85) görevini yapan sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin elde ettikleri toplam puanların ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin elde ettikleri toplam puanların hastane türüne göre karşılaştırılmasına ilişkin ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler aşağıda yer almaktadır (Tablo 36).

Tablo 36: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Elde Ettikleri Toplam Puanların Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması

Hastane Türü	N	X	SS	sd	t	p
Özel	96	10,85	3,29	187	2,33	0,021
Devlet	93	9,73	3,33			

Özel ve devlet hastanesinde çalışan katılımcıların çalışanlarının tıbbi hataların raporlanma sıklığına ilişkin elde ettikleri toplam puanların ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bir başka deyişle, özel hastanede çalışan katılımcıların ortalama puanı ($X=10,85$) devlet hastanesinde çalışan katılımcıların ortalama puanından ($X=9,73$) anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

4.10. Tıbbi Raporlamanın Değerlendirilmesinin Sosyo-Demografik Özelliklere Bağlı Olarak Değişimi

Hataların değerlendirilmesine ilişkin ifadelerden elde edilen toplam puanlar değerlendirilmiş ve toplam puanların yaşı cinsiyet, eğitim düzeyi, görev, meslekte toplam çalışma yılı, tıbbi hata raporlama durumu ve hastane türü değişkenlerine göre anlamlı fark gösterip göstermedikleri, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü ANOVA testi ile incelenmiştir.

Sağlık çalışanlarının **hataların değerlendirilmesine ilişkin** elde ettikleri toplam puanlar ile yaş ve meslekte toplam çalışma yılı, görev, tıbbi hata raporlama durumu ve hastane türü değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 37: Sağlık Çalışanlarının Hataların Değerlendirilmesine İlişkin Verdikleri Yanıtların Eğitim Düzeyi ile Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	N	X	SS	sd	F	p
Lise	45	24,96	9,28	188	0,50	0,609
Ön Lisans	52	23,58	6,65			
Lisans ve Lisansüstü	92	24,18	5,32			

Sağlık çalışanlarının **hataların değerlendirilmesine ilişkin** verdikleri yanıtlar eğitim düzeyine göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 38: Sağlık Çalışanlarının Hataların Değerlendirilmesine İlişkin Verdikleri Yanıtların Göreve ile Karşılaştırılması

Görev	N	X	SS	sd	F	p
Hemşire/Ebe	107	24,02	7,66	188	0,11	0,892
Hekim/Uzman Hekim	34	24,64	4,26			
Tekniker/Teknisyen	48	24,30	6,26			

Sağlık çalışanlarının anketin beşinci bölümüne verdikleri yanıtlar göreve göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bir başka deyişle, Hemşire/Ebe ($X=24,02$), Hekim/Uzman Hekim ($X=24,64$) ve Tekniker/Teknisyen ($X=24,30$) görevini yapan sağlık çalışanlarının anketin beşinci bölümünden elde ettikleri toplam puanların ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 39: Sağlık Çalışanlarının Hataların Değerlendirilmesine İlişkin Verdikleri Yanıtların Hiç Tıbbi Hata Raporlaması (Olay Bildirimi) Yapıp Yapmaması Durumuna İle Karşılaştırılması

T.H.R.D	N	X	SS	sd	t	p
Evet	50	25,35	7,10	186	1,34	0,182
Hayır	138	23,85	6,64			

Sağlık çalışanlarının **hataların değerlendirilmesine ilişkin** verdikleri yanıtlar hiç tıbbi hata raporlaması (olay bildirimi) yapıp yapmamasına göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 40: Sağlık Çalışanlarının Hataların Değerlendirilmesine İlişkin Verdikleri Yanıtların Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması

Hastane Türü	N	X	SS	sd	t	p
Özel	96	24,04	7,15	187	-0,34	0,737
Devlet	93	24,37	6,44			

Sağlık çalışanlarının **hataların değerlendirilmesine ilişkin** verdikleri yanıtlar hastane türüne göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bir başka deyişle, özel hastanede çalışan katılımcıların ortalama puanı ($X=24,04$) ile devlet hastanesinde çalışan katılımcıların ortalama puanı ($X=24,37$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Kalite, etkenlik, etkililik, verimlilik, optimal olma, kabul edilebilirlik, yasallık ve eşitlik ilkelerini yerine getiren hizmetler bütünüdür. Sağlık hizmetlerinde kalite ise kuruluşun mevcut olanakları ile bilimsel veriler doğrultusunda hastaların can ve mal güvenliğini gözeterek herkese eşit şartlarda, en iyi, en ucuz maliyetli, toplum tarafından kabul edilebilir yasal hizmetlerin hasta, hasta yakınları ve sağlık personelinin istek ve beklentilerine uygun olmasıdır. Bu beklentilerin herhangi bir aşamasında meydana gelen tıbbi hatalar önemli sorunları da beraberinde getirmektedir.

Tüm dünyada gerek sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların artması gerekse de tıbbi hata kaynaklı ölümlerin ekonomik ve sosyal boyutu, hataların nedenlerinin belirlenmesi ve önlenmesinin önemini ortaya koymaktadır. sağlık kurumlarında gerek problemleri belirleyebilmek, gerekse de çözüm üretebilmek ve öğrenmeyi kolaylaştırmak için tıbbi hata raporlama sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak hasta güvenliği ve tıbbi hataların raporlanması ile ilgili yapılan çalışmalarda doktorlar ve hemşirelerin genellikle tıbbi hataları bildirmemeyi tercih ettiği görülmektedir. Ayrıca, tıbbi hataların büyük çoğunluğu, hasta, çalışan ve sistem kaynaklı nedenlerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Dolayısıyla sosyal ve ekonomik maliyeti olan tıbbi hata raporlama konusunun doğru, bilimsel, açık ve anlaşılabilir bir sistemle yönetilmesi önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü, Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) gibi kurumlar ile sağlık hizmetlerini yöneten resmi kuruluşların çabalarına rağmen uygulama açısından konuya ilişkin iyileşmelerin yeterince sağlanamadığı bildirilmektedir. Bu konuda istenen iyileştirmelerin sağlanması için gerek sağlık kurumlarında problemleri belirleyebilmek, gerekse de çözüm üretebilmek ve hatalardan öğrenmeyi kolaylaştırmak için tıbbi hata raporlama sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca örgütlerde riskli süreç ve uygulamaların belirlenmesinde ve hasta güvenliğinin gelişmesinde olay raporlama sistemlerinin kurulması ve etkin olarak çalıştırılması oldukça önemlidir. Bu nedenle raporlama önündeki engellerin belirlenerek çözüm önerilerin geliştirilmesi raporlamanın etkin kullanımına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları bağlamında sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlamasına ilişkin algılanan engellerin araştırılması amaçlanmıştır. Dolayısıyla araştırmadan elde edilen bulguların sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının hata raporlamalarını engelleyen faktörlere ilişkin algılarını belirleyen faktörler içerisinde en yüksek ortalamaya (X=3,18) sekizinci ifade olan “Raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşünülüyor” ifadesinin sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgulara göre çalışanların **bakım kalitesinin iyileştirilmesinde hata raporlamanın önemine inanmadığı anlaşılmaktadır**. Blegen vd. (2004: 67-74) yaptıkları araştırmada *“hemşirelerin %14’ünün olay raporlarının güvenilir ve geçerli olduğuna inanmadıkları, %14’ünün olay raporlarını tamamlamanın zaman aldığı ve bu bildirimin olası istenmeyen olayları önleyebileceğine inanmadıkları”* bildirilmiştir. Çalışmamızda söz konusu hastanede sağlık çalışanları tarafından en fazla engel olarak görülen faktörler sırasıyla şu şekildedir: İfade 7 “Olumsuz bir sonuç çıkmadığı için hatayı bildirmenin gereksiz olduğu düşünülüyor” (X=3,15), ifade 3 “Hata raporlamanın kimin sorumluluğunda olduğu bilinmiyor” (X=3,15), ifade 2 “Nasıl hata raporlama yapılacağına dair bilgi eksikliği var” (X= 3,14), ifade 4 “ Hatalar isim verilmeden rapor edilemiyor”(X=2,91).

