



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ VE HASTALARIN HASTA
GÜVENLİĞİ ALGISI VE TUTUMU: EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

ŞEYMA NUR ER

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr.Öğr.Üye.ESRA ÇİĞDEM CEZLAN

İSTANBUL-2019

TEŞEKKÜR

Büyük bir heyecanla başladığım ve bana mükemmel bir deneyim katan tez çalışmamın sonuna gelmiş bulunmaktayım. İyi ki tez danışmanım olan ve çalışmam boyunca benden hem manevi desteğini hem de çok değerli bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen saygıdeğer tez danışmanım Dr.Öğr.Üye.Esra Çiğdem CEZLAN'a her daim yanımda olduğu için sonsuz teşekkürler.

Tüm üniversite ve yüksek lisans eğitim dönemim boyunca desteklerini esirgemeyen ve tezimin analiz kısmında en büyük destekçim olan Dr.Öğr.Üye. Pakize YİĞİT hocama teşekkürlerimi sunarım.

Bütün güzel anılarımızı birlikte yaşadığımız, birlikte ağladığımız, birlikte büyüdüğümüz biricik kız kardeşim, sırdaşım, en iyi arkadaşım Seda ÜSTÜN'e kocaman sevgiler...

Teşekkürü en çok hak eden ise beni bugünlere getiren her türlü hatamda bile yanımda olan en büyük şükür sebebim biricik annem ve babam... Emeklerinizin ve sevginizin karşılığını hiçbir şekilde ödeyemem. Tezimi bitirmem konusunda beni her zaman destekleyen biricik dedem Mehmet ASLAN'a, her zaman yanımda olan canım kardeşim Bahadır Alp ER'e, aileme ve bu süreçte yanımda olan canım arkadaşlarıma ayrıca teşekkür ederim.

Saygılarımla...

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Kalite.....	5
4.1.1. Kalite Kavramının Tanımı.....	5
4.1.2. Kalitenin Amacı.....	7
4.1.3. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	9
4.1.3. Kalitenin Unsurları.....	11
4.1.4. Kalitenin Boyutları.....	13
4.2. Toplam Kalite Yönetimi.....	14
4.2.1. Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları.....	16
4.2.2. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri.....	18
4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon.....	24
4.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi Kavramı.....	26
4.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri.....	30
4.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları.....	32
4.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon.....	33
4.4. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar.....	45

4.4.1. Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi.....	46
4.4.2. Dünyada Hasta Güvenliği Kavramının Gelişimi	49
4.4.3. Türkiye'de Hasta Güvenliğinin Gelişimi ve Hasta Güvenliği Mevzuatı	54
4.4.4. Uluslararası Hasta Güvenliği Standartları	58
4.4.6. Tıbbi Hata Kavramı	63
4.5. Hasta Güvenliği Algısı-Kültürü	78
4.6. Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Algısının ve Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması	80
4.7. Hastaların Hasta Güvenliğinde Sorumluluğu	82
5. MATERYAL VE METOT	84
5.1. Araştırmanın Amacı	84
5.2. Problem Cümlesi	84
5.3. Araştırmanın Yöntemi	84
5.4. Veri Toplama Aracı	84
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	85
5.6. Güvenilirlik Analizi.....	87
5.7. Verilerin Analizi.....	87
5.8. Kısıtlılıklar.....	87
6. BULGULAR.....	88
6.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular	88
6.1.1. Sağlık Çalışanlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular.....	88
6.1.1.2. Sağlık Çalışanlarının İşle İlgili Bilgileri	96
6.1.2. Hastalara Ait Tanımlayıcı Bulgular	107
6.2. Tıbbi Hatalara İlişkin Bulgular.....	120
6.2.1. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hatalar İle İlgili Bilgileri	120
6.2.2. Hastaların Tıbbi Hatalar İle İlgili Bilgileri	124
6.2.3. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hatalar Konusundaki Görüşleri.....	128
6.2.4. Hastaların Tıbbi Hatalar Konusundaki Görüşleri	160
7. TARTIŞMA	171
8. SONUÇ	198
9. KAYNAKLAR	203

10. EKLER.....	231
11. ETİK KURUL ONAYI.....	242
12. ÖZGEÇMİŞ	245



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

TSE: Türk Standartları Enstitüsü

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ACS: Amerikan Tabipler Birliği

JCAHO: Joint Commission for Accreditation of Healthcare(Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu)

JCAH : Joint Commission on Accreditation of Hospital (Hastane Akreditasyonu Ortak Komisyonu)

ISQua: The International Society for Quality in Health Care (Sağlık Hizmetleri Kalite Akreditasyon Kuruluşu)

JCI : Joint Commission Accreditation(Ortak Akreditasyon Komisyonu)

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

SAS: Sağlıkta Akreditasyon Seti

ISO: International Organization for Standardization(Uluslararası Standardizasyon Örgütü)

IOM: International of Medicine (Uluslararası Tıp Enstitüsü)

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AB: Avrupa Birliği

GRS: Güvenlik Raporlama Sistemi

TABLÖLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4.1.1.1. Kalitenin Tanımı.....	7
Tablo 4.3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları;.....	28
Tablo 4.4.6.1.4.1. JCAHO'ya Bildirilen Tıbbi Hatalar.....	73
Tablo 4.4.6.1.4.2. JCAHO'ya Bildirilen Tıbbi Hataların Sonuçları.....	74
Tablo 4.4.6.1.4.3. En Sık Bildirim Yapılan 10 Cerrahi Güvenlik Hataları.....	75
Tablo 4.4.6.1.4.4. En Sık Bildirim Yapılan 10 İlaç Hataları.....	76
Tablo 4.4.6.1.4.5. En Sık Bildirim Yapılan 10 Laboratuvar Hataları.....	77
Tablo 4.4.6.1.4.6. En Sık Bildirim Yapılan 10 Hasta Güvenliği Hataları.....	77
Tablo 5.5.1. Araştırmaya Katılan Sağlık alışanlarının Sayısı.....	86
Tablo 5.6.1. Güvenilirlik Analizi.....	87
Tablo 6.1.1.1.1. Sağlık alışanlarının Demografik Bilgileri.....	88
Tablo 6.1.1.2.1. Sağlık alışanlarının İş Bilgileri.....	96
Tablo 6.1.2.1.1. Hastaların Demografik Bilgileri.....	107
Tablo 6.2.1.1. Sağlık alışanlarının Hastane Türü ile Tıbbi Hataya İlişkin Bilgilerin İlişkisi	120
Tablo 6.2.2.1. Hastaların Hastane Türü ile Tıbbi Hataya İlişkin Bilgilerin İlişkisi.....	124
Tablo 6.2.3.1. Sağlık alışanlarının Tıbbi Hata nlenebilirliğine ve Uygulanabilirliğine İlişkin Görüşleri.....	128
Tablo 6.2.3.2. Çalışanların Hastane Türü ile Tıbbi Hata nlenebilirliğinin İlişkisi.....	134
Tablo 6.2.3.3. Çalışanların Hastane Türü ile Tıbbi Uygulanabilirliğinin İlişkisi.....	137
Tablo 6.2.3.4. Çalışanların Uygulamaların Yapılabilirliğine İlişkin Görüşleri.....	140
Tablo 6.2.3.5. Çalışanların Hastane Türü ile Tıbbi Yeterliliğinin İlişkisi.....	142

Tablo 6.2.3.6. Çalışanların Görev Türü ile Tıbbi Hata Önlenabilirliğinin İlişkisi.....	147
Tablo 6.2.3.7. Çalışanların Görev Türü ile Tıbbi Hata Uygulanabilirliğinin İlişkisi.....	151
Tablo 6.2.3.8. Çalışanların Uygulamaların Yapılabilirliğine İlişkin Görüşleri ile Görev Türünün İlişkisi.....	155
Tablo 6.2.4.1. Hastaların Tıbbi Hata Önlenebilirliğine ve Uygulanabilirliğine İlişkin Görüşleri.....	160
Tablo 6.2.4.2. Hastaların Hastane Türü ile Tıbbi Önlenebilirliğinin İlişkisi.....	164
Tablo 6.2.4.3. Hastaların Hastane Türü ile Tıbbi Uygulanabilirliğin İlişkisi.....	168

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 4.1.4.1. Kalitenin Unsurları.....	11
Şekil 6.2.4.2.1. SKS'nin Hedefleri.....	38
Şekil 4.4.2.1. ToErr is Human:Buildings Safer Health System raporuna göre ABD’de Ölüm Nedenleri.....	50
Şekil 4.4.6.1.4. 1.İsveç Peyniri Modeli.....	69
Şekil 4.4.6.1.4.1. Türkiye'de Tıbbi Hata Oranları.....	75
Şekil 6.1.1.1.1. Sağlık Çalışanlarının Yaş Grubuna Göre Dağılımı.....	90
Şekil 6.1.1.1.2. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	91
Şekil 6.1.1.1.3. Sağlık Çalışanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	92
Şekil 6.1.1.1.4. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	93
Şekil 6.1.1.1.5. Sağlık Çalışanlarının Ekonomik Durumu Değerlendirmesine Göre Dağılımı.....	94

Şekil 6.1.1.1.6. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Dağılımı.....	95
Şekil 6.1.1.1.7. Sağlık Çalışanlarının Çoğunlukla Yaşamını Geçirdiği Yere Göre Dağılımı.....	96
Şekil 6.1.1.2.1. Sağlık Çalışanlarının Bulunduğu Göreve Göre Dağılımı.....	99
Şekil 6.1.1.2.2. Sağlık Çalışanlarının Hastalarla Temasına Göre Dağılımı.....	100
Şekil 6.1.1.2.3. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Kıdemine Göre Dağılımı.....	101
Şekil 6.1.1.2.4. Sağlık Çalışanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	102
Şekil 6.1.1.2.5. Sağlık Çalışanlarının Bölümde Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	103
Şekil 6.1.1.2.6. Sağlık Çalışanlarının Haftalık Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	104
Şekil 6.1.1.2.7. Sağlık Çalışanlarının İşten Memnuniyet Düzeyine Göre Dağılımı.....	105
Şekil 6.1.1.2.8. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Başvuru Yerine Göre Dağılımı.....	106
Şekil 6.1.1.2.9. Sağlık Çalışanlarının Yatarak Tedavi Görme Durumuna Göre Dağılımı....	107
Şekil 6.1.2.1.1. Hastaların Yaş Grubuna Durumuna Göre Dağılımı.....	110
Şekil 6.1.2.1.2. Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	111
Şekil 6.1.2.1.3. Hastaların Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	112
Şekil 6.1.2.1.4. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	113
Şekil 6.1.2.1.5. Hastaların Ekonomik Durum Değerlendirmesine Göre Dağılımı.....	114
Şekil 6.1.2.1.6. Hastaların Kronik Hastalık Durum Değerlendirmesine Göre Dağılımı.....	115
Şekil 6.1.2.1.7. Hastaların Yaşamının Çoğunluğunu Geçirdiği Yere Göre Dağılımı.....	116
Şekil 6.1.2.1.8. Hastaların Mesleğe Göre Dağılımı.....	117
Şekil 6.1.2.1.9. Hastaların Düzenli Olarak Doktor Kontrolüne Gitme Durumuna Göre Dağılımı.....	118
Şekil 6.1.2.1.10. Hastaların Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Başvuru Yerine Göre Dağılımı.	119
Şekil 6.1.2.1.12. Hastaların Yatarak Tedavi Görme Durumuna Göre Dağılımı.....	120

1. ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ VE HASTALARIN HASTA GÜVENLİĞİ ALGISI VE TUTUMU: EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Araştırmamızın amacı, özel eğitim araştırma hastanesi ile kamu eğitim araştırma hastanesi arasında sağlık çalışanları ve hastaların hasta güvenliğinin tıbbi hatalar ile ilgili tutum ve algılarının karşılaştırılmasıdır. Araştırmamız Sağlık Çalışanı Hasta Güvenliği ve Toplum Hasta Güvenliği Anket Formu olmak üzere iki veri toplama aracı kullanılarak çalışan ve hastalara yapılmıştır. Veriler, Nisan-Temmuz 2017 tarihinde toplanmış olup veriler IBM SPSS 25.0 programı ile %5 anlamlılık seviyesinde analiz edilmiştir. Araştırmamızda verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ki- kare testi, t testi, tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının % 60,24'ü hastaların %53,7'si kadın, çalışanların %28,1'i 33-40 hastaların %28,7'si 41-48 yaş aralığındadır. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %33,9'u hemşire %25,8'i hekim %11,5'i temizlik personellerinden oluşmaktadır. Araştırmamızdan elde edilen verilere göre sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemede etkili bulunduğu konu%97,4 ile Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması iken tıbbi hataları önlemede en az en az yüzdeye sahip soru %10,1 ile” Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi “ olarak bulunmuştur. “Hastanın, Kendisinden Hangi Doktorun Sorumlu Olduğunu Bilmesi” kamu hastanesinde 2.47, özel hastanede 2.94 ortalama ile en fazla anlamlılığa sahip olmuştur (p<0.001). Hastanelerde uygulamaların yeterliliği konusunda “Sözel Direktif Alma/verme Kriterlerinin Yazılı Olarak Belirlenmesi” kamu hastanesinde 2.15 özel hastanede 2.64 ortalama ile en fazla anlamlı farklılık bulunan soru olmuştur (p<0.001).” Hastaların %99,8 ‘i “Yazılan Reçetenin Okunaklı Olmasını” tıbbi hataları önlemede daha etkili bulurken %54,7 ile “Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması” tıbbi hataları önlemede etkili bulmamışlardır. “Hastanın, Kendisinden Hangi Doktorun Sorumlu Olduğunu Bilmesi” ise özel hastanede 2.90 kamu hastanesinde 2.12 ortalama ile en fazla anlamlı farklılık bulunan soru olmuştur (p<0.001)

Anahtar Kelimeler: akreditasyon, kalite, hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde kalite, tıbbi hata

2. ABSTRACT

PATIENT SAFETY PERCEPTION AND ATTITUDE OF HEALTH WORKERS AND PATIENTS: A CASE OF EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

The aim of this study is to compare the attitudes and perceptions of health care workers and patients' safety regarding medical errors between private education research hospital and public education research hospital. Our study was conducted with two data collection tools: Health Worker Patient Safety and Community Patient Safety Survey Form. Data were collected in April-July 2017 and analyzed by IBM SPSS 25.0 program at 5% significance level. In our study, descriptive statistics, chi-square test, t test, and one-way ANOVA were used in the analysis of the data. 60.24% of health care workers are female, 53.7% are women, 28.1% of workers are between 33-40 patients and 28.7% are between 41-48 years. 33.9% of the health workers who participated in our research consisted of nurses, 25.8% of them were doctors and 11.5% of them were cleaning personnel. According to the data obtained from our research, the issue that health workers find effective in preventing medical errors is to make sure that the same prescription drugs are given while taking the drug from the pharmacy with 97.4%. The question with the least minimum percentage in preventing medical errors is 10.1% büyük “. Esi Knowing which doctor is responsible “had the highest significance with a mean of 2.47 in public hospitals and 2.94 in private hospitals (p <0.001). Soru Determination of Verbal Direction Import / Export Criteria in Writing konusunda was the most significant difference in public hospitals with 2.64 average in 2.15 private hospitals (p <0.001). While 99.8% of the patients found ı Legibility of the Prescribed Prescription daha to be more effective in preventing medical errors, 54.7% did not find it effective to prevent medical errors by. Questioning the necessity and benefit of all examinations and procedures cak. Esi Knowing which doctor is responsible “was the most significant difference with 2.12 mean in 2.90 public hospitals in private hospital (p <0.001)

Key Words: accreditation, quality, patient safety, quality in health care, medical error

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde ve dünyada toplumun her konuda olduğu gibi sağlık hizmetleri konusunda da kaliteli hizmet beklentilerinin artması sonucunda bu beklentiye yönelik çalışmalar da artış meydana gelmiştir (1). Sağlığına kavuşmak veya rehabilite olmak için sağlık kuruluşlarına başvuran hastaları sağlığına kavuşturmaktan daha önemlisi hastaların bu süreçte önlenmesi mümkün tıbbi hatalardan kaynaklı zarar görmesini önlemektir (1).

Sağlık sektöründe tedavi ve bakım süreçleri ile ilgili yöntemler, teknikler teknolojik ve bilimsel gelişmelerle birlikte sürekli değişmekte ve gelişmektedir (2). Ancak bu süreç hasta güvenliğinin sağlanmasından bağımsız bir süreç olarak düşünülmemektedir (3).

Hastanelerin giderek modernleşmesi ile birlikte hasta sayısının giderek artması süreçleri daha karmaşık hale getirmekle birlikte birçok olumsuz sonuca neden olmaktadır (4). Enfeksiyon, yanlış işlem, dikkatsizlik gibi birçok çoğaltılabilecek örnekler ile hasta güvenliği ihlalleri hastaların fiziksel ve psikolojik olarak zarar görmesine, hastanede kalış süresinin uzamasından maddi zarara ve hatta hastaların ölmesine yol açabilecek birçok olumsuz sonuca neden olmaktadır (1).

Sağlık hizmetlerinde tedavi ve bakım kalitesinin yanında kalite ve hasta güvenliğini sağlamakta giderek önem kazanan ve üzerinde çalışılan bir konu haline gelmiştir (5). Hastaneler, hasta güvenliğine önem veren uluslararası akreditasyon kuruluşları ile akredite olarak yeni uygulamalar ile sağlık bakım kalitesini sürekli geliştirmektedir (6). Böylece tıbbi hatalara ve hasta güvenliği ihlallerine bağlı zararların önüne geçere büyük oranda azaltmayı ve hizmet kalitesini arttırmayı hedeflemektedir (7). Ancak tıbbi hataların önlenmesi için atılacak en büyük adım tüm çalışanların tıbbi hatalar konusundaki algılarının tespit edilmesidir (8). Aynı zamanda sağlığına kavuşma peşinde olan bu hastaların tıbbi hatalar konusunda eğitim durumu, yaş, dil gibi kültürel, psikolojik veya fiziksel sebeplerden dolayı kendilerini koruyamayacak durumdadır (9). Bu nedenler hasta ve hasta yakınlarının da tıbbi hatalar konusunda farkındalıklarının bilinmesi ve bu duruma göre gerekli önlemlerin alınması da hasta güvenliğini sağlamada önemli rol oynamaktadır (7).

Tüm sağlık çalışanlarına hasta güvenliğini sağlama ve tıbbi hatalar konusunda farkındalık kazandırmak için hastaneler çeşitli uygulamalar yapmaktadır(9).Ancak

temelinde yapılan tıbbi hataların bildirilmesi yer almalıdır. Yapılan hataların bildirilmesi ve kök neden analizi gibi iyileştirme çalışmaları ile olayların asıl kaynağının tespit edilerek kalıcı çözümler bulunması gerekmektedir (2). En büyük yanlışlardan biri hataların denetimler ile önlenebileceği hatta yok edilebileceği düşüncesidir (3). Graban'ın yaptığı araştırmada denetimlerin hataları tamamen önlemede aktif rol almadığı çünkü insanların başka biri tarafından denetlendiğinde nasılsa hataları başka kişilerin yakalayacağı görüşünde olduğudur (2).

Hastanelerde bir hata ile karşılaşıldığında hatanın nedeninin çalışanların dikkatsizliği ve sorumsuzluğundan kaynaklandığı hatta en tecrübesiz veya performansı düşük çalışanların bu hatalara neden olduğu düşünülmektedir (8). Oysaki birçok hata en tecrübeli asla hata yapmayacağı düşünülen çalışanlar tarafından yapılmaktadır (2). Hatalar belki tamamen önlenemez ancak hasta güvenliği uygulamalarına uyularak birçok hatanın yapılması için süreçler zorlaştırılabilir (7). Hasta güvenliğinde asıl olan kişileri suçlamak değil süreçten kaynaklı bir hata olup olmadığını, hataların kök nedenini bularak kalıcı çözümler bulmaktır (1).

Bu nedenle araştırmamız planlanırken hasta güvenliği ile ilgili algı ve tutumların özel eğitim araştırma hastanesi ve kamu eğitim ve araştırma hastanesi sağlık çalışanları tedavisinde sorumluluğu olan hastalar arasında ve hastanelerdeki meslek grupları arasında hasta güvenliği ile ilgili tutum ve algılarında bir farklılık olup olmadığı belirlemek ve hasta güvenliğini sağlamak için çeşitli tavsiyelerde bulunulması amaçlanmıştır.

Hasta güvenliği ile ilgili sağlık çalışanları ve hastaların tutum ve davranışlarını belirlemede, tıbbi hataların sebeplerinin ortaya konmasında faydalı olacağı düşünülen araştırmamız diğer araştırmalardan daha kapsamlı özel eğitim araştırma hastanesi ve kamu eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere iki hastaneden hem sağlık çalışanları hem de hastalara yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının da kendi içerisinde tıbbi hataları nasıl algıladıkları tespit edilerek hasta güvenliği üzerindeki etkisini belirleyebilmek amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kalite

Küreselleşme ile birlikte hem ulusal hem de uluslararası ticarete rekabet giderek artmaktadır. Rekabet avantajı sağlamada büyük önem taşıyan teknolojik gelişmeler yerini giderek kalite kavramına bırakmaktadır (10). Kar amaçlı kurulan işletmelerin yanı sıra kar amacı gütmeyen sivil toplum kuruluşları için de kaliteli ürünler ya da hizmetler sunmak ve mükemmelliğe ulaşmak, müşteri tatminin sağlamak işletmelerin başarıya ulaşması için kilit rol oynamaktadır (11). İşletmelerin kaliteli ürün ve hizmet üretmek ve müşteri tatminin sağlamaya yönelik bu amacı ile kalitede mükemmel bir seviyeye ulaşıp rakipleri arasından sıyrılarak rekabete yönelik bir fark oluştururlar (5).

İşletmelerin üretmiş olduğu ürün ve hizmetlerin kalitesinin aynı zamanda o ülkenin kalkınmışlık düzeyi üzerindeki etkisi nedeniyle kaliteli ürün ve hizmetler üretmek özellikle son zamanlarda işletmelerin üzerinde yoğunlaştığı bir kavram olmuştur (12).

Bu denli önemli bir unsur olan kalitenin sadece kar etmek için uygulanıp yaygınlaştırılmayacağını zaman içerisinde deneyimleyen yönetimler işletmelerin sürekliliği için kalite süreçlerinin de sürekli ve verimli olması gerektiğinin farkına varmış ve yönetim sistemlerini süreçlere uyumlaştırmak için çalışmaktadırlar (4),(5).

4.1.1. Kalite Kavramının Tanımı

Kalite kavramı, geniş çerçeveler tarafından tartışması süren kavramlar içermektedir. Kalite algısı göreceli bir kavramdır(13). Bu nedenle her kurum için ölçülmesi, derecelendirilmesi ve önemi değişiklik göstermektedir(14). Kalite kavramı genel geçer tanımlamaların dışında yer almaktadır. Bu nedenle üzerinde fikir birliği olan tek bir kalite tanımından söz etmek mümkün değildir(15). Literatür incelendiğinde kalite ile ilgili farklı birçok tanıma rastlanmaktadır(4). Kalitenin farklı tanımları olmasına rağmen bütün tanımların ortak noktası kalitenin, bir mal veya hizmetin

belirli standartlara uygun olması ve müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini karşılayabilmesi anlayışı üzerinde yoğunlaştırmaktadır (5).

Kalite kavramının belli bir tanımının olmamasının nedeni; insanların algılarına göre tanımlanan öznel bir kavram olmasından ve ürün veya hizmetten beklentilerinin ve duydukları memnuniyetin farklı olmasıdır (4). Toplumun algılarına göre değişen kalite kavramı insanların yıllar içinde beklenti ve algılarındaki değişimler nedeniyle zaman içerisinde kalitenin tanımı da farklılık göstermektedir(16). Bir ürün ya da hizmet beklentileri üzerinde ise o ürün ya da hizmet için kaliteli kavramı kullanılabilir(5). Beklentilerin karşılanmadığı durumlarda ise o ürün ya da hizmet için kalitesiz algısı oluşması olağandır (17). Yani kalite o ürün ya da hizmeti kullanan müşterilerin bakış açılarına ve isteklerine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir ve sürekli değişen bu istekleri karşılayabilir nitelikte olmalıdır(6). Bireyler için ürün ya da hizmeti kaliteli kılan soyut ve somut özellikleri olmak üzere bir veya daha fazla unsuru vardır(18). Bazı bireyler için ürün ya da hizmetin kaliteli olması için o ürünün elle tutulur gözle görülür somut yani bir takım fiziksel özellikleri olması gerekirken bazıları için ise o üründen ya da hizmetten elde ettiği fayda, tatmin etmesi gibi soyut özelliklere sahip olması gerekir(19). Bazı bireyler için kalite bu iki unsurunda aynı anda sağlanmasını gerektirir(5).

Kalite tek taraf için geçerli bir kavram değildir, hem işletmeler hem de müşteriler açısından farklı tanımları vardır ancak her iki taraf içinde çok önemlidir(20). İşletmeler hedeflerini ve stratejilerini teknik kalite kavramına uygun olacak şekilde belirlerler ve bir takım standartları karşılamaya çalışırlar(21). Müşteriler açısından bakıldığında onların algıları ve beklentilerine göre değişen kalite ürün ya da hizmetleri tercih sebepleri üzerinde etkilidir (7).

İşletme içerisinde kalite kavramının yerleşmesinden söz etmek için tüm kademelerde uygulanıyor olması gerekmektedir (22). Kalite aynı zamanda en alt kademeden en üst kademeye kadar tüm çalışanları karar verme süreçlerine dâhil eden ve çalışana değer veren bir yönetim biçimidir (8).

Imai'de, kaliteyi tanımlayan kişi sayısı ile eş olduğunu belirtmiştir (23). Kalite ile ilgili yapılan birçok tartışma sonucunda elde edilen tanımlar konusunda ortak bir anlaşmaya varılamamıştır. Bu nedenle kalite ile ilgili genel bir tanım bulunmamaktadır (9).

Tablo 4.1.1.1.Kalitenin Tanımı

Kalite, kullanıma uygunluktur	J. Juran
Kalite, bir ürünün gerekliliklere uygunluk derecesidir	P. Crosby
Kalite gereksinimleri tatmin edebilme kapasitesidir.	Deming
Kalite, doğru ürün ve hizmetin müşterilerine doğru zamanda ve doğru fiyatla ulaştırılmasıdır.	Charles A. Mills
Kalite, ürünün sevkiyattan sonra toplumda sebep olduğu minimum zarardır	G.Taguchi
Kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır.	ISO 8402
Kalite, bir mal ya da hizmetin belirli bir ihtiyacı karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan özelliklerin tümüdür	Amerikan Kalite Kontrol Derneği(AFQC)
Kalite, bir malın ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir	Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu(EOQC)
İyileştirilebilen her şeydir.	Kalite Derneği (KALDER)
Kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama yeterliliğine dayanan özellikler toplamıdır.	Türk Standartlar Enstitüsü (TSE)

4.1.2. Kalitenin Amacı

Kalite sadece bir işletmede yapılan işlerin tanımlanmasından ibaret değildir.Kalite aynı zamanda bu işlerin yapılması için geliştirilmiş olan teknikleri ve standartları analiz eden bunları değerlendirip yeniden geliştirilmesini amaçlayan bir yönetim biçimidir(13).İşletmelerin süreçlerinde gerekli olan iyileştirmeleri yapabilmeleri için mevcut kalite düzeylerinin ölçmeleri gerekir(24). Yapılan ölçümler ve analizler sonucunda hatalar ve eksiklikler analiz edilerek işletmelerin en önemli amacı olan sürekli gelişme süreci daha etkili bir şekilde gerçekleştirilir(12).

İşletmelerin en önemli amacı az girdi ile fazla çıktı sonucunda kar elde etmektir(25). En yüksek karı elde etmenin yolu ise en yüksek düzeyde kaliteye sahip olan ürün ve hizmetleri en az maliyetle üretmektir(14). Verimliliği temel alan bu yaklaşım ile işletmeler en az maliyetle ürettikleri ürün ve hizmetlerle hem kendi çıkarlarını korur hem de bu ürün ve hizmetlerin en yüksek kalitede üretilmesiyle müşteri tatminin sağlayarak gerekli olan karı elde ederler (11),(13)

Küreselleşmeyle birlikte uluslararası düzeyde tüm işletmeler arasındaki rekabet giderek artmaktadır. Sürekli artan bu rekabet ortamında sürdürülebilirliği sağlamak işletmelerin devamlılığı için kritik önem taşımaktadır (10). Maliyet, teknolojik yapı, kısa sürede üretim gibi faktörler rekabet sağlamada önemli birer unsurdur(15). Ancak işletmeler en yüksek kalite de ürün ve hizmet sunarak kalitelerini sürekli geliştirerek, müşteri istek ve beklentilerine cevap vererek rekabet üstünlüğü sağlamada başarılı olabilirler (16).

Kalite, hem hizmet hem de ticari işletmelerde bir takım üstünlükler yaratarak rekabet avantajı sağlamak dolayısıyla kar elde etme amacı güder(26). Mükemmeliyetçi işletmeler için temel dönüm noktası olan kalite kavramı işletmeler için belli bir seviyeyi yakaladıktan sonra sürekli iyileştirmeler yoluyla mevcut kalite düzeylerini en üst düzeye çıkartmakla başarıyı elde etmeyi amaçlar (15).

İşletmeler açısından kalitenin amaçlarını başlıklar halinde tanımlayacak olursak aşağıdaki gibidir (7),(10),(17);

- Kalite, bir önlemdir; önleme mekanizması görevini gören kalite ortaya çıkabilecek sorunları önceden tahmin ederek çözümler bulur böylece ürün ve hizmetin kusursuz olmasını sağlar.
- Kalite müşteri tatminidir. Kalite onu kullanan müşterinin beklentilerine göre değişmektedir bu sebeple ürün ya da hizmetin kalite olup olmadığı da o müşterinin beklentilerinin tatmin olmasına bağlıdır.

- Kalite verimliliklidir. En yüksek düzeyde kaliteyi sağlamak için aynı zamanda kullanılan kaynakların israf edilmemesi gerekir. Bunu sağlamak içinde yapılan işlerin uygun kaynaklarla konusunda uzman çalışanlar tarafından yapılmasıdır. İşletmeler üretim sırasında en az hata oranı ile ve ürün ve hizmetlerin kalitesini sürekli geliştirerek verimliliği arttırabilir.
- Kalite esnekliktir. Kalite aynı zamanda her geçen yıl değişen müşteri istek ve beklentilerini karşılamalıdır.
- Kalite bir yatırımdır. Kalite, kusursuzluk arayışına sistemli bir yaklaşımdır. İşletmelerin amacı sıfır hata ile ürün ve hizmetleri üreterek yapılan hataların sonradan düzeltilmesi maliyetinden kurtulmaktır.
- Kalite bir programa uymaktır. Kalite sistemli bir şekilde çalışmayı gerektirir. Yapılan işler önceden belirlenen bir plan çerçevesinde düzenli bir şekilde yürütülür.
- Kalite etkili olmaktır. Pratik olmayı hedefleyen kalite yapılan işlerin gerekli zamanda ve doğru bir şekilde yapılmasını gerektirir.
- Kalite bir süreçtir. Çeşitli aşamalardan oluşan kalite küçük adımlarla sürekli gelişmeyi hedefler.

4.1.3. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi

Son yıllarda giderek önem kazanan ve her alanda uygulanan kalite kavramının ortaya çıkışı çok eski zamanlara dayanmaktadır (27). Kalite ne geçmişte ne de günümüzde vazgeçilmeyen bir konu olmuş ve her geçen yıl gelişerek günümüzde işletmelerin en önemli konusu haline gelmiştir (18).

Kalite kavramıyla ilgili ilk tanımlar incelendiğinde karşımıza ilk olarak M.Ö.2150 yıllarında Hammurabi Kanunları çıkmaktadır (17). Hammurabi Kanunlarında; “Eğer bir inşaat ustası bir adama ev yapar ve yapılan ev yeterince sağlam olmayıp ev sahibinin üstüne çökerek ölümüne neden olursa o evi yapan usta ölüm cezası ile cezalandırılır” ifadesi yer almaktadır (19).

Osmanlı’da kalite ile ilgili kavrama dünyadaki ilk esnaflar birliği olan Ahilik Teşkilatı’nda rastlamak mümkündür(28). Bu teşkilattaki ustalar çalışanlarını önce

eğitir daha sonra işi yapmasını sağlar ve aynı zamanda yaptıkları işleri kontrol ederek onlara yol gösterir ve hata yapma düzeylerini en aza indirmeye çalışır(18). Bu süreç bize kalitenin PUKO döngüsünün o zamanlarda dahi kullanıldığını göstermektedir(17).

19.yy da endüstrilerin modernleşmesi ile birlikte el emeği kullanılarak yapılan üretimlerin yerini makineler almıştır(20). Modernleşmeyle birlikte üretim seviyelerinde meydana gelen artış beraberinde istatistiki kalite kontrol metotlarını getirmiştir (29). İlk defa Shewart tarafından ortaya çıkarılan ve II. Dünya savaşı yıllarında geçilen bu metotla daha önceleri yapılan bitmiş ürünlerin muayenesi yerine üretim her safhasında muayene yapılarak hatalar kontrol edilip bunların azaltılması üzerine durulmuştur (21).

Türk Standartları Enstitüsü, kalite güvencesini kalite kontrollerinden sonra gelen bir diğer aşama olarak tanımlamıştır. Kalite güvencesi ile üretimdeki aşamalar yüksek performans sağlayabilmek için belli standartlara bağlanmıştır (30). Böylelikle üretimde ortaya çıkabilecek hataların önüne geçerek maliyetlerin düşürülmesi amaçlanır (18).

Kalite güvencesi; ürün ya da hizmetin kalite için önceden belirlenen istekleri karşılaması ve tüketicilerin güvenini sağlayarak ürün ya da hizmetleri uzun süre kullanmasını sağlamaya yönelik planlı ve sistemli bir şekilde yapılan çalışmaları ifade eder (31). 1990'lı yıllardan itibaren bir kalite güvence sistemi olan ISO 9000 serisi tüm dünyada yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (18).

1990'lı yıllara gelindiğinde kalitenin tarihsel gelişiminin son aşaması olarak görülen Toplam Kalite Yönetimi, yönetimi ile ilgili çalışmalara daha önceden başlanmıştır (32). II. Dünya Savaşından sonra TKY ile ilgili çalışmalar Deming'le başlamış ve Juran, Imai, Crosby, Ishikawa gibi yazarların katkısıyla sürekli gelişerek günümüze kadar gelmiştir(22).TKY ile bir işletmede yapılan bütün işlerin müşterilerini tatminini sağlayacak şekilde tüm çalışanların katılımı ile ürün ve hizmet kalitesinin sürekli bir şekilde geliştirilmesi hedeflenmektedir(23).

Kalite geliştirme, Peters'inde dediği gibi tarih boyunca hiç durmadan sürekli gelişen ve gelişecek olan bir yaklaşımdır (7). Geçmişten günümüze kadar gelişen ve

günümüzde son halinin alan kalite kavramı gelecekte her alanda meydana gelen yenilikler ve gelişmelerin aynı sıra toplumun yapısında, düşüncelerinde ve beklentilerinde oluşacak değişiklikler yeni tanımların yapılmasına ve yeni kalite uygulamalarının ortaya çıkmasını sağlayacaktır (33). Kalite kavramındaki bu sürekli gelişmelerde kalitenin dinamik bir kavram olduğunu daha açık bir şekilde ortaya koyacaktır (19).

4.1.3. Kalitenin Unsurları

Bir mal veya hizmet için kalite kavramı birbirleriyle entegre üç unsurdan oluşmaktadır. Bunlardan ilki üretim öncesi aşamaları ifade eden tasarım kalitesidir. Bir sonraki aşama üretim sırasındaki kaliteyi ifade eden uygunluk kalitesidir (12). Kalite sadece üretimden önce ve üretim sırasında uyulması gereken unsurlardan ibaret olmayıp üretimden sonraki aşamayı ifade eden performans kalitesini de kapsamaktadır(24). Ürün ya da hizmetin kalite düzeyi bu üç unsurunda aynı anda karşılanmasına bağlıdır (34). Ürün ya da hizmetin kaliteli olarak üretilmesi tek başına bir anlam ifade etmemekte olup tam anlamıyla kaliteden bahsedebilmek için aynı zamanda müşterilerin ürün ya da hizmeti kullandıktan sonraki memnuniyet düzeyleri ve beklentilerinin de incelenmesi gerekir (5).



Şekil 4.1.4.1. Kalitenin Unsurları (34)

4.1.3.1. Tasarım Kalitesi

Aynı zamanda teknik kalite olarak bilinen tasarım kalitesi bir ürün veya hizmetin üretim sürecinde müşterinin isteklerini karşılayacak özellikte, belli teknik standartlara bağlı kalarak ve hangi unsurlardan oluşacağı belirlenerek ve üretilmesidir (35). Bir ürün ya da hizmeti üretirken uyulacak kurallar ve bağlı

kalınacak standartlar bellidir bu yüzden teknik kalite objektif bir kavram olduğu için ölçülmesi daha kolaydır (14).

Üretilecek ürün ve hizmetlerin sahip olması gereken özellikler müşterilerin beklentilerinin karşılayacak şekilde olmalıdır (36). Bu nedenle tasarım kalitesi üretimden önceki dönem olan piyasa araştırması, teknik araştırmalar ve finansal araştırmaları da kapsar (37). Hem işletme açısından üretimde verimliliği sağlayarak en önemli amacı olan kar elde edilir hem de müşteri beklentilerini karşılayacak üretimler yapılarak müşteri memnuniyeti sağlanır (5).

4.1.3.2. Uygunluk Kalitesi

Uygunluk kalitesi, tasarım kalitesinde belirtilen standartlara uygun olarak üretilen ürün ve hizmetlerin bu standartlara ne kadar uyularak üretimin yapıldığının bir göstergesidir(7). Örneğin, üretilen bir masanın boyutlarının büyük ya da küçük olması o ürünü kullanacak olan müşterinin tercihinine bağlıdır ve tasarım kalitesinin oluşturmaktadır (38). Uygunluk kalitesi ile bu masanın üretiminde kullanılan ağacının cinsi, dayanıklılığı belirlene özelliklere ne kadar uygun olarak üretildiği ifade edilir (26).

Uygunluk kalitesi ile hem işletmeler hem de onların tedarikçilerinin müşterilerinin istek ve beklentilerini ne derecede sağladığı da bilimsel bir şekilde ölçülebilir (10).

4.1.3.3. Performans Kalitesi

Performans kalitesi, ürün ya da hizmetlerin özelliklerini karşılayabilme düzeyini ifade etmektedir(7). Performans kalitesi aynı zamanda ürün ve hizmetlerin satışından sonraki dönemi ifade eden performans kalitesi müşterilerin ürün ya da hizmetten duydukları memnuniyet düzeyinin araştırılması anlamına gelmektedir (24).

İşletmelerin ürün ya da hizmeti sunduktan sonra verdikleri hizmetler, güvenilirlik, lojistik destek analizi gibi çalışmalarla müşterilerin ürün ya da hizmeti neden satın almaktan vazgeçtikleri araştırılır (40). Bu araştırma sonuçlarından elde edilen bulgularla müşterilerin memnuniyetsizlikleri öğrenilerek tasarım ve uygunluk kalitesi aşamalarıyla entegre bir şekilde çalışılarak bu hataların düzeltilmesi sağlanır (12).

4.1.4. Kalitenin Boyutları

Sübjektif bir kavram olan kalite ürün yada hizmeti kullanan müşterilerin algılarına ve deneyimlerine göre değişmekte ve tanımlanmaktadır (11). Ürün ya da hizmetin kalitesi kişiler arasında farklılık gösterse bile karşılaması gereken birtakım özellikler vardır (19). Bu özelliklere göre bireyler ürün ya da hizmetlerin kaliteli olup olmadığına karar verir (16). Bazı bireyler için bu özelliklerin hepsinin sağlanması gerekirken bazıları için ürün ya da hizmetin tek bir özelliğe sahip olması kaliteli olması için yeterli bir sebeptir(5).

Kaliteli bir ürün ya da hizmette olması gereken özellikler Garvin tarafından 8 boyutta tanımlanmıştır. Bu özellikler şu şekildedir (11),(18),(27),(28),(29);

Güvenilirlik; ürün ya da hizmetin kullanıldığı süre içerisinde, müşterilerin beklediği özellikleri uygun bir şekilde ve sürekli yerine getirmesiyle ilgili bir özelliktir(27). Örneğin bir ürünün son tüketim tarihinden önce bozulmaması müşterilerin o ürün ve hizmete olan güveninin artmasını sağlar.

Performans; bir ürün ya da hizmetten beklenen temel özelliklerin karşılanma düzeyidir. Ölçülebilirlik açısından en kolay bu boyut bir ürün ve hizmet için farklı özellikleri ifade eder(29).Örneğin bir buzdolabından beklenen performans büyüklük ve soğutma gibi özellikler iken hizmet işletmesi olan bir restorantta bekleme süresinin az olması ve personelin güler yüzlü olması örnek verilebilir (17).

Uygunluk; belirli standartlara göre üretilen ürün ya da hizmetlerin bu standartlara uygunluk düzeyidir (18).

Dayanıklılık; ürün ya da hizmetlerin kullanım süresini ifade eder. Müşterilerin beklentisi ürünlerin uzun süre boyunca kullanılamaz hale gelene kadar dayanıklı olmasıdır(27). Örneğin bir buzdolabının herhangi bir bozulma ya da hasar görmeden yeni bir buzdolabı alana kadar geçen süredir.

Estetik; müşterilerin ürün ya da hizmetten beledikleri görünüm renk, koku, tat, ambalaj gibi özelliklerdir. Bu özellikler kişilerin zevklerine ve beklentilerine göre değişen sübjektif özelliklerdir (11).

Hizmet Görme; Müşteri ilişkilerini ele alan kalitenin bu boyutu müşterilerin ürün ya da hizmetle ilgili sorunlarının hızlı bir şekilde giderilmesini ifade eder (18).

Algılanan Kalite; tamamen müşterilerin ürün ya da hizmetten ne bekledikleri ile ilgili olan öznel bir kavramdır (16). Müşterilerin beklentileri birbirinden farklı olduğu ve sürekli değişkenlik gösterdiği için ölçülmesi de oldukça zordur. Marka imajını, diğer müşterilerin satın alma kararını olumsuz etkileyebilir(11).

Diğer Özellikler; bir ürün ya da hizmetin temel özelliklerinin yanında ek olarak sunulan ve temel özellikleri destekleyen aynı zamanda o ürün ve hizmet için tercih edilebilirliği arttıran ürün ve hizmetleri ifade etmektedir (29). Örneğin bir restaurantta sunulan ikramlar ve ya bir televizyon satın alındığında yanında verilen ek hizmetler bu boyuta örnek olarak verilebilir.

Garvin'in tarafında oluşturulan bu boyutlara ek olarak zaman içerisinde güvenlik, karşılık verme ve itibar boyutları da eklenmiştir(24),(30).

Güvenlik; ürün ya da hizmetin onu kullanan müşterilere zarar vermesidir. Örneğin bir arabanın kaza anında hava yastıkları açılmazsa ölüme sebep olabilir (24).

İtibar; ürün ya da hizmet üreten işletmelerin marka değerinin ve geçmiş faaliyetlerindeki başarılarını ifade etmektedir (5).

Karşılık Verme; işletme personelinin müşterilere karşı anlayışlı ve kibar davranması ve isteklerine en kısa sürede cevap vermesi anlamına gelir (19).

4.2. Toplam Kalite Yönetimi

Kalite kavramının tarihsel gelişimindeki son aşamayı ifade eden ve kalitenin günümüzdeki halini alan Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile kalite kavramının çok geniş ve kapsayıcı bir kavram olduğu ortaya çıkmaktadır (41). TKY klasik yönetim anlayışının tam tersi insanı merkezine alan ve sürekli gelişen bir kavramdır (31). Bu yönüyle TKY kavramı aynı zamanda sürekli kalite iyileştirme kavramı ile aynı anlama gelmekte olup müşteri memnuniyetini ve katılımının yanında işletmedeki

tüm çalışanlara değer veren ve yönetim süreçlerine katılmalarına imkân sağlayan bir yönetimdir (32).

Kalite kavramının tanımında çok sık karşılaşılan ürün veya hizmetlerin belli standartlara uygun bir şekilde üretilmesi ifadesinin yanı sıra TKY'de daha çok müşteri memnuniyetinin sağlanması, çalışanları kararlara katılımının sağlanması ve ekip çalışması ve en önemlisi sürekli gelişme kavramları görülmektedir (41).

İşletmelerin uluslararası düzeyde hizmet vermeye başlamasıyla birlikte rekabet düzeyinin giderek yükselmesi işletmelerin hem yüksek kar elde edebilmesi için üretimde verimliliği yakalaması için gereklidir (42). Ayrıca müşteri tatminin sağlanması için yüksek kalitede ürün ve hizmet üretmesi ve bu ikisi arasındaki dengeyi sağlamasını zorunlu hale getirmiştir (31). Yıldız'ında dediği gibi Toplam Kalite Yönetimi en az maliyetle birlikte müşteri tatminin arttıracak en yüksek kalitede ürün ve hizmet üretmeye yönelik bir yönetim anlayışıdır (33).

Tseng ve arkadaşlarının yapmış olduğu tanımda TKY, tüm dünyada ve bütün sektörlerde yaygın olarak kullanılan bir yönetim şeklidir (44). Küresel bir kavram olan ve tüm sektörlerde başarılı bir şekilde uygulanan bu yönetim şekli başarısını tüm dünyada ispatlamıştır (34).

TKY isminden de anlaşılacağı üzere üç unsurdan meydana gelmektedir. Toplam kelimesi ile en alt kademedan en üst kademe kadar işletmedeki bütün çalışanların katılımı ile sürekli gelişmenin sağlanması anlamına gelir (35). Kalite kavramıyla ise müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının en verimli bir şekilde sağlanması ifade edilirken yönetim kavramı, kaliteye ulaşmak için yöneticilerin çalışanlara liderlik ederek bütün çalışanların yönetime katılmasını sağlamak olarak ifade edilir (36).

Farklı tanımlarla ifade edilen TKY'nin temel noktası lider konumundaki bir yönetici ile hem müşterilerin hem de çalışanların desteğiyle işletmenin kalite düzeyinin iyileştirilerek imajı güçlenir (45). Aynı zamanda dünya çapında faaliyet gösteren işletmelerde ülkelerinin temsil ettikleri için ülkelerinin kalkınmalarına destek sağlar (46).

Toplam Kalite Yönetimi anlayışını benimseyen işletmelerin ortak noktası hatalar ortaya çıkmadan önce önlemeye yönelik çalışmalar yapmaktır(36). Çünkü işletmelerde üretimin her safhasında ortaya çıkabilecek hataların önleme maliyetleri hata ortaya çıktıktan sonra düzeltmeye yönelik harcanacak çaba ve maliyetten daha azdır (47).

TKY, uzun süreli amaçları olan hem müşteri tatmini hem de çalışanların memnuniyetini hedefleyen, tüm çalışanların katılımı ile sürekli gelişmeye odaklanan bir yönetim şeklidir(37). TKY ile işletmeler hiçbir zaman mevcut kalite düzeyi ile yetinmez her zaman en iyisine ulaşmak için ürün ve hizmet kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalarda bulunur (36).

TKY, bir işletmede yapılan işlerin en verimli bir şekilde ve müşterilerin hem bugünkü hem de gelecekte ortaya çıkabilecek isteklerini belirlemek ve bunu en üst düzeyde bir kalite ile karşılamaya yönelik bir yönetim tarzıdır (4).

TKY'nin ortaya çıkmasında ve gelişmesinde en büyük katkıyı Deming, Juran ve Ishikawa sağlamıştır (48). TKY konusundaki ortak görüşleri ise işletmelerin piyasadaki mevcut durumlarını koruması ve uzun sürede yaşamlarını sürdürebilmeleri için iç ve dış müşterilerinin memnuniyetinin sağlayarak sürekli kalite geliştirme felsefesinin uygulanması gerekmektedir (38). TKY yönetiminin taraflarını bir işletmenin iletişim halinde olduğu herkes oluşturmakta olup müşteriler ve çalışanlar dışında işletmenin tedarikçileri ve rakipleri de oluşturmaktadır (49).

4.2.1. Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları

TKY'nin amacı, kalite ve verimliliği en üst düzeye çıkartmak, çalışanlarının yönetime katılımını sağlayarak, ekip çalışması anlayışını kurum felsefesi haline getirerek, çalışanlarının motivasyonlarını en üst düzeyde tutmaktır(39). TKY, çalışanları yönetmeyi değil lider bir yönetici önderliğinde işletmeyi çalışanlarla birlikte yönetmeyi hedeflemekle birlikte TKY ile ulaşılması istenen amaçlar işletmelere göre farklılık göstermektedir (31). En önemli amacı kar elde etmek olan

işletmeler TKY'ni verimliliği sağlamak için süreçlerin sürekli iyileştirilmesi yoluyla üretimde hata yapılmasını önlemek için kullanabilir (32),(34).

TKY, artan rekabet ortamında işletmelerin rakiplerinin üstünde bir performans göstermeleri ve sektörde uzun süreli faaliyet göstermelerini hedefler (31). Bu da tüm çalışanların yönetime destek olması ve ekip anlayışı içinde iş bilirliği ile çalışılması ve müşteri memnuniyetini sağlayacak çalışmalar yapılması ile mümkündür (34).

İşletmelerin standartlara uygun ve müşteri memnuniyetini sağlayacak kaliteli ürün ve hizmetler üretmesi ve bunu işletmenin çıkarlarını da koruyacak şekilde kaynak israfından uzak en verimli gerçekleştirmesi gerekmektedir (50). Çünkü işletme içerisindeki bütün çalışanların süreçlere aktif olarak katılımıyla koordineli bir yönetim sistemi oluşturulması TKY'nin en önemli amaçlarından biridir (24).

TKY'nin amaçlarıyla ilgili yer alan çeşitli tanımlar aşağıdaki gibi de sıralanabilir (21),(32),(41),(42);

- Müşterilerin hem mevcut olan hem de gelecekte ortaya çıkabilecek ihtiyaçlarını etkin bir şekilde belirleyebilmek,
- Müşterilerin istek ve ihtiyaçlarına yönelik üretim yapmak böylece müşteri memnuniyetini sağlayarak işletmeye bağlılıklarını arttırmak
- Sadece ürün ve hizmet kalitesini geliştirmekle kalmayıp işletmedeki bütün alanlarda en yüksek kaliteyi sağlamak,
- Değişiklikleri yakından takip ederek sürekli gelişimi sağlamak,
- Rekabet üstünlüğü sağlamaya yönelik stratejiler geliştirmek
- Üretimi sıfır hata ile yaparak maliyetleri en aza indirmek
- İşleri ilk defada doğru yaparak kaynak israfını önlemek ve verimliliği sağlamak
- Ekip çalışması ile bütün çalışanların katılımını sağlamak ve çalışan motivasyonunu arttırmak
- İşleri olabildiğince en kısa sürede yaparak zaman israfını önlemek

4.2.2. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri

TKY işletmeleri sürekli değişen çevresel koşullar ve teknolojik değişikliklerin yanında sürekli müşteri istek ve beklentilerindeki sürekli değişimlere cevap verebilen ve bu değişiklikleri yakından izleyen dinamik bir kuruluş olarak görmektedir (43). Bu yüzden de TKY'nin temel ilkelerinin bir işletmedeki en alt kademedan en üst kademeye kadar tüm çalışanlar ve yöneticiler tarafından aktif bir şekilde uygulanması ve işletmenin bu ilkelere sıkı sıkıya bağlı olması gerekir (38).

TKY'nin öncülerinden olan Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Ishikawa ve Imai tarafından oluşturulan dört ilke vardır (45). Bu ilkeler üst yönetimin liderliği ve sorumluluğu, müşteri odaklılık, çalışanların tam katılımı, sürekli gelişme (Kaizen)'dir (44),(46). Zaman içerisinde bu ilkelere ek olarak süreçlerle yönetim, , tedarikçilerle işbirliği ve verilere dayalı karar verme, sıfır hata, motivasyon ve sürekli eğitim ilkelerinde yer aldığı birbiriyle entegre olan ilkelere bahsedilmektedir (47). Birbirinden bağımsız düşünilemeyen bu ilkelerin hepsi birbirini tamamlamakta olup TKY'den bahsedebilmek için bu ilkelerin hepsinin aynı anda sağlanması gerekmektedir (48).

4.2.2.1. Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Odaklılık

TKY'nin odak noktası olan ve tanımlarında en sık karşılan müşteri memnuniyetini sağlamak işletmelerin en önemli amacı haline gelmiştir (51). İşletmelerin yoğun rekabet ortamında kaliteli ürünleri kendilerine en yüksek kar avantajı sağlayacak şekilde üretmesi sektörde uzun sürede varlığını sürdürmesi ve büyümesi için gerekli olan en büyük unsurdur(48),(49). İşletmelerin bu başarıyı elde etmesi de müşteri memnuniyeti ve tatminine bağlı olduğu için ürün ve hizmetlerin üretimini müşterilerin beklentisine göre yapıp satılabilen ürün ve hizmetlerin üretilmesi anlayışı oluşmuştur (52).