Wolf ve Hughes (2008: 333-357) ve Yıldız (2015: 16) tıbbi hataların sağlık profesyonelleri tarafından bildirilmemesinin özellikle hasta ve hasta yakınları tarafından hukuki sürecinin başlatılarak cezalandırılma korkusu nedeniyle olduğunu bildirmiştir. Koohestani ve Baghcheghi (2009: 66) “240 hemşireden 192’sinin (%80’i) tıbbi hataları bildirdikleri ancak yönetsel engeller ve korku nedeniyle tıbbi hata bildirimini yapmaktan çekindiklerini” belirlemiştir. Çalışmamızda ise en düşük ortalamaya (X=2,57) sahip ifadenin 17. ifade olan “dava korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir” ifadesi olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla ilgili hastanelerde tıbbi hatanın önünde dava korkusunun önemli bir engel olarak algılanmadığı söylenebilir. Araştırmamızda genel kanının aksine cezalandırılma korkusunun diğer nedenlere göre çok düşük düzeylerde olduğu belirlenmiştir. Hata raporlamada engel olarak faktörlere ilişkin en düşük ortalamaya sahip ifadeler ise şu şekil sıralanmaktadır: Değerlendirme formundaki 16. ifade “Tıbbi bir hata olduğu fark edilmemesi tıbbi hata raporlama önünde engeldir” (X=2,59) ,15.ifade “Suçlanma korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir” (X= 2,63), 10.ifade “İşini kaybetme korkusu tıbbi hata raporlama önünde

engeldir” (X=2,74), 9.ifade “Disiplin cezası korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir” (X= 2,79).

Tıbbi hataların raporlanmasının önündeki en büyük engelin “Dava korkusu” olabileceği yaygın bir kanaattir (Uribe ve ark., 2002; Yıldız 2015: 16). Burada çalışanların herhangi bir tıbbi hatayı bildirdiklerinde cezalandırılacağı korkusuna sahip oldukları söylenebilir. Tıbbi hataların raporlanmasının teşvik edilmesi için ceza unsuru içermeyen yaklaşımlar benimsenmelidir. Sağlık hizmeti veren kurumlarda tıbbi hataları raporlamanın teşvik edilmesini sağlayacak hususlar ve uygulamaların geliştirilmesi hasta güvenliği için oldukça önemlidir.

Sağlık çalışanlarının anketin **hata raporlamada engel olarak algılanan faktörlere ilişkin** elde ettikleri toplam puanlar ile yaş ve meslekte toplam çalışma yılı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının anketin **yeni düzenlemeler sonunda algılarda değişikliklerin olup olmayacağına** ilişkin bölümüne verdikleri yanıtlar eğitim düzeyine, göreve, tıbbi hata raporlama durumuna ve hastane türüne göre anlamlı fark göstermemektedir.

Sağlık çalışanlarının **yeni düzenlemeler sonunda algılarda değişikliklerin olup olmayacağına** dair verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en yüksek ortalamaya (X=3,77) altıncı ifade olan “Hataları rapor etmenin yararlı olduğunun bilinmemesi giderilirse” ifadesinin sahip olduğu anlaşıldığından bu maddeye yönelik tedbirlerin alınması çalışanların algılarında değişikliklerin olabileceğini gösterebilir.

Durmuş vd. (2013), sağlık çalışanlarının tıbbi hataların rapor edilmeme nedenlerine ilişkin görüşleri açısından “*Görev yaptığım hastanede tıbbi hatanın ne olduğu açıkça tanımlanmamıştır.*” ile “Hatayı yapan kişinin diğer çalışanlar tarafından yeteneksiz olduğu düşünülür.” ifadelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir. Walker ve Lowe, (1998:97), tıbbi hataları en fazla yaşayan hemşirelerin genellikle “*hastaların yaşamlarını tehdit eden durumlar ile ilgili hataların raporlanmasına önem verdiklerini, ancak hataların raporlanmasında kendi isimlerinin geçmesinden dolayı rahatsızlık duyduklarını*” tespit etmiştir (Akt., Çınaroğlu vd, 2013:635-646).

Çalışmamızda, Yeni düzenlenen politika ve stratejiler sonunda sağlık çalışanlarının algılarında değişikliklerin olup olmayacağına bağlı olarak en çok engel olarak görülen faktörler sırasıyla şu şekildedir: İfade 10 ‘İşini kaybetme korkusu giderilirse’ (X= 3,76) İfade 14 ‘Raporlama için ilgi ve motivasyon eksikliği giderilirse’ (X=3,76) İfade 17 ‘Dava korkusu giderilirse’ (X= 3,74) İfade 5 ‘Nelerin bildirilmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliği giderilirse’ (X= 3,73). Bu sonuçlara göre çalışanların karşısına çıkan önemli problem kişinin iş kaybetme korkusu, dava korkusu ve bilgisizlik olduğu anlaşılmaktadır. Hataların rapor edilebilmesi için öncelikli olarak sağlık çalışanının bilerek yapmadığı müddetçe hukuksal korumaya kavuşturulması hata bildirimlerini artırabilir. Diğer yandan tıbbi hataların bildirimi ile ilgili tüm sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlerden geçirilmesinin de gerekli olduğu görülmektedir. Tıbbi hata raporlamanın önündeki engelde dava edilme en düşük puan almasına rağmen algının değişmesinde yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Bu nedenle dava edilme korkusunun kalkması hata raporlarının daha da artacağını bir göstergesi kabul edilebilir.