Müşteri memnuniyeti ve müşteri odaklılık kavramı sadece bir ürün ve hizmeti satın alan dış müşteri olarak adlandırılan müşteri kitlesinden ibaret değildir (53). İç müşteri olarak adlandırılan işletme personelinin de memnuniyetinin sağlanması TKY'nin en önemli amaçlarından biridir(26). Dış müşteri memnuniyetinin

sağlanabilmesi için ilk önce işletme çalışanlarının istek ve beklentilerinin karşılanarak işletmeye bağlılıklarının ve memnuniyetlerinin artırılması gerekir (45). Böylece işletme içerisindeki tüm süreçlerin verimli ve etkili bir şekilde yürütülmesiyle en yüksek kalitede ürün ve hizmet grupları ortaya çıkar (48).

4.2.2.2. Üst Yönetimin Desteği ve Liderlik

İşletmenin her türlü faaliyetine katılan destekleyen ve çalışanlarına liderlik yapan bir yönetici TKY'nin işletmede başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlar (55). Çalışanları yönetmek yerine onlara yol gösteren değer veren bir yönetici işletmelerde kalite ve verimliliğin artmasını sağlar (29). Yöneticiler sadece müşterilerin beklentilerini karşılamaktan sorumlu değildir aynı zamanda iç müşterileri olarak da adlandırılan çalışanlarının da beklentilerini karşılamak zorundadırlar (51). Çalışanlarının ne istediğini bilen, onları dinleyen, anlayan, sorunlarına çözüm bulan bir yönetici üretimde yapılan hatalarında önüne geçmektedir (49). Çalışanlarını gelişimine önem veren biri sadece yönetici değil aynı zamanda iyi bir liderdir ve böyle bir liderde süreçlerdeki aksaklıkları görebilen ve en hızlı şekilde çözümler üreterek TKY uygulamalarının başarısını artırarak ürün ve hizmet kalitesinin sürekli artmasına yardımcı olur (49).

4.2.2.3. Çalışanların Katılımı

Çalışanların katılımı, işletmeyi çalışanlarla birlikte yönetmek onlara sorumluluk vermek anlamına gelir (37). Çalışanların düşünceleri, fikirleri, önerilerinin dikkate alınması sadece TKY'nin başarısı için değil aynı zamanda çalışanların motivasyonu için çok önemlidir (46). Çalışanlar kendilerine verilen bu değer ve sorumluluk bilinci doğrultusunda kendilerinin sürekli geliştirmeye, yeni bir şeyler öğrenmeye odaklanırlar (52).

Ekip çalışması anlayışının hâkim olduğu TKY ile çalışanların aktif olarak kararlara katılması, görüşlerinin alınması ile bireysel gelişimleri açısından katkı sağlar (49). İşletme açısından ise farklı görüşlerin ortaya çıkması ile işletmenin başarısı için çözüm önerilerinin geliştirilir ve sürekli kalite geliştirme için de yeni fikirler ortaya çıkar (51).

TKY çalışmalarındaki en önemli unsur üst yönetimin çalışanlarına liderlik etmesi ve yapılan işlerin ekip çalışması anlayışı ile yapılmasıdır (56). Yöneticilerin iş yükünü azaltarak kalite ve verimliliğin en üst düzeyde sağlanması için işletmedeki en alt kademeler dâhil tüm çalışanların karar verme süreçlerine katılımının sağlanması gerekir (53).

4.2.2.4. Sürekli Gelişme (Kaizen)

Japonya'da geliştirilen ve ilk olarak Imai tarafından ortaya atılan bir görüş olan Kaizen ,’’Kai’’ değişim ve ‘’Zen’’ daha iyi anlamına gelen kelimelerin birleşimi ile ortaya çıkan, küçük adımlarla ileriye doğru sürekli bir şekilde daha iyi değişim anlamına gelmektedir(11). Süreç odaklı bir yaklaşım olan Kaizen süreçlerdeki hataları kısa sürede ve geçici yöntemlerle ortadan kaldırmayı değil belki uzun zaman alan ama sonunda hatayı tamamen ortadan kaldıran küçük adımlarla ve kalıcı yöntemler ile çözerek süreçlerin sürekli iyileştirilmesini amaçlar (54).

TKY faaliyetlerinin temel odak noktası olan sürekli gelişme işletmelerin ileriye yönelik sürekli yenilikler yapması anlamına gelir (57). İşletmelerin sürekli gelişme sağlayabilmesi için dinamik bir yapıya sahip olması, hem kendi faaliyet gösterdiği sektör hem de diğer sektörlerdeki ulusal ve uluslararası değişiklik ve yenilikleri takip ederek uygulaması gerekmektedir (52).

Sürekli gelişmenin amacı işletmelerde belli bir kalite düzeyinin yakalanması ve bu düzeyin korunması değil aynı zamanda mükemmelliği arayan sürekli gelişme hep mevcut olan düzeyden daha da ileriye gitme, en iyisi olma peşindedir (45).

4.2.2.5. Süreç Yönetimi

Süreç kavramı bir işletmenin faaliyetlerinin çıktısı olan mal ve hizmetlerin üretilmesi, tedarikçilere dağıtılması ve müşterilere sunulması gibi her bir aşamayı ifade eden bir kavramdır (58). Süreç yönetimi ise işletmenin her aşamadaki belirlediği hedeflere ulaşip ulaşmadığının kontrol edilmesidir (51). İşletmenin süreçlerde ulaşmak istediği hedefler ürün ve hizmetlerin ilk seferde hatasız üretilmesi

olabileceği gibi bu ürün ve hizmetlerin müşterilere doğru zamanda ve doğru şekilde ulaştırılması ve müşteri memnuniyetinin sağlanması da olabilir (54).

Süreç yönetimi, işletmede yapılan faaliyetlerin bir takım süreçlere bağlanması ve bu süreçlerin etkin bir şekilde yönetilmesi anlamına gelir (59). Süreçlerle yönetimin başarısı, önceden belirlenmiş olan bu süreçlerin sürekli iyileştirilmesi, sürekli kontrol edilmesi ve etkinliklerinin ölçülmesi ile sağlanır (55). Böylelikle işletmeler en doğru verilerle hem hedeflediği sonuçlara ulaşır hem de elde ettiği sonuçlarda tutarlılık sağlar (54).

İşletmelerin etkin bir şekilde yönetilmesi, bütün faaliyetlerinin sonuçlarının ölçülmesi ve bu sonuçların değerlendirilmesine bağlıdır (61). Süreçlerin ölçülebilmesi için işletmenin belli kriterlerin, amaçların ve standartlarının olması gerekir(56). Elde edilen sonuçlarla hem işletmenin mevcut durumu hem de işletmenin önceden belirlediği hedeflerine ulaşıp ulaşmadığı ve eksik kaldığı noktaları tespit edilerek kalitenin iyileştirilmesi sağlanır (18).

4.2.2.6. Tedarikçilerle İşbirliği

İşletmelerin kaliteli ürün ve hizmetler üretmesi tedarikçilerinden temin ettikleri hammadde, mamul, yarı mamul gibi ürünlerin kalitesine bağlıdır (47). Bu yüzden işletmeler tedarikçilerini seçerken teknolojik yapıları, ürün ya da hizmetlerin kalitesi, zamanında teslim oranları gibi unsurlarını değerlendirmek ve tedarikçilerini seçtikten sonra sürekli olarak denetlemeleri gerekmektedir (57).

Tedarikçilerinden en az maliyet ile en kaliteli ürün ve hizmeti alma peşinde olan işletmeler için ürün ya da hizmeti sattıkları müşteriler kadar o ürün ya da hizmetin üretilmesi için gerekli olan tedarikçilerle olan ilişkileri de son derece önemlidir (62). Aynı zamanda işletmeler de tedarikçilerini memnun etmek ve onların beklentilerini sağlamak zorundadır (57). TKY'nin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için her iki tarafta işbirliği içinde ve birbirleriyle entegre bir şekilde çalışmalıdır (56).

4.2.2.7. Verilere Dayalı Karar Verme

İşletmelerde yapılan faaliyetlerin başarısı, üretimde yapılan hatalar, çalışanların performansı, ürünlerin üretildiği süre gibi birçok veri sistemli güvenli bir şekilde kayıt altına alınmalıdır (58). Yöneticilerinde birtakım karar alabilmesi için de bu sayısal verilere ihtiyacı vardır (63). Karşılaştırmalı bir veri tabanı imkânı veren bu sistem ile yöneticiler bu sistemdeki doğru verileri analiz edip değerlendirerek hem işletmenin mevcut performansını değerlendirir hem geçmişteki verilerle karşılaştırır (64). Ayrıca işletmenin geleceğine yönelik birtakım çalışmalar yapıp kararlar alabilir (55).

Karar Destek Sistemleri bir bilgi sistemi olup her bir sorun veya karar verilmesi gereken bir sorun için çözüm önerilerinin formül haline getirerek bilgisayar tarafından bu çözüm önerileri değerlendirilip karşılaştırılarak karar vericilere sunulur (58). Karar destek sistemleri sayesinde çözüm önerileri arasından en uygun çözüm önerisi tercih edilerek işletmelerde kararlar hızlı ve doğru veriler ile işletmenin karlılığını ve kalite düzeyini arttıracak şekilde verilir (59).

Sağlık sektöründe sıkça kullanılan Klinik Karar Destek Sistemleri de uzmanların veriler doğrultusunda karar vermelerine yardımcı olmaktadır (65). Klinik karar destek sistemleri, hastayla gerekli tüm tıbbi bilgilerin hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli tarafından kaydedildiği ve hastalığın teşhis ve tedavisinde gerekli kararların verilmesinde hekimlere destek sağlayan bir bilgisayar programıdır (60). Bu programlardaki bilgilerin güvenilirliği sayesinde hastalar doğru verilerle doğru bir şekilde değerlendirilerek doğru teşhisin konulması ve uygun tedavilerin yapılmasında büyük destek sağlar (59).

4.2.2.8. Sıfır Hata

Kalite kavramının gelişimi aşamalarında kalite kontrol ve muayene yöntemleri ile hataların ortaya çıkmaması veya en az zararı verecek şekilde önlenmesine yönelik çalışılmakta idi (66). Kalitenin son aşaması olan ancak kaliteyi sürekli geliştirmeye odaklanan TKY'de bu anlayış yerini ürün ve hizmetlerin sıfır hata ile üretilmesi anlayışına bırakmıştır (61).

Ürün ve hizmetleri ilk defada doğru bir şekilde üretmek anlamına da gelen sıfır hata, sadece ürün ve hizmetin hatasız olarak ortaya çıkmasını değil üretim sürecindeki aşamalarda ortaya çıkabilecek hataların önlenmesini hedefler (59). İşletmelere süreçlerde yapılacak hataları yok edilmesi ile kaynak israfını önlemiş olur (67). Çünkü bir hata ortaya çıktıktan sonra onu düzeltmeye harcayacakları kaynağı süreçleri iyileştirmeye harcayarak hatanın oluşması önlenir. En az maliyet ve en yüksek verimlilikle üretilen ürün ve hizmetler işletmelerin karlılığına büyük katkı sağlar (58).

İşletmelerde sıfır hatanın sağlanması için üretim sürecindeki her aşama bir süreç olarak belirlenmelidir (68). Hatasız üretim için bu süreçlerin sürekli iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için tüm süreçler işletmenin amaç ve hedeflerine uygun bir şekilde hazırlanmalıdır(49). Hataları önlemek için hazırlanan planlarda çalışanların görüşleri ve fikirleri büyük önem taşıdığı için sıfır hatayı sağlamada en büyük role sahip olan çalışanların motivasyonu üst yönetim tarafından sağlanmalı aynı zamanda hataları önleme konusunda çalışanlara gerekli eğitim programları düzenlenmelidir (49),(51).

4.2.2.9. Motivasyon

TKY'nin başarısı süreçleri iyileştiren, hataları tespit eden ve yine bu hataların önlenmesini sağlayan çalışanların motivasyonu ile daha etkili bir şekilde sağlanmaktadır (69). Her çalışan için farklı şekillerde sağlanan motivasyon kavramı Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi piramidinde yer alan basamaklardan çalışanın ihtiyaçları, hedefi ve isteğine göre motive olma şekli de değişecektir (62). Maslow'un yapmış olduğu tanıma göre motivasyon, kişiden kişiye değişen bir durum olduğu için bir insanın motivasyonunu sağlayan olaylar başa bir insanı motive etmede etkili olmayabilir (62).

Birçok tanımda da yer aldığı gibi motivasyon, insanları belli bir amaç doğrultusunda kendi istek ve ihtiyaçlarının gerçekleştirecek şekilde davranmaları ve bu isteklerinin gerçekleştirmek için harcadıkları çabaların toplamı ve sürekliliğidir (63).Yapılan tanımlardan da çıkarılabileceği üzere kişilerin davranışları istek ve beklentileri doğrultusunda şekillenmektedir. İşletmelerde yapılan faaliyetlerin başarılı olabilmesi

için çalışanlar işletmenin amaçlarını kendi amaçları gibi benimsemesi bu amaçları gerçekleştirmeye yönelik davranışlar sergilemesi gerekmektedir (70). Bunun yanında çalışanların kişisel ihtiyaçlarında gerçekleştirilmesi motivasyonlarını arttıracak ve dolayısıyla işletme başarısını önemli ölçüde etkileyeceği için yöneticiler tarafından çalışanların kişisel ihtiyaçları tanınmalı ve gerçekleştirilmesine olanak sağlanmalıdır (64).

4.2.2.10. Çalışanların Sürekli Eğitimi

TKY'nin en önemli amaçlarında biri olan sürekli gelişmenin sağlanabilmesi ve kalite düzeyinin yükseltilmesi için çalışanların da sürekli geliştirilmesi ve yenilikler doğrultusunda kendilerini geliştirebilmeleri ve eğitim seviyelerinin yükseltmeye yönelik sürekli eğitim programları oluşturulmalıdır (65).

Çalışanların eğitim programları yöneticileri tarafından ihtiyaçları ve çalıştıkları pozisyon göz önünde bulundurularak hazırlanır (71). Her görev ve pozisyona göre değişen eğitim konuları çalışanların kolay anlayabileceği ve mesleki yeterliliklerini arttıracak düzeyde olmalıdır (49). Bu eğitimler sadece mesleki yeterlilikle ilgili eğitimlerle sınırlı kalmayıp tüm çalışanlar için geçerli olan sosyal konular, yaşam kalitesinin arttırmaya yönelik ya da çalışanlara ekip çalışmasının ve motivasyonun önemini anlatmaya yönelik eğitimler olarak ta düzenlenmelidir (49),(50).

4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon

Bir ülkenin kalkınmışlık düzeyini en iyi o ülkenin sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi gösterir (72). Bunu sağlayabilmek içinde sağlık hizmetlerinin kalitesinin çok iyi olması gerekir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın da ana hedeflerinden biri olan sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli geliştirilmesi bu konunun önemini artırır (18).

Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojilerin giderek yaygınlaşması ve gelişmesiyle birlikte tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de rekabeti giderek arttırmaktadır (73). Nüfusun artması ve hastalık türlerinde değişikliklerin meydana gelmesiyle birlikte sağlık hizmetlerine olan talepte artmıştır (7). Hayran'ın;

teknolojinin yaygın olarak kullanılmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığı artmış, toplum bilinçlenmiş ve ne istediğini bilir hale gelmiştir tanımlamasıyla sağlık okuryazarlığının giderek artan önemine vurgu yapmaktadır (66). Sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen tüm faktörler sağlık hizmeti veren kurumların daha sistemli bir şekilde çalışarak sağlık hizmetlerinin kalitesini sürekli arttırmalarını gerektirir (7).

Dünya Sağlık Örgütü, 1948 yılında sağlığı sadece sakatlık ve hastalığın olmaması değil bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (7). Sağlık hizmeti veren kuruluşlar hem koruyucu hem tedavi edici hem de rehabilitasyon hizmetleri verdikleri için karmaşık bir yapıya sahiptir (74). Böyle bir yapıya sahip olan sağlık hizmetlerinde yapılan hatalar insan hayatında geri dönüşü olmayan sonuçlara yol açabilir (11). Sağlık hizmetlerinde yapılan hataların telafisi olmadığı için sağlık hizmetleri kalitesinden de ödün vermek mümkün değildir (7).

Toplumun sağlık kuruluşlarından en büyük beklentisi yapılan tedavilerin sağlık durumunda iyileşme sağlaması iken artık bunun yanında sunulan sağlık hizmetlerinin en yüksek kalite de olmasını da istemektedir (67). Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak için kaynakları verimli bir şekilde kullanarak, hakkaniyeti göz ardı etmeden etkili bir sağlık hizmeti sunmak ve hasta ve hasta yakınlarının hem hizmet sunumu sırasında hem de sonrasında istek ve beklentilerini karşılayarak memnuniyetlerinin en üst düzeyde tutulması gerekmektedir (68). Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar en yüksek düzeyde kaliteye sahip olabilmek için bu beklentilerin üstünde hizmet sunmayı isterler (75). Hem ülkemizde hem de dünyada yaygın bir şekilde kullanılan akreditasyon sağlık hizmetlerinin kalitesinde sürekli gelişmeyi sağlayan en etkili yoldur (69).

Son yıllarda ülkemizde ve dünyada hastaların ve hasta yakınlarının kaliteli sağlık hizmeti beklentilerinin artması sonucunda bu beklentiye yönelik çalışmalar da artış meydana gelmişti (70). Sağlık kuruluşları için akreditasyon hem verdikleri hizmetlerin yeterlilik ve güvenilirliğini göstermek hem kendilerini geliştirmek hem de ulusal ve uluslararası düzeyde saygınlık kazanarak diğer sağlık kuruluşlarına fark yaratmak için oldukça önemlidir (19). Bununla birlikte sağlık kuruluşlarının sadece ulusal değil uluslararası bir kuruluş tarafından da değerlendirilerek uluslararası bir akreditasyon belgesine sahip olması büyük önem taşımaktadır (71).

4.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi Kavramı

Sağlık kavramının algılanışı yıllara ve kişilere göre değişkenlik gösteren çok boyutlu bir kavramdır (76). Geçmiş yıllarda insanlar sağlığı sadece hastalığın meydana gelmemesi ve bir sakatlık durumunun olmayışı olarak algılamakta idi (71). Zaman içerisinde meydana gelen sosyal ve kültürel değişiklikler, ekonomik değişikliklerle birlikte hayat standartlarının değişmesi ve teknolojik yenilikler sayesinde insanların giderek bilinçlenmesi sağlık kavramına olan bakış açılarını da değiştirmiştir (77). Günümüzde sağlık kavramını en iyi DSÖ'nün yapmış olduğu tanım açıklamaktadır (14). Bu tanıma göre sağlık, eskiden olduğu gibi sadece hastalık durumunun olmayışı değil insanların bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan da kendilerinin iyi hissetmeleridir (72). Aynı zamanda insan hakları arasında en önemli haklardan biri olan sağlık hakkı beraberinde insanların sağlıklarına kavuşmak için en iyi sağlık hizmetlerinde yararlanma hakkını da doğurmaktadır (73). Sağlık hizmetleri, tüm toplumun sağlık düzeyini en üst düzeye çıkartmak için hastalıklarının teşhisi ve tedavisinin sağlanması hastalıklar ortaya çıkmadan önce önlemeye yönelik koruyucu hizmetlerin verilmesi, tedavisi tam olarak sağlanamayan ve sakatlık durumu olan hastalara tedavilerinin yanında yaşam kalitelerinin artırılması için verilen rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanmasına yönelik çalışmalardır (73),(74). DSÖ ise sağlık hizmetlerini sağlık kuruluşların da çeşitli sağlık personelleri tarafından insanların değişen ihtiyaçlarını ve isteklerini gerçekleştirmek ve koruyucu ve tedavi edici hizmetler vermek için örgütlenmiş sistem olarak tanımlamaktadır (38),(75).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli konulardan biri o ülkenin sağlık düzeyinin göstergesidir (78). Mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olması o ülkenin sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmediğinin önemli bir göstergesidir (12). Yine sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların temel sebebinin sağlıklarına kavuşmak olduğu düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinin her aşamasında verilen hizmetlerin en üst düzeyde ve sürekli bir şekilde sağlanması gerekmektedir (76).

Son derece önemli bir kavram olan sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık kuruluşlarının karmaşık bir yapıya sahip olması, sağlık hizmetlerinin çok boyutlu bir kavram olması ve birçok disiplini bir arada barındırması gibi sebeplerden dolayı hem tanımlanması hem de ölçülmesi oldukça zordur (14).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımlanabilmesi için teknik kalite ve sanat kalitesi olmak üzere iki yönü bulunmaktadır (77). Vincent K. Omachonu tarafından ortaya atılan bu yaklaşım ile kalite teknik ve sanatsal kalite olarak tanımlanmakta ve bu iki kavramın birleşimi ile sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ortaya çıkmaktadır (14). Hastaların teşhis ve tedavisinin uluslararası kabul görmüş bilimsel standartlara göre yapılması kalitenin teknik yönünü ifade etmektedir (71). Sağlık hizmetlerinde kalitenin sanatsal yönü bir başka deyişle fonksiyonel yönü, sağlık personelinin davranışı, sağlık kuruluşlarına ve sağlık hizmetine erişim gibi hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinden istek ve beklentilerinin karşılanması, yani algılanan kalite olarak tanımlanır (78). Sağlık hizmetleri kalitesinin düzeyini birbirinden ayrı olarak düşünilemeyen bu iki tanım belirlemektedir (79). Donedebian ise sağlık hizmetlerinde kalitenin teknik yönüne ek olarak kişilerarası ilişkiler ve sağlık kuruluşunun konforu ve rahatlığı boyutunu ele almıştır (80). Kişilerarası ilişkiler boyutu, sağlık hizmetini sunan ve hastalarla iletişim halinde bulunan personelinin hastalar karşı nazik, ilgili ve dikkatli bir iletişim kurması ve hizmet sürecine dâhil etmesidir (81). Bu özelliği ile sağlık hizmetlerinin teknik yönünün etkili bir şekilde uygulanmasını belirleyen bir süreçtir (80). Sağlık kuruluşunun konforu ve rahatlığı ise hastaların rahat, sessiz, mahremiyet açısından kendilerinin rahat hissettikleri bir ortamda hizmet almalarını ifade etmektedir (82).

Sağlık sektöründe sürekli meydana gelen gelişmeler, teknolojinin gelişmesi ve birlikte hastalıkların tedavi olanaklarının artması hastaların sağlık hizmetlerinden beklentileri de arttırmaktadır (83). Ancak sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisinin varlığı nedeniyle hasta ve hasta yakınları sağlık hizmetlerinin teknik boyutu üzerinde fazla bir değerlendirmede bulunamaz (84). Sağlık hizmetlerinin kalitesini genellikle sanatsal kalite, sağlık personelinin iletişimi, sağlık kuruluşunun fiziksel ortamı gibi özellikler üzerinden değerlendirerek aldıkları hizmetin kaliteli olup olmaması yargısında bulunabilir (80).

Sağlık hizmetlerinde kalite, hastaların beklentileri ve ihtiyaçları ihmal edilmeden bütün dünya da geçerliliği olan standartlar çerçevesinde hastalara doğru teşhisin konulması ve uygun tedavinin yapılmasıdır (85).

DSÖ'nün yapmış olduğu bir tanımda sağlık hizmetlerinde kalite; en üst düzey koşulları karşılayarak, kaynak israfı yapmadan, kaynakları hakkaniyete uygun bir şekilde sağlık hizmetinden yararlanmaya en çok ihtiyacı olan kişilere vermesi bunu da en etkili ve güvenilir yollarla yapmasıdır (83). Yine bazı yazarlarda sağlık hizmetlerinde kaliteyi diğer tanımlamaların dışında kaynak kullanımı yönünden ele alıp şu şekilde tanımlamıştır; sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet sunumunun her aşamasında kullanılan kaynakların verimlilik ve hakkaniyet ilkesi göz önüne alınarak tüm süreçler arasında dağıtılması ve kullanımı, sonrasında ise memnuniyetin en yüksek düzeyde sağlanmasıdır (84).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin çeşitli tanımları aşağıdaki tabloda yer almaktadır (7),(53),(79),(85),(86),(87);

Tablo 4.3.1.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları;

Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO)	O gün için geçerli bilgiler ışığında, sağlık hizmetlerinin arzu edilen sonuçları elde etme ihtimalini yükselttiği ve istenmeyen sonuçların ihtimalini düşürdüğü seviyedir
Birleşik Devletler TıpEnstitüsü	Birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin arzulanan sağlık çıktılarına ulaşma ihtimalini artırma ve günün profesyonel bilgi birikimi ile tutarlı olma derecesidir.
T.C. Sağlık Bakanlığı	En iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla, ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği ve memnuniyetinden ödün vermeden, yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından, doğru uygulamalarla, doğru zamanda eşit hizmetin sağlanmasıdır.
Donabedian	Sağlık hizmetleri kalitesi ya da tıbbi bakım kalitesi, sağlık hizmeti sunumu süresinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı neticesinde varılan maksimum bir iyileşme beklentisidir.

Overveit	Sağlık hizmetlerinde kalite, üst otoriteler ve sağlık hizmetini satın alanlar tarafından konulan kurallar ve sınırlar içinde, ihtiyaç duyulan hizmetlerin kuruluşa en düşük Maliyetle ve tamamıyla karşılanmasıdır
----------	--

Sağlık kuruluşlarının sayısının her geçen gün artmasıyla birlikte birbirinden farklı özellikte hizmetler vermeye başlayan sağlık kuruluşları arasındaki rekabet ortamı giderek artmaktadır (85). Teknolojinin en üst düzeyde kullanılmasıyla birlikte hastalıkların teşhis ve tedavisinde sürekli yeni gelişmelerin yaşanması hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini sürekli yükseltmektedir (88). Bu sebepler beraberinde sağlık hizmetlerinde TKY'nin uygulanarak kalitenin sürekli iyileştirilmesini zorunlu kılmaktadır (18).

Sağlık hizmetlerinde TKY, kalitenin sürekli iyileştirilmesi için sağlık kuruluşundaki tüm süreçleri kalite bilincine sahip olan çalışanların katılımıyla izleyen ve değerlendiren bir yönetim şeklidir (85).

Çoruh'un da dediği gibi sağlık hizmetlerinde TKY, hizmetlerin fayda-maliyet analizlerini de göz önünde tutarak sağlık kuruluşunun önceden belirlediği amaç ve hedeflerine uygun olarak verilen sağlık hizmetlerinde var olan sorunları tespit edip bu sorunlara çözüm arayan bir felsefedir (88).

Sağlık hizmetlerinde TKY başarılı olabilmesi için üst yönetimin çalışanların desteği ile belirlediği standart ve kriterlere üst yöneticiler dâhil tüm çalışanların uyması ve kendileri için tanımlanmış görevleri yerine getirmesi gerekir (89).

Sağlık sektörü, teşhis ve tedavide kullanılan teknolojik donanımların, makinelerin, ilaç maliyetlerinin yüksek olduğu bir sektördür (90). Sağlık kuruluşları istedikleri karı elde edebilmek için bu maliyetleri düşürmek ister (91). Ancak maliyetleri düşürmek isterken sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün verilebilir (89). Bunun önüne geçmek için TKY'nin sıfır hata ilkesi ile süreçlerde yapılan hatalar tekrarlanan hizmetler ortadan kalkar hem kaynak israfının önüne geçilerek maliyetler düşer hem de kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmuş olur (90). Sağlık kuruluşları hasta tatmini ve

memnuniyetini sağlamak için bazı hizmetlerde o konuda uzman olan işletmelerden dış kaynak kullanarak maliyetlerini azaltır (91). Böylece kaynaklarını asıl işi olan tıbbi hizmetler için kullanarak alanında en iyisi olmak ve hastaların memnuniyetlerini artırmak için çalışmalar yapar (92).

4.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin kalitesi hasta ve hasta yakınlarının istek ve beklentileri çerçevesinde şekillenen aynı zamanda her hastanın deneyimi ve isteklerinin farklı olması nedeniyle farklı şekillerde algılanan dinamik bir kavramdır (19). Hasta ve hasta yakınları sağlık hizmetlerinin kalitesini kendilerine sunulan tedavi edici veya koruyucu sağlık hizmetlerinin bir iyileşme meydana getirip getirmemesiyle, bu tedavilerin etkili olup olmaması, zamanında yapılıp yapılmaması gibi birçok unsur ile tedavinin kalitesini değerlendirirler (90). Ancak toplumun giderek bilinçlenmesi, kültürel, ekonomik ve teknolojik yapıda meydana gelen radikal değişimlerle birlikte sadece verilen hizmetin hastada bir iyileşme meydana getirmesi sağlık hizmetlerinin kaliteli olarak değerlendirilmesi için yeterli bir ölçüt değildir (14). Sağlık kuruluşlarının fiziki yapısı, konforu, çalışanların kendilerine olan davranışı gibi birtakım kriterlerde sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen ve hastaların algılarına ve beklentilerine göre değişen önemli bir ölçüttür (80),(92).

Sağlık hizmetlerinde kalite düzeyini belirleyen birtakım özellikler vardır. Bu özellikler aşağıdaki gibi açıklanabilir (14),(80);

Etkenlik (Efficacy); Mevcut imkânlar çerçevesinde bilimsel geçerliliği olan bilgi ve teknolojiler kullanılarak hastaların sağlığında en kısa sürede ve en iyi düzeyde iyileşmeler sağlamaktır (14).

Etkililik (Effectiveness); Kullanılan kaynakların en etkili şekilde kullanılarak hastaya verilen sağlık hizmetlerinin hastanın sağlık durumunda yaptığı olumlu değişikliklerdir(14). Bazen ideal olan sağlık hizmetinin bütün özellikleri iyi olsa bile hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmamışsa kaliteli bir sağlık hizmeti olduğu söylenemez. Kısacası sağlık hizmetlerin de kalitenin etkili olabilmesi için hastanın durumunda olumlu değişiklikler yapması gerekir(93).

Verimlilik (Efficiency); Hastaya verilen sağlık hizmetlerinde en etkili olan yöntemin en az maliyetle üretilmesidir. Hastaya gereksiz işlemler yapılmadan en uygun tedavi yöntemi uygulanarak kaynak israfı önlenmiş olur (80). Böylece hem hastanenin kaynaklarını tekrar kullanmasının önüne geçirilir hem de hastalara aynı işlemi tekrar uygulama masraflarından kaçınılır.

Optimallik(Optimality); Hastaların sadece tıbbi açıdan değil sosyal ve ruhsal açıdan da iyi olmaları göz ardı edilmeden verilen sağlık hizmetlerinin en az maliyetle ve en fazla yararı göstermesiyle optimum denge sağlanır (94).

Kabul Edilebilirlik (Acceptability); Hastalara verilen sağlık hizmetleri hem konum olarak hastaların kolay ulaşabildiği ve fiziksel açıdan kendilerini güvende hissettiği hem de maddi açıdan kolay ulaşılabilir olması gerekir (14). Sağlık personeli de hastalara ve hasta yakınlarına değer vererek, onların istek ve beklentilerini karşılayarak verilen sağlık hizmetini kabul edilebilir olmasını sağlar.

Güvenli; Sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamda hasta ve hasta yakınlarına aynı zamanda çalışanlara zarar verebilecek her türlü risk ve tehlikelerin ortadan kaldırılarak sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasıdır (95).

Yasallık (Legitimacy); Sağlık hizmetlerinin toplum tarafından kabul edilebilmesi için sosyal tercihlerine uygun olması gerekir (80).

Hakkaniyet; Hastalar arasında hiçbir ayırım gözetmeksizin sağlık hizmetlerinin verilmesi ve hastaların bu hizmetten elde ettikleri faydanın eşit olmasıdır (96).

Süreklilik; Hastalara verilen sağlık hizmetinin her bakımdan devamlılık arz etmesidir. Hastanın bir sağlık kuruluşunda kayıtlı olan bilgilerine düzenli bir şekilde başka bir sağlık kuruluşundan da ulaşılabilmesidir (12).

Erişilebilirlik; Sağlık hizmetlerinin coğrafi açıdan ulaşım engelini olmadığı hastaların bekleme açısından sorun yaşamadığı bir ortamda verilmesidir (14).

Katılımcılık; Hasta odaklı bakım anlayışının hâkim olduğu sağlık hizmetlerinde hastaların bakımıyla ilgili tüm süreçler hakkında bilgilendirilip verilen sağlık hizmetlerine etkin katılımının sağlanmasıdır (80).

Tam Zamanında Hizmet Sunumu; verilen sağlık hizmetlerinin erken teşhis ile tedavinin tam zamanında uygulanması bu süreçlerde gecikmelerin yaşanmamasıdır (97).

4.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Sağlık Hizmetleri kalitesinde olması gereken boyutlar ile ilgili ilk çalışmalara Ovretveit tarafından başlanmıştır (98). Ovretveit'in yapmış olduğu ve birçok uzmanında geliştirdiği bu ayırım ile sağlık hizmetleri kalitesinin çok boyutlu olduğu ve tüm paydaşlar için ayrı tanımlarının olduğu görülmektedir (99). Bu boyutlar; müşteri kalitesi, profesyonel kalite ve yönetim kalitesi olmak üzere üç boyutta toplanmakta olup şu şekilde tanımlanabilir (7);

4.3.3.1. Müşteri Kalitesi

Sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının verilen sağlık hizmetlerinden istek ve beklentilerinin karşılanmasına yönelik düşünceleridir (80). Hastaların sağlık hizmeti almadan önceki beklentileri ve hizmet aldıktan sonraki tatmin düzeyi sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen önemli bir göstergedir (53). Sunulan sağlık hizmetlerinin sadece tıbbi gerekliliklere uygun olarak sunulması yeterli değildir aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarının inanç tutum ve değerlerine uygun olması onların beklentilerini karşılaması gerekir (97).

4.3.3.2. Profesyonel Kalite

Sağlık hizmetini sunan, kendi alanında uzmanlaşmış profesyonellerin güncel olan birtakım bilimsel teknikler ve bilgiler kullanarak hastalara hizmet vermesi ve bu hizmetlerin doğru bir şekilde uygulanıp uygulanmadığının ve istenilen sonuçları sağlayıp sağlamadığının değerlendirilmesidir (80). Profesyonel kalite aynı zamanda

sağlık hizmetlerini sunan profesyonellerin mesleki bilgi ve becerilerinin yeterliliği ve değişen ihtiyaçlara ve gelişen koşullara sürekli uyum sağlamak, kendilerini geliştirmeleri ve değişime ayak uydurmaları anlamına gelir (100). Sağlık hizmeti uygulayıcılarının aynı zamanda hastalara en uygun tedavi yöntemlerini en etkili şekilde uygulamaları da profesyonel kalitenin bir göstergesidir (98).

4.3.3.3. Yönetim Kalitesi

Hastalara verilen en yüksek kalitedeki sağlık hizmetlerinin üretilmesi için yetkili kişiler tarafından belirlenen sınırlar çerçevesinde kullanılan kaynakların en az maliyetle, kaynak israfına yol açmadan sağlık kuruluşuna karlılık ve verimlilik sağlayacak şekilde üretilmesidir (101). Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde kaynak israfını önlemek için üretim aşamasında yapılan hataların ve tekrarlanan işlemlerin önlenmesi gerekir (80).

4.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon

4.3.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyonunu Tanımı

Toplumun sağlık hizmetlerinin değerlendirme kriterlerini zaman içerisinde değişmesiyle birlikte sağlık kuruluşları da kalite düzeylerinin arttırmaya ve yeni uygulamaları takip ederek kuruluşlarını bu yeni gelişmeler çerçevesinde geliştirmek için yeni arayışlar içine girmiştir (99). Sağlık kuruluşları, hem maliyet açısından minimizasyonu sağlamalı ve kaliteyi verimlilik ilkesine uygun olarak yükseltmeli hem de hasta memnuniyetini ve isteklerini en yüksek düzeyde sağlamalıdır (100). Bunu gerçekleştirmenin en iyi yolu da TKY ilkesini benimseyen ve sürekli gelişme yolu ile sağlık hizmetleri kalitesini arttıran akreditasyon sistemidir (101). Akreditasyon, sağlık hizmetlerinin mevcut kalitesini korumak ve geliştirmek için kar amacı gütmeyen bir kuruluş tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin önceden belirlenen standartlara uygunluğunun belgelendirilmesidir (102). Ülkelerin sağlık sistemlerine ve toplumun yapısına uygun olan aynı zamanda uluslararası geçerliliği olan standartlar çerçevesinde denetlenen sağlık kuruluşları, akreditasyon ile en iyi uygulamaları gerçekleştirerek toplumun güvenini sağlamayı amaçlar (103).

Akreditasyonun bir diğere tanımı; sürekli gelişmeyi esas alan standartların kamu veya özel sağlık kuruluşlarındaki süreçlerin bu standartları karşılaması durumunda gönüllülük esasına dayalı çalışan yetkili bir kuruluş tarafından onaylanmasıyla ilgili bir işlemdir (104).

Akreditasyon, bir kuruluşun yaptığı işlerin tümünün ya da bir kısmının önceden belirlenmiş ulusal ve uluslararası geçerliliği olan standartlar doğrultusunda hem ulusal hem de uluslararası kuruluşlar tarafından denetlenmesi ve standartlara uygunluğunun onaylanmasını kapsayan resmi işlemlerdir (49).

Dış değerlendirme süreci olan akreditasyon kuruluşun faaliyetlerinin profesyonel bir kuruluş tarafından değerlendirildiği bir karne çalışmasıdır (105). Akreditasyon kavramı hem ülkemizde hem de dünyada ruhsatlandırma kavramı ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (106). Oysaki bu iki kavram hem uygulama amaçları hem de uygulandıkları kurum açısından birbirinden farklı anlamlara sahiptir (107).

Ruhsatlandırma; Sağlık alanında bireysel veya bir sağlık kuruluşuna mesleğini icra etmek ve sağlık hizmetini verebilmek ve hastaları oluşabilecek zararlardan korumak için birtakım yasal standartların uygulanıp uygulanmadığının denetlenmesinden sonra yetkili makam tarafından izin ya da belgelendirme verilmesine yönelik bir süreçtir (108).

Akreditasyon; Bir sağlık kuruluşunun ulusal ve uluslararası alanda kabul görmüş standartlar çerçevesinde kar amacı gütmeyen ve devlete bağlı olmayan bir bağımsız kuruluş tarafından bu standartların karşılanıp karşılanmadığının denetlenmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili bir süreçtir (109).

Sağlık hizmetlerinin akreditasyonu sadece hastalara verilen tıbbi bakıma ilişkin değil aynı zamanda tıbbi tedaviye yardımcı olan hasta ve hasta yakınlarını eğitimi, hasta hakları gibi birçok süreci kapsamaktadır (110).

Amerikan Tabipler Birliği'ni yapmış olduğu tanımda akreditasyon, hastanelerde standardizasyonu sağlamak için bu standartları en iyi şekilde sağlayanları ödüllendirmek ve diğer hastaneleri standartlarını yükseltmeleri için teşvik etmektir (111). Sağlık kuruluşları arasında rekabete yol açan akreditasyonun en büyük katkısı

sağlık kuruluşlarının birbirinden üstün olmak için kendilerinin sürekli geliştirmeye çalışmasıdır (110).

Hasta odaklı bir sistem olan akreditasyon, hastaların zarar görmesini engelleyen standartların yanında hasta ve hasta yakınlarını her türlü sürece dâhil edilerek yapılan işlemler hakkında bilgi sahibi olmalarını ve onayları olmadan hiçbir işlem yapılmamasını sağlar (49). Sürekli gelişmenin sağlanabilmesi için çalışanlarında tüm süreçlere dâhil edildiği akreditasyon sistemi ile çalışan memnuniyeti de sağlanarak üst yönetim ve çalışanlar arasındaki yatay ve dikey iletişim güçlenir (112). Sağlık kuruluşlarına karşılaştırmalı bir veri tabanı oluşturarak hem kendi içinde geçmişteki kalite düzeyleri ile karşılaştırmalar yapmasına hem de diğer sağlık kuruluşları arasında ne düzeyde olduğunu kıyaslama imkânı sağlar (113).

4.3.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyonun Amaçları

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon kuruluşlarının amacı önceden belirlediği standartlar çerçevesinde sağlık kuruluşlarının kalite düzeylerini en yüksek düzeye çıkartmak, geliştirmek ve sürekli gelişim yoluyla kalite düzeylerinin sürekli yükseltilmesini amaçlamaktadır (114). Sağlık kuruluşları akredite olarak hem diğer sağlık kuruluşları arasında prestijini arttırmak hem de bir takım standartları ve yeni uygulamaları denetim yolu ile disiplinli bir şekilde sağlayarak kalite düzeylerini sürekli gelişme amacı ile yükseltmektir (115).

Sağlık hizmeti veren kuruluşların uluslararası geçerliliği olan bağımsız bir kuruluş tarafından denetlenip değerlendirilmek istemesinin birtakım amaçları vardır. Bu amaçlar aşağıdaki gibi açıklanabilir (18),(115);

- Sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek ve geliştirmek
- Sağlık hizmetlerinin etkinlik ve verimlilik çerçevesinde sunulmasını sağlayarak maliyetleri düşürmek
- Toplumun sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güveninin güçlendirilmesi
- Hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinden istek ve beklentilerinin karşılanmasına odaklanarak memnuniyet düzeyinin artırılması

- Hem hastalar hem de sağlık çalışanları için hasta ve çalışan güvenliğini sağlayarak, çevresel riskler, yaralanma ve enfeksiyondan kaynaklanan riskleri azaltarak güvenli bir evre oluşturmak
- Sağlık hizmetlerinde risk yönetimini sağlayarak risklerin azaltılmasına yönelik sürekli çalışmalar yapmak

4.3.4.3. Dünya Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu

Dünya’da sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili ilk çalışmalara 19.yy’da İngiltere’de Florence Nightingale tarafından hastane hizmetlerinde iyileştirmeye yönelik çalışmalarla başlamıştır (18).

Amerika’da da sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili çalışmalar ilk kez ACS tarafından oluşturulan minimum hastane standartlarıyla başlamıştır. Bu alışmaları takiben 1952 yılında kar amacı gütmeyen bir kuruluş olan Joint Comission for Accreditation of Healthcare (JCAHO) kurulmuş ve sağlık kuruluşlarında kalite ile ilgili çalışmalara yürütmektedir (80).

Sağlık hizmetlerinin sunumunun genişlemesiyle standardizasyon ihtiyaı ortaya çıkmış ve bu ihtiyaçları karşılamak için 1913 yılında Amerika’da akreditasyonla ilgili ilk çalışmalara başlanmıştır (116). 1917 yılında ACS tarafından hastanelerde kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla birtakım standartlar geliştirmiştir (87). Sağlık hizmetlerinde akreditasyonun başlangıı olan bu standartlar 5 kriterden oluşmakta ve sadece hastanelerin klinik süreçleri gibi temel ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığı denetçiler tarafından değerlendirilmekteydi (114).

1950’li yıllara geldiğinde hastanelerin sayısının artmasıyla birlikte mevcut standartlar hastanelerin akreditasyonu için yetersiz kalmıştır (117). Bu nedenle ACS ve sağlık hizmeti veren birkaç kuruluşun bir araya gelmesiyle 1951 yılında Amerika’da sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu olan Joint Comission on Accreditation of Hospital (JCAH) kurulmuştur (118). 1987 yılında JCAH sadece hastaneler değil tüm sağlık kuruluşlarını kapsaması için JCAHO olarak değerlendirilmiştir (115).

Akreditasyon kuruluşlarının en yetkilisi olan ve 1980’li yıllarda kurulan The International Society for Quality in Health Care’ın amacı sağlık akreditasyon kuruluşlarının denetlenmesi ve akredite edilmesidir (116). Sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliğinin sağlanması ve uluslararası alanda akreditasyon hizmeti vermek için 1994 yılında JCAH’ın bir alt kolu olan Joint Commission Accreditation (JCI) kurulmuştur. JCI’nin standartları 2007 yılında ISQua tarafından değerlendirilmiş ve akredite olmuştur. Böylece JCI standartlarının güvenilir olduğu uluslararası alanda ispatlanmıştır (117).

4.3.4.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Akreditasyonu

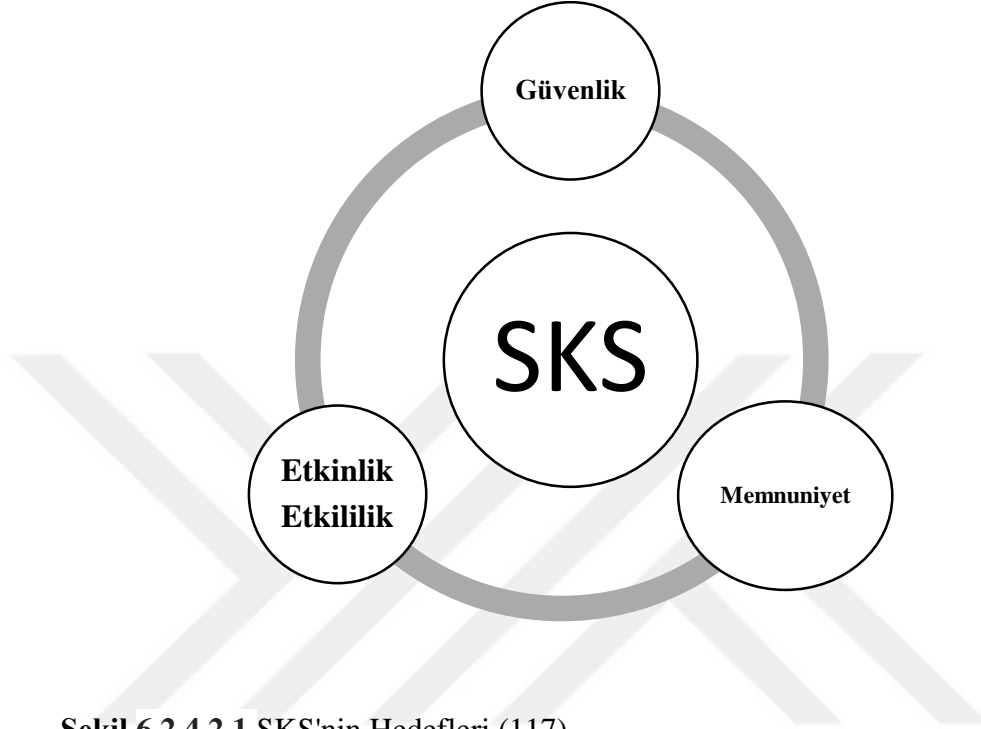
Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite kavramının gelişimi SDP ile başlamıştır (118). 2003 yılında oluşturulan SDP’nin 8 ilkesinden biri “nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon’dur. SDP’nin bu ilkesini gerçekleştirme için de Sağlıkta Kalite Standartlarına Yönelik çalışmalar başlatılmıştır (117). Bu çalışmalara 2003 yılında “politik kararlılık dönemi” olarak başlanmış ve birtakım ilkeler belirlenmiştir. Bu ilkeler aşağıdaki gibidir (118),(119);

- ✓ Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması
- ✓ Sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli gelişimi
- ✓ Sağlık hizmeti sunan kurumların hedeflerine ulaşabilmesi için karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi
- ✓ Sağlık hizmetlerinin kalite kültürüne uygun bir şekilde sunulması ve toplumun görüşlerinin bu sürece dâhil edilmesidir

2005 yılında sağlık bakanlığı, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmeye ve iyileştirmeye yönelik hasta ve çalışan güvenliği boyutlarından oluşan 100 soruluk Sağlıkta Kalite Standartları setini yayınlamıştır (120). 2011 yılında 621’e çıkartılan ve tüm hastanelerde uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları 1 Temmuz 2015 tarihinde revize edilerek yayınlanan SKS-5.versiyonu üzerinde 31.03.2016 tarihinde bir revizyon yapılarak en güncel hali ile ülkemizde uygulanmaktadır (116). Sağlık kuruluşları sağlık bakanlığı tarafından bu standartlarda yer alan kriterleri karşılama düzeylerine göre puanlandırılmaktadır.

Sağlıkta Kalite Standartlarının 3 hedefi vardır(118);

- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması
- Hasta ve Çalışan Memnuniyetinin Sağlanması
- Etkinlik ve Etkililiğin Sağlanması



Şekil 6.2.4.2.1.SKS'nin Hedefleri (117)

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin akreditasyonu ile ilgili ilk çalışmalara 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlamıştır (117). 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Sağlıkta Kalite Standartları günümüzde beşinci versiyonu ile kullanılmaktadır (119).

Sağlık Bakanlığının sağlık kuruluşlarının akreditasyonuna yönelik 2 temel görevi vardır. Bu görevleri şöyledir (118) (119);

1.Sağlık hizmetlerinde akreditasyon sisteminin yapılandırılmasına öncülük etmek; Sağlık Bakanlığı akreditasyonu sağlamak için sağlık sektöründeki tüm hizmet sunucularıyla işbirliği yaparak ve onların görüşlerini alarak sağlık hizmetlerinin uluslararası standartlar çerçevesinde akredite edilmesini sağlamak için JCI ile anlaşma sağlamıştır (120).

2.Kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarının akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak; Sağlık Bakanlığı JCI standartlarında hareketle hazırladığı06.05.2009 tarihinde yürürlüğe giren ve en son revizyonunun 16.02.2016 tarihinde yapıldığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi, hizmet sunum şartlarının belirlenmesini sağlayarak sağlık kuruluşlarının akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlar (76),(119).

Sağlık hizmetlerinin ulusal anlamda akreditasyonun sağlamak için çalışmalara 2012 yılında başlanmış ve Sağlıkta Akreditasyon Seti(SAS)oluşturulmuştur (120). Sağlıkta Akreditasyon Seti, 2014 yılında ISQua tarafından akredite edilmiş ve uluslararası alanda geçerliliği kabul görmüştür. Gönüllülük esasına dayanan bu akreditasyon sistemi ile sağlık kuruluşlarının kalitelerinde iyileşme ve gelişmeler sağlayarak fark yaratmaları amaçlanmaktadır (121).

4.3.4.5. Sağlık Kuruluşlarını Akredite Eden Kuruluşlar

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon, sağlık kuruluşlarının önceden belirlenen standartlar çerçevesinde uluslararası geçerliliği olan yetkili bir kuruluş tarafından değerlendirilip, standartlara uygunluğunun onaylanmasını içeren resmi işlemlerdir (86).

Dünyada ve ölkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirip, geliştirmek amacıyla sağlık hizmetlerinin en çok akreditasyonunu sağlayan kuruluşlar JCAHO, JCI ve International Organization for Standardization'dur (120). Özellikle JCAHO, JCI akreditasyon kuruluşlarının standartları sadece sağlık hizmeti veren kuruluşları akredite edecek şekilde hazırlanmıştır (122).

4.3.4.5.1. Joint Commission On Accreditation Of Health Care (JCAHO)

JCAHO, 1951 yılında Amerika'da sağlık kuruluşlarının akreditasyonuna ihtiyaç duyulması üzere kurulmuş ve çeşitli temsilcilerden oluşan kar amacı gütmeyen bir kuruluştur (110).

JCAHO, bütün akreditasyon kuruluşlarında olduğu gibi kar amacı gütmeyen, devletten bağımsız olan fakat aynı zamanda işbirliği içinde olan ve Amerika'da bulunan sadece hastane değil aynı zamanda laboratuvar, sürekli bakım hizmetleri veren sağlık kuruluşları ve sağlık sigorta kurumlarının da akreditasyonunu sağlayan dünyadaki en büyük akreditasyon kuruluşudur (123).

JCAHO'nun misyonu tüm sağlık kuruluşlarının hizmet kalite standartlarını oluşturmak ve sağlık kuruluşlarının bu standartlara uygunluğunu denetleyip, incelemektir (121). JCAHO sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunarak tüm bakım süreçlerinin en yüksek standartlar çerçevesinde verilmesini amaçlamaktadır (11).

1980'li yıllarda sağlık kuruluşlarının sayısının artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin maliyetleri de artmış ve maliyet kontrolünü sağlamaya yönelik standartlara yere verilmeye başlanmıştır(124). Aynı dönemde JCAHO'nun yaptığı denetlemelerin uzun sürmesi ve denetimlerin sağlık kuruluşuna masrafını yüksek olması gibi nedenler dikkate alınarak JCAHO tarafından 1987 yılında Agenda For Change- Değişim İçin Ajanda isminde bir yönetmelik çıkararak sağlık hizmetlerinde akreditasyon standartları kalitede sürekli gelişme sağlayacak şekilde düzenlemiştir (125). JCAHO en büyük hedefi olan sağlık kuruluşlarında sürekli gelişme sağlamak için 1985 yılında standartlarını toplam kalite yönetiminin ilkeleri ile birleştirmiştir (51). Bunu başarıyla sağlamak için sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirmeyi konu alan eğitimler düzenlemektedir (11).

4.3.4.5.2. Joint Commission International(JCI)

Dünya’da sağlık kuruluşlarının ve verilen sağlık hizmetlerinin sayısının artmasıyla birlikte sağlık sektöründe akreditasyon hizmetlerine olan talepte artmıştır (126). JCAHO’nun sadece Amerika’daki sağlık kuruluşlarına akreditasyon hizmeti vermesi nedeniyle 1994 yılında JCAHO’nun bir alt kuruluşu olan ve uluslararası alanda diğer ülkelere de akreditasyon hizmeti sağlamak için JCI kurulmuştur (11),(123).

JCI,2011 yılında akreditasyon kuruluşlarını denetleyen ISQua tarafından akredite edilerek standartlarının sağlık kuruluşlarının denetim süreçlerini tam anlamıyla karşıladığı ve güvenilir olduğu ispatlanmıştır (123),(124).

JCI’nin amacı önceden belirlediği standartlar doğrultusunda sağlık kuruluşlarını inceleyerek sağlık bakım kalitesini ve hasta güvenliğini arttırmak, geliştirmek ve bunun sürekliliğini sağlamaktır (127).

Bağımsız ve kar amacı gütmeyen bir kuruluş olan JCI aynı zamanda hizmet verdiği 90’dan fazla ülkenin devletleriyle işbirliği yaparak standartlarını tüm ülkelerin dini, kültürel ve yasal özellikleri bakımından kabul görecektir şekilde hazırlar (128). JCI standartları sağlık kuruluşundaki tüm süreçlerin akreditasyonunu sağlayabileceği gibi sadece belli bir hizmet sürecinin de akreditasyonunu sağlayabilir (121).

JCI akreditasyonu sadece akreditasyon belgesine sahip olmakla bitmeyen ve sürekliliği olan bir süreçtir (129). Toplam Kalite Yönetimi anlayışını benimseyen JCI bu standartlara uygunluğun devamlılığını sağlayarak hizmet kalitesini ve hasta güvenliğini en üst seviyede tutarak sürekli gelişmeye odaklanmaktadır (128).

JCI sadece belirlediği standartlara uygunluğu denetlemez aynı zamanda sağlık kuruluşlarının kaliteli bir hizmet sunması ve hasta güvenliğini sağlamaları için eğitimler düzenler çeşitli yayınlar çıkarır ve sağlık kuruluşlarına danışmanlık hizmeti sağlar (125).

1 Nisan 2014 tarihinde revize edilerek yürürlüğe giren ve JCI’nin 5. Edisyonunu oluşturan standartlar, hasta merkezli standartlar, sağlık kurumunun yönetimiyle ilgili standartlar ve akademik tıp merkezi hastanesiyle ilgili standartlar olmak üç bölümden ve 16 alt başlıktan oluşmaktadır (125).

Hasta Merkezli Standartlar;

- Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri
- Klinik bakıma sağlama ve bakımın sürekliliği
- Hasta ve hasta yakınlarının hakları
- Hastaların klinik değerlendirilmesi
- Hastaların klinik bakımı
- İlaç yönetimi ve kullanımı
- Anestezi ve Cerrahi Bakım
- Hasta ve hasta yakınlarının eğitimi

Sağlık Kuruluğu Merkezli Standartlar;

- Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği
- Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü
- Liderlik ve yönetim
- Tesis güvenliği ve yönetimi
- Çalışanların niteliği ve eğitimi
- Klinik bilgi yönetimi

Akademik Tıp Merkezi Hastanesi Standartları;

- Tıbbi meslek eğitimi
- İnsan denekler üzerindeki araştırma programı

JCI akreditasyonu oluşturduğu bu standartların büyük bir çoğunluğu hasta güvenliği ile ilgili olup sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği, tıbbi bakım ve kalite düzeylerini yükselterek uluslararası alanda rekabet edilebilir hale getirmektir (126). Aynı zamanda çalışan memnuniyeti ve güvenliğini sağlamaya yönelik standartlara da yer verilmiş olup çalışanlara yönelik hem tıbbi hem de fiziksel tehlikelerin azaltılarak çalışan güvenliği sağlanır (127).

JCI standartları hem ihtiyaç duyulması halinde hem de değişen koşullara uyum sağlayabilmek standartlarını gözden geçirerek revizyonunu sağlamaktadır (125).

JCI bu standartları bir sağlık kuruluşundaki tüm hizmetleri kapsamakta olup bu standartlar için bir puan skalası belirleyerek sağlık kuruluşlarının bu standartlara uygunluğunu puanlamakta ve bu standartları yerine getiren sağlık kuruluşlarına akreditasyon belgesi vermektedir (129). JCI standartları uzman klinisyenler, sağlık yönetimi uzmanları, hemşireler, kamu yönetimi uzmanlarından oluşan bir ekip tarafından geliştirilerek denetimleri yapılır (31).

JCI yapmış olduğu denetimler sonucunda sağlık kuruluşu standartlara uygunluk göstererek gerekli puanı almışsa akreditasyon belgesi verilir. Akreditasyon belgesi JCI tarafından herhangi bir sebeple reddedilmedikçe üç yıl geçerlidir (127). nc yılın sonunda sağlık kuruluşu talep ederse akreditasyonun yenilenmesi için JCI tarafından tekrar değerlendirilir (121).

JCI hem tıbbi hem de yönetim ile ilgili tüm verilerin sürekli toplanarak rapor hale getirilmesini ve bu verilerin iyileştirme çalışmalarına katkıda bulunmasını sağlar (130). Böylece tüm tıbbi ve yönetsel hataların ölçülmesini sağlayarak bu hataların nlenmesine ve risk analizi sürecinin sürekli gelişmesine katkıda bulunur (31).

4.3.4.5.3. International Organizations for Standardization(ISO)

Uluslararası Standardizasyon rgt 1947 yılında İsviçre'nin Cenevre şhrinde uluslararası anlamda standardizasyon sağlamak amacıyla devletten bağımsız olarak kurulmuş ve gönüllülük esasına dayanan bir örgüttür (140). ISO kısaltması Yunancada isos anlamına gelen eşitlik kökünden türetilmiş olup günümüzde ISO yani Uluslararası Standardizasyon rgt'nün kısaltılması olarak kullanılmaktadır (128),(129).

ISO'nun yapmış olduğu tanıma göre standardizasyon, işletmelerdeki belli süreçler için birtakım kurallar belirleyip bu kurallara uygunluğun denetlenmesidir (31).

İşletmelerin gönüllülük esasına dayanan ISO 9000 serisi kalite belgesine sahip olabilmesi için kurmuş olduğu kalite sisteminin akreditasyon kuruluşunun denetiminden geçmesi ve süreklilik sağlaması gerekir. İşletmenin akredite olarak kalite belgesine sahip olabilmesi için işletmenin üst yönetiminin ISO başvurması

gerekir (130). ISO tarafından işletmenin mevcut süreçleri analiz edilerek belirlendiği standartlarının nasıl uygulanacağı ile ilgili çalışanlara gerekli eğitimleri verildikten bir süre sonra denetim yaparak gerekli şartları sağlaması halinde ISO kalite belgesi verilir (128). Bu standardizasyonun sürekliliğini sağlamak için işletmede iç denetim sistemi kurularak işletmenin kendi kendini denetlemesi sağlanır ve ISO tarafından her 6 ayda bir yapılan denetimlerle işletmenin iç denetimlerini düzenli yapması ve kayıtların güncel ve güvenilir olması sağlanır (131). Yine ISO tarafından işletmeye kalite belgesi verildikten 3 yıl sonra yapılan denetimle kalite belgesi yenilenir (130).

Türkiye’de ve dünyada en yaygın olarak kullanılan ve 1987 yılında oluşturulan ISO 9000 serisi olan kalite güvence standartlarıdır (132). Bu standartların amacı; işletmelerin herkesin ihtiyacını karşılayacak nitelikte ürün ve hizmetler üretmek ve bu üretim sürecinin devamlılığını sağlayacak yöntemler kullanarak tüm süreçlerin standardizasyonunu sağlamaktır (133).

ISO, süreç yaklaşımına odaklanarak bir ürün ya da hizmetin müşterilerin istekleri doğrultusunda üretilmesine odaklanan bir kalite yönetim sistemidir (134). JCI standartları gibi sadece sağlık kuruluşlarının akreditasyonun sağlamayan ISO standartları tüm sektörler için geçerli olup özellikle kamu sağlık kuruluşların sıklıkla başvurduğu bir belgelendirme sürecidir (91).

Dinamik bir yapıya sahip olan ISO standartları hizmet verdiği kuruluşları geliştirdiği gibi kendi standartlarını da her 5 yılda bir yenilemektedir (135). Sağlık kuruluşlarının kendini geliştirmesi ve belgelendirilmesinde kullanılan ve en son 2015 yılında revize olan ISO 9000 serisinin alt başlıkları şu şekildedir(133);

- ISO 9001: 2015 –Kalite yönetim sistemiyle ilgili temel kavramları kapsar
- ISO 9001: 2015 –standartları ürün ya da hizmetin geliştirilmesi için kalite yönetim sisteminin gerekliliklerini kapsar
- ISO 9004: 2009 - kalite yönetim sisteminin daha verimli ve etkili bir hale getirilerek işletmelerin performanslarını geliştirmeye odaklanmaktadır

- ISO 19011: 2011 - kalite yönetim sistemlerinin iç ve dış denetimlerine rehberlik eder.

ISO 9001:2015 standartları tüm kuruluşlarda uygulanabilecek şekilde hazırlanmış olup hizmet sunduğu ülkelerin yasalarına uygun bir şekilde ve işletmedeki tüm süreçleri iyileştirerek müşteri istek ve beklentilerine uygun ürün ve hizmetler üreterek müşteri memnuniyetini arttırmayı amaçlar.

ISO standartları sağlık kuruluşlarında önceden belirlediği standartlarla bütün süreçlerin bu standartlara uygun bir şekilde yürütülmesini ve süreçlerde sürekli iyileştirmenin hedef alınmasını sağlar (130).

Sağlık kuruluşunun kalite yönetim sisteminin hastaların beklentilerinin dikkate alan ISO tarafından belgelendirilmesi hem toplumun sağlık kuruluşuna olan güvenini artırmakta hem de kuruluşun tercih edilme düzeyini yükseltmektedir (134).

ISO 9000 serisi standartlarının yanı sıra sağlık kuruluşları için ISO 15189:2012 standartları tıbbi laboratuvarlar için kalite ve yeterliliğin denetimini sağlarken ISO 13485:2016 standartları ise yasal düzenlemelere uygun bir şekilde tüm tıbbi cihazların üretimi, dağıtımı ve kurulumu için tıbbi cihazlar endüstrisine ait kalite yönetim sisteminin gerekliliklerini yerine getirmek üzere tasarlanmış standartları içermektedir (133).

4.4. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar

Sağlık kuruluşlarının hizmet verdikleri alan insan hayatı söz konusu olduğu için birçok disiplini bünyesinde barındıran hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan farklı teknolojik donanımlardan oluşan yüksek riskli iş yeri kapsamında değerlendirilen çok karmaşık bir yapıya sahip bir kuruluşlardır (107). Böyle bir yapıya sahip kuruluşlarda hata yapma riski de oldukça yüksektir (137). Sağlık kuruluşundaki tüm süreçlerde meydana gelebilecek hataların ancak önemli olan bu hataların alınacak birtakım önlemlerle hataların hastalara ulaşmadan önlenmesi ve verebileceği zararın en az şekilde etki etmesi sağlanmalıdır (68). Çünkü sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek en ufak bir hata hastaların sakat kalması ve ölümü gibi geri dönüşü olmayan ciddi sorunlara yol açabilir (135). Bu nokta da

önemli olan kavram hasta güvenliği olup hasta güvenliği hedeflerinin bir sağlık kuruluşunun tüm süreçlerinde etkin bir şekilde uygulanmasıyla tıbbi hataların önüne geçilerek kaliteli bir sağlık bakım hizmeti sunulması sağlanır (136).

Hasta güvenliğinin temelini, tıp etiğinin ilkelerinde biri olan ve Hipokrat Yemini'nde yer alan "Primumnonnocere" olarak ifade edilen "Öncelikle zarar verme ilkesi" yine modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nigtingale'ninde dediği gibi hastanelerin ilk amacı hastalara zarar vermemesidir (137). International of Medicine'nin(IOM) 1999 yılında yayınladığı ToErr Is Human:Building a Safer Health Systems raporunda değindiği gibi hasta güvenliğinin asıl amacının hastalara kazayla zarar vermemek oluşturmaktır (138). Ne yazık ki hem ülkemizde hem de dünyada ölümlerin büyük bir kısmının tıbbi hatalardan kaynaklandığı görülmektedir (140). Yapılan araştırmalarda gelişmiş ülkelerdeki her on hastadan birinin sağlık bakımı sırasında zarar gördüğü ve John Hopkins hasta güvenliği uzmanlarının 2016 yılında yapmış olduğu bir araştırmada ABD'deki 250.000 ölümün tıbbi hatalardan kaynaklandığı yine AB ülkelerinde hastanede yatan hastaların %12'sinde tıbbi hataların meydana gelmektedir (139). Tüm bu verilere bakıldığında tıbbi hataların önlenmesinde hasta güvenliğinin önemi daha da iyi anlaşılmaktadır (141).

4.4.1. Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması ve hastaların güvenli bir sağlık bakım hizmeti almasını sağlayan hasta güvenliği kavramı, bir sağlık kuruluşuna hizmet almaya gelen hasta ve hasta yakınları için tıbbi ve fiziksel tüm tehlikelerin önceden belirlenerek hastalara ulaşmadan engellenmesi ve ortadan kaldırılması anlamına gelir (90).

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi piramidinin temelini oluşturan güvenlik kavramının her alanda olduğu gibi sağlık alanında da karşılanması insanların en büyük ihtiyaçlarında biridir(142). Bu nedenle hasta güvenliği kavramı sağlık kuruluşundan kaynaklanan nedenlerden dolayı hasta ve hasta yakınlarının zarar görmesini engellemek amacıyla tüm sağlık çalışanları tarafından güvenli bir sağlık hizmeti vermek için alınan önlemlerdir(80).

Tıbbi bakım veren sağlık personeli başta olmak üzere bir sağlık kuruluşundaki bütün çalışanlar hasta güvenliğinin sağlanmasından sorumludur (138). Multidisipliner bir yaklaşım olan hasta güvenliği, küçük bir hatanın bile telafisi olmayan çok ciddi sonuçlar doğurması nedeniyle sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarında verilen hizmetlerin hasta ve hasta yakınlarına aynı zamanda çalışanlara da verebileceği zararların önüne geçilmesi için yapılan çalışmalardır(143).

Hasta güvenliğine uyulmadan verilen sağlık hizmetleri hastalık oranlarının artmasına geri dönüşü olmayan sakatlıklara ve dolayısıyla hastanede kalış süresinin artmasına hasta ve hasta yakınlarında psikolojik ve sosyal hasarlara ve en kötüsü hastaların ölümüne sebep olur (139). Tüm toplumun böyle bir hizmet veren sağlık kuruluşuna olan güveni sarsılır ve verdiği bütün hizmetlerin kalite ve güvenliğine olan şüpheleri artar (144). Sağlık hizmetlerinin öncelikli amacının yarar sağlamaktan çok önce zarar vermemek olduğu düşünülürse ve ölümlerin büyük bir çoğunluğunun sebebinin güvenli olmayan sağlık hizmetleri sunumundan kaynaklanması hasta güvenliğinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (145). Hastalara zarar veren bu risklerin ortadan kaldırılarak güvenli bir hizmet sunum ortamının oluşturulması için var olan hasta güvenliği, hastalara zarar verebilecek bu zararların yok edilmesiyle ilgili bir sistem kurulmasıdır (146).

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 37. Maddesi olan “Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır” ve “Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar”(121). Yönetmeliğe dayanan bu maddeler hasta güvenliğinin aynı zamanda bir hasta hakkı olduğunu göstermekte hem de sağlık hizmetlerinin özelliklerinden biri olan güvenli sağlık hizmeti özelliği sağlık kuruluşlarının hasta güvenliğinin sağlamadaki zorunluluğunu göstermektedir (147).

Stepnick ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir tanımda hasta güvenliği doğru işlerin doğru şekilde yapılması olarak tanımlanmışlar (148). Yani hastalara verilen tüm tıbbi bakımların hastaya gerekli bilgilendirmeler yapılarak onaylarının alınması ve hastaya yapılan tüm tıbbi girişimlerde doğru işlemlerin yapılmasına, hastaya doğru ilacın uygun dozda uygun zamanda verilmesinin sağlanmasıdır (149).

Hasta güvenliği, hastalara en etkili sonuçları verecek tıbbi bakımın uygulanması için sağlık kuruluşlarında hastaları tehdit eden her türlü risklerin yok edilmesi ve en aza indirilmesi için en iyi yöntemlerin kullanılmasıdır (150). Hughes'in yapmış olduğu tanımında hastalara verilen tıbbi bakım sürecinde ortaya çıkan hataların aslında tıbbi bakımla ilgisi olmayan çeşitli sebeplerden dolayı ortaya çıktığını ve hasta güvenliğini de bu hataların tıbbi bakım sürecine yansımalarını engellemek için yapılan çalışmalar olarak tanımlamıştır(152).

En çok hemşirelik hizmetleri süreçlerinde ortaya çıkan hasta güvenliğinin Uluslararası Hemşireler Konseyi'nde tanımlamıştır (153). Bu tanıma göre tüm sağlık çalışanlarının işe alınması oryantasyon eğitimleri, performanslarının geliştirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda dahil olmak üzere enfeksiyonların kontrolü ve her türlü tıbbi donanımın güvenliğinin sağlanması ve bu sayede güvenli bir hizmet ortamı için hasta güvenliğini sağlamayı kuruluşun en önemli hedefi haline getiren yöneticilerin tüm hizmetleri birbiriyle entegre bir şekilde çalıştırmasıdır (153).

Tüm dünya da sağlık hizmetlerinde meydana gelen hasta güvenliği ihlallerinden dolayı binlerce insan hayatını kaybetmekte ya da geri dönüşü olmayan ciddi sakatlanmalara neden olmaktadır (137). Tedavi olup sağlığına kavuşmak için sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar için bu ihlaller ne yazık ki olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. IOM 21.yy'da sağlık hizmetlerine hasta güvenliğinin sağlanarak hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için önemli olan unsurlar şu şekildedir (138).

- Güvenli: Hasta güvenliğini ifade eden bu kavram hastalara verilen her türlü hizmetin onlara zarar vermemesidir.
- Etkili: Uluslararası geçerliliği olan bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp çerçevesinde hizmet sunularak sağlık hizmetlerinin optimum kullanımını sağlamak.
- Zamanında: Sağlık hizmetlerine her ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilmesi ve hizmet sunumu sırasında hastalara zarar verici aksamaların olmamasıdır.
- Hasta Odaklı: Sunulan sağlık hizmetinde hastanın çıkarları söz konusu olduğu için hastanın ihtiyaç ve beklentilerinin inanç ve değerlerine uygun bir şekilde karşılanması ve hastaların tüm bakım süreçlerine dâhil edilmesidir.
- Verimli: Sağlık kuruluşlarının da çıkarlarının gözetilmesi için hem insan gücü hem de her türlü tıbbi malzeme ve donanımda kaynak israfında kaçınılmasıdır.

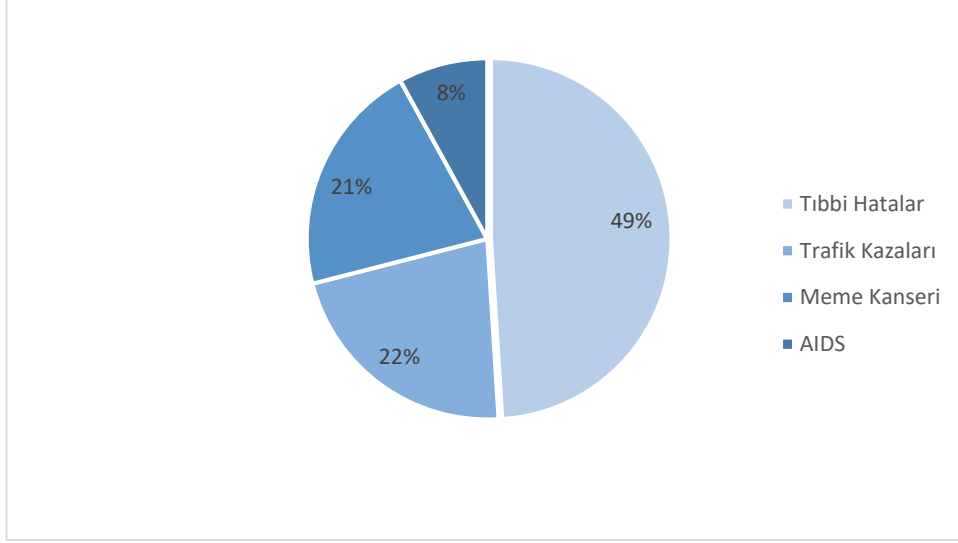
- Eşitlik ve Hakkaniyet: Sağlık hizmetlerinin hiçbir ayırım gözetmeksizin herkesin ihtiyacı doğrultusunda eşit bir şekilde dağıtımıdır.

4.4.2. Dünyada Hasta Güvenliği Kavramının Gelişimi

Son yıllar da küresel anlamda tüm sağlık kuruluşlarının en önemli konusu haline gelen hasta güvenliği kavramının tarihi aslında Hammurabi Kanunları'na kadar dayanmaktadır (154). Bu kanunda tıbbi müdahalelerin bir takım olumsuz sonuçlar doğurabileceğine değinilmiş ve sağlık çalışanları yaptıkları hatalardan sorumlu tutularak hastalara herhangi bir zarar vermeleri halinde meslekten men edilerek cezalandırılacakları belirtilmiştir (156).

Hasta güvenliği ile ilgili bir diğer çalışmada Ernest Codman'ın 1955 yılında yapmış olduğu bir çalışmadır (155). Codman bu çalışmasında verilen sağlık hizmetlerinin hastalardaki durumu ve yan etkilerini incelemiş ve bu sonuçlara göre hasta güvenliğinin geliştirilerek sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, hastaların durumlarının incelenerek ölçülmesi ve raporlanmasında öncü olmuştur (157).

Hasta güvenliği ile ilgili en kapsamlı çalışmanın başlangıcını Kohn ve arkadaşlarının 1999 yılında ABD'de yazdığı ve IOM yayımlanan Türkçesi İnsan Hata Yapar :Güvenli Bir Sağlık Sistemi Oluşturma anlamına gelen ToErr is Human:Buildings Safer Health System adlı rapor oluşturmaktadır (157),(158).



Şekil 4.4.2.1. ToErr is Human: Buildings Safer Health System raporuna göre ABD’de Ölüm Nedenleri (80)

Kohn ve arkadaşlarının hazırlamış olduğu raporda yukarıdaki grafikte de görüldüğü gibi ABD’de ölüm nedenlerinin büyük bir kısmını tıbbi hatalar oluşturup rakam olarak yılda yaklaşık 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmiştir (159). Bu oran dünyada en sık rastlanan trafik kazası ve meme kanserinden bile fazla olup büyük bir çoğunluğu sistemden kaynaklanan önlenemez nitelikteki hatalardır (160). Bu raporda belirtilen bu oranlarla hasta güvenliğinin ne kadar önemli olduğuna değinilerek küresel anlamda farkındalık sağlanmaya çalışılmıştır (159). Raporun en önemli amacı sağlık kuruluşlarının hasta güvenliğini sağlamayı en önemli amaçları haline getirmesidir (158). Bunu sağlayacak standartlar belirleyip tüm dünyada hasta güvenliği ile ilgili yapılan hataların takibini sağlamak amacıyla bir raporlama sistemi kurulması böylece hasta güvenliğinin geliştirilmesini sağlamaktır (161).

1996 yılında JCAHO olay raporlama sistemini kurarak hasta güvenliği ile ilgili olayların tamamen gizlilik esasına dayalı bir şekilde bildirimlerin yapılmasını sağlayarak hasta güvenliğine bağlı istenmeyen olayları azaltmak ve önlemek için çalışmalara yapmaya başlamıştır (162). Yine aynı yıl JCAHO’nun sentinel olay adını verdiği istenmeyen olaylarla ilgili Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı kurulmuştur (98).

JCI, tüm dünyada hasta güvenliği ihlallerine bağlı ölümlerin yüksek oranda olması nedeniyle 2006 yılında 6 maddeden oluşan Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri’ni

yayınlanmıştır. Bu hedeflerle sağlık bakımının tüm sürecinde hastalara güvenli bir sağlık hizmeti sunarak kalitenin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır(102). JCI yapmış olduğu araştırmalarda tıbbi hataların en büyük nedenin hasta güvenliği hedeflerinden biri olan sağlık çalışanları arasında etkili iletişimin olmamasından kaynaklandığını tespit etmiş ve hasta güvenliğinin etkili bir şekilde sağlanması için hastaları da bu sürece katan ‘Speak Up’adı verilen bir kampanya düzenlemiştir (65). 2002 yılında düzenlenen bu kampanya ile hastaların yaşadıkları mevcut sorunları sesli bir şekilde dile getirerek yapılacak hataların önüne geçmesi hedeflenmiştir (137),(138).

Speak Up kampanyasının basamakları aşağıdaki gibidir (137), (138), (162), (163);

Speak Up(Çekinmeden Konuş): Hastaların akıllarına takılan soruları sormaları eğer anlatılanları anlamadıysa tekrar sormaları gerektiğini her türlü konuda mutlaka sorular sorulması, sağlık çalışanlarının uyarılması gerektiği ile ilgili tavsiyeler vermeleri gerektiğini söyler. Örneğin hasta ameliyat olurken doktorunun ameliyat bölgesini işaretleme gerektiğini hemşire kendisine ilaç yaparken ne ilaç yaptığını sorabileceğinin yanlış yaptığını ya da yapacağını düşünüyorsa uyarabileceğinin veya başka bir sağlık çalışanına bu yanlışlığı söyleyebileceği gibi tavsiyeler vermektedir.

Pay Attention (Dikkat Et): Hastalara aldıkları tedavinin ve ilaçların doğru olduğundan emin olmaları için yanlış bir uygulama olduğunu düşündüklerinde bunu mutlaka söylemeleri, her türlü işlemde sağlık çalışanlarının kimlik doğrulaması yapıp yapmadığını kontrol edin ve sağlık çalışanlarının da yaka kartlarından kim olduğuna dikkat edin, tüm sağlık çalışanlarını elini yıkayıp yıkamadığını kontrol edin ve gerekirse uyarın gibi önerilerde bulunmaktadır.

Educate Yourself (Kendini Eğit): Hatalarında tedavisini üstlenen hekimleri tanıtmalarını ve hastalığı konusundaki deneyimini anlatmasını, web sitelerinden hastalıkları ile ilgili araştırmalar yapmaları gerektiği, kendilerine imzalatılan tüm formları okumaları ve soru sormaları gerektiği, evde devam eden tedavi ile ilgili bilgi sahibi olmaları gerektiği konusunda tavsiyeler vermektedir.

Ask (Sor): Mutlaka danışabileceğiniz soru sorabileceğini hatta refakat edebilecek bir yakınları olması gerektiği konusunda bilgilendirmektedir.

Know (Bilmek): Kullanacakları ilaçlar ile ilgili her türlü soruları sormaları gerektiği konusunda bilgiler vermektedir.

Use (Kullan): Sağlık kuruluşlarını seçerken denetlenen, belli standartları karşılayıp karşılanmadığını kontrol edin, diğer kişilere bu kuruluşlar ile ilgili sorular sorun akredite olup olmadığını kontrol edin gibi tavsiyelerde bulunur.

Participate (Katıl): Tedavini her aşamasında alınan kararlara katılması kararlara müdahale edebilecekleri, kendi sağlıkları ile ilgili karar verebilecekleri, isterlerse başka kişilere de danışabilecekleri konusunda önerilerde bulunmaktadır.

Hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların en önemlisi DSÖ 2004 yılında başlatmış olduğu “Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı” çalışmasıdır (163). Bu çalışma ile tüm dünyada sağlık bakım hizmetlerinin verebileceği istenmeyen olayların önüne geçerek herkesin zarar görmeden güvenli bir sağlık hizmeti almasıdır (93). DSÖ tüm üyelerin bu ittifaka katılımını sağlamak için World Alliance for Patient Safety birliğini kurmuştur. Her 2 yılda bir yapılan Küresel Hasta Güvenliği faaliyetlerinin gelişimi aşağıdaki gibi açıklanabilir (145),(146),(147) (163);

Faaliyet Alanı 1: Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi

2005-2006 yılında yapılan toplantıda sağlık hizmetlerinde en önemli sorunlardan biri olan enfeksiyona bağlı zararları azaltmak amacıyla DSÖ, Temiz “Tedavi Güvenli Tedavi” başlığı ile “El Hijyeni Uygulama Kılavuzu”nu yayınladı. Bu kılavuzdaki standartlarla tüm sağlık çalışanlarının el dezenfeksiyonunu sağlayarak enfeksiyondan kaynaklanan zararların azaltılması amaçlandı.

2007-2008 “Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi”nin konusunu cerrahi girişimlerde yanlış taraf cerrahisinin çok sık görülmesi ve cerrahi hatalara bağlı ölümlerin artması nedeniyle “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” başlığıyla “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi”ni yayınlamıştır. Bu kontrol listesi ile cerrahi girişimlerden önce cerrahi girişim sırasında ve sonrasında uyulması gereken kurallar belirtilmiş böylece doğru hastaya doğru zamanda tıbbi girişimde bulunulması ve hastanın doğru organı ya da uzvuna müdahalede bulunulması ve girişim sırasında hastanın içinde herhangi bir cerrahi alet ya da gazlı bez kalmaması için uyulması gereken standartları içerir.

2009-2010 yılındaki toplantının konusu ise “Anti mikrobiyal Dirençle Mücadele” olup bulaşıcı hastaların ve enfeksiyonların tedavisinde kullanılan antibiyotiklerin

kullanımını kontrol altına almak ve antibiyotik direnci hakkında farkındalık sağlamaktır.

2011-2012 yılının konusu ise ilaç kullanımını kontrol altına almak için ‘Akılcı İlaç Kullanımı ’başlığı olmuştur.

2015-2016 yılında ise son zamanlarda en büyük tıbbi hatalardan biri olan ilaç hatalarının önüne geçmek için ‘İlaç Güvenliği’ konu başlığı belirlenmiş olup bu konuyla ilgili çalışmaların 2017 yılında başlaması planlanmaktadır.

Faaliyet Alanı 2: Hastalarla Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği çalışmalarının başarıyla uygulanabilmesi için hasta ve hasta yakınlarını da bu sürecin merkezine alıp onları her türlü uygulamalar hakkında bilgilendirerek sürece katılımını sağlamaktır. Hasta güvenliğinin sağlık kuruluşlarında etkili bir şekilde sağlanabilmesi için tüm sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarıyla birlikte koordineli bir şekilde çalışması gerekir.

Faaliyet Alanı 3: Hasta Güvenliği İçin Sınıflandırma(Taksonomi)

Hasta güvenliği ile ilgili meydana gelen olumsuz sonuçları ve başarılı olmayan uygulamaların analiz edilmesi amacıyla uluslararası alanda geçerliliği olan kodlama ve sınıflama sistemi ile hasta güvenliği kavramlarının gruplanmasıdır. Böylece tüm hataların sebepleri belirlenir ve azaltılması için gerekli çalışmalar yapılır.

Faaliyet Alanı 4: Hasta Güvenliği için Araştırma

Hastalara zarar veren olayların nedenini belirleme ve verdiği zararın büyüklüğünün ölçmek için yeni yöntemler geliştirip araştırmalar yapılmasıdır. DSÖ, hasta güvenliği ile ilgili araştırılması gereken önemli konuların önceliğini “Hasta Güvenliği Araştırmaları için Küresel Öncelikler” adı altında belirlemiştir.

Faaliyet Alanı 5: Hasta Güvenliği için Raporlama ve Öğrenme

Hasta güvenliği sorunlarının bir raporlama sistemi ile analiz edilmesi ve hataların nedenini belirleyerek iyileştirme çalışmalarının yapılmasına olanak sağlar.

Faaliyet Alanı 6: Hasta Güvenliği Çözümleri

JCI ve DSÖ 2007 yılında tüm ülkelerde güvenli bir sağlık hizmeti sunulması için hasta güvenliği hedefleri belirlemiştir. Bu hedefler şu şekildedir;

- Benzer yazılışı ve okunuşu olan ilaç isimlerine dikkat edilmesi
- Hastaların Kimliklendirilmesi
- Sağlık personelinin nöbet değişiminde etkili iletişim sağlaması
- Doğru taraf doğru cerrahi prosedürünün sağlanması
- Konsantre elektrolit çözeltilerinin kontrolünün yapılması
- Hastaların nakillerinde ve tedavilerinin değişimi sırasında ilaçlarının doğru bir şekilde verilmesi
- Katater ve tüplerin yanlış doğru bir şekilde takılması
- Enjeksiyonların her hastaya özel, tek kullanımlık olması
- Sağlık bakımından kaynaklanan enfeksiyonların önlenmesi için tüm sağlık çalışanlarının el hijyenini sağlaması

4.4.3. Türkiye'de Hasta Güvenliğinin Gelişimi ve Hasta Güvenliği Mevzuatı

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili çalışmalara 2003 yılında SDP ile başlandı (164). Sağlık Bakanlığı'nın bu program doğrultusunda sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişiminin sağlanması amacıyla 2005 yılında başladığı ve en son revizyonu 31.03.2016 tarihinde yapılmıştır (121). SKS 5.versiyonunda yer alan standartların büyük bir çoğunluğu hasta ve çalışan güvenliğinin sağlık kuruluşundaki tüm süreçlerde sağlanmasına yönelik standartlardır (117).

“31.03.2016 tarihli SKS 5. Versiyonuna ait standartlar aşağıdaki gibidir” (117),(164). Bu standartların bir kısmı doğrudan hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olup bir kısmı da dolaylı yoldan da olsa hasta güvenliği ilgilendiren standartlardır.

- Kurumsal Hizmetler
 - Kurumsal yapı
 - Kalite yönetimi
 - Doküman yönetimi
 - Risk yönetimi
 - Güvenlik ve raporlama sistemi
 - Acil durum ve afet yönetimi
 - Eğitim yönetimi
 - Sosyal sorumluluk

- Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler

- Hasta deneyimi
- Hizmete erişim
- Yaşam sonu hizmetler
- Sağlıklı çalışma yaşamı

- Sağlık Hizmetleri

- Hasta bakımı
- İlaç yönetimi
- Enfeksiyonların önlenmesi
- Sterilizasyon hizmetleri
- Transfüzyon hizmetleri
- Radyasyon güvenliği
- Acil servis
- Ameliyathane
- Yoğun bakım ünitesi
- Yeni doğan yoğun bakım ünitesi
- Doğum hizmetleri
- Diyaliz ünitesi
- Psikiyatri hizmetleri

- Biyokimya laboratuvarı
- Mikrobiyoloji laboratuvarı
- Patoloji laboratuvarı
- Doku tiplene laboratuvarı

➤ Destek Hizmetleri

- Tesis yönetimi
- Otelcilik hizmetleri
- Bilgi yönetim sistemi
- Malzeme ve cihaz yönetimi
- Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri
- Atık yönetimi
- Dış kaynak kullanımı

➤ Gösterge Yönetimi

- Göstergelerin izlenmesi
- Bölüm bazlı göstergeler
- Klinik göstergeler

➤ Ekler

- Düşme riski ölçekleri
- Hata sınıflandırma sistemleri
- Tanımlayıcı figürler
- Güvenli cerrahi kontrol listesi
- Güvenli doğum kontrol listesi
- Patoloji laboratuvarında tanı doğruluğunun izlenmesi

Sağlık kuruluşlarındaki risklerin azaltılarak hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik 29 Nisan 2009 tarihinde “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” resmi gazetede yayınlanmıştır (165). 06.04.2011 tarihinde ise “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” yürürlüğe girmiştir (165). Bu yönetmelik tüm özel, kamu ve üniversite hastaneleri başta olmak üzere tüm sağlık kuruluşları için geçerli olup sağlık hizmetlerinin güvenli bir ortamda sunulması için risklerin belirlenmesi ve azaltılmasına yönelik yapılması gereken çalışmaları içermektedir (166).

“Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” te yer alan hasta güvenliği uygulamaları aşağıdaki gibidir (164);

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
- Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
- İlaç güvenliğinin sağlanması
- Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- Cerrahi güvenliğin sağlanması,
- Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılmasıdır.

Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik bir diğer çalışmada 2006 yılında kurulan Hasta Güvenliği Derneği tarafından yürütülen çalışmalardır (94). Bunun dışında Sağlıkta Kalite Derneği ve Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği hasta güvenliği konusunda farkındalık sağlamak ve sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması için hasta güvenliği çalışmalarına destek vermektedir (166),(167).

Sağlık Bakanlığı tarafında sağlık kuruluşlarında yapılan hataların analiz edilmesi ve bu hatalara yönelik gerekli iyileştirmelerin yapıp hasta güvenliğinin sağlanabilmesi amacıyla 2016 yılında Güvenlik Raporlama Sistemi oluşturulmuştur (168). Bu sistemde hata yapan sağlık personelinin kimliği gizli olup hata bildirimlerinin

arttırılması hedeflenmektedir (169). İlaç hataları, laboratuarda gerçekleşen hatalar ve cerrahi hataların bu sisteme bildirim yapılmakta olup yapılan analizlerle hem sağlık kuruluşunda hem de ülke genelinde yapılan hataların farkına varılması ve önlenmesine yönelik gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasına olanak sağlar (168).

4.4.4. Uluslararası Hasta Güvenliği Standartları

Tüm dünyada güvenli ve kaliteli bir sağlık hizmeti için yaygın bir şekilde kullanılan JCI 2016 Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri aşağıdaki gibidir (139),(170);

Hedef 1:Hasta Kimliğinin Doğru Belirlenmesi

Hasta güvenliğini sağlamada ilk basamak olan ve hem ayaktan hem de yatarak tedavi gören hastalara verilen hizmetler ve yapılan her türlü müdahalede doğru işlem ve tedavinin doğru hastaya yapılması için hasta kimliğinin doğru ve eksiksiz bir şekilde tanımlanması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hatalar yalnızca tıbbi bakımdan kaynaklanan enfeksiyon, yanlış ameliyat yapılması ya da ameliyat sırasında hastanın içinde alet unutulmasından kaynaklanmaz. Tıbbi hataların büyük bir çoğunluğu ilk aşama olan hasta kimliğinin yanlış tanımlanmasıdır. Bu da beraberinde de teşhis ve tedavinin yanlış yapılmasına cerrahi girişimde yanlış hastaya müdahale edilmesine ya da hastaya yanlış ilaç verilmesi gibi geri dönüşü olmayan ve çok ciddi kalıcı hasarlara neden olan sonuçlar doğurabilir.

Hasta kimliğinin tanımlanması ilk olarak hasta kaydının yapılmasında başlar. Hasta kabulünde 3 parametre vardır. Bunlar; hastanın adı soyadı, doğum tarihi ve baba adıdır bu bilgilerin hepsi eksiksiz bir şekilde sorularak hasta kabulü yapılır.

Yatan hastalarda ise bilinci açık hastada kimlik doğrulaması yapılırken hastanın kol bandında yazılı olan ad-soyad ve hasta numarası kontrol edilir ayrıca hastanın kendisine adı soyadı ve doğum tarihi sorularak teyit yapılır. Hastanın bilincinin kapalı olması durumunda kimlik doğrulaması varsa yakınları tarafından eğer yakınları yoksa bilgilere ulaşana kadar geçici bir süre hasta numarası, tanısı ve isim yerine verilen geçici bir kod ile yapılır. Bebeklerde kimlik doğrulaması yapılırken bebeğin kol bandında yazan bebeğin adı soyadı, doğum tarihi ve bebeğin hasta

numarası bilgileri dosyadaki bilgiler ile karşılaştırılır eğer bebek Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde ise bebeğin yattığı kuvöze annenin adı soyadı, bebeğin doğum tarihi ve bebeğin hasta numarasının yazılı olduğu kart asılır.

Sağlık kuruluşları bütün çalışanların erişebileceği kimlik doğrulamasının nasıl yapılacağı ve nelere dikkat edilmesi ile ilgili gerekli dokümanlar hazırlar ve bütün sağlık çalışanlarının bu kurallara uygun bir şekilde kimlik doğrulaması yapması gerekir. Hastalara yapılan her türlü cerrahi müdahale öncesinde, müdahale sonrasında, bütün tetkik ve tahlillerin yapılmasında, kan ve kan ürünleri verilmesinde kısacası bütün süreçlerde hasta kimliğinin kurallara uygun bir şekilde doğru ve eksiksiz tanımlanması gerekir

Hedef 2:Etkili İletişimin Sağlanması

Sağlık bakım hizmeti vere çalışanlar arasındaki iletişim bozuk olması beraberinde hataları getirir. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için çalışanların hem sözel hem de yazılı iletişiminin güçlü olması gerekmektedir. Sağlık bakım hizmetlerinde en çok çalışanlar arasındaki iletişim eksikliği, hastaların tedavileriyle ilgili istemlerin telefon ya da sözlü olarak yapılmasından dolayı sorunlar yaşanmaktadır. Çalışanların nöbet değişimi sırasında hastayla ilgili bilgileri diğer çalışana aktarırken çeşitli çevresel nedenlerden ya da çalışanın yorgunluğundan dolayı bilgiler yanlış aktarılabilir ya da karşı taraf bunu yanlış anlayabilir. Yine hastaya verilecek bir ilacın telefonla bildirilmesi benzer isimli ilaçların birbirine karışması ya da dozunun yanlış anlaşılmasına neden olabilir. Bunu önlemek için mümkün olduğunca istemler yazılı ortamda ve okunaklı bir şekilde yapılmalı eğer sözel istem yapılmışsa en kısa sürede yazılı veya elektronik ortama kaydedilmelidir. Telefonla yapılan iletişimlerde mutlaka karşı tarafın verdiği bilgi tekrar edilerek doğru anlaşılıp anlaşılmadığı teyit edilmelidir.

Hedef 3:Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Sağlanması

Hasta bakımının en önemli süreçlerinde biri olan ilaç tedavilerinin uygun bir şekilde yapılması hasta güvenliğinin en önemli hedeflerinden biridir. Hastanelerde yazılışları, okunuşları ve ambalajları bakımından birbirine benzeyen ilaçlar yüksek riskli ilaç grubuna girmekte olup hata yapmaya en müsait olan ilaçlardır.

ABD’de her yıl yaklaşık 1 milyondan fazla ilaç hatası yapıldığı ve bu hataların büyük bir kısmının ölümle sonuçlandığı tespit edilmiştir(170). Bu hataların büyük bir kısmı ilaç istemleri yapılırken hekimin yazdığı reçetenin okunaksız olması ya da sözel istem yapılması durumunda çalışanlar arasında iletişim eksikliğinin olması bu hataların oranını arttırmaktadır.

İlaç uygulama süreci hekimin ilaç istemi yapması ile başlar ve ilacın eczaneden temin edilip hemşirenin ilacı sisteme kaydetmesi ve hastaya uygulaması ve uygulandıktan sonra yan etkilerinin takibi ile devam eder. Bu süreçte yapılacak en küçük bir hata hastanın ölümüne yol açabilecek olumsuz sonuçlar doğurur.

Sağlık kuruluşları bu hataların önüne geçerek ilaç yönetimini sağlamak için birtakım prosedürler ve kurallar oluşturur. Sağlık kuruluşunun ilaç güvenliğini sağlamak için ilk önce yüksek riskli ilaçların nelere olduğunu belirten bir liste yapması gerekir. Bu ilaçların saklama koşulları, eczaneden transferi ve hastaya uygulanmasıyla ilgili gerekli açıklamalar prosedürlerde belirtilir.

İlaçların hastaya doğru bir şekilde uygulanmasındaki bir diğer husus ise hasta güvenliğinin ilk hedefi olan hasta kimliğinin doğru tanımlanmasıdır. Hekimin ilaç istemini doğru hastaya ve doğru dozda yapması eczanenin de bu ilacı doğru bir şekilde hazırlayıp doğru hasta barkodunu ilacın ambalajına etiketlemesi gerekir. İlacı uygulayacak hemşirenin de ilaç üzerinde bulunan barkoddaki bilgilerle hasta kimlik bilgilerini eşleştirdikten sonra ilaç uygulamasını yapması gerekir. Hastalara verilen ilaçların olası yan etkileri dikkate alınmalı ve hastanın o ilaca karşı alerjisinin olup olmadığı tespit edilmelidir.

Sağlık kuruluşlarında ilaç güvenliğinin sağlanması için uyulması gereken 8 doğru ilkesi vardır ve sağlık kuruluşları bu ilkeleri uygun bir şekilde uygularlarsa hasta güvenliğini başarılı bir şekilde sağlamış olur. Bu ilkeler aşağıdaki gibidir;

- Doğru İlaç

- Doğru Hasta
- Doğru Doz
- Doğru Zaman
- Doğru Yol
- Doğru Form
- Doğru Kayıt
- Doğru Etki

Hedef 4: Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması

Sağlık hizmetlerinde cerrahi hataların sayısının artmasıyla birlikte bu hataların önlenmesi amacıyla doğru taraf, doğru hasta, doğru işlem uygulamasını sağlamaya yönelik prosedürler devreye girmiştir. Cerrahi hataların azaltılarak hasta güvenliğinin sağlanmasıyla ilgili uygulamalar ameliyat öncesi dönemi de kapsayıp ameliyat sırası ve sonrasında da uyulması gereken kuralları kapsar. Sağlık hizmeti veren ekip arasında etkili bir iletişimin olmaması, hasta kimliğinin tam ve doğru bir şekilde tanımlanamaması ve ameliyat bölgesiyle ilgili bir işaretleme yapılmaması ve bu konuyla ilgili bir prosedür bulunmaması bu hataların artmasına sebep olmaktadır.

Yanlış taraf, yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahisini önlemek için Joint Commission Accreditation (JCI) Evrensel Protokolü'nde yer alan süreçler aşağıdaki gibidir;

1. Ameliyat öncesi taraf işaretlemesinin yapılması
2. Ameliyata başlanmadan önce ameliyat yapılacak hastanın kimlik ve ameliyat bölgesinin doğrulamasının yapılması
3. Her işleme başlamadan önce son kontrollerin yapılması\Time out süreci

Ameliyattan önceki ilk aşama olan taraf işaretlemesi hastanın da katılımıyla birlikte ameliyattan bir gün önce ya da ameliyat sabahı “Güvenli Cerrahi Kontrol Formu” üzerine hastanın ameliyat edilecek bölge ya da organın işaretlemesi yapılır. Ameliyathane de hastaya anestezi verilmeden önce hastanın katılımı ile kimlik ve taraf doğrulaması yapılır. Ameliyat insizyonu\kesisinden önceki time out yani mola sürecinde ise ameliyat ekibi doğru işlemde olup olmadığını teyidi için kendilerini tanıtır ve hastanın kimlik doğrulaması ve taraf doğrulamasını tekrar yapar. Son aşama da ise ameliyat kesisi kapatılmadan tekrar bir doğrulama yapılır ve ameliyatta

kullanılan tüm ekipman ve cihazların sayımı yapılarak “Güvenli Cerrahi Kontrol Formu“na kaydedilir. Sağlık kuruluşlarında bu aşamaların nasıl uygulanacağı ilgili prosedürlerde belirtilir.

Hedef 5: Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Enfeksiyon Risklerinin Azaltılması

Sağlık kuruluşları verdikleri sağlık hizmetlerinden kaynaklanan enfeksiyonların azaltılması ve yok edilmesi için çalışmalar yapar. Hastanelerde oluşan enfeksiyonlar hastalar ve çalışanların sağlığı için büyük bir tehdit oluşturmakla birlikte hastaların hastanede kalış süresinin uzamasına, ciddi hastalıkların ortaya çıkmasına hatta ölümüne neden olabilmektedir.

Sağlık kuruluşları enfeksiyonları önlemede en etkili yol olan el hijyeninin doğru bir şekilde uygulanması için gerekli kurallar , prosedürler ve talimatlar hazırlar ve sağlık çalışanlarına el dezenfeksiyonuyla ilgili eğitimler verir.

DSÖ'nün katkılarıyla hazırlanan el hijyeni için beş endikasyon kuralı sağlık kuruluşlarında enfeksiyonların önlenmesinde temel kural olup aşağıdaki gibidir;

1. Her hastayla temastan önce
2. Her hasta ile temas ettikten sonra
3. Vücut sıvıları ile temasta bulunup eldivenleri çıkarttıktan sonra
4. Bütün işlemlerden önce
5. Hastanın çevresinde bulunan eşyalarla temastan sonra eller yıkama talimatına uygun bir şekilde su ya da el antiseptiği ile dezenfekte edilir.

Hedef 6: Hastaların Düşmelerden Kaynaklı Zarar Görme Riskinin Azaltılması

Sağlık kuruluşlarındaki bir diğer sorunda hastaların fiziksel çevre koşulları ya da tıbbi durumları gibi çeşitli nedenlerden dolayı hem yatan hem de ayakta hastalarda düşme olaylarının yaşanması ve hastaya zarar veren bu durumun yok edilmesi ve verebileceği zararların en aza indirilmesidir. Düşmelerin engellenmesi ve azaltılması için sağlık kuruluşları gerekli kurallar ve prosedürler düzenler ve uygular.

Hastaların ameliyat sonrası anestezinin etkisinde olması ya da kullandığı ilaçlar nedeniyle düşme riski olabilir. Hastalarda bazen sağlık kuruluşuna geldiğinde düşme riski olurken bazılarında bu durum sonradan gelişebilir. Sağlık kuruluşları çeşitli ölçekler kullanarak hastaların düşme riski puanını belirler ve çıkan sonuca göre hastanın düşme riskinin olup olmadığına karar verilir. Düşme riski olan hastaların odasının kapısına dört yapraklı yonca figürü asılarak tüm çalışanların bilgisinin olması sağlanır. Yine düşmelerin önlenmesi için fiziki koşullar hastaların düşmesini önleyecek şekilde düzenlenir.

4.4.6. Tıbbi Hata Kavramı

Hasta güvenliği kavramının tanımında yer alan sağlık bakımından kaynaklı istenmeyen olaylarla aynı anlama gelen tıbbi hata kavramı National Patient Safety Foundation'un tanımı da dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastaya müdahalede bulunma yetkisi olan tüm sağlık personelinin herhangi bir kastı olmadan genellikle ihmalinden kaynaklanan nedenlerle meydana gelen beklenmeyen olaylar olarak tanımlanabilir (90). Bu tanımdan da çıkarılabileceği üzere tıbbi hatalar üç nedene bağlı ortaya çıkabilir. Bu nedenler şu şekildedir (137),(138);

1. İşleme bağlı hatalar: Hastaya verilen sağlık hizmetlerinde yanlış bir işlem yapılmasından kaynaklanan hatalardır.
2. İhmale bağlı hatalar: Hastaların tedavisinde yapılması gereken doğru işlemlerin yapılamamasıdır.
3. Uygulamaya bağlı hatalar: Hastalara doğru tedavilerin yanlış yöntemle uygulanmasından kaynaklanan hatalardır.

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında yapmış olduğu tanıma göre tıbbi hatalar, hekimlerin hastalara verdikleri hizmetleri belirtilen standartlara uygun bir şekilde yerine getirememesi ya da bu hizmetleri hiç vermemesi ve bir takım bilgi eksikliklerinden dolayı hastanın zarar görmesidir (171).

Birçok literatürde tıbbi hata kavramı ve malpraktis\kötü uygulama kavramları birbirinin yerine kullanılmaktadır (172). Aslında iki kavramda aynı anlama gelmekte olup tıbbi hata kavramı malpraktise göre daha geniş bir anlama sahiptir (169). Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda yapılan tanıma göre malpraktis

“Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulaması" olarak tanımlanmaktadır (173). Malpraktis yani kötü uygulama sonucunda hasta mutlaka zarar görürken her tıbbi hata sonunda hasta zarar görmeyebilir. Bu hatalar ramak kala olay olarak adlandırılır ve sağlık hizmetlerinde yapılan hataların son anda farkına varılarak hastaya ulaşmadan ve zarar vermeden önlenmesi anlamına gelir (174).

IOM'un tanımına göre tıbbi hata, tedavinin planlanan şekilde yapılmaması ya da istenilen sonuca varılamayan yanlış bir plan veya uygulama ile yapılmasıdır (175). Kısacası tıbbi hata yanlış planlama ve uygulama hatalarından dolayı birtakım zararlara yol açar (90). Yine IOM'un yapmış olduğu tanımda advers olay ya da diğer tanımıyla yan etki, tıbbi uygulamaların hastanın mevcut durumuna veya hastalığını tetikleyen diğer nedenlere bağlı olmadan verdiği zararlardır (90),(17),(175).