En düşük ortalamaya (X=3,38) sahip maddenin ise sekizinci madde olan “Raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşüncesi giderilirse” maddesi olduğu görülmektedir. Yeni düzenlemeler sonunda algılarda değişikliklerin olup olmayacağı ile ilgili faktörler içinde en düşük ortalamaya sahip faktörler sırasıyla şu şekildedir: İfade 7 “Olumsuz bir sonuç çıkmadığı için hatayı bildirmenin gereksiz olduğu düşüncesi giderilirse” (X=3,39) İfade 11 “Bir hatanın belgelendirilmesinin ekstra zaman alması giderilirse” (X=3,53) İfade 4 “Hataların isim verilemeden rapor edilememesi düzeltilirse “ (X=3,53) İfade 1 “Tıbbi hata raporları için formlar ve bilgisayar verilerine ulaşım kolaylaşırsa” (X=3,57)

Katılımcıların %33’ü tıbbi hataların en çok hekim ve sağlık çalışanının hatasından, %37,8’i sağlık sisteminin yetersizliğinden ve %17,8’i de hastaların tutum ve davranışlarından kaynaklandığını düşünmektedir. Katılımcıların %4,3’ü “yeni düzenlemeler sonunda algılarında değişikliklerin olup olmayacağı” ile ilgili fikirlerinin olmadığını belirtirken, %6,9’u ise verilen seçenekler dışında başka nedenler olabileceğini ifade etmişlerdir. Tıbbi hataların en aza indirilmesi için etkili olacak faktörlerin; çalışanların konu hakkındaki bilgi ve beceri düzeylerinin arttırılması %79,9, sağlık koşullarının iyileştirilmesi %81, çalışanların etik duyarlılıklarının arttırılması

%41,3, toplumun, hastalıkların tedavisi konusunda bilgi ve duyarlılıklarının arttırılması %20,1 olduğu belirlenmiştir.

Kapborg ve Svennson (1999: 950-957) “ilaç hatalarının %95’inin bildirilmediği, çünkü çalışanların cezalandırılmaktan korktuğunu” belirtmişlerdir. Salim vd (2013: 225-239)’ne göre de “bildirimi yapılan güvenlik raporlama sistemi kapsamındaki olayların; % 3,2’ si ilaç güvenliği, % 4,8’i transfüzyon güvenliği, % 2,1’i güvenli cerrahi, %19,2’si hasta düşmesi, %35,2’si kesici delici alet yaralanması, % 6,9’u kan ve vücut sıvılarıyla temas, % 28,4’ü ise diğerleri olarak” belirlenmiştir. Buna rağmen çalışmamızda sağlık çalışanlarının hangi durumlarda **hataları raporladıklarına** ilişkin verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en yüksek ortalamaya (X=4,04) beşinci ifade olan “Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yaparım” ifadesinin sahip olduğu görülmektedir. Daha sonra İfade 2 “Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yaparım” (X=3,96) ve İfade 3 “Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yaparım” (X=3,92)’ün en fazla puan aldığı görülmüştür. Literatür bildirimlerinin aksine sağlık çalışanlarının hastanın sağlığını önemseydiği, en fazla yanlış ilaç uygulama karşısında bildirim yapabileceklerini ifade etmelerinin önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bu davranışın devam etmesi için bildirimleri engelleyen faktörlerin giderilmesi hata raporlarının daha düzenli yapılabileceğini göstermektedir. Diğer yandan sağlık çalışanlarının hangi durumlarda **hataları raporladıklarına** ilişkin verdikleri yanıtların içinde en düşük ortalamaya (X=3,79) sahip ifadenin ise altıncı ifade olan “Güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimini yaparım” maddesi olduğu görülmektedir.

Wilson vd. (2008), 201 hemşire ve doktor üzerinde yaptıkları bir çalışmada “hemşirelerin hekimlere göre daha pozitif bir tutum ve algı içinde olduklarını bildirmektedir” (Akt. Doğan Merih vd. 2013: 299-310). Durmuş ve ark. (2013), “sağlık çalışanlarının tıbbi hataların rapor edilmeme nedenlerine ilişkin görüşlerin mesleklerine göre anlamlı farklılık” gösterdiğini ve “Hata rapor edilmesinin olumsuz sonuçlar doğuracağı korkusu vardır.” ve “Tıbbi hata sonucu çalışanlar kolaylıkla suçlanabilir.” ifadelerine olan katılımın “Diğer sağlık çalışanları”nda daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Foster vd. (2008: 481)’ne göre tıbbi hata bildirimlerinin azlığının sebebi “doktorların katılımının az olmasıdır. Raporlamadaki bariyerler genellikle

cezalandırılma korkusu, zaman kısıtlılığı, bildirimin gerekliliği ve mekanizması hakkındaki belirsizliklerden kaynaklandığı” bildirilmektedir (Akt. Salim vd 2013: 225-239). Sağlık çalışanlarının hangi durumlarda **hataları raporladıklarına** ilişkin verdikleri yanıtların cinsiyete, eğitim durumuna ve göreve göre anlamlı fark göstermediği de belirlenmiştir ($p>0,05$). Literatüre göre sağlık çalışanının görevinin hata bildiriminde belirleyici olduğu anlaşılrsa da çalışmamıza göre önemli bir farklılık görülmemiştir.

Sağlık çalışanlarının **hataların sıklığı** konusunda verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en yüksek ortalamaya ($X=3,75$) üçüncü ifade olan “Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa” ifadesinin sahip olduğu görülmektedir. En düşük ortalamaya ($X=3,12$) sahip ifade ise “Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde” maddesi olduğu görülmektedir.

Hackel vd. (1996:33)’ne göre cezalandırma korkusu tüm sağlık çalışanları üzerinde etkili bir duygudur. Buna rağmen hemşireler tarafından tıbbi hataların nasıl algılandığı ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda hataya yakın durumların çoğu zaman tıbbi hataların başlıca nedeni olduğu belirtilmektedir (Akt. Çınaroğlu vd. 2013: 635-646). Sağlık hizmetleri oldukça karmaşık, birçok sağlık çalışanını, farklı işleri ve uygulamaları içinde barındıran bir hizmet sektörüdür. Dolayısıyla hataların olması da çok doğaldır. Ancak hataların azaltılması hem ekonomik hem de etik bir zorunluluktur.

Sağlık çalışanları (hekim, hemşire vb.) arasında normal kabul edilen aşırı uykusuzluk ve kronik yorgunluk hatalara neden olan en önemli faktörlerden biridir. Ayrıca sağlık personelinin hem pratik hem de teorik eğitimi arttırılmalıdır. Doktorlar kendilerini geliştirebilecek eğitim programlarına katılmalıdır. Ülkemizde sağlık personeli geçinebilmek için ikinci bir işte çalışmak zorunda kalmaktadır. Zor çalışma koşullarına geçim derdini, aşırı yorgunluk ve uykusuzluğu eklenince, tıbbi hataların ortaya çıkması kaçınılmazdır.