JCAHO'un yapmış olduğu tıbbi hata tanımının temelini sentinel olay kavramı oluşturmaktadır (176). Sentinel olay, sağlık hizmetlerinin hastanın hastalığı ile ilgili olmayan çeşitli sebeplerden dolayı hastalara psikolojik, fiziksel zararlar veren hatta ölümüne yol açan istenmeyen vahim olaylardır (177). Bu bağlamda JCAHO'nun tıbbi hata tanımı şu şekildedir; sağlık bakım hizmeti veren çalışanların mesleki bilgilerinin yetersiz olması (178).

4.4.6.1. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Sağlık hizmetinin sunumundaki her aşamada ortaya çıkabilen ve büyük bir kısmı alınan önlemlerle ortaya çıkması önlenemeyen tıbbi hatalar, hasta ve hasta yakınlarına, sağlık çalışanlarına çok büyük zararlar veren ve hem hasta hem de sağlık kuruluşu açısından büyük maddi kayıplara neden olan olaylardır (78)(90).

DSÖ'nün 2014 yılında yapmış olduğu bir araştırmada sağlık hizmeti alan her 10 hastadan 1'i tıbbi hatalar nedeniyle zarar görmektedir (177). Johns Hopkins hasta güvenliği uzmanlarının 2016 yılında yapmış olduğu araştırmada ABD'de yılda yaklaşık 250.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (179). Türkiye'de ise tıbbi hatalara bağlı ölüm oranlarıyla ilgili bir çalışma bulunmamakla

birlikte sağlık bakanlığının GRS'ye bildiri yapılan çok sayıda tıbbi hata bulunmaktadır (171).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında meydana gelebilecek tıbbi hatalar aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (179),(180);

1. Medikasyon\İla Hataları
2. Cerrahi Hatalar
3. Tanı Koymada Kaynaklanan Hatalar
4. Sistemden Kaynaklanan Hatalar
5. Diğer Hatalar(Enfeksiyon, transfüzyon hataları, düşmelerden kaynaklı hatalar)

4.4.6.1.1. Medikasyon\İla Hataları

Yatan ve ayaktan sağlık bakım hizmeti alan hastaların tedavilerinin en önemli parçası olan ilaç uygulamaları hem lkemizde hem de dünyada en sık görülen tıbbi hataların başında gelmektedir (180). Büyük bir çoğunluğu önlenebilir nitelikte olan ilaç hataları sadece ilaçların yanlış uygulanması değil ilaç uygulamalarında 8 doğru olan 'Doğru İlaç, Doğru Hasta, Doğru Doz, Doğru Zaman, Doğru Yol, Doğru Form, Doğru Kayıt, Doğru Etki' kuralına uygun olmayan şekilde ilaç uygulamalarının yapılmasından da kaynaklanabilir (179).

DSÖ'nün de yapmış olduğu tanımda ilaç uygulamaları hastaların durumlarında birtakım değişiklikler sağlayıp yarar verme amacıyla uygulanan ürün şeklindeki çeşitli maddelerdir (137). Temel amacı yarar sağlamak olan ilaç uygulamaları ne yazık ki hastalara çok ciddi zararlar verebilir. Bazen bu ilaçlar hastalarda bir takım yan etkiye sebep olurken bazen de dikkat edilmez ise hastada alerjik reaksiyona sebep olabilir (138).

İlaç uygulamaları hekimin ilaç istemi ile başlar, eczane tarafından hazırlanıp dağıtılması hekim ya da hemşirenin uygulanması ve hastanın takibi gibi süreçleri içerir (180). Bu süreçlerde yaşanacak bir aksaklık ya da yapılacak bir hata hasta güvenliğinin iyi bir şekilde yönetilemediğini ortaya koyar (181).

Sağlık kuruluşlarında ilaç uygulamaları daha çok hemşireler tarafından yapılmakta olduğu için en çok ilaç uygulama hatası hemşirelik hizmetlerinde yaşanmaktadır (182). Sağlık kuruluşlarında ilaç hatalarının ortaya çıkmasında hekim hemşire, diğer sağlık personeli ya da hastadan kaynaklanabilecek başlıca hatalar aşağıdaki gibidir (183);

- Hastaya hizmet veren hekim ve hemşirenin hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması
- Hastalarda alerjik reaksiyona sebep olabilecek ilaçlar
- Bazı ilaçların dozlarının ayarlanması için sürekli yapılması gereken tetkiklerin yapılmaması
- İlacın hemşire tarafında yanlış dozda veya yanlış yol ile verilmesi
- Hemşirenin ilacın hastaya uygulanma zamanının geciktirmesi veya erken vermesi
- Hemşirelerin ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyinin yetersiz olması
- Hekim ve hemşirenin iş yükünün fazla olması ve aynı anda birden fazla işle meşgul olması
- Hekimin ilacın dozunu hastaya uygun ve diğer hastalıklarını dikkate almadan istem yapması
- Sağlık kuruluşunun fiziksel koşullarının eksik olması nedeniyle ses, gürültü, havalandırma sorunlarının olması ve sağlık personelinin stres altında çalışması
- Sağlık çalışanların yorgunluğuna bağlı dikkatsizlik ve ihmali
- Hekim ilaç istemi yapmadan hastaya ilaç uygulanması
- Hekimin yazdığı reçetelerin ve ilaç istemlerinin okunaksız olması
- Sözel istem yapılması sırasında iletişim eksikliğinden kaynaklanan yanlış anlaşılmalarda
- İlaçların yazılışları ve okunuşlarının benzer olması
- Ambalajları benzer olan ilaçlar
- Bazı ilaçların çok sık kullanılmaması
- Hastaların bilinçsiz bir şekilde hekimin kendilerine yazmadığı ilaçları kullanması

- Hastaların hekimin verdiği ilacı kullanmaması ve vaktinden önce kullanmayı bırakması

Tıbbi hatalara en müsait alan olan yoğun bakım üniteleri hasta güvenliği ihlallerinin daha fazla yaşandığı alanlardır (179). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalara uygulanan ilaç tedavisinde daha karışık dozlara sahip ilaçlar kullanılmakta ve sözel direktifler doğrultusunda ilaç uygulanmakta olduğu için ilaç hatalarının en sık görüldüğü bölümdür (180).

Sağlık kuruluşlarında ilaç hatalarının önleyerek hasta güvenliğini sağlamak için yapılması gerekenler aşağıdaki gibi sıralanabilir (137),(138),(184);

- Sağlık kuruluşlarının ilaç güvenliğini sağlamak için yapmaları gereken öncelikli çalışma yüksek riskli ilaçların belirlenmesidir
- İlaçların uygun saklama koşullarında muhafaza edilmesi
- Hekimlerin yazdığı order\istemlerin eczacının kontrolünde uygun teknikle eczacı tarafından hazırlanması
- Hekimler sözel ilaç isteminden kaçınmalı mutlaka istemlerini elektronik ortamda yapmalıdır
- Sağlık kuruluşu tarafından ilaç hazırlama protokolleri oluşturulmalı ve ilacı uygulayan yetkili sağlık personeli bu protokollere uygun ilaç hazırlamalıdır
- İlaç paketlemesi yapılırken hasta adına yapılması
- Bütün ilaç ve enjeksiyonlara ayrı ayrı hasta bilgilerinin bulunduğu etiket yapıştırılması
- İnsülin serum gibi uzun süreli kullanılacak olan ilaçların üzerine açılış saat ve tarihini belirten etiket yapıştırılması
- İlaçların alerjik reaksiyon oluşturabilme ihtimaline karşı ilaçların kullanılan diğer ilaçlar veya besinlerle olan etkileşimlerinin takibi
- İlaçların olası yan etkilerinin takip edilmesi
- Hasta ve hasta yakınlarına taburculuktan sonra kullanılacak ilaçlar hakkında eğitim verilmesi

4.4.6.1.2. Cerrahi Hatalar

Önlenebilir nitelikteki tıbbi hataların bir diğere nedeni de cerrahi hatalardır (185). Yanlış hasta, yanlış taraf cerrahisinden kaynaklanan bu hatalarda genellikle hastanın yanlış organı veya uzvunun ameliyat edilmesi, ameliyat sırasında hastanın içinde yabancı cisim unutulması ya da kimlik doğrulamasının yanlış yapılmasından dolayı yanlış hastanın ameliyat edilmesi gibi sonuçlar ortaya çıkabilir (87).

Yanlış taraf, yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahisini önlemek için JCI Evrensel Protokolü geliştirilmiştir (186). Aynı zamanda DSÖ cerrahi uygulama hatalarını en aza indirmek için bütün cerrahi süreçlerinde kullanılan “Güvenli Cerrahi Kontrol Formu”nu oluşturmuştur. Böylece taraf işaretlemeleri ve kimlik doğrulamaları ile cerrahi müdahalenin hazırlık ve uygulama olmak üzere tüm aşamalarında hasta güvenliği sağlanır(185).

Sağlık Bakanlığının 2009 yılında DSÖ’nün kontrol formuna uygun olarak hazırladığı ve 2009 yılında yayınladığı “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”de yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi için “Cerrahi/İnvaziv İşlem Doğrulama Formu”nu oluşturmuştur (186).

4.4.6.1.3. Tanı Koymada Kaynaklanan Hatalar

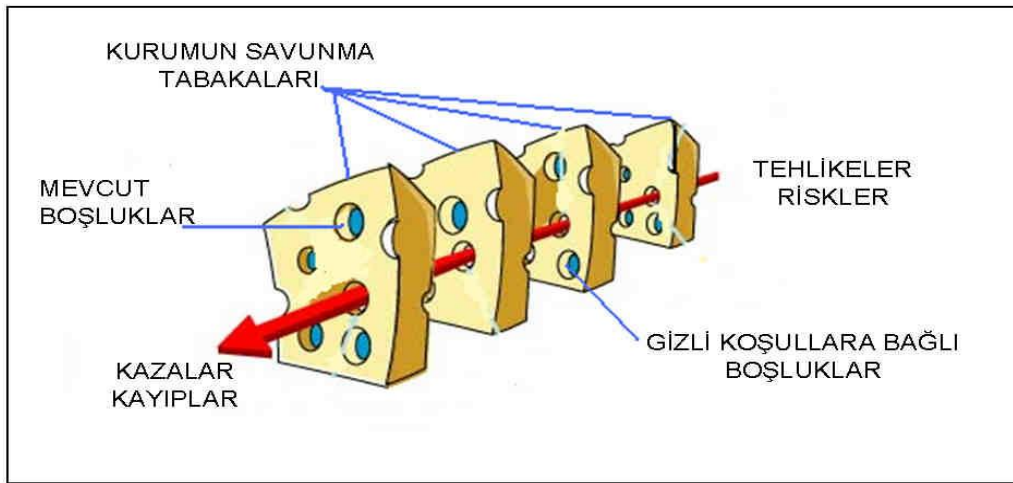
Sağlık kuruluşlarında bir hastanın tedavisinin başlayabilmesi için öncelikle o hastalığın doğru bir şekilde tespit edilmesi gerekir (187). Hastalara konulan yanlış bir tanı beraberinde tedavinin yanlış veya eksik yapılmasına gereksiz tahlil ve tetkiklerin yapılmasına, hastalara yanlış veya eksik ilaçlar verilmesine ve yapılan yanlış tedavi sonucunda hastanın ölümü gibi vahim sonuçlar ortaya çıkabilir (188). Hekimlerin hastalığın tanısını koymada en büyük yardımcıları olan tetkik ve tahlillerin yanlış sonuçlar vermesi hekimlerin tanıyı yanlış koymalarına neden olur (173). Bu nedenle tanı koymadaki en büyük hatalar laboratuardan kaynaklı hatalardır (174). Laboratuarda yapılan testlerin kimlik doğrulamasının uygun bir şekilde yapılmaması ve numunelere yanlış hasta barkodu yapıştırılması nedeniyle hastaların tahlil sonuçlarının karışması ya da cihazlarda meydana gelen bir sorunun tahlil sonuçlarını

etkilemesi veya sonuçları değerlendiren teknikerin sonuçları yanlış yorumlaması gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (2).

4.4.6.1.4. Sistemden Kaynaklanan Hatalar

Graban'ın da dediği gibi sağlık bakım hizmeti veren bir kuruluşun hizmet kalitesi tıbbi hataların önlenerek hasta güvenliğinin sağlanmasından geçtiğini ve sorunların büyük bir kısmının sistem hatalarından kaynaklandığına değinmiştir (2). Tıbbi hatalar ve bekleme sürelerinin fazla olması kuruluşun kalite düzeyini düşürmekle birlikte sistemden kaynaklanan bu hataları bir bütün olarak görüp çözmeye çalışmak yerine süreçlere odaklanıp küçük parçalar halinde sistemin iyileştirilmesi gerektiğine değinmiştir (2). Bu sistemi iyileştirecek olan sağlık personeli sistemi iyileştirirken aynı zaman kendilerinin de sürekli geliştirmek için uğraşacaktır (175).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan tıbbi hataların nedeninin çoğu zaman çalışanlardan kaynaklandığı düşünülmektedir (67). Ancak yapılan hatalar tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmadığı için hatanın sorumluluğunu çalışanlara yükleyip onları cezalandırmak yerine çalışanları hata yapmaya iten sebebin sistem olduğunu ve sistemi iyileştirerek çalışanlardan kaynaklanan zararlarında önlenilebileceği yaklaşımı dikkate alınır (175).



Şekil 4.4.6.1.4. 1.İsveç Peyniri Modeli(116)

Sistemden kaynaklı yukarıda görülen şekildeki İsveç Peyniri Modeli ile açıklamak gerekirse; çalışanların yapmış olduğu hataların büyük bir kısmı fiziksel ve çevresel etmenlerden kaynaklanan ve hatanın yakınında bulunan ve hatayı doğrudan etkileyen mevcut eksikliklerdir ve çoğu zaman çalışanın hatası ve ihmalden dolayı oluşurlar (187). Gizli eksiklikler ise hatayı yapmaya tetikleyen çoğu zaman sistemden kaynaklı olan kullanılan ekipmanın yetersiz ya da arızalı olması, yönetimdeki bilgi eksiklikleri ve gerekli dokümantasyon sistemi ve politikaların olmayışı gibi nedenlerden kaynaklanır (175),(188).

İsveç Peyniri Model’inde görülen çoklu savunma mekanizmaları sağlık kuruluşlarının hataları önlemek ve azaltmak için aldıkları önlemleri, peynir üzerindeki delikler ise sağlık kuruluşunun aldığı önlemlerdeki eksiklikleri oluşturmaktadır (189). Tehlike ve riskler ise kurumun tıbbi hataları engellemek için aldığı önlemlerdeki eksiklikler nedeniyle hastalara zarar veren istenmeyen olayları ifade etmektedir (157).Sağlık kuruluşunun aldığı önlemler arttıkça yani savunma mekanizmasını geliştirdikçe tıbbi hata oranları da azalacaktır (116).

JCI’ın Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri bu modele uygun olarak hazırlanmıştır (190). İlaç hatalarının azaltılması, enfeksiyonların önlenmesi, hastaların düşmelerinin önlenmesi, kimlik doğrulamasının sağlanması, yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi için geliştirdiği bu hedefler sağlık kuruluşlarında tıbbi hataların azaltılarak hasta güvenliğinin sağlanması için geliştirilmiştir (157).Bu hedeflerle hatayı yapan kişiye değil de alınan önlemlere odaklanılarak hataların önlenmesi için bu hedeflerin iyileştirilmesi yani sistemin iyileştirilmesi üzerine odaklanılır (175).

Agency for Healthcare Research and Quality sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hataların önlenmesi için sisteme bağlı hataların iyileştirilmesi için birtakım önerilerde bulunmuştur. AHRQ’nun 2000 yılında oluşturduğu önerileri şu şekildedir(179),(180);İlaçların olası yan etkilerinin bilgisayar sistemleri üzerinden izlenmesi: İlaç yan etkilerinin izlenmesini sağlayan programlar sayesinde kullanılan tüm ilaçlar bilgisayar sistemleri üzerinden izlenerek ilaç güvenliği sağlanır (189).

1. Tanı koymaya yardımcı testleri tekrarlatan sistemlerin geliştirilmesi: Hastaların tedavisinin seyrini belirlemede gerekli olan tanısal testlerin belli süreler

içerisinde tekrarlanması gerekir. Hekimlerin bu konudaki en büyük görevi hastalara bu tetkiklerin yapılma zamanını hatırlatması gerekir.

2. Standart Protokoller: Yoğun bakım hastalarına sunulan hizmetlerin daha karmaşık hizmetler olması nedeniyle hastalara verilen ilaçların ve diğer bakımların kanıta dayalı olarak hazırlanan protokollere uygun olarak yapılması ölüm oranlarını önemli ölçüde azaltmaktadır.(190)

4.4.6.1.5. Diğer Hatalar

Sağlık kuruluşlarında karşılaşılan, hastane enfeksiyonu, hastaların düşmesi, yanlış kan transfüzyonu gibi diğer tıbbi hatalar da hasta güvenliğini olumsuz ölçüde etkiler (190). Hastaların hastaneye yatışı yapıldığında var olmayan ancak hastanede yattığı dönemde ya da taburcu olduktan sonra hastada meydana gelen enfeksiyonlar hastane enfeksiyonu olarak adlandırılır (191). Hastanın sağlık durumunu önemli ölçüde etkileyen, hastanın hastanede kalış süresini arttıran hatta hastanın ölümüne neden olan hastane enfeksiyonları hem kurumun hem de hekimin itibarını sarsmakla birlikte çok ciddi maddi kayıplara neden olmaktadır (192).

Hastanede enfeksiyonlarını önlemede en etkili yöntem olan el hijyeninin sağlanması için sağlık kuruluşları gerekli prosedürleri hazırlar ve tüm sağlık çalışanlarına gerekli eğitimleri vererek el hijyeni konusunda farkındalık sağlar (180).

Hastaların kimlik doğrulamasının kurallara uygun bir şekilde yapılması da transfüzyon hatalarının önüne geçmede dikkat edilmesi gereken önemli bir unsurdur (179).

4.4.6.2. Dünyadaki ve Türkiye'deki Tıbbi Hata Oranları

Philips ve arkadaşlarının 2001 yılında yapmış olduğu bir araştırmada büyük bir kısmı hastaların ölümüne neden olan ilaç hatalarının %41'i yanlış doz, %16'sı yanlış ilaç ve %10'u ise yanlış yol ile uygulamadan kaynaklanmaktadır (192). İlaç hatalarının oluşmasına neden olan en önemli sebep sözel ilaç istemleri sırasında çalışanlar

arasındaki iletişim bozukluğu nedeniyle okunuşu ve yazılışı benzer olan ilaçların karışıklığa sebep olduğu görülmektedir (193).

Center for Disease Control and Prevention'nin yapmış olduğu bir araştırmaya göre ABD'de acil servise başvuran 700.000 hastadan yaklaşık 120.000'i ilaç hataları nedeniyle başvurmaktadır(194).

IOM 2007 yılında yayınladığı "Preventing Medication Errors" raporunda ABD'de ilaç hatalarından dolayı her yıl 1,5 milyon kişinin zarar gördüğüne ve yatan hastalarda he gün mutlaka bir kere ilaç hatası yapıldığına değinilmiştir(195). Yine bu raporda Cornish ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı bir araştırmaya göre yatan hastaların%54'ünde daha önceden kullandıkları ilaçların hatalı olduğu fark edilmiştir (194). İlaç hatalarının %46'sı ilaç uygulama zamanının atlanması, %25'inde yanlış dozda ilaç uygulamasının yapılması ve %17'sinde ilaç uyguma sıklıklarında yanlışlık yapıldığı ve %11'inde yanlış ilaç uygulamasından kaynaklandığı tespit edilmiştir (196).

DSÖ, hasta güvenliği sorunlarının tespit edilip sistemlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için yapılan tıbbi hataların bildirimini sağlandığı güvenlik raporlama sistemine üye devletlerden 2005 ve 2010 yılları arasında toplam 517.415 ilaç hatası bildirim yapılmıştır (197). İngiltere'de hasta güvenliği ihlallerinin %10'u ilaç hatalarından kaynaklanmaktadır. İlaç hatalarının % 16'sı hastalar tarafından bildirilmiş ve %0,9'u ölümlerle sonuçlanmıştır (198). Bildirilen ilaç hatalarının %50'si ilaçların uygulanmamasından ,%18'i reçete yazmada kaynaklanan hatalardan,%16'sı ilaçların ertelenmesinden %15'i ise yanlış dozdan kaynaklanmaktadır (197).

DSÖ'ne göre gelişmekte olan ülkelerde her on hastanın birinde tıbbi hataların ciddi yaralanmalar ve ölümler meydana gelmektedir. Bu hataların dağılımı aşağıdaki gibidir(137,138);

- İlaç uygulamasında karşılaşılan yan etkiler %13
- Tıbbi uygulamalar nedeniyle gelişen yan etkiler ve yaralanmalar%16
- Anestezi ve yanlış cerrahi hataları %19
- Hastane enfeksiyonları %27

- Enjeksiyon hataları%30
- Transfüzyon hataları%32
- Düşmelerden kaynaklı yaralanmalar%43

JCAHO'ya 2014-2015-2016 yılları arasında yapılan tıbbi hata bildirimleri aşağıdaki gibidir(198);

Tablo 4.4.6.1.4.1.JCAHO'ya Bildirilen Tıbbi Hatalar (199)

TIBBİ HATA TÜRLERİ	2014	2015	2016
Anestezi ile ilgili hatalar	6	5	3
Tedavide gecikme nedeniyle oluşan hatalar	78	82	28
Düşmelerden Kaynaklı Yaralanmalar	93	95	52
Hastanın tedaviden kaçmasıyla ilgili olayları	6	7	5
İlaç Hataları	20	46	14
İlaç uygulamalarında fazla doz hataları	8	13	5
Cihazlardan kaynaklı hatalar	9	14	4
Ameliyat öncesi komplikasyonlar	53	82	23
Fazla radyasyona maruz kalma	4	4	3
İntihar	84	98	44
Maternal Ölümler	11	6	6
Hasta transferiyle ilgili yaralanmalar	2	1	2
Transfüzyon hataları	7	9	1
Vücutta yanlış cisim unutulması	116	123	52
Ventilatöre bağlı ölümler	3	3	1

Yanlış hasta yanlış taraf, yanlış prosedür hataları	73	121	47
Diğer beklenmedik olaylar	74	58	19

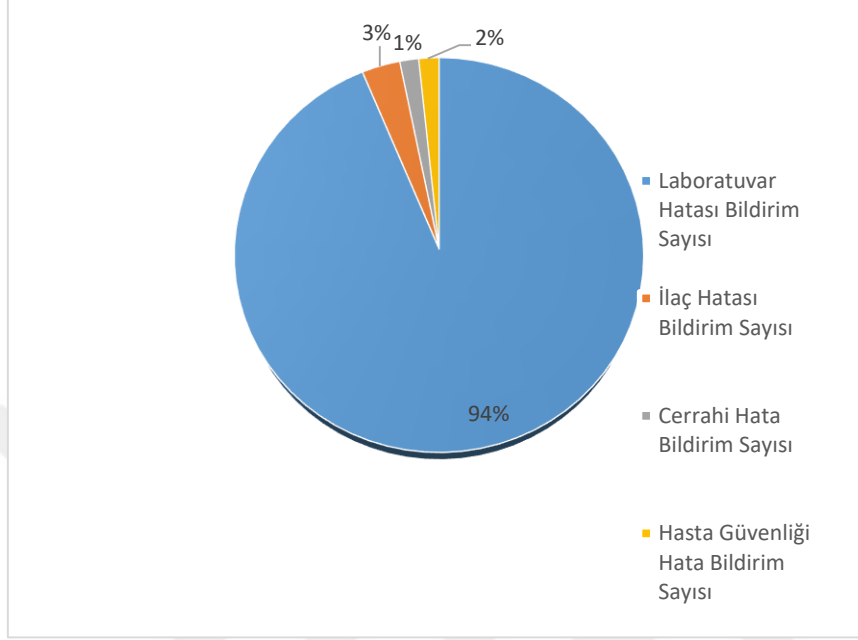
JCAHO'ya 2005 ve 2016 yılları arasında bildirilen tıbbi hataların neden olduğu zararlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (198);

Tablo 4.4.6.1.4.2.JCAHO'ya Bildirilen Tıbbi Hataların Sonuçları (199)

TIBBİ HATALARIN HASTALARA VERDİĞİ ZARARLAR(2005-2016)	n	%
Hasta ölümleri	5394	54.4%
Kalıcı hasarlar	94	0.9%
Kalıcı fonksiyon kaybı	823	8.3%
Ciddi ama geçici zararlar	315	3.2%
Psikolojik zararlar	328	3.3%
Ekstra bakım gerektiren zararlar	2624	26.4%

Türkiye'de geçmiş yıllarda hata bildirimini yapılabilecek bir sistem bulunmadığı için tıbbi hatalarla ilgili net bir bilgi bulunmamaktadır (199). Ancak tıbbi hatalarla ilgili gazetelerde yayınlanan haberlerdeki verilerin derlenmesiyle ortaya çıkan tıbbi hata oranları şöyledir; yapılan tıbbi hataların%43,6'sı cerrahi alanlarda meydana gelen hatalardır ve bu hataların %19,2'si çalışanların tedbirsizliklerinden,%11,6'sı da çalışanların dikkatsizliğinden, %11,6'sı meydana gelmiştir (199). Hataların %17,4'ü yanlış tedavi uygulamasından,%10,5'i yanlış tanı koymadan %8,7'si de yanlış ilaç uygulamasından dolayı oluşmuştur. Yapılan bu hataların %49,4'ü ise ölümlerle sonuçlanmıştır (200).

Ülkemizde güncel tıbbi hata oranlarına resmi olarak sağlık bakanlığının oluşturduğu GRS üzerinden 23.03.2016 tarihi itibarıyla ulaşılabilmektedir (139). GRS'ye yapılan 82779 tıbbi hata bildirimlerinin oranı aşağıdaki grafikteki gibidir (181),(182).



Şekil 4.4.6.1.4.1. Türkiye'de Tıbbi Hata Oranları (182)

Tablo 4.4.6.1.4.3. En Sık Bildirim Yapılan 10 Cerrahi Güvenlik Hataları (181)

BİLDİRİM SAYISI	ANA PARAMETRE	ALT PARAMETRE
364	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	Ameliyat bölgesinin/tafaının işaretlememesi
114	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	Makyaj, protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığının teyit edilmemesi
72	Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
57	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	Ameliyat bölgesinin/tafaının kontrol edilmemesi
54	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	Ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması
45	Ameliyathaneye Transfer	Hasta transferine sağlık çalışanının

	ve Hasta Kabulü	eşlik etmemesi
44	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	Hasta rızasının alınmaması
41	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	Hasta rızasının kontrol edilmemesi
35	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
32	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	Ameliyat bölgesinin/tafaının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi

Tablo 4.4.6.1.4.4.En Sık Bildirim Yapılan 10 İlaç Hataları (181)

BİLDİRİM SAYISI	ANA PARAMETRE	ALT PARAMETRE
320	İstem	Hatalı doz istemi
260	İstem	Yanlış ilaç istemi
157	Hazırlama	Yanlış ilaç hazırlanması
129	İstem	Elektronik ortamda yanlış ilaç seçimi
126	Muhafaza	Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu
103	Transfer	Eczaneden yanlış ilacın transferi
79	Hazırlama	İlaçların yanlış paketlenmesi
78	İstem	İlaç adında kısaltma kullanımı
72	İstem	Okunaksız el yazısı
68	Uygulama	Yanlış ilaç

Tablo 4.4.6.1.4.5.En Sık Bildirim Yapılan 10 Laboratuvar Hataları (181)

BİLDİRİM SAYISI	ANA PARAMETRE	ALT PARAMETRE
16854	Preanalitik	Hemolizli numune
14113	Preanalitik	Pıhtılı numune
9431	Preanalitik	Hatalı test istemi
6750	Preanalitik	Yetersiz numune
4853	Preanalitik	Patoloji istek formunun düzenlenmemesi
4657	Postanalitik	Zamanında verilmeyen sonuç
2882	Preanalitik	Hatalı kayıt
2697	Preanalitik	Test isteminde eksik/yanlış bilgi
2688	Preanalitik	Uygunsuz alınmış numune
2083	Preanalitik	Hatalı numune kabı/tüpü

Tablo 4.4.6.1.4.6.En Sık Bildirim Yapılan 10 Hasta Güvenliği Hataları (181)

BİLDİRİM SAYISI	ANA PARAMETRE	ALT PARAMETRE
264	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	Hastanın düşmesi
103	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	Hastanın yanlış kimliklendirilmesi
88	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	Hastanın temel bilgilerinin yanlış kaydedilmesi
70	Bakım, Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	Hastanın düşmesi
54	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	Hastanın asansör arızası nedeni ile mahsur kalması
53	Bakım, Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	Bakım/tedavi gecikmesine bağlı olarak hastada komplikasyon gelişmesi

50	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	Arızalı ekipmanın zamanında onarılmaması/değiştirilmemesi
45	İletişim Hataları	Hastanın uygulanan bakım, teşhis metodu veya tedavi konusunda bilgilendirilmemesi
42	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	Bakım, teşhis veya tedavi sürecine ilişkin ekipmanın yetersizliği
38	Bakım, Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	Bakım/tedavi uygulaması öncesinde hasta kimliğinin doğrulanmaması

4.5. Hasta Güvenliği Algısı-Kültürü

Güvenlik; tüm toplumun korkmadan ve emniyette olarak normal yaşamını devam ettirmesidir(201).

IOM, hasta güvenliğini ise sağlık hizmeti alan hastalara zarar verilmemesi olarak tanımlamıştır (202). Aynı zamanda dikkatsizlik ve ihmalkârlıktan dolayı meydana gelen ve hastalara en çok zarar veren ve önlenbilir nitelikteki tıbbi hataları ortadan kaldırmaktır (203).Tıbbi hatalar tamamen ortadan kaldırılamasa bile en aza indirgeyerek toplumu emniyet altına almak ve sağlık sektöründe fiziksel ve psikolojik açıdan güvenli bir ortam yaratmaktır (204).

Hasta güvenliğinin sağlık kuruluşlarında başarılı bir şekilde sağlanabilmesi için hasta güvenliği ihlallerinden kaynaklı zararların önlenmesi için tüm çalışanlarda hasta güvenliği algısının sağlanması gerekmektedir (201).

Hasta güvenliğini başarılı bir şekilde sağlayan sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği zamanla tüm çalışanların tutum ve davranışlarına yansyarak kurum kültürü haline gelir ve süreklilik kazanır (205).

Hasta güvenliğini bir kurum kültürü haline getirerek sağlık kuruluşlarında hem hasta güvenliğinin ne ölçüde sağlandığı belirlenebilir (206). Hasta güvenliği kültürü değerlendirilip ölçülerek hem hasta güvenliğine verilen önem hem de üst yönetimde dâhil olmak üzere tüm kurum çalışanlarının hasta güvenliği algıları analiz edilebilir

ve gerekli iyileştirme çalışmalarının başlatılmasına imkân sağlanır (207). Gerekli iyileştirme çalışmalarının başlatılabilmesi için kurumlarda bildirim sistemlerinin kurulması ve tüm çalışanların bütün hasta güvenliği ihalelerinin bildirimlerini yapabildikleri şeffaf bir kurum kültürü olması ve tüm çalışanlarına bu algıya sahip olmaları gerekmektedir (208).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için tüm kurum çalışanlarının sahip olması gereken hasta güvenliği kültürü ve hasta güvenliği algısı hastaların tüm tıbbi işlemlerinde en çok rol sahibi olan ve en çok tıbbi hataların meydana geldiği hemşirelerde sağlanması gerekmektedir (209).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün ve algısının oluşturulması için olması gereken temel uygulamalar aşağıdaki gibidir; (145),(209),

- Sağlık kuruluşlarındaki tüm hatalardan ders çıkartılması gerektiği konusunda bir algı oluşturulmalıdır.
- Yönetim için hasta güvenliğinin sağlamanın en önemli amaçlarından biri olduğu tüm kurum çalışanlarına aşılmalıdır.
- Kurumlarda risk analizi yapılarak tüm tıbbi süreçlerin sürekli değerlendirilmesi sağlanmalıdır.
- Kurumlarda hasta güvenliği ihlallerinin bildirim için bir sistem kurulmalı ve tüm çalışanlar bildirim teşvik edilmeli ve raporlar tüm çalışanlar ile paylaşılmalıdır.
- Hasta güvenliği konusunda hasta ve hasta yakınlarını bilinçlendirmek için eğitimler verilmelidir.
- Bildirimlerin çalışanlar için cezai bir yaptırımının olmadığı hataların bireysel değil sistematik olduğu ve önlem almaya yönelik olduğu konusunda algı oluşturulmalıdır.

Sağlıklarına kavuşmak için sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar ne yazık ki istenmeyen olaylar olarak da tanımlanan ihmal ve dikkatsizlikten kaynaklı olaylardan dolayı büyük zararlar görmekte olup bu zararların en büyük sonucu hastanın ölümü ile sonuçlanmaktadır (184),(210).

IOM'un yayınlamış olduğu bir raporda ABD'de yaklaşık 44-48 bin kişinin hasta güvenliği ihlallerinden kaynaklı tıbbi hatalar sonucu hayatını kaybettiği ve bütün ölümler içerisinde en başta olduğu ve hastaneye yatışların %3'ünde tıbbi hata meydana geldiği belirlenmiştir (212). Bu denli risk altında olan insan hayatı ancak bir takım hasta güvenliği uygulamalarının sağlık kuruluşlarında uygulanması ve tüm çalışanlarda bu algı yaratılarak kurum kültürü haline getirilmesi ile güvenlik altına alınması mümkün olacaktır (213).

4.6. Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Algısının ve Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması

Hasta güvenliği kültürü ve hasta güvenliği algısının benimsendiği ve uygulandığı sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği ihlallerinden kaynaklanan hataların ve zararların azaldığı görölmektedir (214).

Sağlık kuruluşlarında oluşturulmaya çalışılan güvenlik kültürünün; tüm çalışanlar arasında etkili bir iletişimin olduğu hataları bildirmenin cezai bir yaptırımının olmadığı, hataları bildirmenin iyileştirme çalışmalarının başlatılabilmesi için bir araç olduğu algısının yaratılabileceği bir sistem olmalıdır (215). Çünkü yapılan birçok araştırmada hekimler başta olmak üzere tüm çalışanların tıbbi hataları bildirme konusunda isteksiz olduğu, iş yoğunluklarının fazla olması, ramak kala olayları önemsememeleri, hataları bildirdikleri zaman cezalandırılacakları ya da itibar kaybedecekleri gibi düşüncelerle bildirim yapmadıklarının tespit edilmiştir (188),(216).

Hasta güvenliğinin kurum kültürü haline gelmesi için kurulan sistemin, cezalandırıcı ve suçlayıcı olmaması için hataların bireylerden değil sistemden kaynaklandığını savunana bir sistem olması ve yapılan her hatanın iyileştirmeyi sağlamak için bildirimini savunan bir sistem olması gerekmektedir (217). Sağlık tesislerinin güvenli birer kurum haline gelmesi için uyulması gereken hasta güvenliği kurallarının kurum kültürü haline gelmesinde en büyük katkı şüphesiz ki kurum yöneticilerine aittir (218).

Hasta güvenliğinin kurum kültürü haline gelebilmesi için yöneticilerde bulunması gereken bir takım davranışsal özellikler olması gerekmektedir (219). Kurum yöneticilerinde bulunması gereken özellikler aşağıdaki gibidir (220).

- Hasta güvenliğinin tüm çalışanları ilgilendiren ve benimsemeleri gereken bir konu olduğunu hasta güvenliği eğitimleri yolu ile tüm çalışanlarda hasta güvenliği algısının oluşmasını sağlamaları için kaynak ayırmaları
- Tüm çalışanlar arasında iletişim oluşmasının sağlanması ve çalışanlarına bir takım yetkiler ile hasta güvenliğinin tehdit eden olayları tespit etmeleri ve ortadan kaldırmaları için imkanlar sağlanması
- Hasta güvenliği bildirimlerinin raporlanarak tüm çalışanlarla paylaşılması ve başarılı uygulamalar hakkında çalışanların bilgilendirilmesi
- Çalışanların hasta güvenliği ihlallerinin bildirimleri konusunda endişelerinin giderilmesi ve hataların bireysel değil sistemsel olduğu konusunda ikna edilmesi

Hasta güvenliği, yalnızca hataların bildirimini olarak değil bir takım hasta güvenli kurallarına uymayı da kurum kültürü haline getirilmesi ile mümkün olacaktır (220). DSÖ, Hasta Güvenliği İttifakı ve İş birliği Merkezi hasta güvenliğini iyileştirmek için tıbbi hataları azaltmada bir çözüm paketi yayınlamıştır. Bu maddeler aşağıdaki gibidir (221).

- Okunuşu, ambalajı benzer ilaçlarının isimlerinin belirtilmesi
- Hasta kimlik doğrulamalarının etkin bir şekilde kuralına uygun olarak yapılması
- Nöbet değişimleri sırasında etkili iletişim
- Doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem uygulamasının etkili bir şekilde yapılması
- Solüsyonların kontrolü
- Hasta transferlerinde kimlik doğrulamanın yapılması
- Hastalara kullanılan enjektörlerin disposable/tek kullanımlık olması
- Enfeksiyonlardan korunmak için el hijyenini sağlanması
- Hastalarda kullanılan tüm kateter ve tüplerin yanlış bağlantısının önlenmesi

Hasta güvenliği ile ilgili bildirimler yapılırken yalnızca gerçekleşen olaylar değil henüz gerçekleşmemiş ancak gerçekleşmesi yakın olan olaylar olarak bilinen ramak kala olayların bildirimi de hasta güvenliği kültürü ve algısının oluşmasında büyük önem taşımaktadır (179). Gerçekleşmeyen ancak gerçekleşme potansiyeli yüksek olan hataların bildirimi ortaya çıkabilecek hataların önceden tahmin edilmesine ve iyileştirme çalışmaları ile gerekli önlemlerin alınmasına fırsat sağlar (221). Bu da sağlık bakım hizmetlerinden kaynaklanan zararların eliminasyonuna veya azaltılmasına olanak sağlayacak ve çalışanların hataların raporlanmasına olan katkısını büyük ölçüde arttıracaktır (222).

4.7. Hastaların Hasta Güvenliğinde Sorumluluğu

Hastaların sağlık bakım hizmeti alırken güvenliğinin sağlanmasında sağlık çalışanlarının sorumluluğu olduğu kadar hasta ve hasta yakınlarının da sorumluluğun olduğu ve hastalarında bu sürece katılımının sağlanmasıyla ilgili farkındalık durumu gün geçtikçe artmakta ve gelişmektedir (223). Yapılan birçok araştırmada hastaların tıbbi hataya çok maruz kaldığı ve belirlenen bir takım kurallara uyulması ve dikkate edilmesi sonucunda tamamen önlenemese bile büyük oranda azaltılabileceği görülmektedir (224). Hastaların bir sağlık kuruluşuna başvurmadaki en büyük ve temel amacı sağlığına kavuşmak olup bu süreçte birçoğu karşılaşılabileceği riskleri düşünmemektedir (162). Oysaki hastanın teşhis, tedavi ve bakım sürecinde karşılaşılabileceği tıbbi riskler, komplikasyonlar, tedavinin işe yaramaması gibi birçok durum söz konusudur(225).Hastaların hem hastaneden bulunduğu süre içerisinde hem de hastane dışında alacağı tedavi hizmetleriyle ilgili her konuda gerekçesinden, komplikasyonuna, risklerine, yapılan ve yapılabilecek tüm girişimlere kadar her ayrıntısıyla ilgili her konuda bilgilendirilme hem meslek etiği hem hukuksal hem de hasta hakları gereğince zorunludur(162,163).Hastaların tıbbi hatalara maruz kalma oranlarının yüksek olduğu düşünüldüğünde bu konularda bilgilerinin yetersiz olduğu söylenebilir (162). Ancak hastaların bu konuda farkındalığının artırılmasına yönelik yasalarla da desteklenerek, her türlü konuda bilgilendirilme, soru sorabilme, tedavisine dâhil

olabilme, karar verebilme, kendisine yapılan her türlü işlemle ilgili kayıtları almasının yasal bir hakkı olduğu konusu giderek önem kazanmaktadır (225).

Hastaların farkındalığına yönelik çalışmalar, uluslararası anlamda çok eskilere dayansa da dayansa da bu konu sağlıkta dönüşüm, 2011 yılında çıkartılan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik” ve sağlıkta kalite standartların hasta güvenliğini sağlamaya yönelik maddelerin uygulanmasıyla yeni yeni farkındalık kazanılmaya başlanmıştır (162). Hastalara hasta güvenliği kapsamında hastane de kalış sürecinde yapılan işlemler hakkında bilgilendirilmesi ve onamının alınması düşme riskleri konularında eğitilmesi gibi konularda eğitimler ile hem bilgilendirilmekte, hem sürece katılımı sağlanarak sorumluluk paylaşılmakta hem de farkındalıkları arttırılmaktadır (226).

Tıbbi hatalar ile ilgili sayıların giderek artması ve bunların büyük bir çoğunluğunun ilaçlar ile ilgi süreçlerde önlenemez hatalardan kaynaklı ciddi zararlarıdır (162). Hastalarda hasta güvenliği ile ilgili farkındalık kazandırmak için uluslararası anlamda çalışmalar mevcuttur. Bunlardan birincisi DSÖ'nün “Hasta Güvenliği için Hastalar” isimli çalışması olup bu çalışma kapsamında hastaların sürece katılımını sağlayarak farkındalık sağlanması için “Ellerinizi Yıkayın” projesi gibi çeşitli projeler geliştirmişlerdir (213). Bir diğeri ise JCI'nın 2002 yılında hazırladığı ve akredite ettiği hastanelerin kullandığı “SPEAK UP” ismini verdiği harflerinde bir akrostiş yaparak açıklamalarında hastalara sürecin bir parçası olmaları için öneriler verdiği bir uygulamadır (211).

Uluslararası anlamda yapılan bu çalışmalarla birlikte hastaların tüm süreçlere aktif katılımı, bilgilendirilmesi, sorumluluk almalarının sağlanması ile birlikte hasta güvenliğinin tam anlamıyla sağlanması hedeflenmektedir (215).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, İstanbul ilinde bir kamu ve birde özel eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmakta olan sağlık çalışanları ve bu hastanelerden hizmet alan hastalar arasında hasta güvenliğinin tıbbi hatalar boyutu ile ilgili tutumları ve algılarının ölçülmesi ve karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

5.2. Problem Cümlesi

İstanbul ilinde kamu eğitim ve araştırma hastanesi ile özel bir eğitim araştırma hastanelerinin sağlık çalışanları ve bu kurumlardan hizmet alan hastalar arasındaki tıbbi hatalar konusundaki farklılık derecesini tespit etmek bu çalışmanın temel problem cümlesini oluşturmaktadır. Kamu ve özel hastane sağlık çalışanlarının meslek grupları arasındaki görüşlerini ve tutumlarının düzeylerini belirlemek bu çalışmanın ikinci problem cümlesidir.

5.3. Araştırmanın Yöntemi

Kesitsel nitelikte olan bu çalışma, İstanbul ilinde bir kamu eğitim ve bir afilliye özel eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanı ve bu hastanelerden hizmet alan hastalara Nisan-Temmuz 2017 tarihleri arasında yüzyüze anket yöntemi ile veri toplanarak yapılmıştır.

5.4. Veri Toplama Aracı

İstanbul ilinde kamu eğitim ve araştırma hastanesi ve özel eğitim araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ve hizmet alan hastalara uygulanmak üzere 2 veri toplama aracı kullanılmıştır:

1. “Sağlık Çalışanı Hasta Güvenliği Anket Formu

-Birinci bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, ekonomik durum algısı, mesleği, çalışma süresi, kurumda ve bölümde çalışma süresi, en çok vakit geçirilen yer, sosyal güvencesi gibi demografik özelliklerin yanında kendisi ve ailesinin tıbbi hataya maruz kalma durumu ve sonuçları, tıbbi hataları en çok hangi

meslek grubunun yaptığı, tıbbi hatadan kimlerin sorumlu tutulması gerektiği, hastanede yatarak tedavi görme durumu, hastalık durumunda başvuru yeri, tıbbi hatalarda hastaların sorumluluğu, hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilmeleri, tıbbi hatalar konusundaki duyum sıklığı, tıbbi hatalara karşı bilgi ve farkındalığı yer almakta olup

-İkinci bölümde ise AHRQ'nun 2000 yılında önerdiği birtakım davranışların tıbbi hataları önlemede uygulanabilirliği ve önleme düzeyi 18 soru maddesi üzerinden uygulanabilir, uygulanamaz ikili likert, hiç önlemez, kısmen önler, tamamen önler şeklinde 3'lü likert ölçeği ile soruldu. Son olarak 3.bölümde ise 26 soru maddesi üzerinden hasta güvenliğini sağlamak için hastanelerde yapılan uygulamaların yeterlilik düzeyi hiç yapılmıyor, yetersiz, kısmen yeterli, yeterli olarak 4'lü likert ölçeği ile sorulmuştur.

2 "Toplum Hasta Güvenliği" anket formunda ise "Sağlık Çalışanı Hasta Güvenliği Anket Formu'nun

- Birinci bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, ekonomik durum algısı, mesleği, kronik hastalık durumu, en çok vakit geçirilen yer, sosyal güvencesi gibi demografik özelliklerin yanında kendisi ve ailesinin tıbbi hataya maruz kalma durumu ve sonuçları, tıbbi hataları en çok hangi meslek grubunun yaptığı, tıbbi hatadan kimlerin sorumlu tutulması gerektiği, hastaneden yatarak tedavi görme durumu, hastalık durumunda başvuru yeri, tıbbi hatalarda hastaların sorumluluğu, hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilmeleri, tıbbi hatalar konusundaki duyum sıklığı, tıbbi hatalara karşı bilgi ve farkındalığı yer almakta olup -İkinci bölümde ise uygulanabilirliği ve önleme düzeyi 18 soru maddesi üzerinden uygulanabilir, uygulanamaz ikili likert, hiç önlemez, kısmen önler, tamamen önler şeklinde 3'lü likert ölçeği ile soruldu.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini her iki hastaneden alınan izinler sonucunda kamu hastanesinde çalışan 2287 ve özel hastanede çalışan 1732 sağlık personeli ve her iki hastanede de hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Evren sayısının fazla olmasından dolayı örneklem yoluna gidilmiştir. Nisan-Temmuz 2017 aylarında, hekim, hemşire, eczacı, diyetisyen, tekniker-teknişyen, temizlik personeli yardımcı sağlık personeli,

fizyoterapist, hasta hizmetler, vezne, idari kadro olmak üzere toplam 10 adet meslek grubuna anketler dağıtılmış olup geri dönüş oranı %70 olmuştur. Kamu ve özel eğitim araştırma hastanesinden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sayısı tablo 5.5.1. deki gibidir. Hastalarda ise veri toplama sürecinde gönüllülük esasına göre kolayda örnekleme yöntemi ile hastalara anket soruları dağıtılmış ve dönüş oranı %55 olmuştur.Kamu eğitim ve araştırma hastanesinden 281, özel eğitim ve araştırma hastanesinden ise 300 hasta araştırmaya katılmıştır.

Tablo 5.5.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Sayısı

Meslek Grubu	Kamu Hastanesi		Özel Hastane	
	n	%	n	%
Hemşire(ebe,sağlık memuru,att)	200	%32,8	209	%35,1
Hekim-asistan hekim	160	%26,2	151	%25,4
Eczacı	6	%1,0	2	%0,3
Tekniker/teknisyen	51	%8,4	51	%8,6
Temizlik personeli	74	%12,1	65	%10,9
Yardımcı sağlık personeli	22	%3,6	13	%2,2
Hasta hizmetleri-vezne	62	%10,2	64	%10,8
İdari kadro	29	%4,8	34	%5,7
Diyetisyen	1	%0,2	2	%0,3
Fizyoterapist	5	%0,8	4	%0,7

5.6. Güvenilirlik Analizi

Araştırmamızın güvenilirlik analizi anketi Türkçeye çeviren Bodur ve Filiz tarafından yapılmış olup Split-half korelesyon katsayısı = 0.686 ve Guttman split-half katsayısı = 0.766 ile güvenilirlik düzeyine sahiptir (187). Bu araştırmada da ölçeğin güvenilirliği test edilmiş olup tablo 5.6.1. de bulunan değerle birlikte ölçeğin güvenilirliği kanıtlanmış ve Cronbach's Alpha 0,7 den büyük olduğu için ölçek güvenilir kabul edilmiştir.

Tablo 5.6.1. Güvenilirlik Analizi

Boyutlar	Güvenilirlik Analizi
Tıbbi Hatayı Önleme (Çalışan)	0.763
Tıbbi Hatayı Uygulama (Çalışan)	0.845
Uygulamalar (Çalışan)	0.663
Tıbbi Hatayı Önleme (Hasta)	0.864
Tıbbi Hatayı Uygulama (Hasta)	0.927

5.7. Verilerin Analizi

Çalışmamızda tüm kategorik değişkenlerin frekans (f) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. Çalışmada verilerin analizinde test tekniklerinden tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, t testi, normallik testleri tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 25 programı kullanılmış, sonuçlar %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır.

5.8. Kısıtlılıklar

Araştırma İstanbul ilinde kamu eğitim ve araştırma hastanesi ve özel eğitim ve araştırma görev yapan hekim, hemşire, eczacı, diyetisyen, tekniker-teknisyen, temizlik personeli yardımcı sağlık personeli, fizyoterapist, hasta hizmetler, vezne, idari kadro çalışanları ve bu hastanelerden hizmet alan hastalar üzerinde yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Elde edilen bulgular Türkiye ve İstanbul ilinde yer alan diğer hastanelere genellenemez.