İntepeler ve Dursun (2012:131-133)’un yaptıkları araştırma sonucu ulaştıkları bulgulara göre “*Hekimler ve hemşireler, yöneticilerden geri bildirim alamadıklarını, ramak kala atlatılan hataları önemsemedikleri ve iş yoğunluğu gibi sebeplerle hataları*

bildirmediğini" belirtmektedirler. Tütüncü vd. (2007: 526), kişilerin çalışma ortamına ilişkin faktörlerden etkilenecek hata bildiriminde bulunmadıklarını, çalışma ortamına ilişkin bu faktörlerin hatayı yapan kişinin hataya ilişkin bildirimin personel dosyalarında yer alarak sicillerini olumsuz yönde etkileyeceği endişesinde olmaları, hastane ve toplum içinde dışlanma endişesi olabileceğini bildirmiştir. Yıldız (2015: 16), tıbbi hataların sağlık profesyonelleri tarafından bildirilmeyip özellikle gizli tutulduğunu bildirmiştir. Bunun nedenlerinin hasta ve hasta yakınları tarafından hukuki sürecin başlatılmasından korkulması, diğer hastane çalışanları tarafından suçlanma ve itibar kaybı gibi endişelerden kaynaklandığı ifade edilmiştir. Bir başka çalışmada ise sağlıkta cezalandırılma korkusu, GRS sistemine yönelik çalışanların iş yüklerinin fazla olması, yönetsel eksiklikler gibi nedenlerden dolayı çalışanların bildirimde bulunmadıkları saptanmıştır (Wolf ve Hughes, 2008: 333-357).

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların raporlanmasının önünde engel olarak gördükleri faktörlere ilişkin algılarında değişikliğe sebep olabilecek yeni politika ve stratejiler geliştirildiğinde tıbbi hata raporlamanın önünde engel olarak kabul edilen en yüksek ortalamaya ($X=3,77$) sahip faktör ise "hataları rapor etmenin önemli olduğu bilgisinin eksik oluşu" ifadesinin olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hataların en çok neden kaynaklandığının belirlenmesi kapsamında katılımcıların %37,8'i tıbbi hataların sağlık sisteminin yetersizliğinden kaynaklandığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının tıbbi hataların en aza indirilmesi konusunda hangi yolları etkili gördüklerinin belirlenmesi kapsamında katılımcıların %81'i sağlık koşullarının iyileştirilmesinin etkili olacağını ifade etmiştir. Stratton ve diğerleri (2004: 385-392) yaptıkları bir çalışmada "*hem kişisel hem de sistemsel bir takım nedenlerden dolayı hataların rapor edilmediğini dolayısıyla hataların hem sistem hem de kişilerden kaynaklı olabileceğini*" belirlemiştir. Grasso ve ark. araştırmaları sonucunda "*hataların en fazla (%66) ilaçların uygulanması sırasında ve doktor isteminin hemşire gözlem formuna geçirilmesi aşamasında (%23)*" oluştuğunu bildirmiştir (Akt. Doğan Merih vd 2013:299-310).

Sağlık çalışanlarının kurumlarındaki güvenlik raporlama sistemi ve hata raporlamayla ilgili teşvik, politika ve prosedürlerle ilgili bilgilerinin ne durumda olduğunun belirlenmesi kapsamında katılımcılardan özel hastane çalışanı olanların %83,6'sı, devlet

hastanesi çalışanlarının ise %75,5'i kurumunda olay bildirimi yapabileceği bir güvenlik raporlama sistemi olduğunu; özel hastane çalışanı olanların %58,2'si, devlet hastanesi çalışanlarının %41,8'i kurumunda hata raporlamayı destekleyen teşvikler olduğunu, özel hastane çalışanı olanların %76,4'ü, devlet hastanesi çalışanlarının %54,5'i kurumunda hata raporlamayı destekleyen politika ve prosedürler olduğunu ifade etmiştir. Eğer hastanelerde bir tıbbi hata raporlama sistemi varsa ve etkin bir şekilde işletiliyorsa, bu hastanede tıbbi hata raporlama konusunda etkin bir uygulamanın olduğu ya da hata raporlama kültürünün oluştuğu söylenebilir. Ayrıca tıbbi hata raporlamanın öneminin kavrandığı, gerekli eğitimlerin verildiği bir örgütün varlığından bahsedilebilir. Çünkü tıbbi hata raporlama sistemi tüm personelin katılımının sağlanması için etkin bir uygulamanın olmasını ve personelin eğitimini gerektirmektedir.

Sonuç olarak, sağlık sisteminde meydana gelen her hata ve bu hatalardan hastaların zarar görmesini engellemeye azaltmak için alınabilecek en önemli tedbir hataların bildirilmesi ve analiz edilmesidir. Yani tıbbi hataların raporlanmasıdır. Toplumun büyük kısmını etkileyen tıbbi hata raporlama sistemine gerekli yatırımlar zaman kaybetmeden planlanarak uygulanmalıdır. Problemlerin önlenmesi, yönetilmesi ve daha etkili stratejilerin uygulanması, bilgilerin analizi, yanlış işleyen şeylerin bulunmasında tıbbi hata raporlama sisteminin zorunluluk olduğu bilinmelidir.

Bu çalışmada da görüldüğü üzere tıbbi hata raporlama sistemleri kalite uygulamaları bağlamında belirleyici bir etkiye sahiptir. Dolayısıyla eksikliklere ve hatalara yönelik bir takım iyileştirmelerin yapılarak kalitenin artırılması için tıbbi hata raporlama sisteminin uygulanması gereklidir. Çünkü tıbbi hata raporlama sisteminden elde edilen veriler, belirlenen hataların azaltılması için gerekli planlama ve uygulanma için önemli bir bilgi kaynağı olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde tıbbi hata raporlama sisteminin işletilmesiyle, örgüt içindeki sağlık çalışanının güçlendirilmesi ve yaratıcılığının artırılması sağlanabilir. Böylece daha iyi örgütsel performans sağlanarak daha güvenli sağlık hizmeti verilebilir. Tıbbi hata raporlama konusunda pozitif bir tutum ve algının gerçekleşmesi için başarılı birimlerin ödüllendirilmesi faydalı olabilir. Bu şekilde tıbbi hata raporlama konusunun teşvik edilmesi ve motivasyon araçlarının kullanılması sağlanabilir. Bunun dışında, tıbbi hata raporlamada amaç, cezalandırma değil, yanlış işleyen sistemin düzeltilmesi olmalıdır. Aslında, sağlık çalışanının işini kaybetme ve

küçük düşme korkusu olmadan olayları ve tıbbi hataları rapor etmesi, sağlık kurumlarındaki hataları en aza indirebilir. Hata raporlarının sadece hasta güvenliğini sağlamak için kullanılacağı sağlık çalışanına anlatılmalıdır.

Sonuç olarak, hata bildirim sistemlerinin oluşturulması sağlık sistemi içinde önemli bir yere sahiptir. Çalışanlar bildirim yöntemlerini kullanarak sistemin güçlenmesinden, mevcut olduklarında güvende hissedecekleri ve bildiricileri koruyacaklarından yararlanacaklardır. Özellikle de anlık hatalarının bildirildiği bir sağlık sisteminde hata oranları azaltılacaktır. Bu bağlamda, çalışanların eğitimini ve kaliteli bakımın sağlanmasını desteklemek büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Raporlar düzenli tutulmalıdır.