6. BULGULAR

6.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular

6.1.1. Sağlık Çalışanlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular

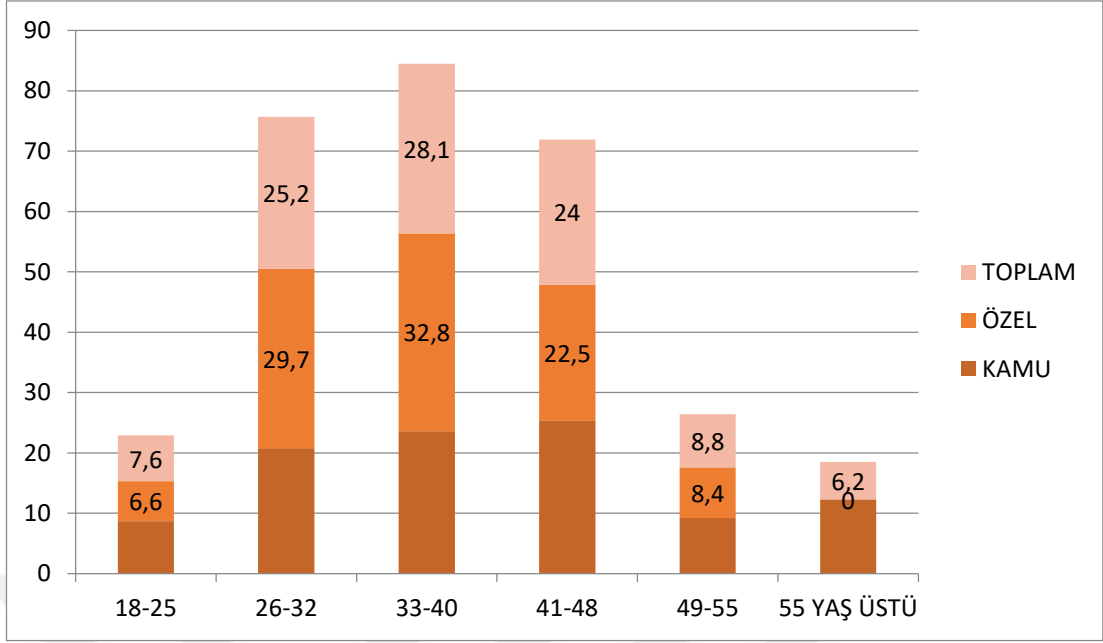
6.1.1.1. Demografik Özellikler

Tablo 6.1.1.1.1. Sağlık Çalışanlarının Demografik Bilgileri

Demografik Özellikler		KAMU		ÖZEL		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
Yaşınız	18-25	53	8,7	39	6,6	92	7,6
	26-32	127	20,8	177	29,7	304	25,2
	33-40	144	23,6	195	32,8	339	28,1
	41-48	155	25,4	134	22,5	289	24,0
	49-55	56	9,2	50	8,4	106	8,8
	55 ve üstü	75	12,3	0	0,0	75	6,2
Cinsiyetiniz	Kadın	330	54,09	396	66,55	726	60,24
	Erkek	280	45,90	226	37,98	479	39,75
Medeni durumunuz	Bekar	131	21,4	226	37,9	357	29,62
	Evli	418	68,52	345	57,9	763	63,3
	Dul/boşanmış	61	10,0	24	4,0	85	7,05
	Ayrı yaşıyor	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bitirdiğiniz okul	İlkokul	52	8,52	42	7,05	94	7,80
	Ortaokul	17	2,78	13	2,18	30	2,48
	Lise	62	10,16	32	5,37	94	7,80
	Ön lisans	97	15,90	93	15,63	190	15,76
	Lisans	290	47,54	243	40,84	533	44,23
	Lisansüstü	92	15,08	172	28,90	264	21,90
Ekonomik durumunuzu nasıl	Çok iyi	46	7,5	32	5,4	78	6,5
	İyi	173	28,4	282	47,4	455	37,8

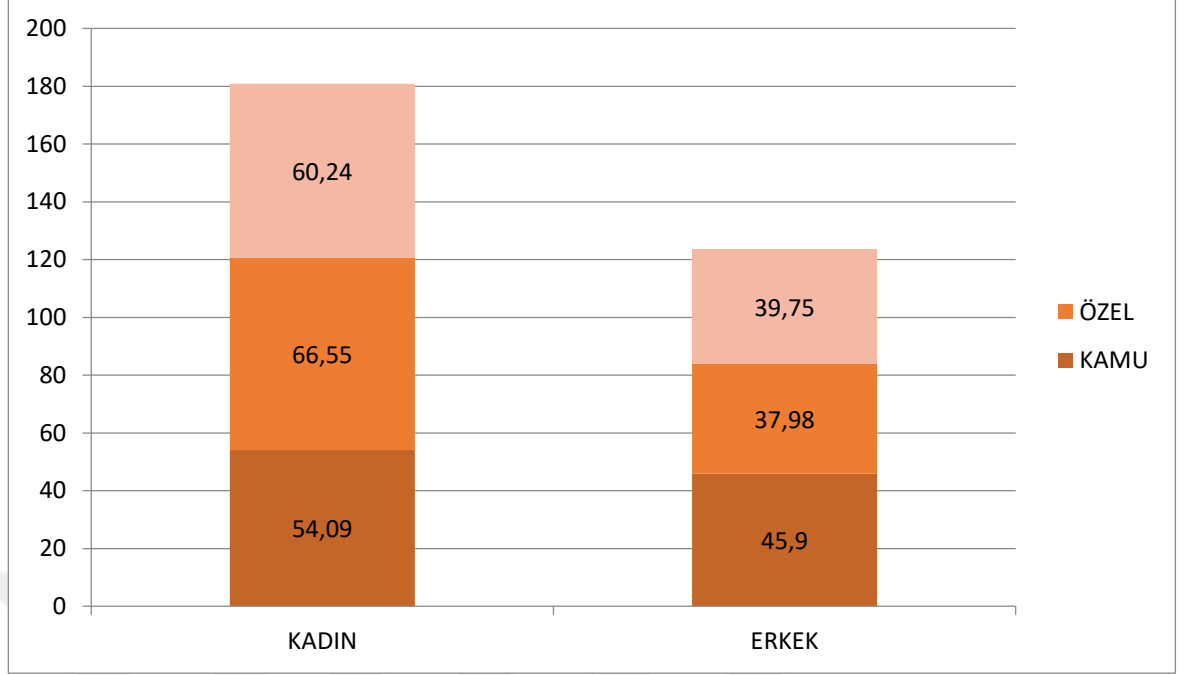
Demografik Özellikler		KAMU		ÖZEL		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
değerlendirirsiniz	Orta	280	45,9	199	33,4	479	39,8
	Kötü	111	18,2	82	13,8	193	16,0
Sağlık Güvenceniz Var mı	Evet	608	99,7	595	100,0	1203	99,8
	Hayır	2	0,3	0	0,0	2	0,2
Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer	İl	55	9,0	179	30,1	234	19,4
	İlçe	92	15,1	67	11,3	159	13,2
	Köy	45	7,4	63	10,6	108	9,0
	Kasaba	16	2,6	8	1,3	24	2,0
	Metropol/Büyükşehir	402	65,9	278	46,7	680	56,4

- Şekil 6.1.1.1.1'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 92'si (%7,6) 18-25 yaş, 304'ü (%25,2) 26-32 yaş 339'u (%28,1)i 33-40 yaş aralığında, 289'u (%24) 41-48 yaş aralığında 106'sı (%8,8) 49-55 yaş aralığında,75'i (%6,2) 55 yaş ve üstüdür.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 53'ü (%8,7) 18-25 yaş,127'si (%20,8) 26-32 yaş aralığında, 144'ü (%23,6) 33-40 yaş aralığında, 15'i (%25,4) 41-48 yaş aralığında 56'sı (%9,2) 49-5 yaş aralığında 75'i (%12,3) 5 yaş ve üstüdür.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanının 39'u (%6,6) 18-25 yaş,177'si (%29,7) 26-32 yaş aralığında, 195'i (%32,8) 33-40 yaş aralığında, 134'ü (%22,5) 41-48 yaş aralığında 50'si, (%8,4) 49-5 yaş aralığındadır.



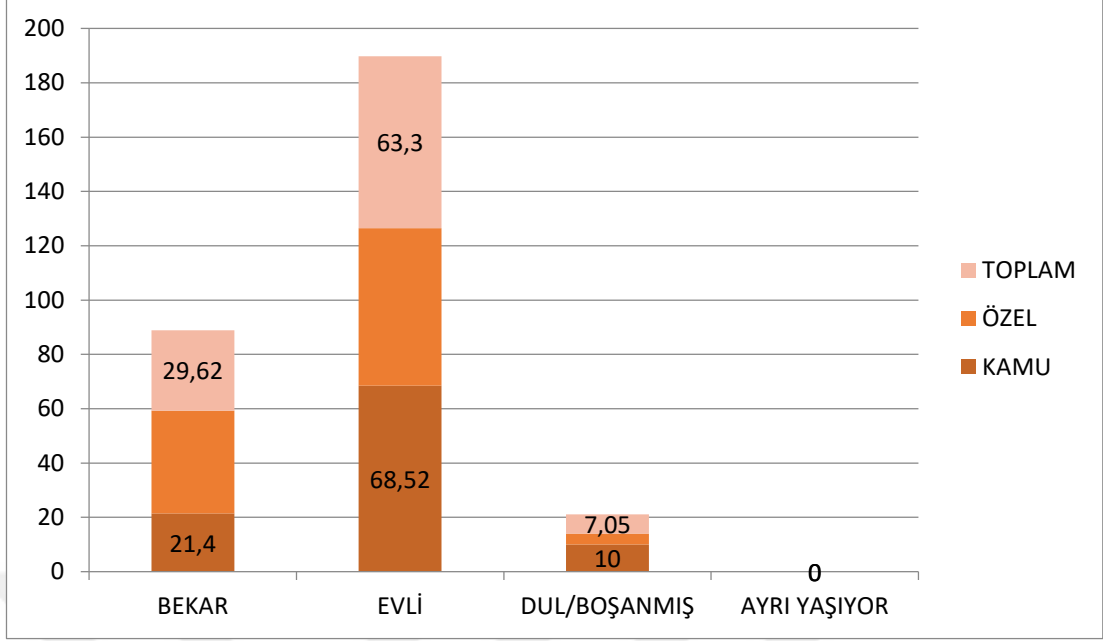
Şekil 6.1.1.1.1.Sağlık Çalışanlarının Yaş Grubuna Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.1.2.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan toplam 1205 sağlık çalışanının 726'sı (%60,24) kadın 479'u (%39,75) erkektir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 330'u (%54,09) kadın, 280'i (%45,90) erkektir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 ağılık çalışanının 396'u (%66,5) kadın, 226'sı (%37,98) erkektir.



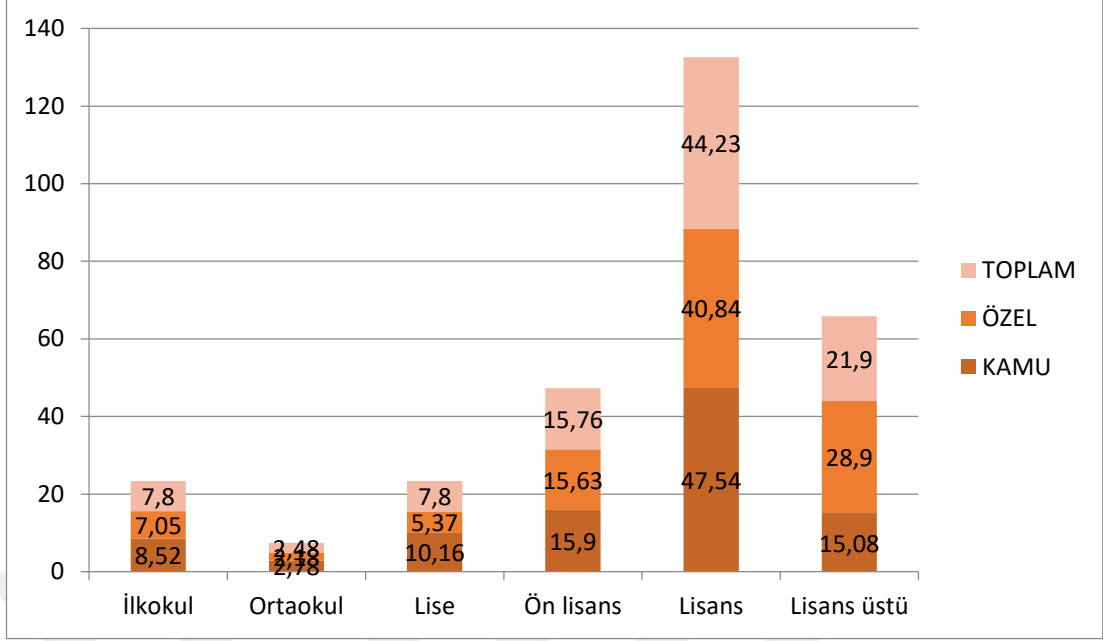
Şekil 6.1.1.1.2.Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.1.3'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 357'si (%29,62) bekar, 763'ü (%63,3) evli, 85'i (%7,05) dul/boşanmıştır.
- Kamu hastanesinden katılan 610 sağlık çalışanının 131'i (%21,4) bekar, 418'i (%68,52) evli 61'i (%10) dul/boşanmıştır.
- Özel hastaneden katılan 595 sağlık çalışanının 226'sı (%37,9) bekar, 345'i (%57,9) evli, 24'ü (%4) dul/boşanmıştır.



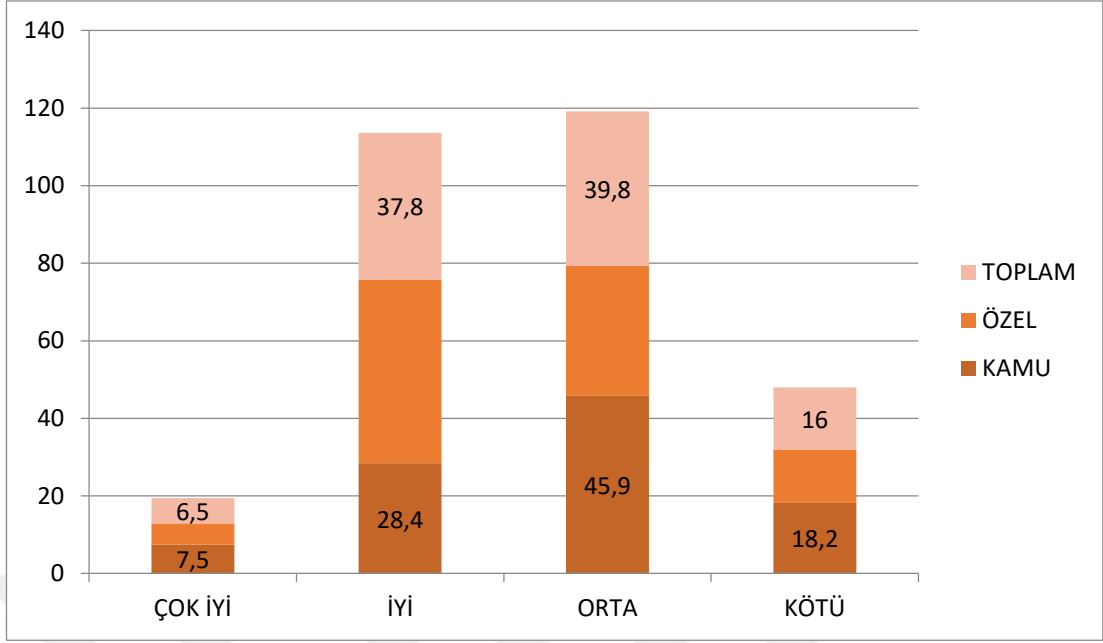
Şekil 6.1.1.1.3. Sağlık Çalışanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.1.4'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 94'ü (%7,80) ilkokul, 30'u (%2,48) ortaokul, 94'ü (%7,80) lise, 190'ı (%15,76) ön lisans, 533'ü (%44,23) lisans, 264'ü (%21,90) lisansüstü mezunudur.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 52'si (%8,52) ilkokul, 17'si (%2,78) ortaokul, 62'si (%10,16) lise, 97'si (%15,90) ön lisans, 290'ı (%47,54) lisans, 92'si (%15,08) lisansüstü mezunudur.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanının 42'si (%7,05) ilkokul, 13'ü (%2,18) ortaokul, 32'si (%5,37) lise, 93'ü (%15,63) ön lisans, 243'ü (%40,84) lisans, 172'si (%28,90) lisansüstü mezunudur.



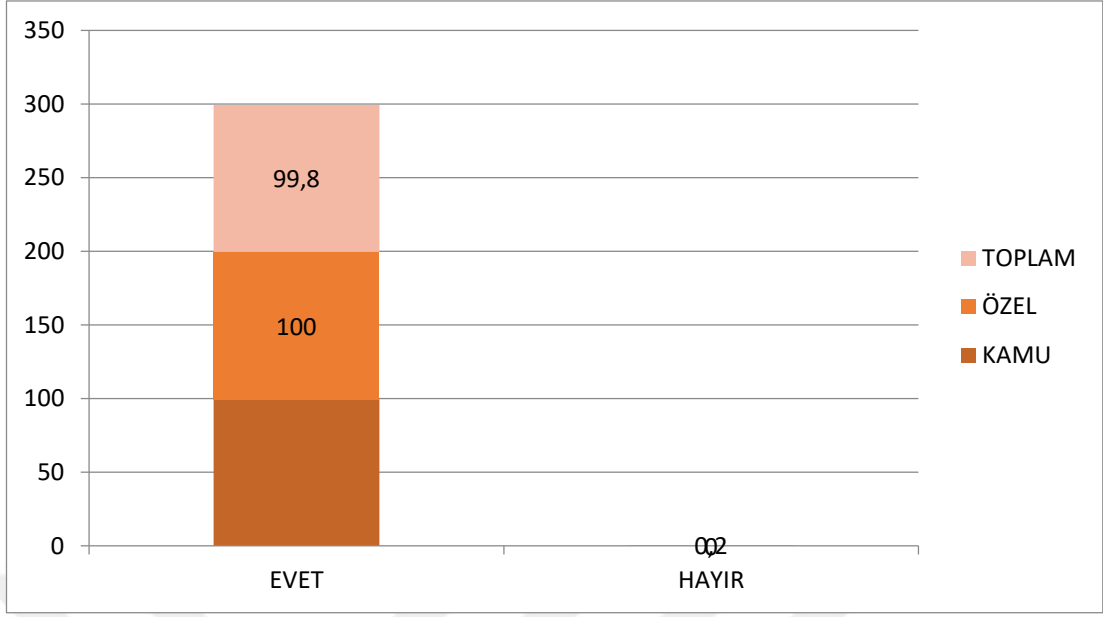
Şekil 6.1.1.1.4. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.1.5’de görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanın 78’i (%6,5) ekonomik durumunu çok iyi, 455’i (%37,8) iyi, 479’u (%39,8) orta, 193’ü(%16) kötü olarak değerlendirmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanın 46’sı (%7,5) çok iyi,173’ü(%28,4) iyi, 280’i (%45,9) orta,111’i (%18,2) kötü olarak değerlendirmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanın 32’si (%5,4) çok iyi,282’si(%47,4) iyi, 199’u (%33,4) orta,82’si (%13,8) kötü olarak değerlendirmiştir.



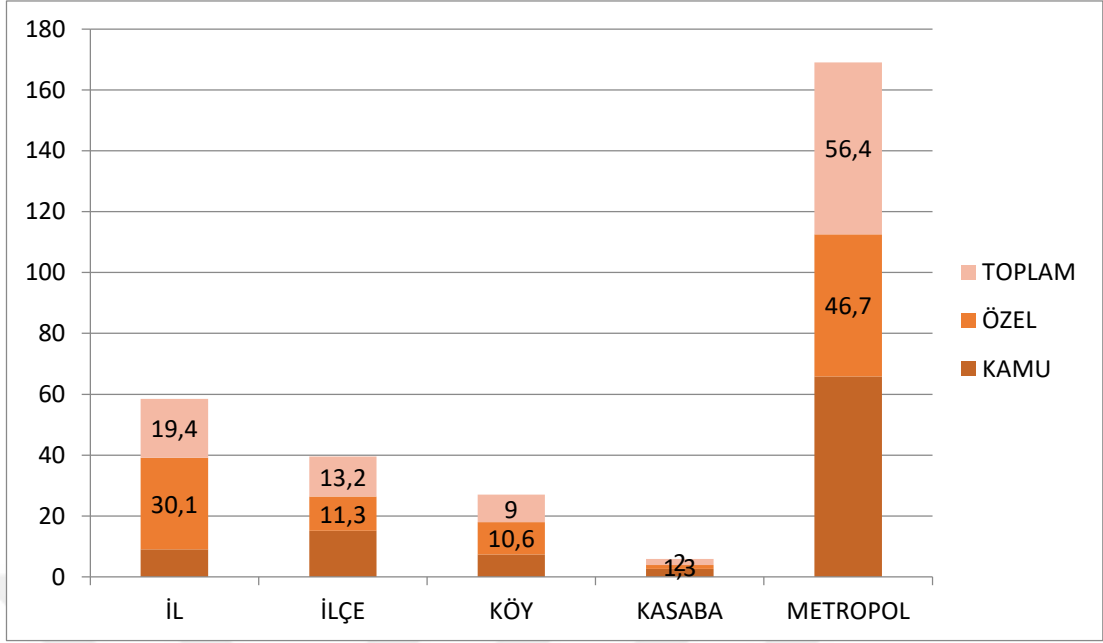
Şekil 6.1.1.1.5. Sağlık Çalışanlarının Ekonomik Durumu Değerlendirmesine Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.1.6'da görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 1203'ü (%99,8) bir sağlık güvencesinin olduğunu 2'si (%0,2) sağlık güvencesinin olmadığını belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanından 608'i (%99,7) sağlık güvencesinin olduğunu 2'si (%0,3) sağlık güvencesinin olmadığını belirtmiştir.
- Özel hastaneden katılan 595 sağlık çalışanının 595'i (%100) sağlık güvencesinin olduğunu belirtmiştir.



Şekil 6.1.1.1.6. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.1.7’de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 234’ü (% 19,4) yaşamının çoğunu ilde geçirdiğinin, 159’u (%13,2) ilçede geçirdiğinin, 108’i (%9) köyde geçirdiğini,24’ü (%2) kasabada geçirdiğinin 680’i (%56,4) metropol/büyükşehirde geçirdiğini belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 55’i (% 9) yaşamının çoğunu ilde geçirdiğinin, 92’si (%15,1) ilçede geçirdiğinin, 45’i (%7,4) köyde geçirdiğini,16’sı (%2,6) kasabada geçirdiğinin 402’i (%65,9) metropol/büyükşehirde geçirdiğini belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanının 179’u (%30,1) yaşamının çoğunu ilde geçirdiğinin, 67’si (%11,3) ilçede geçirdiğinin, 108’i (%10,6) köyde geçirdiğini, 8’i (%1,3) kasabada geçirdiğinin 278’i (%46,7) metropol/büyükşehirde geçirdiğini belirtmiştir.



Şekil 6.1.1.1.7. Sağlık Çalışanlarının Çoğunlukla Yaşamını Geçirdiği Yere Göre Dağılımı

6.1.1.2. Sağlık Çalışanlarının İşle İlgili Bilgileri

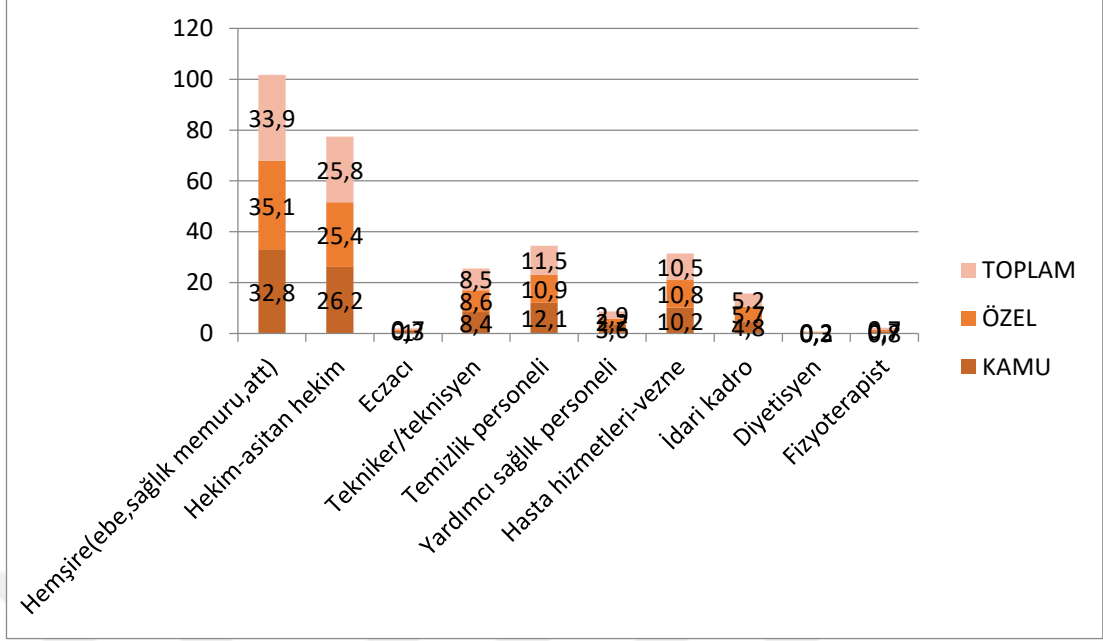
Tablo 6.1.1.2.1. Sağlık Çalışanlarının İş Bilgileri

İş İle İlgili Bilgiler		KAMU		ÖZEL		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
Kurumdaki göreviniz nedir?	Hemşire (ebe, sağlık memuru, att)	200	32,8	209	35,1	409	33,9
	Hekim-asistan hekim	160	26,2	151	25,4	311	25,8
	Eczacı	6	1,0	2	0,3	8	0,7
	Tekniker/teknisyen	51	8,4	51	8,6	102	8,5
	Temizlik personeli	74	12,1	65	10,9	139	11,5
	Yardımcı sağlık personeli	22	3,6	13	2,2	35	2,9
	Hasta hizmetleri-vezne	62	10,2	64	10,8	126	10,5
	İdari kadro	29	4,8	34	5,7	63	5,2
	Diyetisyen	1	0,2	2	0,3	3	0,2

İş İle İlgili Bilgiler		KAMU		ÖZEL		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
	Fizyoterapist	5	0,8	4	0,7	9	0,7
Bulduğunuz görevde hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?	Evet	474	77,7	524	88,1	998	82,8
	Hayır	136	22,3	71	11,9	207	17,2
Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz	1 yıldan az	35	5,7	27	4,5	62	5,1
	1-5 yıl	158	25,9	182	30,6	340	28,2
	6-10 yıl	126	20,7	132	22,2	258	21,4
	11-15 yıl	133	21,8	216	36,3	349	29,0
	16-20 yıl	121	19,8	21	3,5	142	11,8
	21 Yıl ve Üstü	37	6,1	17	2,9	54	4,5
Kaç yıldır bu kurumda çalışıyorsunuz	6 aydan az	51	8,4	39	6,6	90	7,5
	6 ay-1 yıl	69	11,3	37	6,2	106	8,8
	1-2 yıl	152	24,9	145	24,4	297	24,6
	2-3 yıl	172	28,2	137	23,0	309	25,6
	3 ve Yıldan Fazla	166	27,2	237	39,9	403	33,5
Şu anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz	6 aydan az	52	8,5	39	6,6	91	7,6
	6 ay-1 yıl	69	11,3	37	6,2	106	8,8
	1-2 yıl	151	24,8	145	24,4	296	24,6
	2-3 yıl	172	28,2	137	23,0	309	25,6
	3 yıldan fazla	166	27,2	237	39,8	403	33,4
Haftada kaç saat çalışıyorsunuz	40 saati geçmiyor	37	6,1	50	8,4	87	7,2
	40-49 saat	548	89,8	86	14,5	634	52,6
	50 saatten fazla	25	4,1	459	77,1	484	40,1
İşinizden Memnun musunuz?	Evet	183	30,0	421	70,8	604	50,1
	Hayır	427	70,0	174	29,2	601	49,9
Sağlık sorunuz	Sağlık ocağı	158	25,9	86	14,5	244	20,2

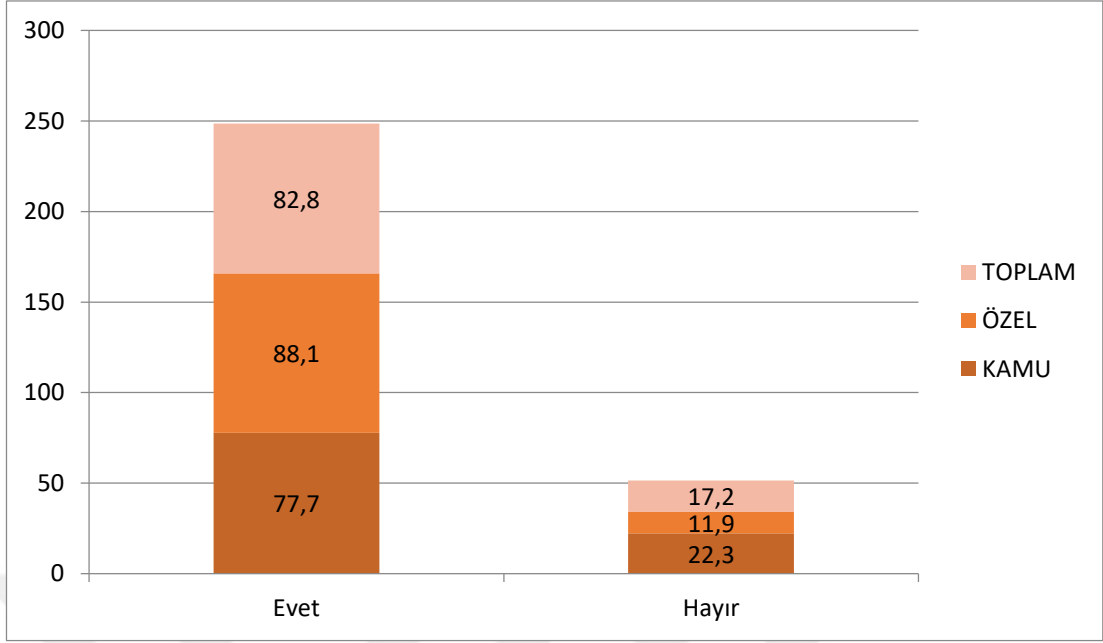
İş İle İlgili Bilgiler		KAMU		ÖZEL		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
olduğunda ilk başvuru yeriniz	Hastane	424	69,5	326	54,8	750	62,2
	Özel hastane	14	2,3	183	30,8	197	16,3
	Özel muayenehane	14	2,3	0	0,0	14	1,2
Herhangi bir kamu ya da özel hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?	Evet	316	51,8	212	35,6	528	43,8
	Hayır	294	48,2	383	64,4	677	56,2

- Şekil 6.1.1.2.1.'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 409'u (%33,9) hemşire(ebe, sağlık memuru, att), 311'i (%25,8) hekim-asistan hekim 8'i (%0,7) eczacı, 102'si (%8,5) tekniker/teknisyen, 139'u (%11,5) temizlik personeli, 35'i (%2,2) yardımcı sağlık personeli, 126'sı (%10,5) hasta hizmetleri-vezne, 63'ü (%5,2) idari kadro, 3'ü (%0,2) diyetisyen, 9'u (%0,7) fizyoterapisttir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 200'ü (%32,8) hemşire(ebe, sağlık memuru, att), 160'ı (%26,2) hekim-asistan hekim 6'sı (%1) eczacı, 51 (%8,4) tekniker/teknisyen, 74'ü (%12,1) temizlik personeli, 22'si (%3,6) yardımcı sağlık personeli, 62'si (%10,2) hasta hizmetleri-vezne, 29'u (%4,8) idari kadro, 1'i (%0,2) diyetisyen, 5'i (%0,8) fizyoterapisttir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanının 209'u (%35,1) hemşire(ebe, sağlık memuru, att), 151'i (%25,4) hekim-asistan hekim, 2'si (%0,3) eczacı, 51 (%8,6) tekniker/teknisyen, 65'i (%10,9) temizlik personeli, 13'ü (%2,2) yardımcı sağlık personeli, 64'ü (%10,8) hasta hizmetleri-vezne, 34'ü (%5,7) idari kadro, 2'si (%0,3) diyetisyen, 4'ü (%0,7) fizyoterapisttir.



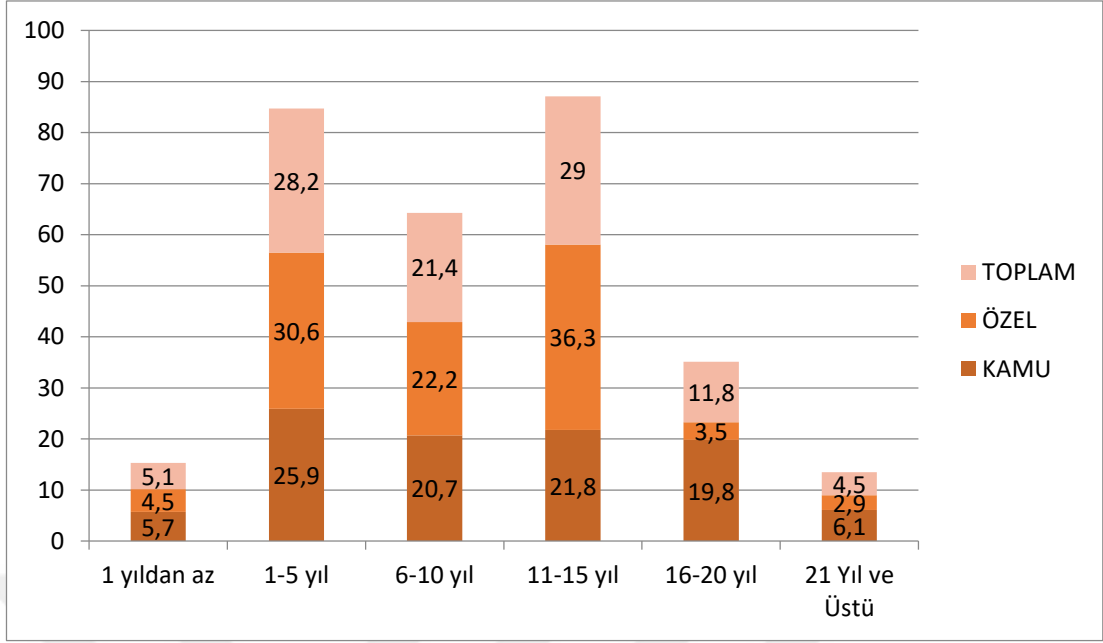
Şekil 6.1.1.2.1. Sağlık Çalışanlarının Bulunduğu Göreve Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.2.2.'da görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 998'i (%82,8) hastalarla iletişim halinde olduğunu belirtirken, 207'si (%17,2) hastalarla iletişim halinde değildir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 474'ü (%77,7) hastalarla iletişim halinde olduğunu belirtirken, 236'sı (%22,3) hastalarla iletişim halinde değildir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanının 524'ü (%88,1) hastalarla iletişim halinde olduğunu belirtirken, 71'i (%11,9) hastalarla iletişim halinde değildir.



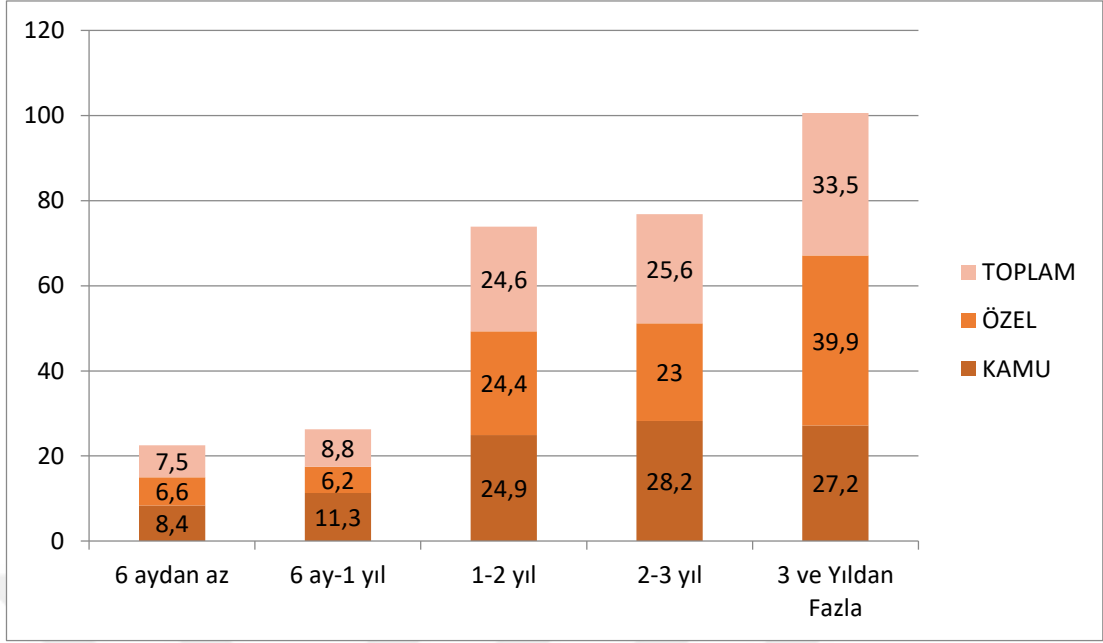
Şekil 6.1.1.2.2. Sağlık Çalışanlarının Hastalarla Temasına Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.2.3.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 62'si (% 5,1) mesleğini 1 yıldan az süredir yaptığını, 340'ı (%28,2) 1-5 yıl, 258'i (%21,4) 6- 10 yıl, 349'u (%29) 11-15 yıl, 142'si (%11,8) 16-20 yıl, 54'ü (%4,5) 21 yıldan daha uzun süredir yaptığını belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 35'i (% 5,7) mesleğini 1 yıldan az süredir yaptığını, 158'i (%25,9) 1-5 yıl, 126' sı (%20,7) 6- 10 yıl, 133'ü (%21,8) 11-15 yıl, 121'i (%19,8) 16-20 yıl, 37'si (%6,1) 21 yıldan daha uzun süredir yaptığını belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanının 27'si (% 4,5) mesleğini 1 yıldan az süredir yaptığını, 182'si (%30,6) 1-5 yıl, 132'si (%22,2) 6- 10 yıl, 216'sı (%36,3) 11-15 yıl, 21'i (%3,5) 16-20 yıl, 17'si (%2,9) 21 yıldan daha uzun süredir yaptığını belirtmiştir.



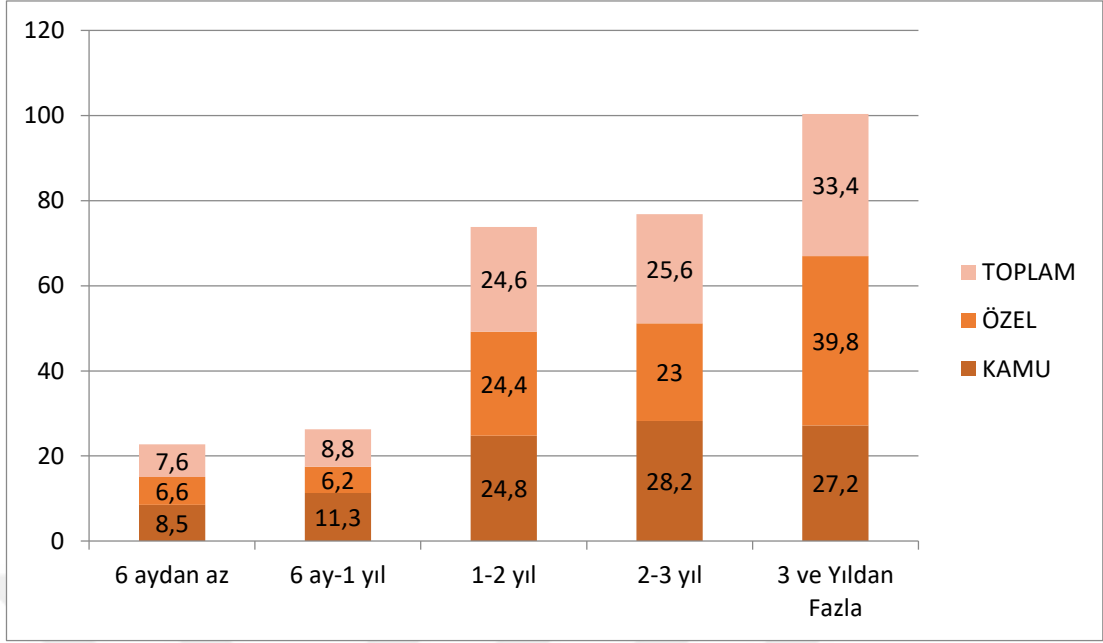
Şekil 6.1.1.2.3.Sağlık Çalışanlarının Mesleki Kıdemine Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.2.4.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 90'ı (%7,5) 6 aydan az süredir kurumda çalıştığını, 106 'sı (%8,8) 6 ay- 1 yıl, 297'si (%24,6) 1- 2 yıl, 309'u (%25,6) 2-3 yıl, 403'ü (%33,5) 3 yıldan fazla süredir kurumda çalıştığını belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 51'i (%8,4) 6 aydan az süredir kurumda çalıştığını, 69 'u (%11,3) 6 ay- 1 yıl, 152'si (%24,9) 1- 2 yıl, 175'si (%28,2) 2-3 yıl, 166'sı (%27,2) 3 yıldan fazla süredir kurumda çalıştığını belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanının 39'u (%6,6) 6 aydan az süredir kurumda çalıştığını, 37 'si (%6,2) 6 ay- 1 yıl, 145'i (%24,4) 1- 2 yıl, 137'si (%23) 2-3 yıl, 237'si (%39,9) 3 yıldan fazla süredir kurumda çalıştığını belirtmiştir.



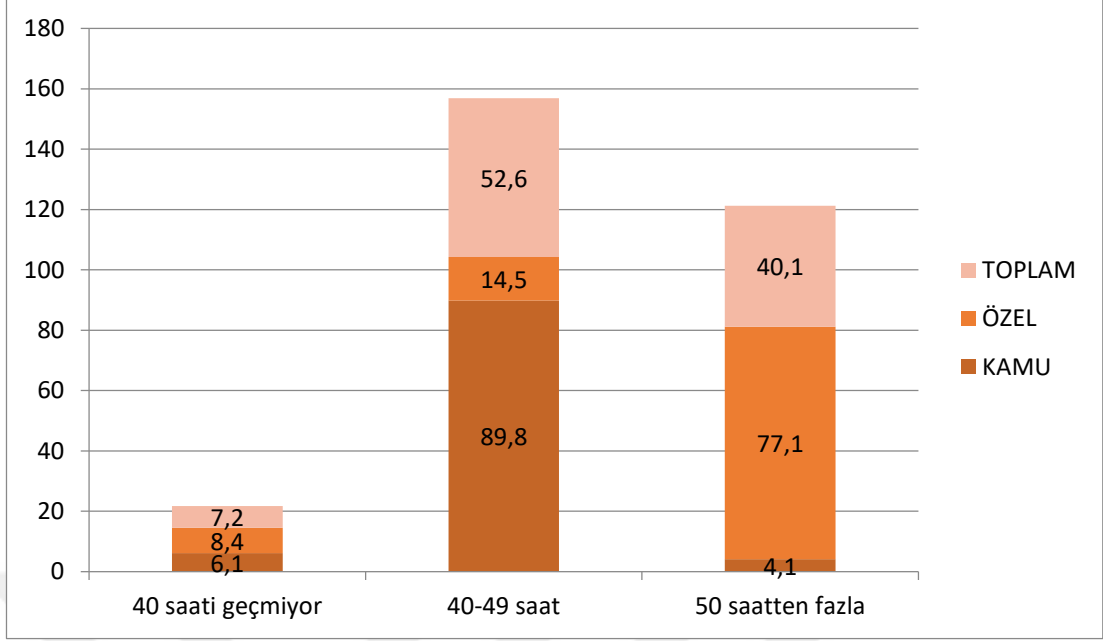
Şekil 6.1.1.2.4. Sağlık Çalışanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.2.5.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 91'i (%7,6) 6 aydan az süredir bölümde çalıştığını, 106 'sı (%8,8) 6 ay- 1 yıl, 296'sı (%24,6) 1- 2 yıl, 309'u (%25,6) 2-3 yıl, 403'ü (%33,5) 3 yıldan fazla süredir kurumda çalıştığını belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 52'si (%8,5) 6 aydan az süredir bölümde çalıştığını, 69 'u (%11,3) 6 ay- 1 yıl, 151'i (%24,8) 1- 2 yıl, 172'si (%28,2) 2-3 yıl, 166'sı (%27,2) 3 yıldan fazla süredir kurumda çalıştığını belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanının 39'u (%6,6) 6 aydan az süredir bölümde çalıştığını, 37 'si (%6,2) 6 ay- 1 yıl, 145'i (%24,4) 1- 2 yıl, 137'si (%23) 2-3 yıl, 237'si (%39,9) 3 yıldan fazla süredir kurumda çalıştığını belirtmiştir.



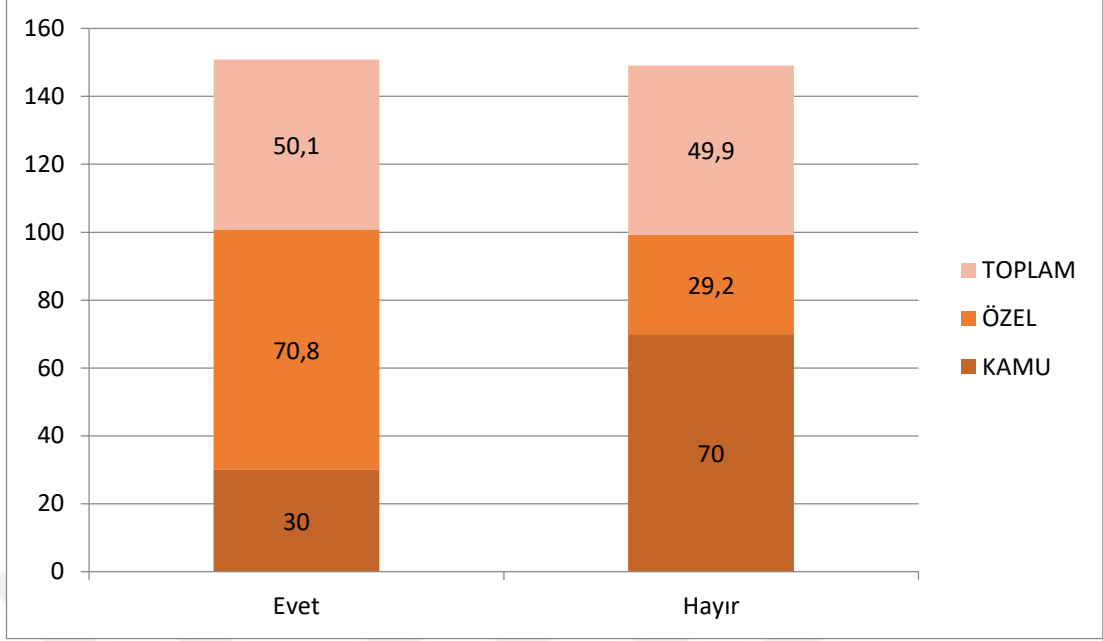
Şekil 6.1.1.2.5. Sağlık Çalışanlarının Bölümde Çalışma Süresine Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.2.6.'da görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 87'si (%7,2) haftada çalışma saatinin 40 saati geçmediğini, 634'ü (%52,6) 40-49 saat arasında çalıştığını 484'ü (%40,1) 50 saatten fazla çalıştığını belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 37'si (%6,1) haftada çalışma saatinin 40 saati geçmediğini, 548'ü (%89,8) 40-49 saat arasında çalıştığını 25'i (%4,1) 50 saatten fazla çalıştığını belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanının 50'si (%8,4) haftada çalışma saatinin 40 saati geçmediğini, 86'sı (%14,5) 40-49 saat arasında çalıştığını 459 (%77,1) 50 saatten fazla çalıştığını belirtmiştir.



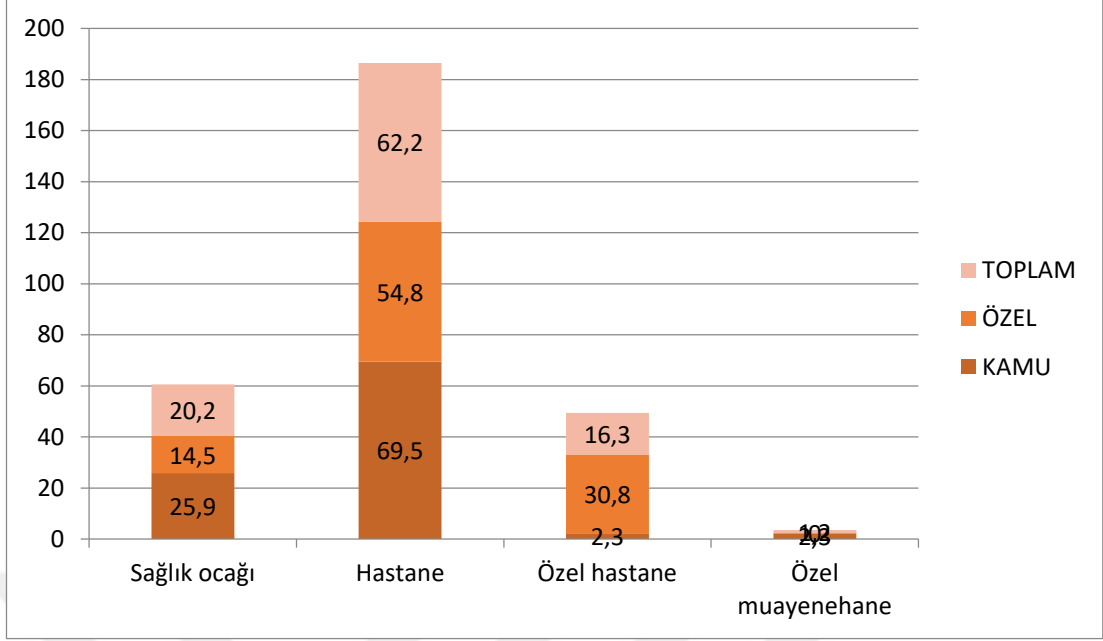
Şekil 6.1.1.2.6. Sağlık Çalışanlarının Haftalık Çalışma Süresine Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.2.7.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 604'ü (%50,1) işinden memnun olduğunu, 601'i (%49,9) ise işinden memnun olmadığını belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 183'ü (%30) işinden memnun olduğunu 427'si (%70)i işinden memnun olmadığını belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 421 (%70,8) sağlık çalışanının işinden memnun olduğu, 174'ü (%29,2) memnun olmadığını belirtmiştir.



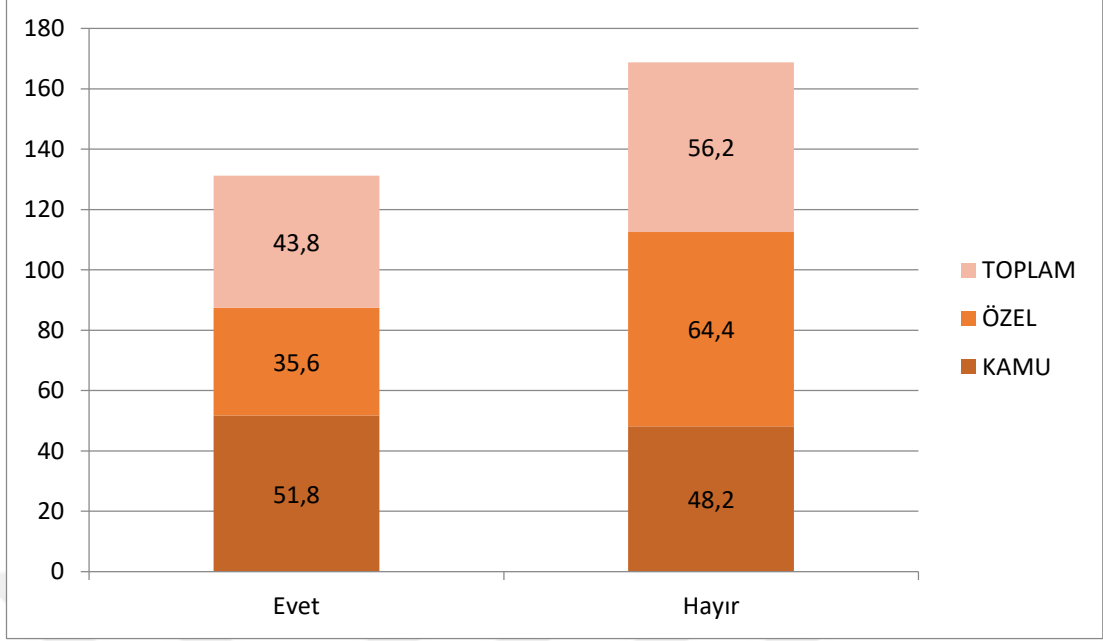
Şekil 6.1.1.2.7. Sağlık Çalışanlarının İşten Memnuniyet Düzeyine Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.2.8.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanının 244'ü (%20,2) sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yerini hastane, 750'si (%62,2) hastane, 197 (%16,3) özel hastane, 14'ü (%1,2) özel muayenehane olarak belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanının 158'i (%25,9) sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yerini hastane, 424'ü (%69,5) hastane, 14'ü (%2,3) özel hastane, 14'ü (%2,3) özel muayenehane olarak belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanının 86'sı (%14,5) sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yerini hastane, 326'sı (%54,8) hastane, 183'ü (%30,8) özel hastane olarak belirtmiştir.



Şekil 6.1.1.2.8. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Başvuru Yerine Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.1.2.9.'da görüleceği üzere araştırmaya katılan 1205 sağlık çalışanın 528 (%43,8) herhangi bir kamu veya özel hastanede yatarak tedavi gördüğünü 677'si (556,2) yatarak tedavi görmediğini belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 610 sağlık çalışanın 316'sı (%51,8) herhangi bir kamu veya özel hastanede yatarak tedavi gördüğünü, 294'ü (% 48,2) yatarak tedavi görmediğini belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 595 sağlık çalışanın 212'si (%35,6) herhangi bir kamu veya özel hastanede yatarak tedavi gördüğünü, 383'ü (% 64,4) yatarak tedavi görmediğini belirtmiştir.



Şekil 6.1.1.2.9. Sağlık Çalışanlarının Yatarak Tedavi Görme Durumuna Göre Dağılımı

6.1.2. Hastalara Ait Tanımlayıcı Bulgular

6.1.2.1. Demografik Özellikler

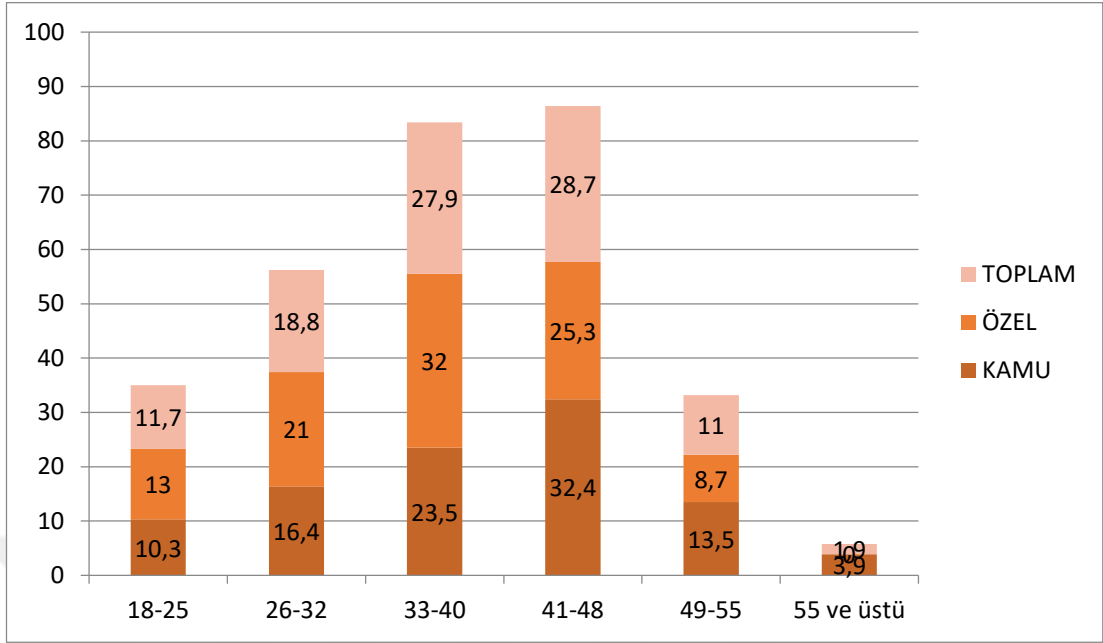
Tablo 6.1.2.1.1. Hastaların Demografik Bilgileri

Demografik Özellikler		KAMU		ÖZEL		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
Yaşınız	18-25	29	10,3	39	13,0	68	11,7
	26-32	46	16,4	63	21,0	109	18,8
	33-40	66	23,5	96	32,0	162	27,9
	41-48	91	32,4	76	25,3	167	28,7
	49-55	38	13,5	26	8,7	64	11,0
	55 ve üstü	11	3,9	0	0,0	11	1,9
Cinsiyetiniz	Kadın	146	52,0	166	55,3	312	53,7
	Erkek	135	48,0	134	44,7	269	46,3

Demografik Özellikler		KAMU		ÖZEL		TOPLA M	
		n	%	n	%	n	%
Medeni durumunuz	Bekar	107	38,1	132	44,0	239	41,1
	Evli	174	61,9	166	55,3	340	58,5
	Dul/boşanmış	0	0,0	2	0,7	2	0,3
	Ayrı yaşıyor	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bitirdiğiniz okul	İlkokul	75	26,7	53	17,7	128	22,0
	Ortaokul	57	20,3	57	19,0	114	19,6
	Lise	81	28,8	108	36,0	189	32,5
	Ön lisans	29	10,3	38	12,7	67	11,5
	Lisans	38	13,5	44	14,7	82	14,1
	Lisansüstü	1	0,4	0	0,0	1	0,2
Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz	Çok iyi	29	10,3	29	9,7	58	10,0
	İyi	153	54,4	163	54,3	316	54,4
	Orta	78	27,8	95	31,7	173	29,8
	Kötü	21	7,5	13	4,3	34	5,9
Sağlık Güvenceniz Var mı?	Evet	281	100	300	100	581	100
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?	Evet	187	66,54	113	37,66	300	51,63
	Hayır	94	33,45	187	62,33	281	48,36
Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer	İl	75	26,7	104	34,7	179	30,8
	İlçe	36	12,8	37	12,3	73	12,6
	Köy	40	14,2	27	9,0	67	11,5
	Kasaba	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Metropol/büyükşehir	130	46,3	132	44,0	262	45,1
Mesleğiniz nedir?	Ev hanımı	86	30,7	73	24,3	159	27,4
	Emekli	96	34,3	78	26,0	174	30,0
	İşçi	22	7,9	31	10,3	53	9,1
	Öğretmen	0	0,0	1	0,3	1	0,2

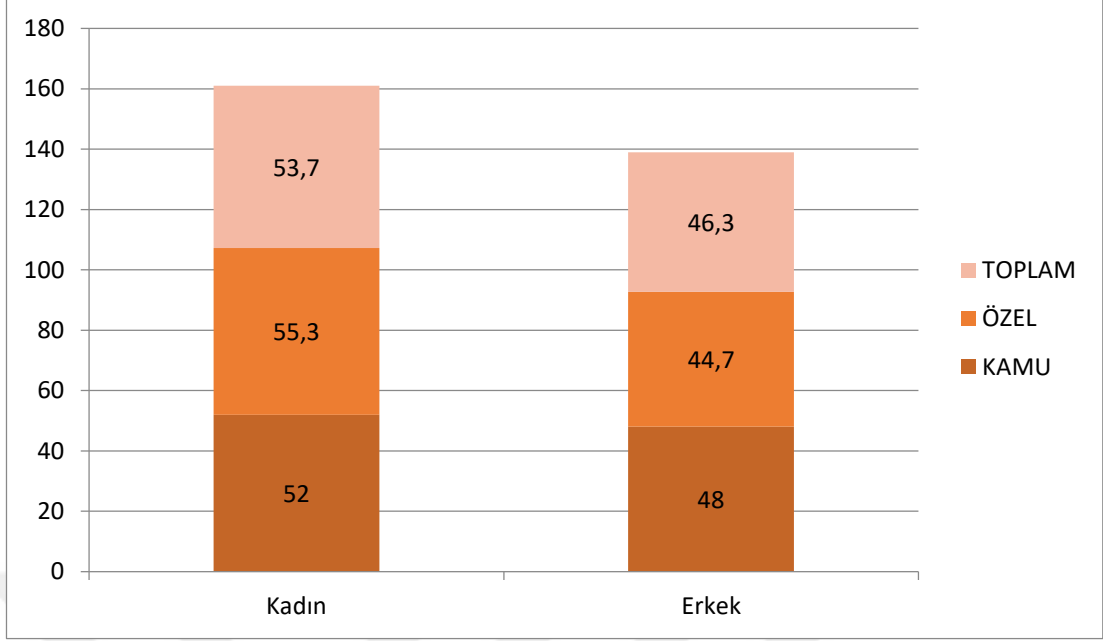
Demografik Özellikler		KAMU		ÖZEL		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
	İdari çalışan	6	2,1	11	3,7	17	2,9
	Yönetici	25	8,9	26	8,7	51	8,8
	Serbest meslek	2	0,7	14	4,7	16	2,8
	Memur	26	9,3	40	13,3	66	11,4
	Esnaf	17	6,1	26	8,7	43	7,4
Düzenli olarak doktor kontrolüne gider misiniz?	Evet	229	81,5	241	80,3	470	80,9
	Hayır	52	18,5	59	19,7	111	19,1
Sağlık sorunuz olduğunda ilk başvuru yeriniz	Sağlık ocağı	35	12,5	35	11,7	70	12,0
	Hastane	146	52,0	165	55,0	311	53,5
	Özel hastane	100	35,6	100	33,3	200	34,4
	Özel muayenehane	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Herhangi Bir Kamu ya da Özel Hastanede Yatarak Tedavi Gördünüz Mü?	Evet	78	27,8	84	28,0	162	27,9
	Hayır	203	72,2	216	72,0	419	72,1

- Şekil 6.1.2.1.1.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 68'i (%11,7) 18-25 yaş aralığında, 109'u (%18,8) 26-32 yaş aralığında, 162'si (%27,9) 33-40 yaş aralığında, 167'si (%28,7) 41-48 yaş aralığında, 64'ü (%11) 49-55 yaş aralığında, 11'i (%1,9) 55 yaş ve üstüdür
- Kamu hastanesinden katılan 281 hastanın 29'u (%10,3) 18-25 yaş aralığında, 46'sı (%16,4) 26-32 yaş aralığında, 66'sı (%27,9) 33-40 yaş aralığında, 91'i (%32,4) 41-48 yaş aralığında, 38'i (%13,5) 49-55 yaş aralığında, 11'i (%3,9) 55 yaş ve üstüdür
- Özel hastaneden katılan 281 hastanın 39'u (%13) 18-25 yaş aralığında, 63'ü (%21) 26-32 yaş aralığında, 96'sı (%32) 33-40 yaş aralığında, 76'sı (%25,3) 41-48 yaş aralığında, 26'sı (%8,7) 49-55 yaş aralığındadır.



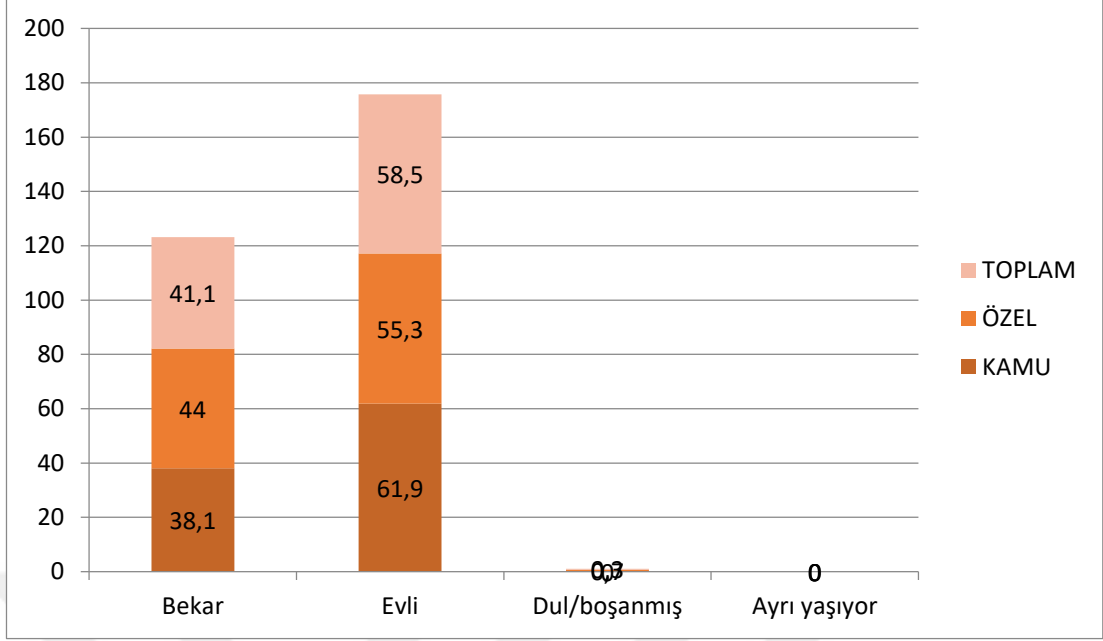
Şekil 6.1.2.1.1. Hastaların Yaş Grubuna Durumuna Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.2.1.2.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 312'si (%53,7) kadın, 269'u (%44,7) erkektir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 281 hastanın 146'sı (%52) kadın, 135'i (%48) erkektir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 300 hastanın 166'sı (%55,3) kadın, 134'ü (%44,7) erkektir.



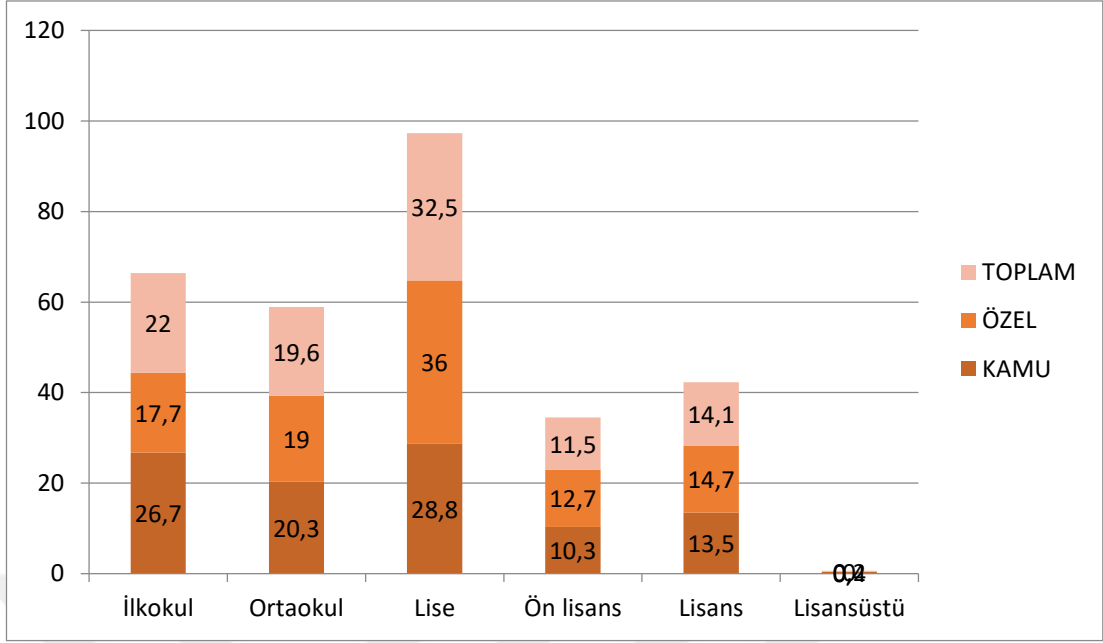
Şekil 6.1.2.1.2. Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.2.1.3.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 239'u (%41,1) bekar, 340'ı (%58,5) evli, 2'si (%0,3) dul/boşanmıştır.
- Kamu hastanesinden katılan 281 hastanın 107'si (%38,1) bekar, 174'ü (%61,9) evlidir.
- Özel hastaneden katılan 300 hastanın 132'si (%44) evli, 166'sı (%55,3) evli, 2'si (%0,7) dul boşanmıştır.



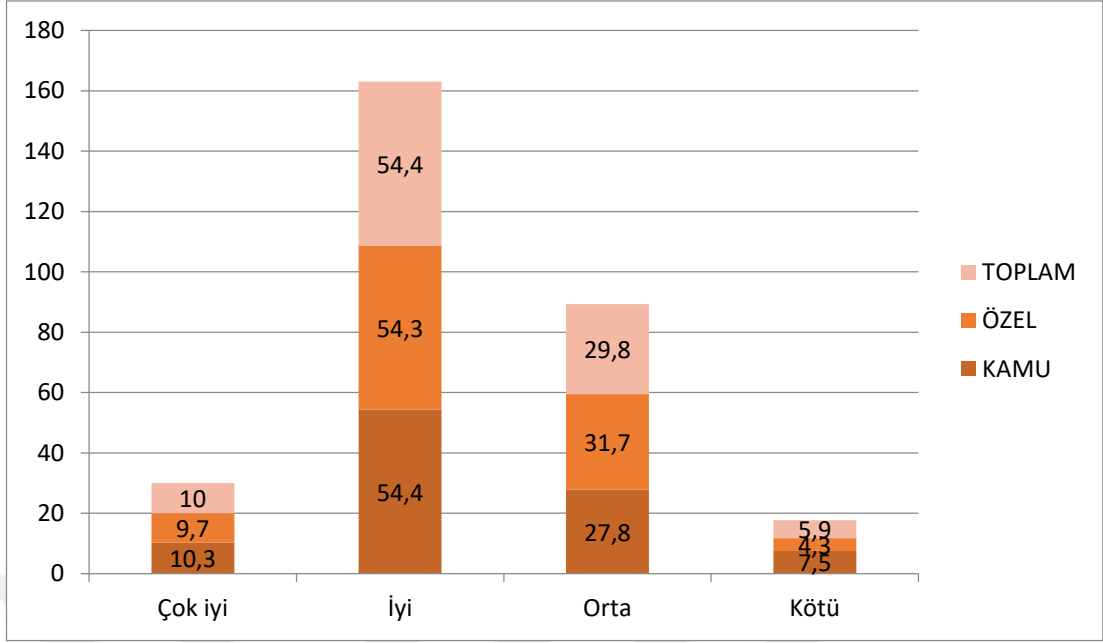
Şekil 6.1.2.1.3. Hastaların Medeni Duruma Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.2.1.4.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 128'i (%22) ilkokul mezunu, 114'ü (%19,6) ortaokul mezunu, 189'u (%32,5) lise mezunu, 67'si (%11,5) ön lisans mezunu, 82'si (%14,1) lisans mezunu, 1'i (%0,2) lisansüstü mezunudur.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 281 hastanın 75'i (%26,7) ilkokul mezunu, 57'si (%20,3) ortaokul mezunu, 81'i (%28,8) lise mezunu, 29'u (%10,3) ön lisans mezunu, 38'i (%13,5) lisans mezunu, 1'i (%0,4) lisansüstü mezunudur.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 300 hastanın 53'ü (%17,7) ilkokul mezunu, 57'si (%19) ortaokul mezunu, 108'i (%36) lise mezunu, 38'i (%12,7) ön lisans mezunu, 44'ü (%14,7) lisans mezunudur.



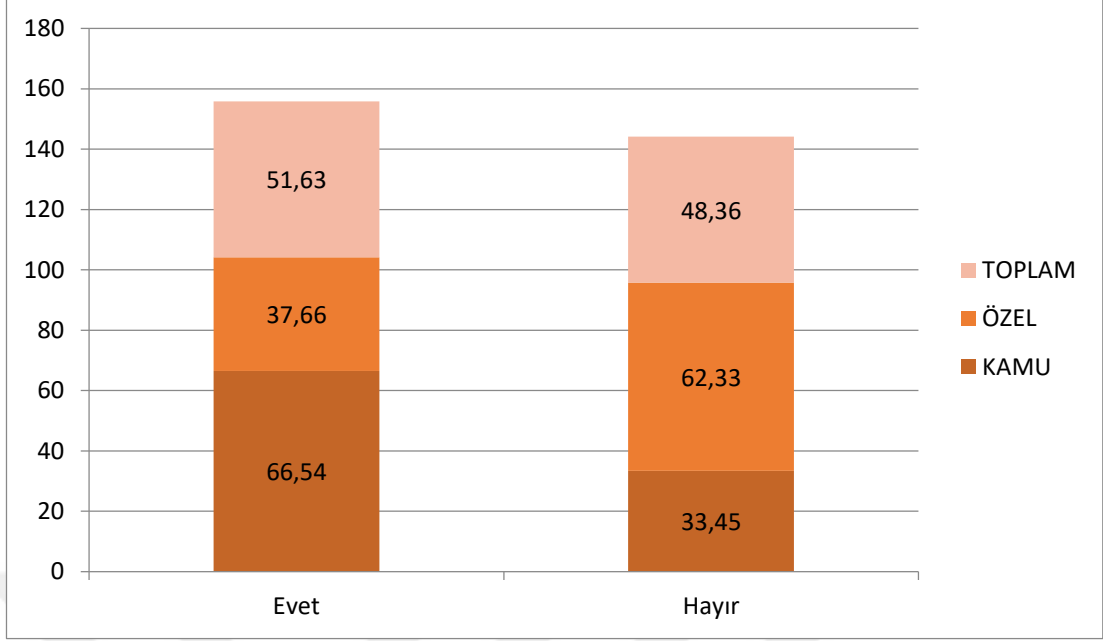
Şekil 6.1.2.1.4. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.2.1.5.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 58'i (%10) ekonomik durumunu çok iyi, 316'sı (%54,4) iyi, 173'ü (%29,8) orta, 34'ü (%5,9) kötü olarak değerlendirmiştir.
- Kamu hastanesinden katılan 281 hastanın 29'u (%10,3) ekonomik durumunu çok iyi, 153'ü (%54,4) iyi, 78'i (%27,8) orta, 21'i (%7,5) kötü olarak değerlendirmiştir.
- Özel hastaneden katılan 300 hastanın 29'u (%9,7) ekonomik durumunu çok iyi, 163'ü (%54,3) iyi, 95'i (%31,7) orta, 13'ü (% 4,3) kötü olarak değerlendirmiştir.



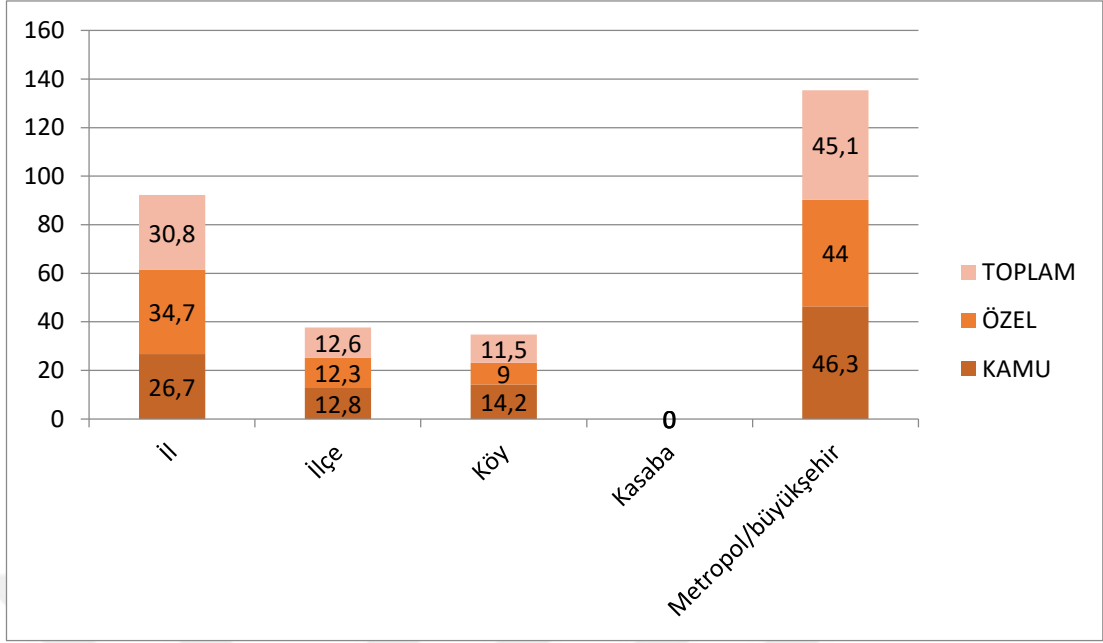
Şekil 6.1.2.1.5. Hastaların Ekonomik Durum Değerlendirmesine Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.2.1.6.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 300'ü (%51,63) ailesinde kronik hastalık olduğunu 281'i (%48,36) ailesinde kronik hastalık olmadığını belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 281 hastanın 187'si (%66,54) ailesinde kronik hastalık olduğunu belirtirken 94'ü (%33,45) ailesinde kronik hastalık durumunun olmadığını belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 300 hastanın 113 'ü (%37,66) ailesinde kronik hastalık olduğunu belirtirken 187'si (%62,33) ailesinde kronik hastalık durumunun olmadığını belirtmiştir.



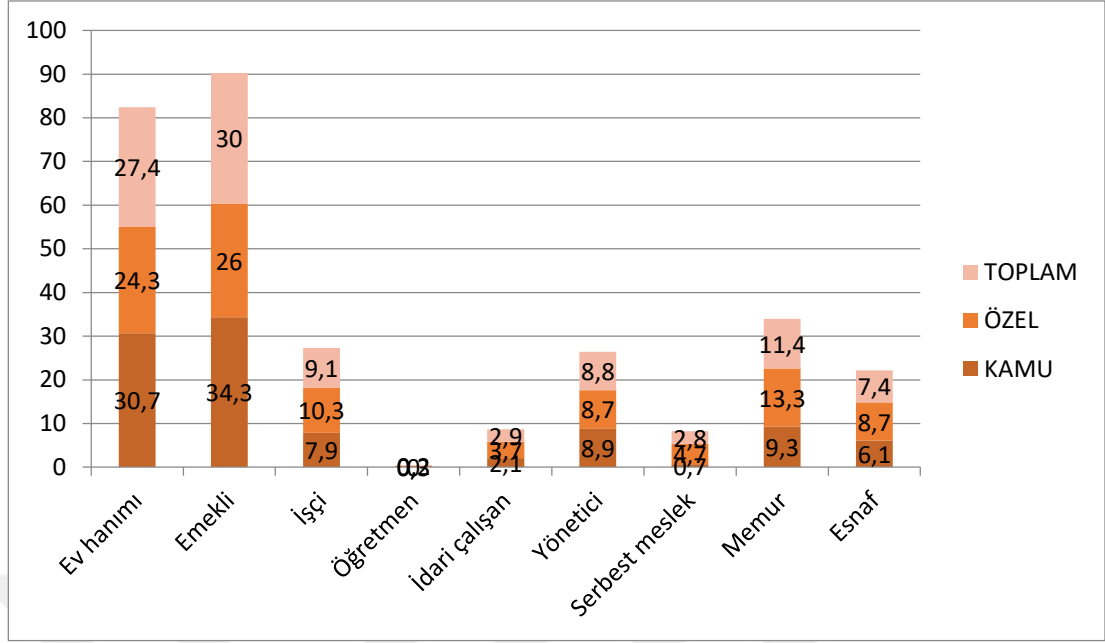
Şekil 6.1.2.1.6. Hastaların Kronik Hastalık Durum Değerlendirmesine Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.2.1.7.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 179'u (%30,8) yaşamının çoğunu ilde, 73'ü (%12,6) ilçede, 67'si (%11,5) köyde, 262'si (%45,1) metropol/büyükşehirde geçirdiğinin belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 281 hastanın 75'i (%26,7) yaşamının çoğunu ilde, 36'sı (%12,8) ilçede, 40'ı (%14,2) köyde, 130'u (%46,3) metropol/büyükşehirde geçirdiğinin belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 300 hastanın 104'ü (%34,7) yaşamının çoğunu ilde, 37'si (%12,3) ilçede, 27'si (%9) köyde, 132'si (%44) metropol/büyükşehirde geçirdiğinin belirtmiştir.



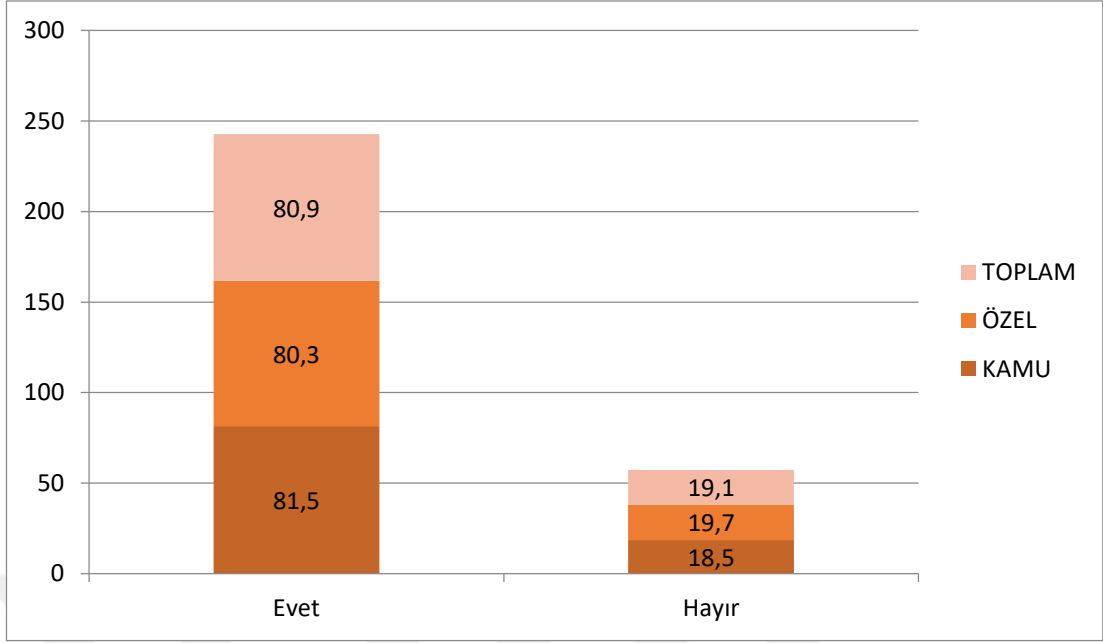
Şekil 6.1.2.1.7. Hastaların Yaşamının Çoğunluğunu Geçirdiği Yere Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.2.1.8.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 159'u (%27,4) ev hanımı, 174'ü (%30) emekli, 53'ü (%1) işçi, 1'i (%0,2) öğretmen, 17'si (%2,9) idari çalışan, 51'i (%8,8) yönetici, 16'sı (%2,8) serbest çalışan, 66'sı (%11,4) memur, 43'ü (%7,4) esnaftır.
- Kamu hastanesinde araştırmaya katılan 281 hastanın 86'sı (%30,7) ev hanımı, 96'sı (%34,3) emekli, 22'si (%7,9) işçi, 6'sı (%2,1) idari çalışan, 25'i (%8,9) yönetici, 2'si (%0,7) serbest çalışan, 26'sı (%9,3) memur, 17'si (%6,1) esnaftır.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 300 hastanın 73'ü (%24,3) ev hanımı, 78'i (%26) emekli, 31'i (%10,3) işçi, 1'i (%0,3) öğretmen, 11'i (%3,7) idari çalışan, 11'i (%3,7) yönetici, 14'ü (%4,7) serbest çalışan, 40'ı (%13,3) memur, 26'sı (%8,7) esnaftır.



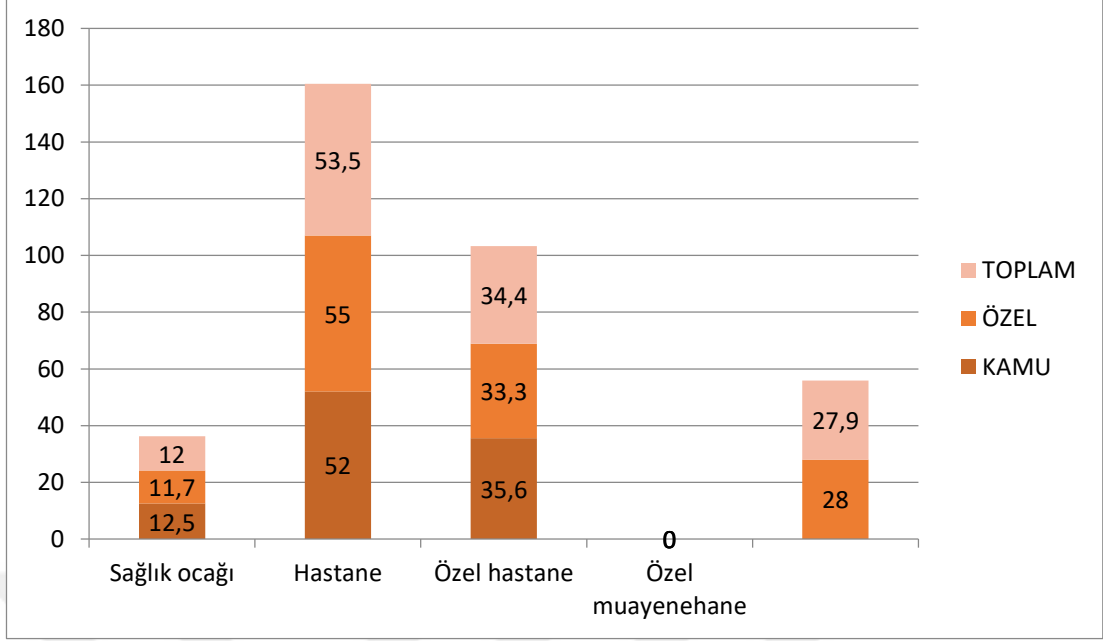
Şekil 6.1.2.1.8. Hastaların Mesleğe Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.2.1.9.'da görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 470'i (%80,9) düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini, 111'i (%19,1) düzenli olarak doktor kontrolüne gitmediğini belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 281 hastanın 229'u (%81,5) düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini, 52'si (%18,5) düzenli olarak doktor kontrolüne gitmediğini belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 300 hastanın 241'i (%80,3) düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini, 59'u (%19,7) düzenli olarak doktor kontrolüne gitmediğini belirtmiştir.



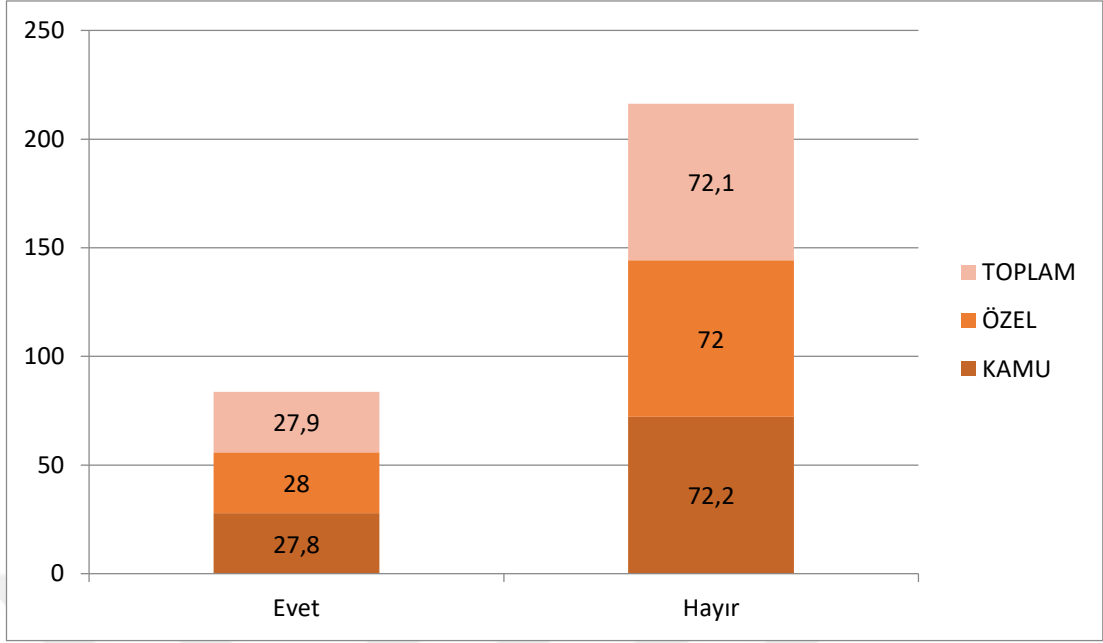
Şekil 6.1.2.1.9. Hastaların Düzenli Olarak Doktor Kontrolüne Gitme Durumuna Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.2.1.10.'da görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 70'i (%12) sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yerinin sağlık ocağı olduğunu, 311'i (%55) hastane, 200'ü (%34,4) özel hastane olarak belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden araştırmaya katılan 281 hastanın 35'i (%12,5) sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yerinin sağlık ocağı olduğunu, 146'sı (%52) hastane, 100'ü (%35,6) özel hastane olarak belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 300 hastanın 35'i (%11,7) sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yerinin sağlık ocağı olduğunu, 165'i (%55) hastane, 100'ü (%33,3) özel hastane olarak belirtmiştir.



Şekil 6.1.2.1.10. Hastaların Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Başvuru Yerine Göre Dağılımı

- Şekil 6.1.2.1.11.'de görüleceği üzere araştırmaya katılan 581 hastanın 162'si (%27,9) kamu veya özel hastanede yatarak tedavi gördüğünü, 419'u (%72,1) yatarak tedavi görmediğini belirtmiştir.
- Kamu hastanesinden katılan 281 hastanın 78'i (%27,8) kamu veya özel hastanede yatarak tedavi gördüğünü, 203'ü (%72,2) yatarak tedavi görmediğini belirtmiştir.
- Özel hastaneden araştırmaya katılan 300 hastanın 84'ü (%28) kamu veya özel hastanede yatarak tedavi gördüğünü 216'sı (%72) kamu veya özel hastanede yatarak tedavi görmediğini belirtmiştir.



Şekil 6.1.2.1.12. Hastaların Yatarak Tedavi Görme Durumuna Göre Dağılımı

6.2. Tıbbi Hatalara İlişkin Bulgular

6.2.1. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hatalar İle İlgili Bilgileri

Tablo 6.2.1.1. Sağlık Çalışanlarının Hastane Türü ile Tıbbi Hataya İlişkin Bilgilerin İlişkisi

Tıbbi Hatalara İlişkin Bilgiler	Kamu		Özel		p-değeri	
	n	%	n	%		
Sağlık bakımınız alırken hiç tıbbi hataya maruz kaldınız mı?	Evet	10	1,6	0	0,0	0,007*
	Hayır	461	75,6	461	77,5	
	Bilmiyorum	139	22,8	134	22,5	
Ailenizden birisi hiç tıbbi hataya maruz kaldı mı?	Evet	6	1,0	6	1,0	0,033*
	Hayır	440	72,1	388	65,2	
	Bilmiyorum	164	26,9	201	33,8	
Siz ya da ailenizden biri yaşadığınız tıbbi hata sonucunda ne tür zarar gördünüz	Tedavinin tekrarlanması	7	1,1	5	0,8	0,237
	Hastanede kalış süresinin uzaması	5	0,8	1	0,2	
	Tıbbi hataya maruz kalmadık	598	98,0	589	99,0	

Tıbbi Hatalara İlişkin Bilgiler		Kamu		Özel		p-değeri
		n	%	n	%	
Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor	Hekimler	256	42,0	291	48,9	p<0,001
	Hemşireler	325	53,3	217	36,5	
	Yardımcı sağlık personeli	13	2,1	52	8,7	
	Hasta hizmetleri-vezne	16	2,6	35	5,9	
Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir	Hemşirelerin sayısı olarak yetersiz kalması	61	10,0	69	11,6	p<0,001
	Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres	68	11,1	65	10,9	
	İletişim bozuklukları	33	5,4	33	5,5	
	Ekip çalışmasının olmaması	15	2,5	51	8,6	
	Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapıda olması	85	13,9	83	13,9	
	Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması	76	12,5	97	16,3	
	Mesleki eğitimin yetersiz olması	139	22,8	115	19,3	
Doktorların el yazısının okunaksız olması	133	21,8	82	13,8		
Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır	Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır	130	21,3	232	39,0	p<0,001
	Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidir	65	10,7	87	14,6	
	Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir	217	35,6	153	25,7	
	Yönetimle paylaşılmıştır	118	19,3	79	13,3	
	Hatalar söylenmemelidir	80	13,1	44	7,4	
Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır	Hatayı yapan kişiler	147	24,1	243	40,8	p<0,001
	Hatanın yaşandığı kurumlar	139	22,8	140	23,5	
	Her ikisi de	324	53,1	212	35,6	
Tıbbi hataları önlemede hastalarında sorumluluğu var	Evet	315	51,6	339	57,0	0,01**
	Hayır	273	44,8	221	37,1	
	Bilmiyorum	22	3,6	35	5,9	

Tıbbi Hatalara İlişkin Bilgiler		Kamu		Özel		p-değeri
		n	%	n	%	
mıdır?						
Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerinin koruyabilme payı nedir	Büyük oranda koruyabilirler	269	44,1	247	41,5	0,047*
	Biraz koruyabilirler	268	43,9	247	41,5	
	Koruyamazlar	73	12,0	101	17,0	
Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz	Hiç duymadım	79	13,0	178	29,9	p<0,001
	Nadiren	279	45,7	222	37,3	
	Ara sıra	217	35,6	175	29,4	
	Çok sık	35	5,7	20	3,4	
Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz	Çok güvenirim	550	90,2	557	93,6	p<0,001
	Biraz güvenirim	60	9,8	32	5,4	
	Güvenmem	0	0,0	6	1,0	

*p<0,05 **p<0,01

Çalışanların hastane türü ile “Sağlık bakımımız alırken hiç tıbbi hataya maruz kaldınız mı”, “Siz ya da ailenizden biri yaşadığımız tıbbi hata sonucunda ne tür zarar gördünüz”, “Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor”, “Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir”, “Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır”, “Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır”, “Tıbbi hataları önlemede hastalarında sorumluluğu var mıdır”, “Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerinin koruyabilme payı nedir”, “Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz” soruları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05).

- “Sağlık bakımımız alırken hiç tıbbi hataya maruz kaldınız mı” sorunda anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Bu farklılık, araştırmaya katılan kamu hastanesindeki çalışanların %1,6’sı sağlık bakımını alırken tıbbi hataya maruz kalmasından, araştırmaya katılan özel hastanede çalışanlarının ise hiç kalmadığını söylemesinden kaynaklıdır.

- Ailenizden birisi hiç tıbbi hataya maruz kaldı mı? sorusunda anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu farklılık, araştırmaya katılan kamu hastanesindeki çalışanların %72,1'nin hayır, araştırmaya katılan özel hastanede çalışanlarının ise %65,2'sinin hiç kalmadığını söylemesinden kaynaklıdır.
- “Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor” sorusunda anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Araştırmaya katılan Kamu hastanesindeki çalışanların %53,3 hemşirelerin araştırmaya katılan özel hastanedeki çalışanların ise %48,9 hekimlerin tıbbi hataları en çok yapan meslek grubu olduğunu belirtmiştir.
- “Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir” sorusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; Araştırmaya katılan Kamu hastanesindeki çalışanların %2,5 araştırmaya katılan özel hastanedeki çalışanların ise %8,6 ekip çalışmasının olmaması ve; Araştırmaya katılan Kamu hastanesindeki çalışanların %21,8 araştırmaya katılan özel hastanedeki çalışanların ise %13,8 doktorların el yazısının okunaksız olduğunu belirtmesinden kaynaklıdır.
- “Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır” sorusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; Kamu hastanesinde araştırmaya katılanların %35,6'sı tıbbi hata durumunda hataya uğrayanların sağlık çalışanlarını dava etmesi gerektiğini belirtirken özel hastanede araştırmaya katılanların %39 'u sağlık çalışanlarının hastaya açıklanması gerektiğini belirtmiştir.
- “Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır” sorusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; Kamu hastanesinde araştırmaya katılanların %53,1'i tıbbi hatadan hem kurum hem de hatayı yapan kişilerin sorumlu tutulması gerektiğini, özel hastanede araştırmaya katılanların %40,8'i hatayı yapan kişilerin sorumlu tutulması gerektiğini belirtmiştir.
- “Tıbbi hataları önlemede hastalarında sorumluluğu var mıdır” sorusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,01$). Bu farklılığın sebebi; Kamu hastanesinde araştırmaya katılanların %51,6'sı özel hastanede

araştırmaya katılanların ise %57'si hastaların tıbbi hataları önlemede sorumluluğunun olduğunu belirtmiştir.

- “Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerinin koruyabilme payı nedir” sorusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Bu farklılığın sebebi; Kamu hastanesinde araştırmaya katılanların %44,1'i ,özel hastanede araştırmaya katılanların %41,5'i büyük oranda koruyabileceğini belirtmesinden kaynaklıdır.
- “Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz” sorusunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinde araştırmaya katılanların%45,7 özel hastanede araştırmaya katılanların %37,3'ünün nadiren duyduğunu belirtmesinden kaynaklıdır.
- “Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz” sorusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; Kamu hastanesinde araştırmaya katılanların %9,8'inin özel hastanede araştırmaya katılanların ise %5,4'inin çok güvendiğinin belirtmesinden kaynaklanmaktadır.

6.2.2. Hastaların Tıbbi Hatalar İle İlgili Bilgileri

Tablo 6.2.2.1.Hastaların Hastane Türü ile Tıbbi Hataya İlişkin Bilgilerin İlişkisi

Tıbbi Hatalar İle İlgili Bilgiler		Kamu		Özel		p-değeri
		n	%	n	%	
Sağlık bakımınız alırken hiç tıbbi hataya maruz kaldınız mı ?	Evet	0	0,0	0	0,0	0,604
	Hayır	252	89,7	265	88,3	
	Bilmiyorum	29	10,3	35	11,7	
Ailenizden birisi hiç tıbbi hataya maruz kaldı mı ?	Evet	0	0,0	0	0,0	0,418
	Hayır	248	88,3	258	86,0	
	Bilmiyorum	33	11,7	42	14,0	

Tıbbi Hatalar İle İlgili Bilgiler		Kamu		Özel		p-değeri
		n	%	n	%	
Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor	Hekimler	225	80,1	143	47,7	p<0,001
	Hemşireler	15	5,3	101	33,7	
	Yardımcı sağlık personeli	19	6,8	34	11,3	
	Hasta hizmetleri-vezne	11	3,9	16	5,3	
	Diğer	11	3,9	6	2,0	
Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir	Hemşirelerin sayısı olarak yetersiz kalması	130	46,3	30	10,0	p<0,001
	Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres	54	19,2	47	15,7	
	İletişim bozuklukları	84	29,9	24	8,0	
	Ekip çalışmasının olmaması	6	2,1	27	9,0	
	Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapıda olması	7	2,5	12	4,0	
	Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması	0	0,0	57	19,0	
	Mesleki eğitimin yetersiz olması	0	0,0	0	0,0	
	Doktorların el yazısının okunaksız olması	0	0,0	82	27,3	
	Diğer	0	0,0	21	7,0	
Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır	Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır	98	34,9	93	31,0	p<0,001
	Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidir	72	25,6	44	14,7	

Tıbbi Hatalar İle İlgili Bilgiler	Kamu		Özel		p-değeri	
	n	%	n	%		
Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir	111	39,5	84	28,0		
Yönetimle paylaşılmıştır	0	0,0	35	11,7		
Hatalar söylenmemelidir	0	0,0	44	14,7		
Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır	Hatayı yapan kişiler	75	26,7	75	25,0	0,854
	Hatanın yaşandığı kurumlar	93	33,1	105	35,0	
	Her ikisi de	113	40,2	120	40,0	
Tıbbi hataları önlemede hastalarında sorumluluğu var mıdır?	Evet	78	27,8	128	42,7	p<0,001
	Hayır	74	26,3	153	51,0	
	Bilmiyorum	129	45,9	19	6,3	
Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerinin koruyabilme payı nedir	Büyük oranda koruyabilirler	203	72,2	100	33,3	p<0,001
	Biraz koruyabilirler	62	22,1	112	37,3	
	Koruyamazlar	16	5,7	88	29,3	
Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz	Hiç duymadım	191	68,0	35	11,7	p<0,001
	Nadiren	32	11,4	154	51,3	
	Ara sıra	58	20,6	92	30,7	
	Çok sık	0	0,0	19	6,3	
Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz	Çok güvenirim	254	90,4	236	78,7	p<0,001
	Biraz güvenirim	27	9,6	27	9,0	
	Güvenmem	0	0,0	37	12,3	

*p<0,05 **p<0,01

- “Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor” sorusunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; Kamu hastanesinde hizmet alan hastaların yüzdesinin (%80,1) ,özel hastanede hizmet alan hastaların yüzdesinden (%47,) fazla olmasından kaynaklanmaktadır.
- “Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir” sorusunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Araştırmaya katılan kamu hastanesindeki çalışanların %46,3’ü hemşirelerin sayı olarak yetersiz kalması % 29,9’ü ise iletişim bozuklukları olarak araştırmaya katılan özel hastanedeki çalışanların ise %27,3’ü doktorların el yazısının okunaksız olması % 15,7’si ise uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres olarak belirtmiştir.
- “Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır” sorusunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$).Kamu hastanesinde araştırmaya katılan çalışanların %39,5 ‘i hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir %34,9’u ise sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır cevabını verirken özel hastaneden araştırmaya katılan çalışanların %31’i Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır %28’i hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir cevabını vermiştir.
- “Tıbbi hataları önlemede hastalarında sorumluluğu var mıdır” sorusunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Araştırmaya katılan kamu hastanesindeki çalışanların %%27,8 ‘i evet cevabını verirken özel hastaneden araştırmaya katılan çalışanların %42,7’si evet cevabını vermiştir.
- “Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerinin koruyabilme payı nedir” , sorusunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Araştırmaya katılan kamu hastanesindeki çalışanların %72,2 ‘si büyük oranda koruyabileceğinin belirtirken özel hastaneden katılanların ise %33,3’ü büyük oranda koruyabileceğini belirtmiştir.
- “Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz” sorusunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$).Kamu hastanesinden araştırmaya katılan çalışanların %68’i hiç duymadığını belirtirken özel hastaneden araştırmaya katılan çalışanların ise %51,3’ü tıbbi hatalar konusunda nadiren duyum aldığını belirtmiştir.

- “Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz” sorusunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Kamu hastanesinden araştırmaya katılanların %90,4’ü özel hastaneden katılanların ise %78,7’si tıbbi hatlar konusunda kendilerine çok güvendiklerini belirtmişlerdir.

6.2.3. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hatalar Konusundaki Görüşleri

Tablo 6.2.3.1 Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Önlenebilirliğine ve Uygulanabilirliğine İlişkin Görüşleri

Önlenebilirlik ve Uygulanabilirlik	Hiç Önlenmez		Kısmen önlenir		Tamamen önlenir		Uygulanabilir		Uygulanamaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda (reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması tıbbi hatayı ne kadar önler	48	4,0	79	6,6	1078	89,5	1150	95,4	55	4,6
Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi tıbbi hatayı ne kadar önler	8	0,7	44	3,7	1153	95,7	1173	97,3	32	2,7
Yazılan reçetenin okunaklı olması tıbbi hatayı ne kadar önler	9	0,7	58	4,8	1138	94,4	1177	97,7	28	2,3
Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden	3	0,2	28	2,3	1174	97,4	1167	96,8	38	3,2

Önlenebilirlik ve Uygulanabilirlik	Hiç Önlenmez		Kısmen önlenir		Tamamen önlenir		Uygulanabilir		Uygulanamaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
emin olunması tıbbi hatayı ne kadar önler										
Reçete yazılırken ve eczanedan alınırken verilen bilginin anlaşılır olması tıbbi hatayı ne kadar önler	12	1,0	106	8,8	1087	90,2	1171	97,2	34	2,8
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi tıbbi hatayı ne kadar önler	14	1,2	44	3,7	1147	95,2	1151	95,5	54	4,5
İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi tıbbi hataları ne kadar önler	45	3,7	106	8,8	1054	87,5	1150	95,4	55	4,6
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi tıbbi hataları ne kadar önler	122	10,1	359	29,8	724	60,1	1105	91,7	100	8,3
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerinin yıkamasını	43	3,6	253	21,0	909	75,4	1123	93,2	82	6,8

Önlenebilirlik ve Uygulanabilirlik	Hiç Önlenmez		Kısmen önlendir		Tamamen önlendir		Uygulanabilir		Uygulanamaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
istememesi tıbbi hatayı ne kadar önler										
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi tıbbi hatayı ne kadar önler	15	1,2	138	11,5	1052	87,3	1087	90,2	118	9,8
Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi tıbbi hatayı ne kadar önler	25	2,1	194	16,1	986	81,8	1160	96,3	45	3,7
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	11	0,9	66	5,5	1128	93,6	1157	96,0	48	4,0
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesini tıbbi hataları ne kadar önler	61	5,1	228	18,9	916	76,0	1121	93,0	84	7,0

Önlenebilirlik ve Uygulanabilirlik	Hiç Önlenmez		Kısmen önlenir		Tamamen önlenir		Uygulanabilir		Uygulanamaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi tıbbi hataları ne kadar önler	9	0,7	340	28,2	856	71,0	1173	97,3	32	2,7
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması tıbbi hataları ne kadar önler	180	14,9	271	22,5	754	62,6	1041	86,4	164	13,6
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması tıbbi hataları ne kadar önler	83	6,9	181	15,0	941	78,1	1063	88,2	142	11,8
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi tıbbi hataları ne kadar önler	47	3,9	239	19,8	919	76,3	1103	91,5	102	8,5

Önlenebilirlik ve Uygulanabilirlik	Hiç Önlenmez		Kısmen önlenir		Tamamen önlenir		Uygulanabilir		Uygulanamaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması tıbbi hatayı ne kadar önler	15	1,2	255	21,2	935	77,6	1167	96,8	38	3,2

Çalışanların en çok önlenebilir buldukları başlıklar;

- Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması tıbbi hatayı ne kadar önler (%97,4)
- Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%95,7)
- İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%95,2)
- Yazılan reçetenin okunaklı olması tıbbi hatayı ne kadar önler (%94,4)
- Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%81,8)
- Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması tıbbi hatayı ne kadar önler (%90,2)
- Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması tıbbi hatayı ne kadar önler (%89,5)
- İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi tıbbi hataları ne kadar önler (%87,5)
- Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%87,3)

Çalışanların en az önlenebilir buldukları başlıklar;

- Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması tıbbi hataları ne kadar önler (%14,9)

- Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi tıbbi hataları ne kadar önler (%10,1)

Çalışanların en çok uygulanabilir buldukları başlıklar;

- Yazılan reçetenin okunaklı olması tıbbi hatayı ne kadar önler (%97,7)

- Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%97,7)

- Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi tıbbi hataları ne kadar önler (%97,3)

- Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması tıbbi hatayı ne kadar önler (%97,2)

- Eczaneden ilaç alınırken reçetede ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması tıbbi hatayı ne kadar önler(%96,8)

- Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması tıbbi hatayı ne kadar önler (%96,8)

- Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%96,3)

- Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması (%96)

Çalışanların en az uygulanabilir buldukları başlıklar;

- Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması tıbbi hataları ne kadar önler (%13,6)

- Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması tıbbi hataları ne kadar önler (%11,8)

Tablo 6.2.3.2. Çalışanların Hastane Türü ile Tıbbi Hata Önlenebilirliğinin Kurumlara Göre Farklılığı

Önlenebilirlik		n	ort	sd	t	p
Sizce Hastanın Kullandığı Bütün İlaçlarda(Reçeteli veya Reçetesiz Doktorun Haberdar Olması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,95	0,23	7,515	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,76	0,58		
Sizce Hastanın İlaç Alerjisinin Olduğunu Bilmesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,97	0,20	2,423	0,016*
	Özel çalışan	595	2,93	0,28		
Sizce Yazılan Reçetenin Okunaklı Olması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,93	0,29	-0,746	0,456
	Özel çalışan	595	2,94	0,25		
Sizce Eczaneden ilaç Alınırken Reçetede ki İlaçların Aynısının Verildiğinden Emin Olunması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,99	0,11	3,254	0,001**
	Özel çalışan	595	2,95	0,23		
Sizce Reçete Yazılırken ve Eczaneden Alınırken Verilen Bilginin Anlaşılır Olması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,93	0,31	3,870	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,85	0,36		
Sizce İlaçların Nasıl Kullanılacağı Konusunda Açıklayıcı Bilgi Verilmesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,97	0,19	3,148	0,002**
	Özel çalışan	595	2,91	0,35		
Sizce ilaçların Yan Etkileri Konusundaki Bilgilerin Yazılı Verilmesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,94	0,23	8,202	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,73	0,59		
Sizce Seçme şansı Varsa Büyük Hastanelerin Tercih Edilmesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,46	0,67	-1,864	0,063
	Özel çalışan	595	2,54	0,67		
Sizce Hastanın, Kendisine Doğrudan Temas Edecek Sağlık Personelinden Ellerinin Yıkamasını istemesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,81	0,40	5,959	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,63	0,61		
Sizce Taburcu Olurken Evde Uygulanacak Tedavi Planının Doktordan istenmesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,91	0,31	4,411	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,81	0,44		

Önlenebilirlik		n	ort	sd	t	p
Sizce Cerrahin, Hastaya Ameliyat Hakkında Ayrıntılı Bilgi Vermesi ve Ameliyat Bölgesini Hastayla Birlikte İşaretlemesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,85	0,44	4,183	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,74	0,46		
	Kamu çalışanı	595	2,93	0,32		
Sizce Hastanın, Kendisinden Hangi Doktorun Sorumlu Olduğunu Bilmesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,94	0,25	15,886	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,47	0,67		
Sizce Klinikteki Tüm Sağlık Çalışanlarının Hastayla ilgili Önemli Bilgileri istemesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,76	0,45	3,944	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,65	0,49		
Sizce Hastanın, Beraberinde Haklarını Savunacak Bir Yakınının Olması Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,63	0,68	7,252	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,32	0,77		
Sizce Hastanın, Yapılacak Tüm Tetkik ve işlemlerin Gerekliklik ve Yararını Sorgulaması Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,86	0,42	9,171	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,56	0,69		
Sizce Hastaya Bir Test Yapıldıysa, Hastanın Sonuçları istemesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,73	0,46	0,280	0,780
	Özel çalışan	595	2,72	0,59		
Sizce Hastanın şimdiki Durumu Hakkında Doktor, Hemşire ve Diğer Güvenilir Kaynaklardan Bilgi Alması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu çalışanı	610	2,80	0,46	2,711	0,007**
	Özel çalışan	595	2,73	0,45		

*p<0,05 **p<0,01

Yazılan reçetenin okunaklı olması, Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi, Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi durumlarında araştırmaya katılan kamu ve sağlık çalışanlarına göre önlenebilir bulma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Geri kalan bütün durumlarda kamu çalışanlarının önlenebilir bulması özel hastane çalışanlarından istatistiksel olarak anlamlı büyüktür (p<0,05)

- Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması tıbbi hatayı ne önlemede kamu çalışanlarında 2,95(0,15),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,92 (0,29) anlamlı derece yüksektir. (t=3,807; p<0,001).
- Hastanın ilaç alerjisinin olduğunu bilmesi tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,97(0,20),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,93 (0,28) anlamlı derecede yüksektir. (t=3,423; p<0,05).
 - Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğine emin olunması tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,99(0,11),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,95 (0,23) anlamlı derecede yüksektir. (t=3,254; p<0,01).
 - Reçete yazılırken ve Eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılabilir olması tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,93(0,31),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,85 (0,36) anlamlı derecede yüksektir. (t=3,870; p<0,001).
 - İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,97(0,19),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,91 (0,35) anlamlı derecede yüksektir. (t=3,148; p<0,01).
 - İlaçların yan etkileri konusunda Bilgilerin yazılı olarak verilmesi tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,94 (0,23),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,73 (0,59) anlamlı derecede yüksektir. (t=8,202; p<0,001).
 - Hastanın kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerinin yıkamasını istemesi tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,81(0,40),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,63 (0,61) anlamlı derecede yüksektir. (t=5,959; p<0,001).
 - Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesinin tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,91(0,31),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,81(0,44) anlamlı derecede yüksektir. (t=4,411; p<0,001).
 - Cerrahın hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesinin hastayla birlikte işaretlemesinin tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,85(0,44),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,74 (0,46) anlamlı derecede yüksektir. (t=4,183; p<0,001).