Tıbbi hata raporlama sisteminde hasta ve hasta yakınları da eğitilmelidir. Tıbbi hatalarla ilgili hastaları eğitmek için öncelikle eğitim planı oluşturulmalıdır. Tıbbi hata raporu; sağlık çalışanları ve kurumları ile hasta ve hasta yakınları tarafından da hazırlanabilmelidir. Hastanın dahil olduğu raporlama sistemi bilgisayar sistemine de aktararak hem çalışanın hem de hastanın hatanın önlenmesi ve azaltılması sağlanabilir.

Tıbbi hata raporlama için bilgisayarlardan destek alınmalıdır. Hekimlerin anlaşılabilir el yazılarının okunmaması sorununu çözerek, birçok tıbbi hata kaynağını ortadan kaldırmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak, tıbbi hata oranları da azalmaktadır. Bilgi sistemlerinin olması; ilaçlar, ilaçların birbiri ile etkileşimi, ilaç alerjileri hakkında bilgilerin kayıt altına alınmasını sonucunda hastaların ve tedavi yöntemlerinin güvenilirliğinin artmasını sağlayacaktır.

Ertem ve diğerlerine göre (2009) tıbbi hataların azalması için şunlar yapılmalıdır: Sağlık eğitim sistemi değiştirilmelidir. Branşlaşmış hemşirelik eğitimlerinin, hizmet içi eğitim modüllerinin olması, kayıtların doğru yapılması ve düzenli saklanması, tedavi sürecinde yapılan işlemlerin hasta ve hasta yakınlarına ayrıntılı anlatılması ve anlatılanların kayıt edilmesi, komplikasyonlar hakkında uyarılması ve onam alınması, onam formunun hasta ya da yakını tarafından imzalanması ve saklanması, derneklerin kendi uzmanlarının görev alanlarını belirlemesi, hastalara yönelik ayrıntılı bilgilendirici formların hazırlanması ve ülke geneline dağıtılarak kullanımının sağlanması, tıbbi belge

ve grafiklerin düzenli olarak arşivlenmesinin sağlık personelinin en büyük sigortası olduğu akıldan çıkartılmamalıdır (Ertem vd., 2009: 3).

Tıbbi hata raporlama, hasta güvenliği ve kültürünün geliştirilmesinde önemli bir bileşen oluşturmaktadır. Tez kapsamında elde edilen verilerin analizinden ulaşılan sonuçlara göre şu öneriler getirilebilir:

- İlk olarak, sağlık kurumlarındaki çalışanlar tıbbi hata, hata raporlama ve hasta güvenliği hakkında bilgilendirilmelidir. Özellikle, sağlık sistemindeki hata oranlarını azaltmanın önemli olduğunu düşünerek yapılması gereken eğitime dahil edilmelidir.
- Yoğun çalışma ortamlarında kolay uygulanabilir, pratik ve etkili bildirim sistemlerinin geliştirilmesi ve elektronik formların kurtarma formları olarak kullanılmasının sunulması gereklidir. Ayrıca paylaşılan akış çizelgelerinin raporlama sürecine raporlanmasını kolaylaştıracağı düşünülmektedir.
- Hastane hata raporlarında destekleyici ve teşvik edici tutumları göstermeli, önlemenin bireysel bir çözüm değil, sistem için iyileştirme çaba göstermesi gerektiğini ve değerlendirmek için çalışanların performansını kullanmamasını belirtmelidir.
- Hastane yönetimi, arızaların hasta / hasta yakınları / kurumu ile ne kadar ve nasıl paylaşılacağına ilişkin açık ve net prosedürler düzenlemeli ve personel bu prosedürler hakkında bilgilendirilmelidir.

Tez kapsamında elde edilen sonuçlara göre, gelecekte bu alanda çalışacak araştırmacılar için öneriler;

- Üniversiteler ve özel hastanelerin dahil olduğu birden fazla hastanede benzer çalışmalar, hastane yönetiminin sağlık çalışanlarının tıbbi hata raporlama tutumlarını karşılaştırmak, farklılıkları ve benzerlikleri tespit etmek için yapılabilir.

- Hekim ve hemşirelerin sağlık hatalarını bildiren engelleri belirlemek ve raporlamak için daha fazla sayıda ve kaliteli iş yapılabilir. Bunun dışında, araştırmanın nitel analiz odak grup çalışmaları ile de desteklenebileceği ngrlmektedir.



KAYNAKÇA

Kitaplar ve Kongre Bildirileri

- Benli T. (2007). *Hastane Süreçleri*. Ankara: Rekmay Yayıncılık.
- Çakmakçı M. ve H.E. Akalın (2010). *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*. Füsün Sayek TTB Raporları / Kitapları, s.41-46.
- Çınaroğlu S., Öner İğici S., Şahin B. (2013). *Bir Göz Hastanesi Ameliyathanesinde Çalışan Hemşirelerin Katarakt Ameliyatı Sürecinde Karşılaşılan Hataya Yakın Durumlar Hakkındaki Görüşleri, IV. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, 635-646 Sözel Bildiriler Kitabı Cilt II*. Ankara: Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı,
- Çokluk Ö., Şekercioğlu G., Büyüköztürk (2012). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Pegem Yayınevi.
- Doğan Merih Y., Özdem Ş., Öcalmaz M. Ş., Günaydın S., Cerrah Celayır A. (2013). *Güvenlik Raporlama Sistemi İşleyiş Etkinliğinin Değerlendirilmesi. IV. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, 299-310, Sözel Bildiriler Kitabı Cilt II*. Ankara: Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı,
- Durmuş V., Şahin B., Arslanoğlu A., Çetin M. (2013). *İstanbul İlinde Bir Özel Ve Bir Kamu Hastanesindeki Tıbbi Hataların Rapor Edilmeme Nedenlerine İlişkin Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin İncelenmesi, IV. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, 63-78. Sözel Bildiriler Kitabı Cilt II*. Ankara: Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı,
- Erçoban N., A.Çoksak, A.Çelik, U.Altınışık, C.Yıldırıncı (2013). *Burdur Devlet Hastanesi Hasta-Çalışan Güvenliği, Güvenlik Raporlama ve El Hijyeni Eğitimlerinin Etkinliğinin değerlendirilmesi, IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sözel Bildiriler Kitabı Cilt II*. Ankara: Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı,
- Fener S.K., H.Şengül, S.Değirmenci, B.Kahraman (2014). *Tıbbi Hataların Güvenlik Raporlama Sistemi İle Bildiriminin Değerlendirilmesi. TC. Sağlık Bakanlığı, V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sözel Bildiriler Kitabı, Cilt II*. Ankara. s. 35-52.
- George, D. & Mallery, M. (2010). *Using SPSS for Windows Step by step: a simple guide and reference*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- Kavuncubaşı S. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.

Polat, O (2005) Tıbbi Uygulama Hataları. Ankara, Seçkin Yayınevi.