- Hastanın kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,94(0,25),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,47 (0,67) anlamlı derecede yüksektir. (t=15,886; p<0,001).
- Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,76(0,45),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,65 (0,49) anlamlı derecede yüksektir. (t=3,944; p<0,001).
- Hastanın beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması tıbbi hataları önlemede kamu çalışanlarında 2,63(0,68),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,32 (0,77) anlamlı derecede yüksektir. (t=7,252; p<0,001).
- Hastanın yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,86(0,42),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,56 (0,69) anlamlı derecede yüksektir. (t=9,171; p<0,001).
- Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması tıbbi hatayı önlemede kamu çalışanlarında 2,80(0,46),özel hastane çalışanlarının ortalamasına göre 2,73 (0,45) anlamlı derecede yüksektir. (t=2,771; p<0,01).

Tablo 6.2.3.3. Çalışanların Hastane Türü ile Tıbbi Uygulanabilirliğinin İlişkisi

Uygulanabilirlik	Kamu		Özel		p-değeri
	n	%	n	%	
Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması)	583	95,6	567	95,3	0,816
Hastanın ilaç alerjisinin olduğunu bilmesi	596	97,7	577	97,0	0,543
Yazılan reçetenin okunaklı olması	602	98,7	575	96,6	0,030*
Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması	593	97,2	574	96,5	0,567
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması	598	98,0	573	96,3	0,101
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi	591	96,9	560	94,1	0,029*
İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi	583	95,6	567	95,3	0,925

Uygulanabilirlik	Kamu		Özel		p-değeri
	n	%	n	%	
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi	559	91,6	546	91,8	0,937
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerinin yıkamasını istemesi	582	95,4	541	90,9	0,002*
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi	539	88,4	548	92,1	0,029*
Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi	602	98,7	558	93,8	p<0,001
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	579	94,9	578	97,1	0,068
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi	542	88,9	579	97,3	p<0,001
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi	586	96,1	587	98,7	0,009*
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması	544	89,2	497	83,5	0,004*
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması	561	92,0	502	84,4	p<0,001
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi	564	92,5	539	90,6	0,243
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması	595	97,5	572	96,1	0,218

*p<0,05 **p<0,01

Çalışanların hastane türü ile “Yazılan reçetenin okunaklı olması ” , “İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi ” , “Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerinin yıkamasını istemesi ” , “Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi ” , “Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi ” , “Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi ” “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi ” ,

“Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması”. “Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması ” tıbbi hata uygulanabilirlik soruları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

- “Yazılan reçetenin okunaklı olması”, konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin ortalamasının (%98,7) özel hastanenin ortalamasından (%96,6) fazla olmasıdır.

- “İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi ”, konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin ortalamasının (%96,6) özel hastanenin ortalamasından (%94,1) fazla olmasıdır.

- “Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerinin yıkamasını istemesi”, konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$).Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin ortalamasının (%95,4) özel hastanenin ortalamasından (%90,9) fazla olmasıdır.

- “Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi ”, konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin ortalamasının (%88,4) özel hastanenin ortalamasından (%92,1) düşük olmasıdır.

- “Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi ”, konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$).Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin ortalamasının (%98,7) özel hastanenin ortalamasından (%93,8) fazla olmasıdır.

- “Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi ”, konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$).Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin ortalamasının (%88,9) özel hastanenin ortalamasından (%97,3) düşük olmasıdır.

- “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi ”, konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin ortalamasının (%96,1) özel hastanenin ortalamasından (%98,7) düşük olmasıdır.

- “Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması ”, konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu

farklılığın sebebi; kamu hastanesinin ortalamasının (%89,2) özel hastanenin ortalamasından (%83,5) fazla olmasıdır.

- “Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması ” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin ortalamasının (%92) özel hastanenin ortalamasından (%84,4) fazla olmasıdır.

Tablo 6.2.3.4. Çalışanların Uygulamaların Yapılabilirliğine İlişkin Görüşleri

Yapılabilirlik Durumu	Hiç Yapılmıyor		Yetersiz		Kısmen Yeterli		Yeterli	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastanın servise oryantasyonunun (odasının tanıtılması, hekim hemşire ile tanıştırma, ziyaret saatleri, yangın çıkışı vb. hakkında) sağlanması	0	0,0	4	0,3	52	4,3	1149	95,4
Yapılan uygulamalarda asepti ve sterilizasyon koşullarına uyulması	0	0,0	10	0,8	25	2,1	1170	97,1
İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olması	0	0,0	33	2,7	25	2,1	1147	95,2
Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi	0	0,0	19	1,6	24	2,0	1162	96,4
Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi	0	0,0	2	0,2	24	2,0	1179	97,8
Narkotik ve sedatif ilaçların güvenli şekilde saklanması	0	0,0	0	0,0	36	3,0	1169	97,0
Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması	5	0,4	2	0,2	24	2,0	1174	97,4

Kesici ve delici maddelerin uygun şekilde toplanması	0	0,0	0	0,0	62	5,1	1143	94,9
Yangın çıkışlarının açık tutulması	0	0,0	0	0,0	6	0,5	1199	99,5
İşe yeni başlayanların oryantasyonlarının yapılması (tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb)	5	0,4	20	1,7	125	10,4	1054	87,5
Hastanın özel eşyalarının emniyete alınması	0	0,0	20	1,7	61	5,1	1124	93,3
Hizmet içi eğitim programlarının yapılması	0	0,0	8	0,7	59	4,9	1138	94,4
Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması	0	0,0	5	0,4	60	5,0	1140	94,6
Bası yarası oluşma riskinin tespiti ve gerekli önlemlerin alınması	0	0,0	0	0,0	72	6,0	1133	94,0
Çalışanların kendilerini kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri	0	0,0	5	0,4	48	4,0	1152	95,6
Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi	0	0,0	2	0,2	37	3,1	1166	96,8
Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi	0	0,0	6	0,5	30	2,5	1169	97,0
Sözel direktif alma/verme kriterlerinin yazılı olarak belirlenmesi	0	0,0	330	27,4	77	6,4	798	66,2
Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi	0	0,0	1	0,1	53	4,4	1151	95,5
Hastanın kimliğini doğrulamada doğru yöntemlerin kullanılması (kimlik bileziği vb)	0	0,0	369	30,6	71	5,9	765	63,5
Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması	0	0,0	3	0,2	55	4,6	1147	95,2

Çalışanların en çok yeterli buldukları başlıklar;

- Yangın çıkışlarının açık tutulması (% 99,5)
- Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi (%97,8)
- Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması (%97,4)
- Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması (%97,1)
- Narkotik ve sedatif ilaçların güvenli şekilde saklanması (%97)
- Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi (%97)
- Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi (%96,8)
- Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi (%96,4)

Çalışanların en az yeterli buldukları başlıklar;

- Hastanın kimliğini doğrulamada doğru yöntemlerin kullanılması (kimlik bileziği vb.) (%63,5)
- Sözel direktif alma/verme kriterlerinin yazılı olarak belirlenmesi (%66,2)

Tablo 6.2.3.5. Çalışanların Hastane Türü ile Tıbbi Yeterliliğinin İlişkisi

Yeterlilik Durumu		n	ort	sd	t	p
Hastanın Servise Oryantasyonunun(Odasının tanıtılması, hekim-hemşire ile tanıştırma, ziyaret saatleri, yangın çıkışı vb. hakkında sağlanması)	Kamu çalışanı	610	2,98	0,15	3,807	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,92	0,29		
Yapılan Uygulamalarda Asepsi ve sterilizasyon Koşullarına Uyulması	Kamu çalışanı	610	2,98	0,15	2,696	0,007**
	Özel çalışan	595	2,94	0,29		
İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olması	Kamu çalışanı	610	2,97	0,20	4,580	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,88	0,45		
Kan ve Kan ürünlerinin yazılı prosedürlere göre verilmesi	Kamu çalışanı	610	2,97	0,18	2,911	0,004**
	Özel çalışan	595	2,92	0,36		

Yeterlilik Durumu		n	ort	sd	t	p
Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi	Kamu çalışanı	610	2,97	0,18	-1,013	0,311
	Özel çalışan	595	2,98	0,13		
Narkotik ve Sedatif ilaçların Güvenli Şekilde Saklanması	Kamu çalışanı	610	2,95	0,21	-3,343	0,001**
	Özel çalışan	595	2,99	0,12		
Hasta Transferlerinin Hemşire Refakatinde Yapılması	Kamu çalışanı	610	2,94	0,33	-3,322	0,001**
	Özel çalışan	595	2,99	0,11		
Kesici ve Delici Maddelerin Uygun şekilde Toplanması	Kamu çalışanı	610	2,90	0,29	-7,155	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,99	0,08		
Yangın Çıkışlarının Açık Tutulması	Kamu çalışanı	610	2,99	0,08	-0,788	0,431
	Özel çalışan	595	3,00	0,06		
İşe Yeni Başlayanların Oryantasyonlarının Yapılması(Tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb.)	Kamu çalışanı	610	2,73	0,56	-10,575	p<0,001
	Özel çalışan	594	2,98	0,15		
Hastanın Özel Eşyalarının Emniyete Alınması	Kamu çalışanı	610	2,87	0,42	-4,746	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,96	0,19		
Hizmet içi Eğitim Programlarının Yapılması	Kamu çalışanı	610	2,91	0,29	-3,035	0,002**
	Özel çalışan	595	2,96	0,25		
Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması	Kamu çalışanı	610	2,94	0,27	-0,469	0,639
	Özel çalışan	595	2,94	0,23		
Bası Yarası Oluşma Riskinin Tespiti ve Gerekli Önlemlerin Alınması	Kamu çalışanı	610	2,92	0,28	-3,570	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,96	0,18		
Çalışanların kendilerinin kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri	Kamu çalışanı	610	2,97	0,17	3,303	0,001**
	Özel çalışan	595	2,93	0,28		
Taburcu olacak hastaya eğitim	Kamu çalışanı	610	2,95	0,23	-3,441	0,001**

Yeterlilik Durumu		n	ort	sd	t	p
verilmesi	Özel çalışan	595	2,98	0,14		
Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi	Kamu çalışanı	610	2,96	0,20	-0,755	0,450
	Özel çalışan	595	2,97	0,21		
Sözel Direktif Alma/verme Kriterlerinin Yazılı Olarak Belirlenmesi	Kamu çalışanı	610	2,15	0,96	-9,960	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,64	0,73		
Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi	Kamu çalışanı	610	2,96	0,21	0,228	0,820
	Özel çalışan	595	2,95	0,21		
Hastanın Kimliğinin Doğrulama Doğru Yöntemlerin Kullanılması(Kimlik bileziği vb.)	Kamu çalışanı	610	2,14	0,95	-7,327	p<0,001
	Özel çalışan	595	2,52	0,83		
Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması	Kamu çalışanı	610	2,96	0,20	1,967	0,049*
	Özel çalışan	595	2,94	0,26		

*p<0,05 **p<0,01

Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi, Yangın Çıkışlarının Açık Tutulması, Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması, Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi, Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi durumlarında araştırmaya katılan kamu ve sağlık çalışanlarına göre hastanelerde yeterli bulma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Geri kalan bütün durumlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar vardır ($p>0,05$)

- Hastanın Servise Oryantasyonunun(Odasının tanıtılması, hekim-hemşire ile tanıştırma, ziyaret saatleri, yangın çıkışı vb. hakkında sağlanması) konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarında 2,98 (0,15),araştırmaya katılan özel hastane çalışanların ortalamasına göre 2,92 (0,29) anlamlı yüksektir. ($t=3,807$; $p<0,001$).

- Yapılan Uygulamalarda Asepsi ve sterilizasyon Koşullarına Uyulması konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarında 2,98 (0,15),araştırmaya katılan özel hastane çalışanların ortalamasına göre 2,94(0,29) anlamlı yüksektir. (t=2,696; p<0,01).
- İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olması konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarında 2,97 (0,20),araştırmaya katılan özel hastane çalışanların ortalamasına göre 2,88(0,45) anlamlı yüksektir. (t=4,580; p<0,01).
- Kan ve Kan ürünlerinin yazılı prosedürlere göre verilmesi konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarında 2,97 (0,18),araştırmaya katılan özel hastane çalışanların ortalamasına göre 2,92(0,26) anlamlı yüksektir. (t=2,911; p<0,01).
- Narkotik ve Sedatif ilaçların Güvenli Şekilde Saklanması konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarında 2,99 (0,12) araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanların ortalamasına göre 2,95 (0,21), anlamlı yüksektir. (t=-3,343; p<0,01).
- Hasta Transferlerinin Hemşire Refakatinde Yapılması konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarında 2,99 (0,11) araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanların ortalamasına göre 2,94 (0,33), anlamlı yüksektir. (t=-3,322; p<0,01).
- Kesici ve Delici Maddelerin Uygun şekilde Toplanması konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarında 2,99 (0,08) araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanların ortalamasına göre 2,90 (0,29), anlamlı yüksektir. (t=-7,155; p<0,001).
- İşe Yeni Başlayanların Oryantasyonlarının Yapılması (Tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb.) konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarında 2,98 (0,15) araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanların ortalamasına göre 2,73 (0,56), anlamlı yüksektir. (t=-10,575; p<0,001)
- Hastanın Özel Eşyalarının Emniyete Alınması konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarında 2,96(0,19)

araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanların ortalamasına göre 2,87 (0,42), anlamlı yüksektir. (t=-4,746; p<0,001).

- Hizmet içi Eğitim Programlarının Yapılması konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarında 2,96 (0,25),araştırmaya katılan özel hastane çalışanların ortalamasına göre 2,94 (0,23) anlamlı yüksektir. (t=3,035; p<0,01).

- Bası Yarası Oluşma Riskinin Tespiti ve Gerekli Önlemlerin Alınması konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarında 2,96(0,18) araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanların ortalamasına göre 2,92 (0,28), anlamlı yüksektir.(t=-3,570; p<0,001).

- Çalışanların kendilerinin kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarında 2,97 (0,17) araştırmaya katılan özel hastane çalışanların ortalamasına göre 2,93 (0,28) anlamlı yüksektir. (t=3,303; p<0,01).

- Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarında 2,98(0,14) araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanların ortalamasına göre 2,95 (0,23), anlamlı yüksektir. (t=-3,441; p<0,01).

- Sözel Direktif Alma/verme Kriterlerinin Yazılı Olarak Belirlenmesi konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarında 2,64(0,73) araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanların ortalamasına göre 2,15 (0,96), anlamlı yüksektir. (t=-9,960; p<0,001).

- Hastanın Kimliğinin Doğrulamada Doğru Yöntemlerin Kullanılması(Kimlik bileziği vb.)konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarında 2,52 (0,83) araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanların ortalamasına göre 2,14 (0,95), anlamlı yüksektir. (t=-7,327; p<0,001).

- Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması konusunun çalıştıkları kurumlarda yeterli olması araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarında 2,96 (0,20) araştırmaya katılan özel hastane çalışanların ortalamasına göre 2,94 (0,26) anlamlı yüksektir.(t=1,967; p<0,05)

Tablo 6.2.3.6. Çalışanların Görev Türü ile Tıbbi Hata Önlenebilirliğinin İlişkisi

Önlenebilirlik		n	ort	sd	t	p
Sizece Hastanın Kullandığı Bütün İlaçlarda(Reçeteli veya Reçetesiz Doktorun Haberdar Olması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,84	0,53	5,847	0,003 ** (1-2,2-3)
	hekim	311	2,93	0,31		
	diğer	485	2,82	0,45		
Sizece Hastanın İlaç Alerjisinin Olduğunu Bilmesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,96	0,22	4,104	0,017 * (2-3)
	hekim	311	2,97	0,17		
	diğer	485	2,93	0,30		
Sizece Yazılan Reçetenin Okunaklı Olması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,92	0,31	3,990	0,019 * (2-1 ve2-3)
	hekim	311	2,97	0,16		
	diğer	485	2,93	0,29		
Sizece Eczaneden ilaç Alınırken Reçetede ki İlaçların Aynıısının Verildiğinden Emin Olunması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,98	0,16	8,230	p<0,001 (1-2,2-3)
	hekim	311	3,00	0,00		
	diğer	485	2,95	0,24		
Sizece Reçete Yazılırken ve Eczaneden Alınırken Verilen Bilginin Anlaşılır Olması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,78	0,48	35,484	p<0,001 (1-2,1-3)
	hekim	311	2,95	0,21		
	diğer	485	2,95	0,23		
Sizece İlaçların Nasıl Kullanılacağı Konusunda Açıklayıcı Bilgi Verilmesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,96	0,21	1,777	0,170
	hekim	311	2,94	0,31		
	diğer	485	2,93	0,31		
Sizece ilaçların Yan Etkileri Konusundaki Bilgilerin Yazılı Verilmesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,73	0,57	32,390	p<0,001 (1-3,2-3)
	hekim	311	2,79	0,53		
	diğer	485	2,96	0,21		
Sizece Seçme şansı Varsa Büyük Hastanelerin Tercih Edilmesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,34	0,67	53,577	p<0,001 (1-3,2-3)
	hekim	311	2,35	0,65		
	diğer	485	2,73	0,62		
Sizece Hastanın, Kendisine Doğrudan Temas Edecek Sağlık Personelinden Ellerinin Yıkamasını istemesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,72	0,47	3,305	0,037 * (2-3)
	hekim	311	2,66	0,47		
	diğer	485	2,76	0,59		

Sizece Taburcu Olurken Evde Uygulanacak Tedavi Planının Doktordan istenmesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,81	0,45	17,303	p<0,001 (1-3,2-3)
	hekim	311	2,81	0,39		
	diğer	485	2,94	0,28		
Sizece Cerrahın, Hastaya Ameliyat Hakkında Ayrıntılı Bilgi Vermesi ve Ameliyat Bölgesini Hastayla Birlikte İşaretlemesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,70	0,53	26,919	p<0,001 (1-2,1-3, 2-3)
	hekim	311	2,95	0,23		
	diğer	485	2,78	0,46		
Sizece Hastanın, Kendisinden Hangi Doktorun Sorumlu Olduğunu Bilmesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,80	0,43	24,003	p<0,001 (1-3,2-3)
	hekim	311	2,79	0,41		
	diğer	485	2,58	0,69		
Sizece Klinikteki Tüm Sağlık Çalışanlarının Hastayla İlgili Önemli Bilgileri İstemesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,95	0,23	157,283	p<0,001 (1-2,1-3, 2-3)
	hekim	311	2,76	0,47		
	diğer	485	2,46	0,51		
Sizece Hastanın, Beraberinde Haklarını Savunacak Bir Yakınının Olması Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,29	0,80	20,601	p<0,001 (1-2,2-3)
	hekim	311	2,54	0,50		
	diğer	485	2,59	0,78		
Sizece Hastanın, Yapılacak Tüm Tetkik ve İşlemlerin Gereklik ve Yararını Sorgulaması Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,92	0,32	170,220	p<0,001 (1-3,2-3)
	hekim	311	2,96	0,20		
	diğer	485	2,38	0,74		
Sizece Hastaya Bir Test Yapıldıysa, Hastanın Sonuçları İstemesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,89	0,37	89,291	p<0,001 (1-3,2-3)
	hekim	311	2,87	0,40		
	diğer	485	2,49	0,62		
Sizece Hastanın Şimdiki Durumu Hakkında Doktor, Hemşire ve Diğer Güvenilir Kaynaklardan Bilgi Alması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	hemşire	409	2,59	0,50	48,080	p<0,001 (1-2,2-3)
	hekim	311	2,82	0,43		
	diğer	485	2,87	0,38		

*p<0,05 **p<0,01

İlaçların Nasıl Kullanılacağı Konusunda Açıklayıcı Bilgi Verilmesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Geri kalan bütün durumlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar vardır ($p<0,05$)

- Hastanın Kullandığı Bütün İlaçlarda(Reçeteli veya Reçetesiz Doktorun Haberdar Olması) konusunun tıbbi hataları önleneceğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=5,847;p<0,01$). Farklılık incelendiğinde, hekimlerin ortalaması 2.93 (0.31) hemşire 2.84 (0.53)ve diğer sağlık çalışanlarına 2.82 (0.45) göre istatistiksel olarak daha yüksektir.
- Hastanın İlaç Alerjisinin Olduğunu Bilmesi konusunun tıbbi hataları önleneceğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=4,104; p<0,05$). Farklılık incelendiğinde, hekimlerin ortalaması 2.97 (0.17) hemşire 2.96 (0.22)ve diğer sağlık çalışanlarına 2.93 (0.30) göre istatistiksel olarak daha yüksektir
- Yazılan Reçetenin Okunaklı Olması konusunun tıbbi hataları önleneceğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=3,990;p<0,05$). Farklılık incelendiğinde, hekimlerin ortalaması 2.97 (0.16) hemşire 2.92 (0.31)ve diğer sağlık çalışanlarına 2.93 (0.29) göre istatistiksel olarak daha yüksektir.
- Eczaneden ilaç Alınırken Reçetedeği İlaçların Aynısının Verildiğinden Emin Olunması konusunun tıbbi hataları önleneceğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=8,230;p<0,001$). Farklılık incelendiğinde, hekimlerin ortalaması 3.00 (0.00) hemşire 2.98 (0.16) ve diğer sağlık çalışanlarına 2.95 (0.24) göre istatistiksel olarak daha yüksektir.
- Reçete Yazılırken ve Eczaneden Alınırken Verilen Bilginin Anlaşılır Olması konusunun tıbbi hataları önleneceğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=35,484;p<0,001$). Farklılık incelendiğinde, hekimlerin ortalaması 2,95(0.21) hemşire 2.78 (0.48) ve diğer sağlık çalışanlarına 2.95 (0.23) göre istatistiksel olarak daha yüksektir.
- İlaçların Yan Etkileri Konusundaki Bilgilerin Yazılı Verilmesi konusunun tıbbi hataları önleneceğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=32,390; p<0,001$). Farklılık incelendiğinde, diğer sağlık

çalışanların ortalaması 2.96 (0.21) hemşire 2.73 (0.57) ve hekimlerin 2,73 (0.57) göre istatikselsel olarak daha yüksektir.

- Seçme şansı Varsa Büyük Hastanelerin Tercih Edilmesi konusunun tıbbi hataları önleneyeğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=53,577$; $p<0,001$). Farklılık incelendiğinde, diğersel sağlık çalışanların ortalaması 2.73 (0.62) hemşire 2.34 (0.67) ve hekimlerin 2,35 (0.65) göre istatikselsel olarak daha yüksektir.

- Hastanın, Kendisine Doğrudan Temas Edecek Sağlık Personelinden Ellerin Yıkamasını istemesi konusunun tıbbi hataları önleneyeğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=3,305$; $p<0.05$). Farklılık incelendiğinde, diğersel sağlık çalışanların ortalaması 2.76 (0.59) hemşire 2.72 (0.47) ve hekimlerin 2,66(0.47) göre istatikselsel olarak daha yüksektir.

- Taburcu Olurken Evde Uygulanacak Tedavi Planının Doktordan istenmesi konusunun tıbbi hataları önleneyeğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=17,303$; $p<0,001$). Farklılık incelendiğinde, diğersel sağlık çalışanların ortalaması 2.94 (0.28) hemşire 2.81 (0.45) ve hekimlerin 2,81(0.39) göre istatikselsel olarak daha yüksektir.

- Cerrahın, Hastaya Ameliyat Hakkında Ayrıntılı Bilgi Vermesi ve Ameliyat Bölgesini Hastayla Birlikte işaretlemesi konusunun tıbbi hataları önleneyeğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=26,919$; $p<0,001$). Farklılık incelendiğinde, hekimlerin ortalaması 2.95 (0.23) hemşire 2.70 (0.53)ve diğersel sağlık çalışanlarına 2.78 (0.46) göre istatikselsel olarak daha yüksektir

- Kendisinden Hangi Doktorun Sorumlu Olduğunu Bilmesi konusunun tıbbi hataları önleneyeğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=24,003$; $p<0,001$). Farklılık incelendiğinde, hemşirelerin ortalaması 2.80 (0.43) hekim 2.79 (0.41) ve diğersel sağlık çalışanlarına 2.58 (0.69) göre istatikselsel olarak daha yüksektir

- Klinikteki Tüm Sağlık Çalışanlarının Hastayla ilgili Önemli Bilgileri istemesi konusunun tıbbi hataları önleneyeğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir ($t=157,283$; $p<0,001$). Farklılık incelendiğinde, hemşirelerin ortalaması 2.95 (0.23) hekim 2.76 (0.47) ve diğersel sağlık çalışanlarına 2.46 (0.51) göre istatikselsel olarak daha yüksektir

- Hastanın, Beraberinde Haklarını Savunacak Bir Yakınının Olması konusunun tıbbi hataları önleneceğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir (t=20,601; p<0,001). Farklılık incelendiğinde, diğer sağlık çalışanlarının ortalaması 2.59 (0.78) hekim 2.54 (0.50) ve hemşirelerin 2.29 (0.80) göre istatistiksel olarak daha yüksektir
- Hastanın, Yapılacak Tüm Tetkik ve işlemlerin Gereklik ve Yararını Sorgulaması konusunun tıbbi hataları önleneceğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir (t=170,220; p<0,001). Farklılık incelendiğinde, hekimlerin ortalaması 2.96 (0.20) hemşirelerin 2.92 (0.32) diğer sağlık çalışanlarının 2.38 (0.74) göre istatistiksel olarak daha yüksektir
- Hastaya Bir Test Yapıldıysa, Hastanın Sonuçları istemesi konusunun tıbbi hataları önleneceğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir (t=89,291; p<0,001). Farklılık incelendiğinde, hemşirelerin ortalaması 2.89 (0.37) hekimlerin 2.87 (0.40) diğer sağlık çalışanlarının 2.49 (0.62) göre istatistiksel olarak daha yüksektir
- Hastanın şimdiki Durumu Hakkında Doktor, Hemşire ve Diğer Güvenilir Kaynaklardan Bilgi Alması konusunun tıbbi hataları önleneceğine inanma sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir (t=48.080; p<0,001). Farklılık incelendiğinde diğer sağlık çalışanlarının ortalaması 2.87 (0.38) hekimlerin 2.82 (0.43) hemşirelere 2.59 (0.50) göre istatistiksel olarak daha yüksektir

Tablo 6.2.3.7. Çalışanların Görev Türü ile Tıbbi Hata Uygulanabilirliğinin İlişkisi

	Hemşire		Hekim		Diğer		p-değeri
	n	%	n	%	n	%	
Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması	388	94,9	304	97,7	458	94,4	0,073
“Sizce Hastanın İlaç Alerjisinin Olduğunu Bilmesi	400	97,8	302	97,1	471	97,1	0,780

Sizce Yazılan Reçetenin Okunaklı Olması	400	97,8	307	98,7	470	96,9	0,251
Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması	394	96,3	303	97,4	470	96,9	0,703
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması	393	96,1	310	99,7	468	96,5	0,008*
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi	376	91,9	297	95,5	478	98,6	p<0,001
İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi	398	97,3	289	92,9	463	95,5	0,020*
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi	389	95,1	271	87,1	445	91,8	0,001**
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerinin yıkamasını istemesi	397	97,1	265	85,2	461	95,1	p<0,001
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi	320	78,2	296	95,2	471	97,1	p<0,001
Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi	373	91,2	310	99,7	477	98,4	p<0,001
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	384	93,9	310	99,7	463	95,5	p<0,001
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi	402	98,3	305	98,1	414	85,4	p<0,001
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi	383	93,6	307	98,7	483	99,6	p<0,001
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir	327	80,0	285	91,6	429	88,5	p<0,001

yakınının olması							
Hastanın,yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması	296	72,4	297	95,5	470	96,9	p<0,001
Hastaya bir test yapıldıysa,hastanın sonuçları istemesi	348	85,1	270	86,8	485	100,0	p<0,001
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor,hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması	390	95,4	298	95,8	479	98,8	0,007*

*p<0,05 **p<0,01

Çalışanların görev türü ile “Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması” , “İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi” , “İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi” , “Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi” , “Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerinin yıkamasını istemesi” , “Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi” , “Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi” , “Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması” , “Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi” , “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi” , “Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması” , “Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması” , “Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi” , “Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması” tıbbi hata uygulanabilirliği soruları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05).

- “Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Bu farklılığın sebebi; hekimlerin (%99,7,) yüzdesinin hemşirelerin (% 96,1,), ve diğer sağlık çalışanlarının (%96,5,) yüzdesinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

- “İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; diğer sağlık çalışanlarının (%98,6,) yüzdesinin hemşirelerin (% 91,9), hekimlerin (%95,5,) ve yüzdesinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır.
- “İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu farklılığın sebebi; hemşirelerin (% 97,3,) yüzdesinin hekimlerin (%92,9) ve diğer sağlık çalışanlarının (%95,5) yüzdesinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır.
- “Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Bu farklılığın sebebi; hemşirelerin (% 95,1) yüzdesinin hekimlerin (%87,1) ve diğer sağlık çalışanlarının (%91,8,) yüzdesinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır.
- “Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerinin yıkamasını istemesi” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; hemşirelerin (% 97,1) yüzdesinin hekimlerin (%85,2) ve diğer sağlık çalışanlarının (%95,1) yüzdesinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır.
- “Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; diğer sağlık çalışanlarının (%97,1) yüzdesinin hemşirelerin (% 78,2), hekimlerin (%95,2) fazla olmasından kaynaklanmaktadır.
- “Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; hekimlerin (%99,7) yüzdesinin hemşirelerin (% 91,2), ve diğer sağlık çalışanlarının (%98,4) yüzdesinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır.
- “Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; hekimlerin (%99,7) yüzdesinin hemşirelerin (% 93,9), ve diğer sağlık çalışanlarının (%95,5) yüzdesinden fazla olmasından kaynaklanmaktadır.
- “Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu

farklılığın sebebi; hekimlerin (%98,1) yüzdesinin hemşirelerin (% 98,3), ve diğer sağlık çalışanlarının (%85) yüzdesinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

- “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi” , “Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; diğer sağlık çalışanlarının (%99,6) yüzdesinin hemşirelerin (% 93,6) ve hekimlerin (%98,7) yüzdesinden fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

- “Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; hekimlerin (%91,6) yüzdesinin hemşirelerin (% 80), ve diğer sağlık çalışanlarının (%88,5) yüzdesinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

- “Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; diğer sağlık çalışanlarının (%96,9) yüzdesinin, hemşirelerin (% 72,4) ve hekimlerin (%95,5) yüzdesinden fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

- “Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu farklılığın sebebi; diğer sağlık çalışanlarının (%98,8) yüzdesinin, hemşirelerin (% 95,4) ve hekimlerin (%95,8) fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 6.2.3.8. Çalışanların Uygulamaların Yapılabilirliğine İlişkin Görüşleri ile Görev Türünün İlişkisi

Yapılabilirlik		n	ort	sd	t	p
Hastanın Servise Oryantasyonunun(Odasının tanıtılması, hekim-hemşire ile tanıştırma, ziyaret saatleri, yangın çıkışı vb. hakkında sağlanması)	hemşire	409	2,93	0,26	6,592	0,001** (1-3)
	hekim	311	2,94	0,25		
	diğer	485	2,98	0,19		
Yapılan Uygulamalarda Asepsi ve sterilizasyon Koşullarına Uyulması	hemşire	409	2,95	0,22	1,728	0,178
	hekim	311	2,98	0,16		
	diğer	485	2,96	0,27		

Yapılabilirlik		n	ort	sd	t	p
İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olması	hemşire	409	2,96	0,22	18,22 3	p<0,001 (1-3,2-3)
	hekim	311	2,99	0,14		
	diğer	485	2,85	0,50		
Kan ve Kan ürünlerinin yazılı prosedürlere göre verilmesi	hemşire	409	2,97	0,19	9,138	p<0,001 (1-3,2-3)
	hekim	311	2,99	0,14		
	diğer	485	2,91	0,39		
Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi,dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi	hemşire	409	2,97	0,19	1,220	0,296
	hekim	311	2,99	0,14		
	diğer	485	2,98	0,15		
Narkotik ve Sedatif ilaçların Güvenli Şekilde Saklanması	hemşire	409	2,92	0,28	31,96 6	p<0,001 (1-2,1-3)
	hekim	311	2,99	0,08		
	diğer	485	3,00	0,00		
Hasta Transferlerinin Hemşire Refakatinde Yapılması	hemşire	409	2,96	0,21	10,26 6	p<0,001 (1-3,2-3)
	hekim	311	2,92	0,43		
	diğer	485	3,00	0,00		
Kesici ve Delici Maddelerin Uygun şekilde Toplanması	hemşire	409	2,86	0,35	56,90 0	p<0,001 (1-2,1-3)
	hekim	311	2,99	0,11		
	diğer	485	3,00	0,00		
Yangın Çıkışlarının Açık Tutulması	hemşire	409	2,99	0,09	2,128	0,119
	hekim	311	2,99	0,10		
	diğer	485	3,00	0,00		
İşe Yeni Başlayanların Oryantasyonlarının Yapılması(Tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb.)	hemşire	409	2,84	0,40	5,320	p<0,001 (1-2,2-3)
	hekim	311	2,92	0,43		
	diğer	484	2,82	0,45		
Hastanın Özel Eşyalarının Emniyete Alınması	hemşire	409	2,78	0,52	59,80 8	p<0,001 (1-2,1-3)
	hekim	311	2,97	0,18		
	diğer	485	3,00	0,06		
Hizmet içi Eğitim Programlarının Yapılması	hemşire	409	2,88	0,37	15,01 5	p<0,001 (1-2,1-3)
	hekim	311	2,98	0,17		
	diğer	485	2,96	0,19		
Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması	hemşire	409	2,90	0,33	7,780	p<0,001 (1-2)
	hekim	311	2,98	0,17		
	diğer	485	2,95	0,22		
Bası Yarası Oluşma Riskinin	hemşire	409	2,87	0,33	26,28	p<0,001

Yapılabilirlik		n	ort	sd	t	p
Tespiti ve Gerekli Önlemlerin Alınması	hekim	311	2,97	0,18	7	(1-2,1-3)
	diğer	485	2,98	0,14		
Çalışanların kendilerinin kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri	hemşire	409	2,94	0,24	2,846	0,058
	hekim	311	2,98	0,17		
	diğer	485	2,95	0,26		
Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi	hemşire	409	2,93	0,25	9,037	p<0,001 (1-2,1-3)
	hekim	311	2,98	0,17		
	diğer	485	2,99	0,14		
Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi	hemşire	409	2,95	0,21	1,014	0,363
	hekim	311	2,97	0,18		
	diğer	485	2,97	0,23		
Sözel Direktif Alma/verme Kriterlerinin Yazılı Olarak Belirlenmesi	hemşire	409	2,89	0,32	697,7 45	p<0,001 (1-2,1-3,2-3)
	hekim	311	2,97	0,21		
	diğer	485	1,60	0,89		
Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi	hemşire	409	2,97	0,18	0,951	0,386
	hekim	311	2,95	0,23		
	diğer	485	2,95	0,23		
Hastanın Kimliğinin Doğrulamada Doğru Yöntemlerin Kullanılması(Kimlik bileziği vb.)	hemşire	409	2,95	0,22	1235, 751	p<0,001 (1-3,2-3)
	hekim	311	2,93	0,28		
	diğer	485	1,42	0,77		
Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması	hemşire	409	2,97	0,18	3,595	0.027 * (1-3)
	hekim	311	2,96	0,21		
	diğer	485	2,93	0,27		

*p<0,05 **p<0,01

Yapılan Uygulamalarda Asepsi ve sterilizasyon Koşullarına Uyulması , Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi, Yangın Çıkışlarının Açık Tutulması, Çalışanların kendilerinin kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri, Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi, Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi konusunda araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının görevlerine göre yeterli bulma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Geri kalan bütün durumlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar vardır (p<0,05)

- Hastanın Servise Oryantasyonunun(Odasının tanıtılması, hekim-hemşire ile tanıştırma, ziyaret saatleri, yangın çıkışı vb. hakkında sağlanması) hastanelerde yeterli olması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=6,592$ $p<0,01$) Bu farklılık, Hemşirelerin yeterli bulma ortalamasının 2.93 (0.26), hekim 2.94(0,25) ve diğer sağlık personelinin ortalamasına göre 2.98 (0.19) istatistiksel olarak daha azdır.
- İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olmasının hastanelerde yeterli olması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=18,223$ $p<0,001$) Bu farklılık, diğer sağlık çalışanlarının yeterli bulma ortalamasının 2.85 (0.50), hekim 2.99 (0,14) ve hemşirelerin ortalamasına göre 2.96 (0.22) istatistiksel olarak daha azdır.
- Kan ve Kan ürünlerinin yazılı prosedürlere göre verilmesinin hastanelerde yeterli olması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=9,138$ $p<0,001$) Bu farklılık, diğer sağlık çalışanlarının yeterli bulma ortalamasının 2.91 (0.39), hekim 2.99 (0,14) ve hemşirelerin ortalamasına göre 2.97 (0.19) istatistiksel olarak daha azdır.
- Narkotik ve Sedatif ilaçların Güvenli Şekilde Saklanması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=31.966$ $p<0,001$) Bu farklılık, Hemşirelerin yeterli bulma ortalamasının 2.92 (0.28), hekim 2.99(0,08) ve diğer sağlık personelinin ortalamasına göre 3.00 (0.00) istatistiksel olarak daha azdır.
- Hasta Transferlerinin Hemşire Refakatinde Yapılması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=10.266$ $p<0,001$) Bu farklılık, hekimlerin yeterli bulma ortalamasının 2.92 (0.43), hemşire 2.96(0,21) ve diğer sağlık personelinin ortalamasına göre 3.00 (0.00) istatistiksel olarak daha azdır.
- Kesici ve Delici Maddelerin Uygun şekilde Toplanması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=56.900$ $p<0,001$) Bu farklılık, hemşirelerin yeterli bulma ortalamasının 2.86 (0.35), hekimlerin 2.99(0,11) ve diğer sağlık personelinin ortalamasına göre 3.00 (0.00) istatistiksel olarak daha azdır.

- İşe Yeni Başlayanların Oryantasyonlarının Yapılması(Tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb.) konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=5.320$ $p<0,001$) Bu farklılık, diğer sağlık çalışanlarının yeterli bulma ortalamasının 2.82 (0.45), hekimlerin 2.92 (0,43) ve hemşirelerin ortalamasına göre 2,84 (0.40) istatistiksel olarak daha azdır.
- Hastanın Özel Eşyalarının Emniyete Alınması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=59.808$ $p<0,001$) Bu farklılık, hemşirelerin yeterli bulma ortalamasının 2.78 (0.52), hekimlerin 2.97(0,18) ve diğer sağlık personelinin ortalamasına göre 3.00 (0.00) istatistiksel olarak daha azdır.
- Hizmet içi Eğitim Programlarının Yapılması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=15.015$ $p<0,001$) Bu farklılık, hemşirelerin yeterli bulma ortalamasının 2.88 (0.37), hekimlerin 2.98(0,17) ve diğer sağlık personelinin ortalamasına göre 2.96 (0.19) istatistiksel olarak daha azdır.
- Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=7.770$ $p<0,001$) Bu farklılık, hemşirelerin yeterli bulma ortalamasının 2.90 (0.33), hekimlerin 2.98 (0,17) ve diğer sağlık personelinin ortalamasına göre 2.95 (0.22) istatistiksel olarak daha azdır.
- Bası Yarası Oluşma Riskinin Tespiti ve Gerekli Önlemlerin Alınması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=26.287$ $p<0,001$) Bu farklılık, hemşirelerin yeterli bulma ortalamasının 2.87 (0.33), hekimlerin 2.97(0,18) ve diğer sağlık personelinin ortalamasına göre 2.98 (0.14) istatistiksel olarak daha azdır.
- Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=9.037$ $p<0,001$) Bu farklılık, hemşirelerin yeterli bulma ortalamasının 2.93 (0.25), hekimlerin 2.98(0,17) ve diğer sağlık personelinin ortalamasına göre 2.99 (0.14) istatistiksel olarak daha azdır.
- Sözel Direktif Alma/verme Kriterlerinin Yazılı Olarak Belirlenmesi konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.($t=697.745$ $p<0,001$) Bu farklılık, diğer sağlık çalışanlarının yeterli bulma ortalamasının 1.60

(0.89), hekimlerin 2.97 (0,23) ve hemşirelerin ortalamasına göre 2.89 (0.32) istatistiksel olarak daha azdır.

- Hastanın Kimliğinin Doğrulamada Doğru Yöntemlerin Kullanılması(Kimlik bileziği vb.) konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.(f=1235.751 p<0,001) Bu farklılık, diğer sağlık çalışanlarının yeterli bulma ortalamasının 1.42 (0.77), hekimlerin 2.93 (0,28) ve hemşirelerin ortalamasına göre 2.95 (0.22) istatistiksel olarak daha azdır.

- Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması konusunda sağlık çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir.(t=3.595 p<0,05) Bu farklılık, diğer sağlık çalışanlarının yeterli bulma ortalamasının 2.93 (0.27), hekimlerin 2.96 (0,21) ve hemşirelerin ortalamasına göre 2.97 (0.18) istatistiksel olarak daha azdır.

6.2.4. Hastaların Tıbbi Hatalar Konusundaki Görüşleri

Tablo 6.2.4.1. Hastaların Tıbbi Hata Önlenebilirliğine ve Uygulanabilirliğine İlişkin Görüşleri

Önlenebilirlik ve Uygulanabilirlik	Hiç Önlemez		Kısmen Önlenir		Tamamen Önlenir		Uygulanabilir		Uygulanamaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması tıbbi hatayı ne kadar önler	34	5,9	9	1,5	538	92,6	563	96,9	18	3,1
Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi tıbbi hatayı ne kadar önler	7	1,2	30	5,2	544	93,6	431	74,2	150	25,8
Yazılan reçetenin okunaklı olması tıbbi hatayı ne kadar önler	2	0,3	4	0,7	575	99,0	577	99,3	4	0,7
Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden	2	0,3	7	1,2	572	98,5	552	95,0	29	5,0

Önlenebilirlik ve Uygulanabilirlik	Hiç Önlemez		Kısmen Önlenir		Tamamen Önlenir		Uygulanabilir		Uygulanamaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
emin olunması tıbbi hatayı ne kadar önler										
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması tıbbi hatayı ne kadar önler	68	11,7	18	3,1	495	85,2	544	93,6	37	6,4
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi tıbbi hatayı ne kadar önler	10	1,7	85	14,6	486	83,6	555	95,5	26	4,5
İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi tıbbi hataları ne kadar önler	37	6,4	107	18,4	437	75,2	560	96,4	21	3,6
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi tıbbi hataları ne kadar önler	86	14,8	144	24,8	351	60,4	573	98,6	8	1,4
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerinin yıkamasını istemesi tıbbi hatayı ne kadar önler	96	16,5	88	15,1	397	68,3	565	97,2	16	2,8
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi tıbbi hatayı ne kadar önler	59	10,2	88	15,1	434	74,7	571	98,3	10	1,7
Cerrahin, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte	6	1,0	164	28,2	411	70,7	534	91,9	47	8,1

Önlenebilirlik ve Uygulanabilirlik	Hiç Önlemez		Kısmen Önlenir		Tamamen Önlenir		Uygulanabilir		Uygulanamaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
işaretlemesi tıbbi hatayı ne kadar önler										
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	9	1,5	54	9,3	518	89,2	564	97,1	17	2,9
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi tıbbi hataları ne kadar önler	112	19,3	142	24,4	327	56,3	541	93,1	40	6,9
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi tıbbi hataları ne kadar önler	4	0,7	184	31,7	393	67,6	467	80,4	114	19,6
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması tıbbi hataları ne kadar önler	23	4,0	97	16,7	461	79,3	533	91,7	48	8,3
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması tıbbi hataları ne kadar önler	77	13,3	186	32,0	318	54,7	564	97,1	17	2,9
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi tıbbi hataları ne kadar önler	34	5,9	180	31,0	367	63,2	569	97,9	12	2,1
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması tıbbi hatayı ne kadar önler	0	0,0	134	23,1	447	76,9	566	97,4	15	2,6

Hastaların en çok önlenebilir buldukları başlıklar;

- Yazılan reçetenin okunaklı olması tıbbi hatayı ne kadar önler (%99,8)
- Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması tıbbi hatayı ne kadar önler (%98,5)
- Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%93,6)
- Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması tıbbi hatayı ne kadar önler (%92,6)
- Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması (%89,2)
- Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması tıbbi hatayı ne kadar önler (85,2)
- İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%83,6)

Hastaların en az önlenebilir buldukları başlıklar;

- Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması tıbbi hataları ne kadar önler (%54,7)
- Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi tıbbi hataları ne kadar önler (%56,3)
- Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi tıbbi hataları ne kadar önler (%60,4)

Hastaların en çok uygulanabilir buldukları başlıklar;

- Yazılan reçetenin okunaklı olması tıbbi hatayı ne kadar önler (%99,3)
- Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi tıbbi hataları ne kadar önler (%98,6)
- Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%98,3)
- Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi tıbbi hataları ne kadar önler (%97,9)
- Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması tıbbi hatayı ne kadar önler (%97,4)

- Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerinin yıkamasını istemesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%97,2)

- Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması tıbbi hataları ne kadar önler (%97,1)

Hastaların en az uygulanabilir buldukları başlıklar;

- Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi tıbbi hatayı ne kadar önler (%74,2)

- Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi tıbbi hataları ne kadar önler (%80,4)

Tablo 6.2.4.2. Hastaların Hastane Türü ile Tıbbi Önlenebilirliğinin İlişkisi

Önlenebilirlik		n	ort	sd	t	p
Sizece Hastanın Kullandığı Bütün İlaçlarda(Reçeteli veya Reçetesiz Doktorun Haberdar Olması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,90	0,43	1,429	0,153
	Özel hasta	300	2,84	0,52		
Sizece Hastanın İlaç Alerjisinin Olduğunu Bilmesi Tıbbi Hatay? Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,85	0,42	-5,306	p<0,001
	Özel hasta	300	2,99	0,10		
Sizece Yazılan Reçetenin Okunaklı Olması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,99	0,15	-0,076	0,940
	Özel hasta	300	2,99	0,14		
Sizece Eczaneden ilaç Alınırken Reçetede ki İlaçların Aynıısının Verildiğinden Emin Olunması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,98	0,16	0,166	0,868
	Özel hasta	300	2,98	0,16		
Sizece Reçete Yazılırken ve Eczaneden Alınırken Verilen Bilginin Anlaşılır Olması Tıbbi Hatay? Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,75	0,65	0,441	0,660
	Özel hasta	300	2,72	0,66		
Sizece İlaçların Nasıl Kullanılacağı Konusunda Açıklayıcı Bilgi Verilmesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,97	0,20	8,826	p<0,001
	Özel hasta	300	2,68	0,53		

Sizece ilaçların Yan Etkileri Konusundaki Bilgilerin Yazılı Verilmesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,84	0,45	6,146	p<0,001
	Özel hasta	300	2,55	0,66		
Sizece Seçme şansı Varsa Büyük Hastanelerin Tercih Edilmesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,36	0,80	-3,172	0,002**
	Özel hasta	300	2,55	0,66		
Sizece Hastanın, Kendisine Doğrudan Temas Edecek Sağlık Personelinden Ellerinin Yıkamasını istemesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,86	0,39	11,914	p<0,001
	Özel hasta	300	2,20	0,88		
Sizece Taburcu Olurken Evde Uygulanacak Tedavi Planının Doktordan istenmesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,49	0,74	-5,691	p<0,001
	Özel hasta	300	2,79	0,53		
Sizece Cerrahın, Hastaya Ameliyat Hakkında Ayrıntılı Bilgi Vermesi ve Ameliyat Bölgesini Hastayla Birlikte İşaretlemesi Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,63	0,50	-3,092	0,002**
	Özel hasta	300	2,76	0,45		
Sizece Hastanın, Kendisinden Hangi Doktorun Sorumlu Olduğunu Bilmesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu hasta	300	2,90	0,38	-7,703	p<0,001
	Özel hasta	281	2,12	0,81		
Sizece Klinikteki Tüm Sağlık Çalışanlarının Hastayla ilgili Önemli Bilgileri istemesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu hasta	300	2,60	0,68	-1,565	0,118
	Özel hasta	281	2,64	0,49		
Sizece Hastanın, Beraberinde Haklarını Savunacak Bir Yakınının Olması Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu hasta	300	2,70	0,48	12,568	p<0,001
	Özel hasta	281	3,00	0,00		
Sizece Hastanın, Yapılacak Tüm Tetkik ve işlemlerin Gereklilik ve Yararını Sorgulaması Tıbbi Hatalar? Ne Kadar Önler	Kamu hasta	300	2,52	0,64	-5,683	p<0,001
	Özel hasta	281	2,25	0,71		
Sizece Hastaya Bir Test Yapıldıysa, Hastanın Sonuçları istemesi Tıbbi Hataları Ne Kadar Önler	Kamu hasta	300	2,57	0,68	-4,060	p<0,001
	Özel hasta	281	2,47	0,55		

Sizce Hastanın şimdiki Durumu Hakkında Doktor, Hemşire ve Diğer Güvenilir Kaynaklardan Bilgi Alması Tıbbi Hatayı Ne Kadar Önler	Kamu hasta	281	2,81	0,39	2,344	0,019*
	Özel hasta	300	2,73	0,44		

*p<0,05 **p<0,01

- Kamu hastanesinden hizmet alan hastaların Yazılan Reçetenin Okunaklı Olmasının Tıbbi hatayı önlemeye olan inancı 2.99 (0.15) ile özel hastaneden hizmet alan hastaların inancı 2.99(0.14) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t=-0.076;p>0,05$).
- Kamu hastanesinden hizmet alan hastaların Hastanın Kullandığı Bütün İlaçlarda(Reçeteli veya Reçetesiz Doktorun Haberdar Olmasının Tıbbi hatayı önlemeye olan inancı 2.90 (0.43) ile özel hastaneden hizmet alan hastaların inancı 2.84(0.52) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t=1.429;p>0,05$).
- Kamu hastanesinden hizmet alan hastaların Reçete Yazılırken ve Eczaneden Alınırken Verilen Bilginin Anlaşılır Olmasının Tıbbi hatayı önlemeye olan inancı 2.75 (0.65) ile özel hastaneden hizmet alan hastaların inancı 2.72(0.66) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t=0.441;p>0,05$).
- Kamu hastanesinden hizmet alan hastaların Klinikteki Tüm Sağlık Çalışanlarının Hastayla ilgili Önemli Bilgileri istemesininTıbbi hatayı önlemeye olan inancı 2.60 (0.68) ile özel hastaneden hizmet alan hastaların inancı 2.64(0.49) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t=-1.565;p>0,05$).