Sağlık Bakanlığı (2012). *SKS Işığında Sağlıkta Kalite*. 2.Baskı. Ankara: Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı.

Salim B., Oğuz B., Bozdoğan A., Ebem E., Niyaz Çınar Z., Şentürk E. (2013). *Farklı Kamu Hastanelerinde Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirimi Yapılan Kesici Delici Alet Yaralanmaları Ve Hasta Düşmelerinin Değerlendirilmesi İv. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, 225-239, Sözel Bildiriler Kitabı Cilt II*. Ankara: Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı,

SGH (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü), (2012) Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, *SKS Işığında Sağlıkta Kalite*, 1. Basım. Ankara: Pozitif Matbaa,

Tarcan M., S.Tekingündüz, G.Ertong, D.G.Kavak, S.T.Karataş, Y.Gül, F.Mercan, (2009). *Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları*. (Editörler: Sabahattin Aydın, Mehmet Demir, Hasan Güler, Dilek Tarhan, Bayram Demir, Süleyman H. Kapan). Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara: Lazer Ofset,

Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S, Tarcan M.(2009). Hekimlerin Tıbbi Hataların NedenlerineYaklaşımları: Kocaeli İli Örneği. Kırılmaz H, editör. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. 1. Baskı. Ankara: Turunç Matbaacılık, p.205-223.

Walshe K. ve R. Boaden (2006). *Patient Safety Research into Practice*. Berkshire (England): Open University Press.

World Health Organization (WHO) (2006). *Information for action-reporting and learning. Forward Programme 2006-2007*. 1. baskı. Geneva: WHO Press. 23-27.

White S.V. (2004). *Patient Safety Issues*. In: Byers, JF. White SV. *Patient Safety: Principles and Practices*. New York: Springer Publishing Company.

Wingart S.N., R.M.Wilson, R.W.Gibberd, B. Harrison (2000). *Epidemiology of Medicalerror*. BMJ. 320:774-7.

Sürekli Yayınlar

- Akins RB., Cole BR. Barriers to implementation of patient safety systems in health care institutions: leadership and policy implications. *Journal of Patient Safety*, 2005;1(1):9-16.
- Aslantekin F., B.Göktaş, M.Uluşen, R.Erdem (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 55-71.
- Barach, P., ve S.D. Small. (2000). Reporting and Preventing Medical Mishaps: Lessons form Non-Medical Near Miss Reporting Systems. *British Medical Journal*. 320 (7237): 759-63.
- Baker GR. P.G. Norton, V.Flintof, R.Blais, A.Brown, J.Cox (2004). The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 170: 1678-86.
- Bates DW., D.J. Laird, N. Petersen, L.A. Small, D.Servi, G.Laffel, B.J.Sweitzer, B.F. Shea, R.Hallissey (1995). Incidence Of Adverse Drug Events And Potential Adverse Drug Events. Implications For Prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA*. 274:29-34.
- Blegen AM, Vaughn T, Pepper G, Vojir C, Stratton K, Boyd M, Armstrong G. (2004). Patient and Staff Safety: Voluntary Reporting. *American Journal of Medical Quality*. 19:67-74.
- Bob A. K.Gleason, M.Husch (2004). The Epidemiology of Prescribing Errors. *Arch Intern Med*. 164:785-92.
- Büyük T.E., E. Güdek, Z. Güney, S. Yıldırım, S. Akkoca (2014). Pediatrik Onkoloji birimlerinde Çalışan Hemşirelerin Kemoterapi İlaçları ile İlgili Deneyimledikleri İlaç Uygulama Hataları. *The Journal of Pediatric Research*. 1(4):207-211).
- Dean B. N.Barber, M.Schachter (2000) “What Is A Prescribing Error? *Qual Health Care*. 9(4):232–237.
- Doğan S. ve S.Kaya (2006) Aksaray’daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 7(1):65-83.
- Ertem G., E. Oksel, A.Akbıyık (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*. 84:1-10.
- Doğan M.Y., P. Güngör, M.Y.Kocabey, A.Samatlı, Ç.Emuce, H.Eksan, Ş.Özdem (2015). Sağlık Çalışanı Gözüyle Hizmet Kalite Standartlarının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 62-73.
- Dovey S.M. D.S.Meyers, R.L.Phillips, L.A. Jr Green, G.E. Fryer, J.M.Galliher (2002).

Preliminary Taxonomy of Medical Errors in Family Practice. *Qual Saf Health Care*. 11(3): 233-8.

Glkaya, E., Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon alışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım nitelerinde alışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri, H, SABE, YYLT, Ankara, 2009.

Gökdoğan F. ve S.Yorgun (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13: 2:53-59.

Eşer İ., L.Khorshid, G. Türk, F.Toros (2007). Hemşirelerin İlaç Hatası Yapmalarına Yol Açabilecek Etkenlerin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 23(2):81-91.

Evans R.S. D.C.Classen, S.B. Bass, R.L. Menlove, R.M.Gardner, J.P.Burke (1991). Development of a Computerized Adversed Rug Event Monitor. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care*. 23-27.

İntepeler ř.S. ve M. Dursun (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 15 (2):129-135

Karataş M. ve C.Yakıncı (2010). Tıbbi Hata Nedenleri ve zm Yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 17 (3): 233-236.

Kapborg I., Svennson H. (1999). The Nurse's Role in Drug Nurse Perceptions of Medication Errors. *Journal of Advanced Nursing*. 30: 950-957.

Kilbridge PM. Classen DC. (2008). The Informatics Opportunities at the Intersection Of Patient Safety And Clinical Informatics. *Journal Of The American Medical Informatics Association*, 15(4): 397-407.

Kuo G.M., R.L.Phillips, D.Graham, J.M.Hickner (2008). Medication Errors Reported by US Milyphysicians and Their Office Staff. *Qual Saf Health Care*. 17(4):286-290

Koohestani H. and Baghcheghi N. (2009), Barriers to the reporting of medication administration errors among nursing students. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 1: 66.

Leape L. L., Lawthers A. G., Brennan T. A.and Jhonson W. G. (1993) Preventing Medical Injury, *Quality Review Bulletin* 8: 144-148.

Makeham M.A., M.R.Kidd, D.C.Saltman, M.Mira, C.Bridges–Webb, C.Cooper et al. (2006). The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) Study Incidence Of Reported Errors In General Practice. *Med J Aust*. 185:958.

Oktay S. ve S.Aksayan (1998). 2000'e İki Kala Türkiye'de Hemşirelik İçin Yasal Düzenlemelere Bir Bakış, Hemşirelik Forumu,1(2):79-80. İçinde: İntepeler řS. Dursun M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 15 (2):129-135.

- Ovalı F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. Ankara, s.33-43.
- Özata M., ve H.Altuncan (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri Ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*.8(2):100-111.
- Polat O. ve I.Pakiş (2011). Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(3):119-125
- Sanders J. ve A.Esmail (2003). The Frequency and Nature of Medical Error in Primarycare: Understanding The Diversity a Crosstudies. *FamPract*, 20(3): 231-6.
- Saygın T. ve B. Keklik (2014). Tıbbi Hata Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: Isparta İliş Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 17(2): 99-118
- Stratton K.M., Blegen M.A., Pepper G. and Vaughn T. (2004). Reporting of Medication Errors By Paediatric Nurses. *Journal of Paediatric Nursing*, 19: 385-392.
- Thomas E.C. ve L.A. Petersen (2003) .Measuring Errors and Adverse Events in Health Care. *Journal of General Internal Medicine*.18: 61-67
- Tütüncü Ö., D.Küçükusta, K.Yağcı (2006). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi. *DEU Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8(4): 286-302
- Tütüncü Ö. ve D.Küçükusta (2006). Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama. *Hastane Yönetimi Dergisi*. 61-68.
- Tütüncü Ö., D.Küçükusta, K.Yağcı (2007). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.7 (1):519-533.
- Uribe, C. L., Schweikhart, S. B., Pathak, D. S., Marsh, G. B., & Fraley, R. R. (2002). Perceived Barriers to Medical-Error Reporting: An Exploratory Investigation. *Journal of Healthcare Management*, 47(4), 263.
- Yıldırım, Özlem (2005). Akreditasyon ve Hasta Güvenliği, *SB Diyalog, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı*, Sayı: 15:34-38.
- Yıldırım A. ve M. Aksu (2009). Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Cumhuriyet Tıp Derg.* 31: 356-66.
- Zerenler M. ve Ögüt A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 18: 501-519.

Diğer Yayınlar

- AlJarallah JS, ve N. AlRowaiss (2013). The Pattern of Medical Errors and Litigation Against Doctors in Saudi Arabia”. *Journal of Family and Community Medicine*. 20(2): 98-105.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748654/> (09 Aralık 2016)
- Canbulut S. (2014), Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi, <http://slideplayer.biz.tr/slide/2425457/> (28.11.2016)
- Çakır A. (2007). “Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi” Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ö Tütüncü).
- <http://grs.saglik.gov.tr/Default.aspx>, (07 Aralık 2016).
- İncesu E. (2014). Güvenlik Raporlama Sistemi İçinde: Fener SK. Şengül H. Değirmenci S. Kahraman B.(2014). Tıbbi Hataların Güvenlik Raporlama Sistemi İle Bildiriminin Değerlendirilmesi. TC. Sağlık Bakanlığı, V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sözel Bildiriler Kitabı, Cilt II, Ankara, s. 35-52. <http://www.seydischirdh.gov.tr/kalite/e8.pdf> (16.05.2014)
- İşlek E. (2009). “Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerin Tanımlanması” Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. A.E. Esatoğlu).
- Kalite Daire Başkanlığı (2012). <https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14/> (17 Ekim 2016).
- Kalite Daire Başkanlığı, 2016 https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/Yayin2016/SKS_Hastane_Seti_V_5_R_1.pdf<https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14/> (17 Ekim 2016).
- Kim J. ve D.W. Bates (2006). Results of a Survey on Medical Error Reporting System in Korean Hospitals. *Int J Med Inform.* 75:148.
[http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(05\)00087-0/abstract](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(05)00087-0/abstract) (09 Aralık 2016).
- Kohn L.T., J.M.Corrigan, M.S. Donaldson (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, Washington, DC: The National Academy Pres. <http://www.nap.edu/katalog/9728.html> (17 Ekim 2016).
- NPSG (National Patient Safety Goals) (2006) Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri, https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_HAP_ER.pdf (18 Ekim 2016)
- Online Erişim Tarihi:25.97.2017

NPSG, 2016, <http://www.aig.com/content/dam/aig/america-> (21 Temmuz 2017)

Online Erişim Tarihi: 26.07.2017

Özdamar, K. (1999) Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi 1. Kaan Kitabevi, Eskişehir.

Özkan Ö.(2001).Sağlık Çalışanlarının Sağlığı/Güvenliği İçin İşyeri Örgütlenme Birimi. II. Ulusal Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi; 16-18 Kasım.s.50-57.

Reason JT. (1990). Human Error. New York: Cambridge University Press.

Rogers SO. Jr, Gawande AA., Kwaan M. Puopolo AL. Yoon C. Brennan TA. et al. (2006). Analysis Of Surgical errors in Closed malpractice claims At 4 Liability insurers. *Surgery*. 140:25-33. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039606006000584> (09 Aralık 2016).

Sağlık Bakanlığı (2012). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=243> (17.Aralık .2016).

Sağlık Bakanlığı (2013). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmet Kalite Standartları, Hastane Seti. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=26> (05. Aralık 2016).

Turasan BA. (2010). Bir Psikiyatri Hastanesinde hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi ve Güvenlik Raporlamanın İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Yrd. Doç: A Gürhan).

Uribe, C., Schweikhart, S., Pathak, D., vd.(2002). Perceived Barriers to Medical-Error Reporting: An Exploratory Investigation. *J Health Manag* , 47 (4), 263–80.

Yıldız İ. (2015). Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. AH. Baskın).

Wolf ZR. Hughes GR.(2008). Error Reporting and Disclosure. http://www.vidya.com/11pdfs/WolfZ_ERED.pdf (30 Ekim 2016).

Zhang J. V.L.Patel, T.R.Johnson, E.H.Shortliffe (2004). A Cognitive Taxonomy of Medicalerrors. *J Biomed Inform*. 37:193-204. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046404000528> (06 Aralık 2016).

2011 yılında, 27897 Sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>

(10.Aralık 2016).

2012 yılında 14. 05. 2012 tarihinde 23 sayılı ve 2012 Tarihli Çalışan Güvenliği Genelgesi, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15> (05. Kasım2016)



EKLER

Ek-1: Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Raporlamasına İlişkin Görüş Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi Anketi

Değerli katılımcı

Güvenlik raporlama sistemi hastaya zarar veren ve /veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların bildirimini ve değerlendirilmesini kapsamaktadır. Çalışmanın amacı bu konuda sağlık çalışanlarının görüş ve tutumlarını analiz etmektir. Soruları açıklık ve içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Yanıtlarınız sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.

Emin AKSAN

Doç.Dr. Selma ALTINDIŞ

DEMOGRAFİK ÖZELİKLER

- Yaşınız:.....
- Cinsiyetiniz: a.Kadın b. Erkek
- Eğitim durumunuz: a. Lise b. Ön lisans c. Lisans d.Lisans üstü e.Uzman
- Göreviniz: a.Hemşire b. Hekim c. Uzman hekim c. Tekniker/teknisyen (belirtiniz)
- Meslekte toplam çalışma yılınız:.....

Sizden istenen <i>tıbbi hataların raporlanması konusunda katılım düzeyinizi</i> ayrılan boşluklara işaretlemenizdir.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Tıbbihataraporlarıiçinformlarveyabilgisayarverilerinekolayulaşılamiyor					
2. Nasıl hata raporlama yapılacağına dair bilgi eksikliği var					
3. Hata raporlanın kimin sorumluluğunda olduğu bilinmiyor.					
4. Hatalar isim verilmeden rapor edilemiyor					
5. Nelerin bildirilmesi gerekliliği konusunda bilgi eksikliği var					
6. Hataları rapor etmenin yararlı olduğu bilinmiyor					
7. Olumsuz bir sonuç çıkmadığı için hatayı bildirmenin gereksiz olduğu düşünülür					
8. Raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşünülür					
9. Disiplin cezası korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir					
10. İşini kaybetme korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir					
11. Birhatanınbelgelendirimesininekstrazamanalmasıhataraporlamaönündeengeldir					

12. Başka birine anlatma endişesi tıbbi hata raporlama önünde engeldir					
13. Raporlamaya dahil edilen ek işlerin varlığı tıbbi hata raporlama önünde engeldir					
14. Raporlama için ilgi veya motivasyon eksikliği tıbbi hata raporlama önünde engeldir					
15. Suçlanma korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir					
16. Tıbbi bir hata olduğunu fark edilememesi tıbbi hata raporlama önünde engeldir					
17. Dava korkusu tıbbi hata raporlama önünde engeldir.					

5. Şuan çalıştığınız hastanede toplam çalışma yılınız
- a. Bir yıldan az b. 1-5 yıl c. 6-10 yıl d. 11-15 yıl e. 16-20 yıl f. 21 yıl ve üstü
6. Şu ana kadar hiç tıbbi hata raporladınız mı?
7. Raporladı iseniz son bir yılda ne kadar tıbbi hata raporladınız?
- a. 1-5 b. 6-10 c. 11-15 d. 16-20 e. 21 ve üstü

Sizden istenen <i>kurumda yapılacak yeni düzenlemeler ile tıbbi hataların raporlanmasına ilişkin algılarda değişikliklerin olup olmayacağı konusundaki katılım düzeyinizi</i> işaretlemenizdir.	Kesinlikle Değiştirmez	Değiştirmez	Kararsızım	Değiştirir	Kesinlikle Değiştirir
1. Tıbbi hata raporları için formlar veya bilgisayar verilerine ulaşımı kolaylaşırsa					
2. Nasıl hata rapola yapılacağına dair bilgi eksikliği giderilirse					
3. Hata raporlarının kimin sorumluluğunda olduğunun bilinmemesi giderilirse					
4. Hatalar isim verilmeden rapor edilememesi düzeltilirse					
5. Nelerin bildirilmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliği giderilirse					
6. Hataları rapor etmenin yararlı olduğunun bilinmemesi giderilirse					
7. Olumsuz bir sonuç çıkmadığı için hatayı bildiriminin gereksiz olduğu					
8. Raporlamanın bakım kalitesinin iyileştirilmesi için çok az katkısı olduğu düşüncesi					
9. Disiplin cezası korkusu giderilirse					
10. İşini kaybetme korkusu giderilirse					
11. Bir hatanın belgelendirilmesinin ekstra zaman alması					
12. Başka birine anlatma endişesi giderilirse					
13. Raporlamaya dahil edilen ek işlerin varlığı azaltılırsa					
14. Raporlama için ilgi veya motivasyon eksikliği giderilirse					
15. Suçlanma korkusu giderilirse					
16. Tıbbi bir hata olduğunun farkedilememesi giderilirse					
17. Dava korkusu giderilirse					

8. Tıbbi hataların nedeni size göre en çok;
- A. Hekim ve sağlık çalışanının hatasından kaynaklanır.
- B. Sağlık sisteminin yetersizliğinden kaynaklanır.
- C. Hastaların tutum ve davranışından kaynaklanır.

D. Fikrim yok

E. Diğer(lütfen belirtiniz).....

9. Tıbbi hataları en aza indirmek için (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

A. Çalışanların konu hakkındaki bilgi ve beceri düzeyleri artırılmalıdır

B. Çalışanların etik duyarlılıkları artırılmalıdır.

C. Sağlık çalışma koşulları iyileştirilmelidir.

D. Toplumun hastalıkların, tedavileri konusunda bilgileri ve duyarlılıkları artırılmalıdır.

E. Diğer (lütfen belirtiniz).....

10. Kurumumda olay bildirimini yapabileceğim bir güvenlik raporlama sistemi vardır.

A) Evet B) Hayır

11. Hata raporlamayı destekleyen teşvikler vardır.

A) Evet B) Hayır

12. Hata raporlamayı destekleyen politika ve prosedürler vardır.

A) Evet B) Hayır

Sizden istenensoruların yanıtları için ayrılan boşluklara katılım düzeyinizi işaretlemenizdir.	Kesinlikle katılmıyorum	katılmıyorum	kararsızım	katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Kan/kan ürünü sistemi uygun yapılmadığında olay bildirimini yaparım.					
2. Bir transfüzyon uygulamasında hastada alerjik reaksiyon geliştiğinde olay bildirimini yaparım					
3. Hastaya yanlış ilaç istemi yapıldığında olay bildirimini yaparım.					
4. Eczaneden hastaya doğru ilaç gelmediğinde olay bildirimini yaparım.					
5. Hastaya yanlış ilaç uygulandığı durumlarda olay bildirimini yaparım.					
6. Güvenli cerrahi uygulaması kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesi uygun doldurulmadığında olay bildirimini yaparım.					

RAPORLANAN TIBBİ HATALARIN SIKLIĞI	Asla	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
Aşağıdaki hangi sıklıkta hastanenizde gerçekleşmektedir?					
1. Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
2. Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
3. Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					

HATALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	Tamamen Katılmıyorum	Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1. Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanılacağını düşünür.					
2. Herhangi bir tıbbi hata gerçekleştiğinde, olayın kendisi değil, hatayı yapan kişilerin rapor edileceği düşünülür.					
3. Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar					
4. Raporlama sisteminden elde edilen veriler rutin olarak analiz edilmektedir.					
5. Analiz sonuçları tüm çalışanlara özellikle ilgili birimlere bildirilmektedir.					
6. Hastanede, tıbbi hataların raporlanmasında sorumluluğun olduğu fakat cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım vardır					
7. Olay raporlama sistemi tüm organizasyon içinde kolay raporlamaya imkan verir.					
8. Hataya neden olan eğilimleri değerlendirmek ve belirlemek için analiz edilen tüm raporlar, birleştirilir					
9. Raporlanmış hasta güvenliği sorunlarını sunmak için personele periyodik olarak geri bildirim yapılır.					
10. Hastanede, yüksek düzeyde risk içeren süreçler yılda en az bir kere değerlendirir.					
11. Bu değerlendirme sonrası riskli süreçlerde başarısızlık saptanırsa; süreç yeniden düzenlenir.					

ÖZGEÇMİŞ

Emin AKSAN,2014 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünü bitirdi.2015 yılında Atatürk üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği bölümünü bitirdi.2014 yılında Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı.21 Kasım 2015 yılında Acıbadem Sağlık Grubunda çalışmaya başladı. Halen burada çalışmaya devam etmektedir.