Geri kalan bütün durumlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar vardır ($p<0,05$)

- Hastanın İlaç Alerjisinin Olduğunu Bilmesinin Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı özel hastaneden hizmet alan hastalarda 2.99 (0.10), kamu hastanesinde hizmet alan hastalarda 2.85(0.42) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=-5.306;p<0,001$).
- İlaçların Nasıl Kullanılacağı Konusunda Açıklayıcı Bilgi Verilmesinin Bilmesinin Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı kamu hastanesinden

hizmet alan hastalarda 2.97 (0.20), özel hastanede hizmet alan hastalarda 2.68(0.53) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=8.826;p<0,001$).

- İlaçların Yan Etkileri Konusundaki Bilgilerin Yazılı Verilmesinin Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı kamu hastanesinde hizmet alan hastalarda 2.84 (0.45), özel hastanede hizmet alan hastalarda 2.55(0.66) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=6.146;p<0,001$).

- Seçme şansı Varsa Büyük Hastanelerin Tercih Edilmesinin Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı özel hastaneden hizmet alan hastalarda 2.55(0.66) kamu hastanesinde hizmet alan hastalarda 2.36 (0.80), istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=-3.172;p<0,01$).

- Hastanın, Kendisine Doğrudan Temas Edecek Sağlık Personelinden Ellerinin Yıkamasını istemesinin Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı kamu hastanesinde hizmet alan hastalarda 2.86 (0.39), özel hastaneden hizmet alan hastalarda 2.20(0.88) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=11.914 ;p<0,001$).

- Taburcu Olurken Evde Uygulanacak Tedavi Planının Doktordan istenmesinin Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı özel hastanede hizmet alan hastalarda 2.79 (0.53), kamu hastanesinden hizmet alan hastalarda 2.49 (0.74) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=-5.691 ;p<0,001$).

- Cerrahın, Hastaya Ameliyat Hakkında Ayrıntılı Bilgi Vermesi ve Ameliyat Bölgesini Hastayla Birlikte işaretlemesinin Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı özel hastanede hizmet alan hastalarda 2.76 (0.45), kamu hastanesinden hizmet alan hastalarda 2.6 (0.50) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=-3.092 ;p<0,01$).

- Hastanın, Kendisinden Hangi Doktorun Sorumlu Olduğunu Bilmesinin istemesinin Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı kamu hastanesinde hizmet alan hastalarda 2.90 (0.38), özel hastaneden hizmet alan hastalarda 2.12 (0.81) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=-7.703 ;p<0,001$).

- Hastanın, Beraberinde Haklarını Savunacak Bir Yakınının Olmasının Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı özel hastanede hizmet alan hastalarda 2.70 (0.48), kamu hastanesinden hizmet alan hastalarda 2.64 (0.49) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=12.568 ;p<0,001$).

- Hastaya Bir Test Yapıldıysa, Hastanın Sonuçları istemesinin Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı kamu hastanesinde hizmet alan hastalarda 2.57

(0.68), özel hastaneden hizmet alan hastalarda 2.47 (0.55) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=-4.060$; $p<0,001$).

- Hastanın şimdiki Durumu Hakkında Doktor, Hemşire ve Diğer Güvenilir Kaynaklardan Bilgi Almasının Tıbbi Hatayı önlemede etkili olduğunun inancı kamu hastanesinde hizmet alan hastalarda 2.81 (0.39), özel hastaneden hizmet alan hastalarda 2.73 (0.44) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($t=2.344$; $p<0,05$).

Tablo 6.2.4.3. Hastaların Hastane Türü ile Tıbbi Uygulanabilirliğin İlişkisi

Uygulanabilirlik	Kamu		Özel		p-değeri
	n	%	n	%	
Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması)	276	98,2	287	95,7	0,125
Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi	171	60,9	260	86,7	p<0,001
Yazılan reçetenin okunaklı olması	279	99,3	298	99,3	0,999
Eczaneden ilaç alınırken reçetedeki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması	261	92,9	291	97,0	0,037*
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması	253	90,0	291	97,0	0,001**
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi	277	98,6	278	92,7	0,001**
İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi	271	96,4	289	96,3	0,944
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi	277	98,6	296	98,7	0,999
Hastanın,kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerinin yıkamasını istemesi	276	98,2	289	96,3	0,256
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi	274	97,5	297	99,0	0,288
Cerrahın,hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi	277	98,6	257	85,7	p<0,001
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	271	96,4	293	97,7	0,529
Hastanın,kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu	278	98,9	263	87,7	p<0,001

Uygulanabilirlik	Kamu		Özel		p-değeri
	n	%	n	%	
bilmesi					
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi	270	96,1	197	65,7	p<0,001
Hastanın,beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması	261	92,9	272	90,7	0,413
Hastanın,yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması	269	95,7	295	98,3	0,106
Hastaya bir test yapıldıysa,hastanın sonuçları istemesi	274	97,5	295	98,3	0,684
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor,hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması	277	98,6	289	96,3	0,149

Hastaların hastane türü ile “Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi ” , “Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması ” , “Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması ” , “İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi ” , “Cerrahin,hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi ” , “Hastanın,kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi ” , “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi ” tıbbi hata uygulanabilirlik soruları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05).

- “Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi ” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,001). Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin yüzdesinin (%60,9), özel hastanenin yüzdesinden (%86,7) düşük olmasından kaynaklıdır.
- “Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması ” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin yüzdesinin (%92,9), özel hastanenin yüzdesinden (%97) düşük olmasından kaynaklıdır.

- “Reçete yazılırken ve eczanelen alınırken verilen bilginin anlaşılır olması ” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Bu farklılığın sebebi; kamu hastanesinin yüzdesinin (%90), özel hastanenin yüzdesinden (%97) düşük olmasından kaynaklıdır.
- “İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi ” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Bu farklılığın sebebi; özel hastanenin yüzdesinin (%92,7) kamu hastanesinin yüzdesinden (%98,6), düşük olmasından kaynaklıdır.
- “Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi ” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; özel hastanenin yüzdesinin (%85,7) kamu hastanesinin yüzdesinden (%98,6) düşük olmasından kaynaklıdır.
- “Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi ” , konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; özel hastanenin yüzdesinin(%87,7) kamu hastanesinin yüzdesinden (%98,.) düşük olmasından kaynaklıdır.
- “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi ” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farklılığın sebebi; özel hastanenin yüzdesinin (%65,7) kamu hastanesinin yüzdesinden (%96,1), düşük olmasından kaynaklıdır.

7. TARTIŞMA

Araştırmamız kamu ve özel eğitim araştırma hastanesinde çalışan sağlık çalışanları ile aynı eğitim ve araştırma hastanesinde hizmet alan hastaların hasta güvenliği ile ilgili tutum ve algılarının tespit edilmesi ve karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Her iki hastanede hasta güvenliğine önem veren birer eğitim ve araştırma hastanesidir. Hastaneler için önemli bir konu olan hasta güvenliğinin sağlanması için sağlık çalışanlarının hasta güvenliği ile ilgi tutumlarının öğrenilmesi ve hastalara ne derece yansıdığı analiz edilmesi büyük önem arz etmektedir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının 33- 40 yaş aralığında (%28,1) yoğunlaştığı görülmektedir. Bunu sırasıyla %25,2 ile 26-32 yaş aralığı ve %24,0 ile 41-48 yaş aralığı takip etmektedir. Özel hastaneden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması %32,8 ile 33-40 ve %29,7 ile 26-32 yaş aralığında yoğunlaşmakta olup bu durum kamu hastanesinde araştırmaya katılan çalışanlarda %25,4'i 41-48 yaş aralığında ve %23,6 33-40 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir. Emel FİLİZ'in yapmış olduğu "Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi" isimli araştırmada sağlık çalışanlarının yaş aralığı, 25-34 yaş aralığında (%50,7) (228) ve "Bir Devlet Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının İncelenmesi" isimli çalışmada ise (%39.3) 30-34 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir (203). Araştırmamızda olduğu gibi diğer literatürlerde sağlık çalışanlarının 25-40 yaş aralığın da genç ve dinamik bir nüfusta yoğunlaştığı görülmektedir.

Araştırmamız sonucunda sağlık çalışanlarının %60,24'ünün kadın ve %39,75'inin erkek olduğu analiz edilmiştir. Kamu hastanesinden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ise %54,09'u özel hastanede % 66,55'i kadın olup özel hastanede cinsiyet açısından kadın sağlık çalışanlarının daha fazla olduğu görülmektedir. "Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi" isimli araştırmada % 77'si kadın (141) "Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun

Belirlenmesi” isimli araştırmada %69,3’ü kadınlardan oluşmaktadır. Berna Orhan ve Özlem Reşat Yücel’in “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumuna Cinsiyet Açısından Bakış” isimli çalışmasında da kadınların çalışma hayatında giderek, aktif rol oynadığını belirtmişlerdir (230). Özellikle sağlık sektöründe kadınların daha fazla görev aldığı yapılan bu araştırmalarla destelenmektedir. TÜİK 2018 yılı kadın çalışan istihdamına bakıldığında kadınların %28,9’unun (231) çalışma hayatında olduğu ancak sağlık sektöründe ise kadın istihdam oranının %55 olduğu görölmektedir (232). Toplumsal açıdan kadının annelik rolü olduğu için nöbet gibi durumlardan dolayı sağlık sektöründe fazla aktif olmaması beklenmesine rağmen hem araştırmamız da hem de diğer literatürler kadınların aktif olduğu görölmektedir (233).

Medeni durum açısından araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının % 63’ü evli %29,62’si bekârdır. Kamu hastanesinden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının % 68,52 özel hastaneden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ise %57,9’u evlidir. Kamu hastanesinde evli olan sağlık çalışanların daha fazla olduğu görölmektedir. “Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi” isimli benzer bir araştırmada ise sağlık çalışanlarının %69,3’ü (228) . Kadınlarda evlilik oranının %64 olduğu ve kadın çalışanların çoğunlukta olduğu (%53,7) göz önüne alındığında toplumsal açıdan kadının annelik rolü olduğu ve nöbetli çalışma sistemine uyum sağlayamadıkları görölmektedir (230). Araştırmamızda ve diğer araştırmalarda medeni durum açısından evli olan sağlık çalışanlarının daha fazla olduğu görölmektedir.

Sağlık çalışanlarının öğrenim durumu incelendiğinde %44,23’ü lisans %21,90’ı lisansüstü ve %15,76’sı (n=190) ön lisans mezunudur. Özel hastanede, %40,84’ü lisans, % 28,90’ü lisansüstü, %15,63 ön lisans mezunu olup bu durum kamu hastanesindeki sağlık çalışanları için %47,54’ü lisans, %15,08’i lisansüstü ve %15,90’ı ön lisans mezunu olarak analiz edilmiştir. Özel hastanede hizmet veren sağlık çalışanlarında lisansüstü çalışanların (%28,90) kamu hastanesinde hizmet veren çalışanlara göre daha fazla olduğu görölmektedir. Araştırmamızla benzerlik

gösteren literatürde ise %19,3'ü lisans %20'si lisansüstü mezundur (228). “Bir Devlet Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının İncelenmesi” isimli çalışmada ise sağlık çalışanlarının %77,1' i lisans %4,9'u ise yüksek lisans mezunudur (203). Araştırmamızda sağlık çalışanlarının eğitim durumlarının literatüre göre daha yüksek olduğu ve araştırmamızı desteklemediğini göstermektedir. Sağlık çalışanlarının eğitim durumunun yüksek olması ise hekim (%25,8) ve hemşirelerin(%33,9) araştırmanın büyük çoğunluğunu oluşturmasından kaynaklanmaktadır.

Sağlık çalışanlarının ekonomik durum değerlendirmesi analiz edildiğinde %37,8 'i ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirirken %16'sı kötü olarak değerlendirmektedir. Bu durum özel hastanede %47,4'ü iyi %13,8'i kötü olarak, kamu hastanesinde ise %28,4'ü iyi %18,2'si kötü olarak değerlendirdiği analiz edilmiştir. Bu analiz sonucunda özel hastanede hizmet veren sağlık çalışanlarının ekonomik durumların daha iyi olarak algıladığı sonucuna varılmaktadır. Araştırmamızın büyük çoğunluğunu hekim (%25,8) ve hemşireler (%33,9) oluşturduğu ve ücret skalası açısından daha yüksek bir ücrete tabi oldukları düşünüldüğünde ekonomik durum değerlendirmeleri daha yüksektir. Benzer literatürlerde de sağlık çalışanlarının % 26,6'sı memnun %27,6'sı memnun değilim olarak değerlendirmiştir (141). Benzer bir literatür araştırmasında ise bir kamu hastanesinde çalışanların %20,6'sı iyi olarak değerlendirirken % 48'i kötü olarak değerlendirmektedir. (228).

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %99'u sağlık güvencesine sahiptir. Bu durum kamu hastanesinde çalışanlarda %99,7 özel hastanede çalışanlarda ise %100'dür. Araştırmaya katılan kişilerin çalışan bireyler olduğu göz önüne alındığında sağlık güvencelerinin de olması beklenen bir sonuçtur.

Sağlık çalışanlarının yaşamın çoğunlukla geçirildiği yer analiz edildiğinde sağlık çalışanlarının %56,4' ü metropol/büyükşehir %19'4'ü il'de geçirdiği analiz edilmiştir. Özel hastanede çalışanların ise %46,7'si kamu hastanesinde ise %65,9'unun yaşamının çoğunu metropolde geçirdiği analiz edilmiştir. Sağlık

çalışanlarını atama, zorunlu görev gibi durumları göz önüne alındığı metropol 'de hizmet veren sağlık çalışanı sayısının yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmamız katılan sağlık çalışanlarının %33,9'unu hemşireler %25,8 'ini hekimler %11,5'ini temizlik personelleri %10,5 ve %8,5 tekniker\teknisyenler oluşturmaktadır. Kamu hastanesinde %32,8'i hemşire % 26,'si hekim olup özel hastanede %35,1 'i hemşire %25,4'ü hekimdir. Her iki eğitim ve araştırma hastanesinde de hekim ve hemşirelerin daha fazla olduğu görülmektedir. Gülay'ın (141) yapmış olduğu araştırmada da %14,1'i hekim %36'sı hemşire Filiz'in (228) yaptığı araştırmada ise %20,5'i hekim %24,2'si hemşiredir . Yine bir kamu hastanesinde yapılan benzer bir araştırmada ise hemşireler araştırmanın %86,1'ini oluşturmaktadır (203). Toplam hekimlerin %60'ının kamu hastanesinde, %20'sinin özel hastanede ve toplam hemşirelerin %64'ünün kamu ve %20'sinin özel hastanede çalıştığı olduğu göz önüne alındığında elde edilen bu veriler araştırmamızdan elde edilen sonuçları desteklemektedir (235).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanların %82,8'inin hastalarda temas halinde bulunduğu analiz edilmiştir. Bu oran kamu hastanesinde %77,8 özel hastanede ise %88,1 olup her iki eğitim ve araştırma hastanesinden de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun hekim (%25,8) ve hemşirelerden (%33,9) oluşmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışanların %29'unun mesleki kıdemini 11-15 yıl arasında %28,2'sinin 1-5 yıl arasında ve %21,4'nin 6-10 yıl aralığında olduğu analiz edilmiştir. Kamu hastanesinde sağlık çalışanlarının %25,9'unun mesleki kıdemini 1-5 yıl arasında olduğu özel hastanede ise %36,3'ünün mesleki kıdemini 11-15 yıl arasında olduğu analiz edilmiştir. Özel hastanede çalışan sağlık personellerinin mesleki kıdemini kamu hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer bir literatürde sağlık çalışanlarının %29,3 ünün 1 yıldan az süreli kıdemini olduğu analiz edilmiştir (228). Gülay'ın yapmış olduğu araştırma (%43,7) (141) ve Tansüyer'in (92) yapmış olduğu araştırmada (%47.6) mesleki kıdemini 1-5 yıl arasında yoğunlaştığı görülmekte olup literatürümüz ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının %33,5'inin kurumdaki çalışma yılının 3 yıldan fazla olduğu %25,6'sının 2-3 yıl arasında ve %24,6'sının 1-2 yıl arasında olduğu analiz edilmiştir. Kamu hastanesinde çalışanlarda %28,2'sinin 2-3 yıldır kurumda çalıştığı ve özel hastanede ise %39,9'unun 3 yıldan fazla süredir kurumda çalıştığı sonuçları elde edilmiştir. Her iki eğitim ve araştırma hastanesinde sağlık çalışanlarının genel olarak uzun süredir kurumda çalıştığı ancak özel eğitim ve araştırma hastanesinde bu oranın (%39,9) daha yüksek olduğu ve personel devir hızının da daha düşük olabileceğini göstermektedir. Benzer literatürde de sağlık çalışanlarının %25,8'inin (141) 3 yıldan fazla süredir kurumda çalıştığı ve "Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması" isimli çalışmada da (92) % 65,4'nün 1-5 yıl süredir hastanede çalıştığı sonucu elde edilmiş olup elde edilen veriler araştırmamızdan elde edilen sonuçları desteklemektedir.

Çalışanlarının %33,4'ünün 3 yıldan fazla %25,6'sının ise 2-3 yıldır şuan çalıştığı birimde görev aldığı analiz edilmiştir. Kamu hastanesinde sağlık çalışanlarının %28,2 'sinin 2-3 yıl özel hastanede çalışanların % 39,8'inin 3 yıldan fazla süredir şu anda bulunduğu birimde çalıştığı analiz edilmiştir. Bu oran kurumda çalışma süresi (%33,5) ile aynı olup çalışanların göreve başladığı birimde çalışmaya devam ettiğini göstermektedir. Gülay'ın yapmış olduğu araştırmada da %25'inin (141) 3 yıldan fazla süredir hem kurumda hem de bulunduğu bölümde çalıştığı analiz edilmiş olup araştırmamızla paralellik göstermektedir. Filiz'in yaptığı araştırmada ise araştırmamızın aksine hastanede 10 yıl ve üzeri çalışan (%12,5) sağlık çalışanlarının sadece %2,8 inin 10 yıl ve üzeri bir sürede bölümde çalıştığı analiz edilmiştir (228). Buradan birimde çalışan kişilerin bölüm değişikliğine gittiği ve araştırmamızı desteklemediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %52,6'sının haftada 40-49 saat arasında %40,1'inin ise 50 saatten fazla çalıştığı analiz edilmiştir. Özel hastaneden çalışanların %77,1'inin haftada 50 saatten fazla kamu hastanesinde çalışanların %89,8'inin ise 40-49 saat arasında çalıştığı analiz edilmiştir. Bu farklılığın kamu hastanesinde çalışma sürelerinin iş kanunda belirtilen 45 saati aşmadığı özel sektörde

fazla çalışmanın olması nedeniyle farklılık bulunmaktadır (236). Güleç 'in (229) yapmış olduğu bir araştırmada kamu hastanesinde çalışanların %87,1'inin 45 saatten fazla sürede çalışmadıkları ve Bir Devlet Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının İncelenmesi" (203) isimli çalışmada da çalışanların %83,6'sı 40 saatten fazla çalıştığı Gülay'ın (141) özel hastanede yapmış araştırmada da sağlık çalışanlarının %74,7'sinin 50 saatten fazla çalıştığı sonucu elde edilmiş analiz edilmiş olup araştırmamızı desteklemektedir.

Kamu ve özel eğitim araştırma hastanesinde sağlık çalışanlarının %50,1'inin işinden memnun olduğu %49,9'unun ise işinden memnun olmadığı analiz edilmiştir. Yapılan işten memnuniyet durumu kamu hastanesinde çalışanlarda %30 özel hastanede çalışanlarda ise %70 olarak tespit edilmiştir. Özel hastanede çalışanların kamu hastanesinde çalışanlara göre işten duydukları memnuniyetin daha fazla olduğunu göstermektedir. Gülay'ın yaptığı araştırmada ise %86'sı işinden memnudur (141) Kamu hastanesinde çalışanların ise %51'i mutlu olduğu araştırmalar sonucu elde edilmiştir (237).

Sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yerine göre dağılıma bakıldığında sağlık çalışanlarının %62'sinin hastaneye %20,2'sinin sağlık ocağına başvurduğu analiz edilmiştir. Kamu hastanesinde çalışanların %69,5 'i hastane %25,9'u sağlık ocağına başvurmakta iken özel hastanede çalışanların %54,8'i hastane %14,5'inin sağlık ocağına başvurduğu ve kamu hastane çalışanların sağlık ocaklarına başvuru oranının yüksek olduğu görülmüştür. Benzer literatürde %35'i sağlık ocağına %57,32'ü hastaneye başvurmaktadır (228). Sağlık çalışanlarının zaten hastanede çalıştıkları için birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurularının da düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Sağlık çalışanlarının %56.2'sinin herhangi bir kamu veya özel hastanede yatarak tedavi görmediği %43,8'nin ise yatarak tedavi gördüğü incelenmiştir. Bu oran kamu hastanesinde %51,8'i yatarak tedavi gördüğünü özel hastanede ise %64,4'ünün yatarak tedavi görmediği yönünde analiz edilmiştir. Bu verilerden kamu hastanesinde sağlık çalışanlarında yatarak tedavi görme oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalamaları 41-48 yaş grubunda (%28,7), ve (%27,9) 33-40 yaş grubunda yoğunlaştığı özel hastaneden hizmet alan hastaların %32'si 33-40 yaş aralığında kamu hastanesinde ise %32,4'ünün 41-48 yaş aralığında yoğunlaşmaktadır. Filiz'in 2009'da yaptığı benzer araştırmada %43,3'lük bir oranda 25-34 yaş grubu arasında yoğunlaşmaktadır (228). TÜİK verilerine göre 2018 yılında nüfusun yaşa göre dağılıma bakıldığında Türkiye nüfusunun % 67,8 'i 15-64 yaş arasında yoğunlaştığı görülmektedir (238). Yapılan bir araştırmadan polikliniğe başvuran hastaların %39,9'unu 46-64 yaş grubundaki hastalar oluşturmaktadır (239).

Araştırmaya katılan hastaların % 53,7'si kadın %46,3'ü erkektir. Özel hastaneden katılanların %55,3'ü kamu hastanesinden katılanların ise %52'si kadındır. TÜİK verilerine göre 2018 yılında toplam nüfusun %50,2'sini erkekler ,% 49,8'sini ise kadınlar oluşturmakta olup araştırmamızla benzerlik göstermektedir (240).

Araştırmaya katılan hastaların %58,5'i medeni durum açısından evli %41,1 bekarıdır. Bu durum kamu hastanesinde %61,9'u özel hastanede % 55,3'ü evlidir. TÜİK verilerine göre toplumun % 61,74'ü evli % 29,07'si ise bekar olduğu sonuçları araştırmamızı desteklemektedir (241).

Hastaların %32,52 'i lise ve %22'si ilkokul mezunlarından oluşmaktadır. Özel hastanede hizmet alan hastaların %36'sı lise ve % %14,7'si lisans,%17,7'si ilkokul mezunudur. Kamu hastanesinden hizmet alan hastaların % %28,8 lise %13,5'i lisans ve %26,7'si ilkokul mezunudur. Bu analiz sonucunda kamu hastanesinden hizmet alan hastaların eğitim durumlarının özel hastaneden hizmet alan hastalara göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda 2017 yılında yapılan araştırmada okuryazar olmayan nüfus oranı %4,8 yükseköğretim ve fakülte mezunu ise %16,7 olup araştırmamızdan elde edilen sonuçları desteklemektedir (242).

Hastaların %54'ü ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirirken %29,8'i orta olarak değerlendirmiştir. Özel hastanede hizmet alan hastaların %54, kamu hastanesinde ise %54,4'ünün ekonomik durum değerlendirmesi iyi olarak analiz edilmiş olup iyi hastanede hizmet alan hastaların ekonomik durum değerlendirmelerinin aynı olduğu görülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2017 yılında yaptığı bir araştırmada (243) yaklaşık 14,4 milyon kişinin durumunun iyi

olmadığı ve yine bir diğer literatürde ise (244) Türkiye’de yoksulluk oranının %17.5 olduğu ve her yıl giderek arttığı tespit edilmiştir Aynı zamanda Filiz’in toplum üzerinde yapmış olduğu araştırmada hastaların %50’si orta olarak değerlendirilen %15,4’ü kötü olarak değerlendirmekte olup araştırmamızı desteklememektedir (228).

Hastaların %100’ü- sağlık güvencesine sahiptir.Benzer literatürde hastaların %92,42’ü sağlık güvencesine sahip olduğunu bildirmiştir (228). Toplum %86,6’sının sosyal güvenlik kapsamında olduğu ve 2012 yılı itibari ile tüm çalışanların genel sağlık sigortası kapsamına alındığı ve toplam nüfusunda % 3’ünde sosyal güvence kapsamına ek olarak özel sağlık sigortası olduğu ile ilgili veriler araştırmamızdan elde edilen verileri desteklemektedir (245).

Hastaların %51,63’ünün ailesinde kronik hastalığının olduğu görülmekte olup kamu hastanesinde bu oran %66,54 kronik hastalığı olduğunu özel hastanede %62,33 ü kronik hastalığı olmadığı olarak incelenmiştir. Kamu hastanesinde hizmet alan hastalarda kronik hastalığın daha fazla olduğu görülmektedir. Kamu hastanesinden hizmet alan hastaların %47’si özel hastaneden hizmet alan hastaların ise %52,9’unun ailesinde kronik bir hastalık mevcuttur. %52,4ü kronik hastalığı olduğunu bildirmiş olup ülkemizde %21 kanser %12 kronik solunum hastalıkları ve %3,5 kronik diyabetinin olduğu her 3 kişiden birinin hipertansiyonu olduğu yine dünyadaki toplam ölümlerin yaklaşık %71’inin kronik hastalıklara bağlı olduğu görülmektedir (246), (247).

Hastaların %45’inin yaşamının çoğunu metropol/büyükşehirde %30,8 İl’de geçirdiği analiz edilmiş olup bu durum kamu hastanesinde %46,3 özel hastanede %44 olup benzer sonuçlar elde edilmiştir. Toplam nüfusun %18,4’ünün İstanbul’da yaşadığı ve araştırmamızın yapıldığı Bağcılar bölgesinde nüfusun yoğun olduğu analiz edilmiş olup araştırmamızdan elde edilen verileri desteklemektedir (241).

Hastaların mesleki durumun bakıldığında %30’unun emekli %27,4’ünün ise ev hanımı olduğu analiz edilmiştir. Kamu hastanesinde hizmet alan hastaların %30,7 ‘si ev hanımı %34,3’ü emekli özel hastanede ise %24,3’ü ev hanımı %26’sı emekli olup kamu hastanesinden hizmet alan hastalarda ev hanımı ve emekli olan kişilerin yoğun olduğu bu da kamu hastanesine başvuran hasta oranının yüksek (%75) olmasını etkilemektedir (234). Nüfusun %6,66’sını emekli %5,44’ünün ev hanımı olduğu

düşünüldüğünde ve Filiz'in yaptığı araştırmada da hastaların %47,5'inin ev hanımı olduğu analiz edildiğinde elde edilen veriler araştırmamızı desteklemektedir (228).

Hastaların % 80,9'unun düzenli olarak sağlık kontrolüne gittiği analiz edilmiştir. Bu oran kamu hastanesinde %81,5 özel hastanede ise %80,3 olup her iki hastaneden de aynı sonuçlar elde edilmiştir. Düzenli olarak doktor kontrolüne gitme durumuna bakıldığında. Amerika'da yapılan bir araştırmada kadınların % 20'si erkeklerin ise %30'unun doktor kontrolüne gitmediği görülmüştür. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte doktor kontrolüne gitme ile ilgili bir artış olduğu ve ABD'lilerin yılda Türkiye'de ise yılda 8 Kere doktor kontrolüne gidildiği görülmüştür. Elde edilen bu veriler araştırmamızı desteklemektedir (248) ,(249).

Hastaların %12'sinin sağlık sorunu olduğunda ilk olarak sağlık olacağına başvurduğu %53,5'inin ise hastaneye başvurmaktadır. Özel hastanede %11,7'sinin kamu hastanesinde %12,5'sinin ilk olarak sağlık ocağına başvurduğu özel hastanede %55'inin kamu hastanesinde ise %52'sinin ilk olarak hastaneye başvurduğu analiz edilmiştir. Bu verilerden her iki hastaneden hizmet alan hastalarda birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranını düşük olduğu görülmektedir. Sağlık istatistikleri yılına göre de birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranı %31 iken ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranı %69'dur. Kamu hastanelerinde ise muayene oranının % 75 Özeldede ise %16 olduğu görülmektedir. (250).

Hastaların %72'sinin herhangi bir kamu veya özel hastanede yatarak tedavi görmediği analiz edilmiştir. Bu durum özel hastaneden katılan hastalarda %72 kamu hastanesinden katılan hastalar için %72,2 olup benzer sonuçlar elde edilmiştir. 2017 yılında hastanelerde yatan hasta oranı %55 özel hastanelerde ise %30 olduğu ile ilgili veriler araştırmamız sonuçlarını desteklemektedir (240).

Araştırmamız sonucunda özel eğitim ve araştırma hastanede hizmet veren sağlık çalışanları arasında tıbbi hatalar konusunda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir; Kamu hastanesindeki çalışanların %1,6'sı sağlık bakımı alırken tıbbi hataya maruz kalırken araştırmaya katılan özel hastanede çalışanlarının ise hiç tıbbi hataya maruz kalmamışlardır. Kamu hastanesinde hizmet veren sağlık çalışanlarında yatarak tedavi

gören çalışan oranının %51,8 olduğu sonucu araştırmamızdan elde edilen sonucu desteklemektedir. Konu ile ilgili benzer araştırmalara bakıldığında hemşirelerin tıbbi hatalar ile ilgili farkındalıklarını daha yüksek olduğu hatta uluslararası literatürde sağlık çalışanlarının tıbbi hataya maruz kalma oranlarının %30-35'lerde olduğu görölmektedir (251),(252).Filiz'in yapmış olduğu araştırmada ise tıbbi hataya maruz kalan sağlık çalışanlarının 114'ünün tıbbi bir hataya (%23,3) maruz kaldığı tespit edilmiş olup araştırmamızdan elde edilen verileri desteklememektedir (228). Sağlık çalışanları ne kadar tıbbi hatalar konusunda kendilerine güvenseler ve farkında olsalar da hasta konumunda oldukları için kendilerini koruma oranı da düşmektedir. Yapılan araştırmalarda ABD'de her yıl 98 bin Türkiye'de güne 100 yılda ise 3 bin kişinin tıbbi hatalarda dolayı öldüğü tespit edilmiştir (213). Diğer araştırmalar ve literatürler arasında tıbbi Hataya maruz kalma arasında büyük oranda farklılıklar vardır.

Bunun sebebi tıbbi hatalar konusunda ölkemizde yeterince farkındalık sağlanamamasından, tıbbi hata kapsamına nelerin girdiğinin tam olarak bilinmemesinden ya da mesleki itibarın korunmaması için büyük zarar vermeyen olayların tıbbi hata olarak görölmemesinden kaynaklıdır.

Hem kamu hem de özel hastanede araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ailelerinden herhangi biri tıbbi hataya maruz kalmazken benzer bir araştırmada ise sağlık çalışanlarının %25,2'sinin ailelerinden biri tıbbi hataya maruz kalmıştır (228).

Kamu hastanesinde çalışanların %53,3'ü tıbbi hataları en çok hemşirelerin yaptığını düşünürken özel hastanede çalışanların %48,9'u tıbbi hatalardan hekimleri sorumlu tutmuştur. Hemşireler tıbbi hataları en çok hekimlerin yaptığını hekimler ise hemşirelerin yaptığını belirtmiştir. Genel olarak özel hastanede hekimler ve kamu hastanesinde ise hemşireler sorumlu tutulmaktadır. Filiz'in yapmış olduğu araştırmada sağlık çalışanlarının %38,2'sinin tıbbi hatalardan hekimleri sorumlu tuttıkları hemşirelerin %73,9'u hekimlerin %53,1'i tıbbi hataların sorunlusu olarak hekimleri göstermişlerdir (228). Mesleki açıdan çalışanlar kendi itibarlarını ve meslektaşlarını koruyarak karşılıklı suçlama olduğu görölmektedir. Gallager ve ark yapmış olduğu araştırmada ise hekimlerin %55'2 Sinin tıbbi hatalara sebep olduğu tespit edilmiştir (253).

Kamu hastanesinde çalışan araştırmaya katılanların %22,8'i "Mesleki Eğitim Yetersiz Olması" %21,8'i "Doktorların El Yazısının Okunaksız Olması" %13,9 "Sağlık Hizmetlerinin Karmaşık Yapıda Olması" özel hastanede çalışanların ise %19'u "Mesleki Eğitim Yeteriz Olması" %13'8'i "Doktorların El Yazısının Okunaksız Olması" %16,3 "Doktorların Hastalara Yeterince Vakit Ayırmaması" gibi konuların tıbbi hatalara neden olduğunu belirtmiştir. Her iki hastanede de mesleki eğitimin yetersiz olmasının tıbbi hatalara sebebiyet vermeden daha önemli bir konu olduğu görölmektedir. Benzer literatürler incelendiğinde %69,9'u uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluğun hemşirelerin %58,9'u ise hemşire sayısının yetersiz olması %52,1'i doktorların hastalara yeterince vakit ayıramaması gece vardiyalarının olması gibi konular tıbbi hata sebebi olarak görölrken hemşirelerin daha çok hemşire sayısının yetersiz olmasının en büyük tıbbi hata sebebi olarak görödüğu bunu sebebini ise iş yükü fazlalığının olduğu daha fazla elemanla hata oranının düşeceğine inanmalardır (183,185). Hastanelerin büyüklük ve yoğunluğa bağlı olarak hemşirelerin az sayıda olduğunu ve tüm hastanelerde olduğu gibi doktorların hasta sayısının fazla olması, ek görevleri gibi nedenlerle hastalara ayırdığı vaktin yeterli olmadığı görölmüştür. Yapılan bir araştırmada hastanelerin sürekli işleyen dinamik yapılar olduğu ve nöbet sistemi ile çalışılması hasta yoğunluğu gibi sebeplerden dolayı özellikle hemşirelerin iş yükünün fazla sayısının yetersiz olması tıbbi hatalara neden olmaktadır (254). Aiken ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada hemşirelerin bakması gereken hasta sayısının norma şartlar altında 4 hasta ile sınırlandırıldığı ve bu hemşirenin baktığı hasta sayısını artması durumunda hastaların ölüm riskinin de hasta sayısına paralel olarak arttığını tespit etmiştir (255). Diğer bir konu ise tıbbi hatalara neden olan konuların başında sağlık çalışanlarının eğitimlerin pratik ve teorik açıdan yetersiz, kendilerini geliştirmemeleri, değişen teknolojik yenilikler uyum sağlamamaları veya sağlamamak istememeleri tıbbi hataları da beraberinde getirmektedir (253). Arda ve arkadaşlarının 2007 yılında "Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri" isimli çalışmasında hekim ve hemşirelerin %80'inin hastalarda iletişim kurmaması ve hastalarında iş yoğunluğu ve ya hekim ve hemşire sayısının az olması nedeniyle etkili iletişim kurmadıklarının belirtmişlerdir (256).

Meurier ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada ise hemşirelerin %33'unun hastaya tedavi uygulama sırasında tıbbi hata yaptığı ve bu hataların %27,9'unun sebebi ise iletişim bozukluğundan kaynaklandığı görülmüştür (257). Canantan ve arkadaşlarının 2015 yılında "Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri Ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane" ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri konulu araştırmasında da tıbbi hataya neden olan faktörler arasında hemşire sayısının azlığı ve hemşirelere verilen ek görevler yer almaktadır (251).

Kamu hastanesinde sağlık çalışanlarının %35,6'sı tıbbi hata sonucunda tıbbi hataya uğrayan kişilerin dava edilmesi gerektiğini %21'i sağlık çalışanlarının yaptıkları hataları hastalara açıklaması öne sürerken kamu özel hastanede çalışanlar ise (%39) sağlık çalışanlarının yapılan tıbbi hataları hastalara açıklanması gerektiğini %25,7'si ise hataya uğrayanların sağlık çalışanların dava etmesi gerektiğinin öne sürmüşlerdir. Diğer araştırma ve literatürlere bakıldığında birçoğunun (%75,6) yapılan hataların hastalara açıklanmasının daha etik olacağı bir kısmı (%22,1), ise cezai yaptırım uygulanması gerektiğini hekimlerin %33, 3 hemşirelerin %46,8'i diğer sağlık çalışanlarının %48,9'u mesleki itibar gibi çeşitli nedenlerden dolayı hataların kabul edilmemesi ve hataların hastalara açıklanmaması ve özür dilenmemesi görüşündedir (226). Kılıç'ın 2009 yılında yaptığı bir araştırmada ise 56,4'ü tıbbi hataların önlenmesi sürecine hastalara açıklanmasının gerek olmadığını bildirmiştir (258). Uluslararası bir araştırmada da yarısından fazlasının (%77) yapılan tıbbi hataların hastaya açıklanması gerektiğini bildirmiş olup yine Gallagher ve ark yaptığı araştırmada tıbbi hataların hastaya açıklanmaması ve özür dilenmemesi gerektiğinin savunmuşlardır (252), (253).

Kamu hastanesinde çalışanların %53,1'inin tıbbi hatalarda hem kurum hem de hatayı yapan kişilerin sorumlu olduğunu özel hastanede ise sağlık çalışanlarının %40,8'inin hatayı yapan kişilerin sorumlu tutulması gerektiği görüşünü savundukları incelenmiştir. Kamu hastanesinde sadece kişilerin değil hataya sebep olan süreç ile ilgili herkesin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Benzer araştırmalar ve uluslararası

literatürde ise tıbbi hataya neden olan kişilerin sorumlu tutulması ve cezalandırılması yönünde bir algılama vardır (228,). Kalitede asıl olan bir hatadan sadece bir kişinin değil hataya sebep olabilecek herkesin sorumlu tutulması ve hataya neden olan sürecin iyileştirilerek hataların tekrarlanma ihtimalini zayıflatmaktır.

Özel hastanede çalışanlar (%57) kamu hastanesinde çalışanlara kıyasla (%51,6) hastaların tıbbi hataları önlemede daha fazla sorumluluğunun olduğunu düşünmektedir. Diğer araştırmalarda da sağlık çalışanlarının özellikle de hekimlerin (%84) hemşirelerin (%74,2) ve diğer sağlık çalışanlarının (74,2) büyük çoğunluğunun hastaların tıbbi hatalar konusunda sorumlu olabileceği düşünmektedir (226). Özellikle hekimlerin hastaların daha fazla sorumluluğu olduğunu düşünmesi hastanın bakım ve tedavisinde her türlü sorumluluğun paylaşılması ve bir hata ile karşılaşıldığında hasta önceden bilgilendirilmiş olmak şartıyla hatanın paylaşılabilirliğinin düşünülmesidir. Hasta hakları yönetmeliği gereğince de hastanın kendisi ile ilgili ter türlü teşhis tedavi işlemleri konusunda bilgilendirilme hakkına sahiptir.

Kamu hastanesinde çalışanlar (%44,1) özel hastanede çalışanlara kıyasla (%41,5) hastaların tıbbi hatalara karşı kendilerini büyük oranda koruyabilecekleri analiz edilmiştir. Filiz'in araştırmasında ise sağlık çalışanlarının %23,1'inin hastaların tıbbi hatalara karşı büyük oranda koyabileceği analiz edilmiş olup bu sonuç araştırmamızdan elde edilen sonuçları desteklememektedir (228). Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (%90) tıbbi hatalar konusunda çok güvenirken aynı zamanda hastalarında büyük oranda tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilecekleri görüşündedir. Bu tezatlık sağlık çalışanlarının kendilerine güvendiğini ancak bir hata durumunda da sorumluluktan kaçtıklarının göstergesidir. Sağlığına kavuşmak için hastaneye başvuran fiziksel, ruhsal açıdan iyilik halinde olmayan hastaların tıbbi hatalar konusunda büyük bir sorumluluğunun olması beklenmemelidir.

Kamu hastanesinde çalışanların %5,7'si özel hastanede çalışanların ise %3,4'ü tıbbi hatalar konusunda çok sık duyum aldığı tespit edilmiştir. Kamu hastaneden çalışanların %45,7'si özel hastanede çalışanların %37,3 nadiren tıbbi hatalar konusunda duyum aldığı, kamu hastanesinde çalışanların tıbbi hatalara daha fazla (%1,6) maruz kaldığı düşünüldüğünde tıbbi hatalar ile ilgili duyum alma sıklığının

da fazla olması beklenen bir sonuçtur. Filiz'in (228) yapmış olduğu araştırmada sağlık çalışanlarının %7'sinin tıbbi hatalar konusunda nadiren duyduğu analiz edilmiş olup araştırmamızla yakın sonuçlar elde edilmiştir.

Kamu hastanesinde çalışanların %90,2'si özel hastanede ise %93,6'sı tıbbi hatalardan korunma konusunda bilgi ve farkındalığına çok güvenmektedir. Bir literatürde (228) bu oranının (%44,1) araştırmamızdan daha düşük bir oranda olduğu ve araştırmamızdan elde edilen verilere göre sağlık çalışanlarının tıbbi hatalar konusunda kendilerine çok güvendiği görülmektedir.

Kamu hastanesinden hizmet alan ve araştırmaya katılan hastaların %89,7'si özel hastaneden hizmet alan hastaların ise %88,3'ü sağlık bakımı alırken tıbbi hataya maruz kalmadığını belirtmiştir. Diğer literatürlerde hastalar yaklaşık %40'luk bir oranda tıbbi hataya maruz kaldığını açıklamıştır (228). Uluslararası literatüre bakıldığında ". Public perceptions of quality care and provider profiling in New York: implications for improving quality care and public health" (227) isimli çalışmada hastaların %21 " Views of practicing physicians and the public on medical errors. " (254) isimli çalışmada ise hastaların %42'sinin tıbbi hatalarla karşılaştıkları görülmüştür. Araştırmamız ile diğer literatürler arasında böyle bir farklılık olmasının sebebi ya hastaların gerçekten tıbbi hataya maruz kalmaması ya da tıbbi hatalar konusunda bilgi sahibi ve farkındalığının olmamasından kaynaklanmaktadır.

“Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi “ (228) çalışmasının aksine araştırmamızda hem kamu hem de özel hastaneden hizmet alan hastaların hiç birinin ailesi tıbbi hataya maruz kalmamıştır.

Kamu hastanesinde hizmet alan hastaların 80,1'i özel hastaneden hizmet alan hastaların %47,67'si tıbbi hatalar konusunda hekimleri sorumlu tutarken kamu hastanesinden hizmet alan hastaların %5,3'ü ise özel hastaneden hizmet alan hastaların ise %33,7'ü hemşireleri sorumlu tutmuşlardır. Araştırmamızda diğer literatürlerde olduğu gibi hastalar tıbbi hatalardan teşhis ve tedavisinde asıl sorumlu olan hekimleri sorumlu olarak görmektedir (254). Ancak gelişmiş ülkelerde bizim ülkemize kıyasla hekimlere olan güven daha yüksektir (255).

Özel hastanede hizmet alan hastalar tıbbi hataların sebebini daha çok “Doktorların el yazısının okunaksız olması “(%27,3) “Doktorların hastalara yeterince vakit ayıramaması “(%19) ,”Uzun Çalışma saatleri nedeniyle yoğunluk stres“ (%15,7) almaktadır. Kamu hastanesinde ise hastalar daha çok tıbbi hataların sebebi olarak (%46,3) “Hemşirelerin Sayı Olarak Yetersiz Kalması” “İletişim Bozuklukları” (%29,9) “Uzun Çalışma Saatleri Nedeniyle Yorgunluk Ve Stres“ (%19,2.) Buradan da görüldüğü üzere araştırmamızda kamu hastanesinde çalışanlarında kabul ettiği üzere hastalara ayrılan vaktin hasta yoğunluğunun fazla olması nedeniyle hastalara yeterince vakit ayıramadığı görülmektedir. Hastaların tıbbi hatalara neden olabilecek konular ile ilgili farkındalığının olduğu görülmektedir. Yine diğer literatürlerde de tıbbi hataların sebebini hastalara yeterince vakit ayıramaması, uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stres olduğu görülmekte ve araştırmamızla benzer sonuçlara rastlanmıştır (228,252).

Kamu hastanesinden katılan hastalar %39,5 i hataya uğrayanların sağlık çalışanlarını dava etmesi gerektiğini %34,5 ‘i hastaya açıklaması düşünürken özel hastaneden %31’i sağlık çalışanlarının yapılan hataları hastaya açıklaması gerektiğinin % 28’i ise sağlık çalışanlarını dava etmesi gerektiğini belirtmiştir. Benzer literatürlerde de hastalara kendilerine tıbbi bir hata yapıldıysa açıklanması ve özür dilenmesi gerektiğini belirtmişlerdir (228),(227),(229). Bu araştırmalardan hastalar kendilerine yapılan tıbbi hataları bilerek farkındalık kazanmak istediği çıkartılabilir.

Hem kamu(%40,2) hem de özel hastanede(%40) hizmet alan hastalar tıbbi hatadan hem kurum hem de çalışanların sorumlu olduğunu belirtmiştir. Kamu da %33,1 özeldede %35 hatayı yapan kişilerin sorumlu olduğu ve cezalandırılması gerektiği görüşü takip etmektedir. Diğer literatürlerde ise hastalar tıbbi hataların sorumlusu olarak hatayı yapan kişilerin sorumlu olduğunu göstermektedir. Araştırmamız ve diğer literatürlerde tutum farklılıkları vardır (228,227). Araştırmamızda hastaların bu konudaki farkındalığının yüksek olduğu sadece hatayı yapanların değil hataya sebep olan herkesi sorumlu olarak gördükleri görülmektedir.

Özel hastaneden katılanlar (%42,7) kamu hastanesinden katılanlara (%27,8) göre daha çok hastaların tıbbi hataları önlemede sorumluluğunun olduğunu belirtmiştir. Özel hastaneden katılanlar %51 hastaların tıbbi hatalar ile ilgili sorumluluğunun olmadığını kamu hastanesinde ise %34,51 oranla bilmediklerini açıklamışlardır. Araştırmamızda olduğu gibi diğer araştırmalarda da hastalar tıbbi hatalar konusunda sorumluluklarının olmadığını belirtmiştir (228). Hastalar tıbbi hatalar ile ilgili bilgilerini yetersiz olması, tedavi almak ve sağlığına kavuşmak için hastanede olduğunu düşünmesi nedeniyle sorumluluk almak istememektedirler.

Kamu hastaneden katılanların %72,2 tıbbi hatalar konusunda kendilerini büyük oranda koruyabileceğinin düşünürken özel hastanesinden katılanların %37,3 biraz belirtmiştir. Diğer araştırmalarda da hastaların kendilerinin tıbbi hatalarda koruyamayacakları algısı ağır basmaktadır (228).

Kamu hastanesinde hizmet alan hastalar daha çok (%68,0) tıbbi hataları hiç duymadığını özel hastanede hizmet alanlar ise (%51,3) nadiren duyduğunu belirtmiştir. Özel hastanedekilerin yaklaşık yarısından fazlası ise tıbbi hataları nadiren duyduğunu belirtmiştir. Buradan kamu hastanesinde hizmet alanların tıbbi hatalar konusunda farkındalıklarının olduğu sonucu çıkarılabilmektedir. Diğer literatürlerde ve uluslararası araştırmalarda da hastaların tıbbi hatalar ile ilgili duyum alma oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu diğer ülkelerde hastaların tıbbi hatalar konusunda farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir (228,252). Her ne kadar araştırmamızda tıbbi hataya uğradığını belirten hasta olmasa da bunu gerçekten tıbbi hataya uğramadığını düşünerek nadiren ve ara sıra duyum aldığını belirten hastalarında oranlarının da yüksek olduğu görülmektedir.

Kamu hastanesinden katılan hastalar (%90,4) özel hastaneden katılan (%78,7) hastalara kıyasla tıbbi hatalar konusunda kendilerine daha çok güvenmektedir. Diğer literatürlerde ise tıbbi hatalar konusunda kendilerini koruyamayacaklarını düşünmektedir (228).

“Hastanede Hasta Güvenliđi Kùltürü Algılamasının ve Sağlık alışanları ile Toplumun Hasta Güvenliđi Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi “ (228) isimli çalışmada olduğu gibi araştırmamızda her iki hastaneden katılan hastalar tıbbi hatalar ile ilgili sorumluluklarının olmadığını dűřünürken tıbbi hatalar konusunda büyük oranda güvendiklerini belirtmişlerdir. Bu tezatlığının sebebi hastaların kendilerine güvendikleri ancak bir hata olması durumunda kendilerini değil sağlık çalışanlarının sorumlu tutularak sorumluluğun alınmamasıdır.

Sağlık alışanların tıbbi hataları en çok önlenbilir buldukları konulara bakıldığında; ”Eczaneden ilaç alınırken reçetedeki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması” (%97,4), “Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi “ (%95,7), “İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi” (%95,2) , “Yazılan reçetenin okunaklı olması” (%94,4) ,“Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması”(%90,2), “ Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması ”(%89,5)’dır.” Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi” (%10,1) ve “Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması” (%14,9) ise tıbbi hataların önlenebilirliği açısından sağlık çalışanlarının daha az önemli buldukları konulardır.

“Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürü Algılamasının ve Sağlık alışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi” isimli çalışmada Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi (%99,2), Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması(%98,2), Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması (%97,8), İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi(%97,5) konuları araştırmamızda olduğu gibi literatürdeki sağlık çalışanların tıbbi hataların önlenebilirliğinde en önemli buldukları konulardır (228).

“Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması” (93) isimli çalışmada İlaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması (%53,1), Hastayla ilgili alerji bilgisinin yokluğu (%48,3) konuları ise tıbbi hatalarda yüksek derecede önemli konular olup hem araştırmamızda hem de diğer literatür çalışmalarında önlenabilir ancak ciddi hasarlara neden olabilecek ilaç ile ilgili konuların daha fazla önem kazandığı gör÷lmektedir.

Sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemede ise en fazla uygulanabilir buldukları konular ise “Yazılan reçetenin okunaklı olması” (%97,7), “Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi “ (%97,7), “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi “ (%97,3), “Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması” (%97,2), “Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması ”(%96,8)’dir. “Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması “(%11,8) ve “Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması” (%13,6) sağlık çalışanlarına göre tıbbi hataları önlemede uygulanabilirliği en az olan konulardır.

“Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması” (93) isimli çalışmada Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi (%97,3), Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması (%96,3), konuları ise literatürdeki sağlık çalışanlarının da araştırmamızda olduğu gibi tıbbi hataları önlemede en çok uygulanabilir buldukları konulardır.

Yazılan reçetenin okunaklı olması kamu hastanesinde $2,93 \pm 0,31$ özel hastanede $2,85 \pm 0,36$, Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi kamu hastanesinde $2,46 \pm 0,67$ özel hastanede $2,54 \pm 0,67$, Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi kamu hastanesinde $2,73 \pm 0,46$ özel hastanede $2,72 \pm 0,59$ ortalama ile tıbbi hatalar konusunda önlenebilirlik düzeyleri aynıdır. Hastaneler açısından bakıldığında kamu hastanesinden araştırmaya katılan çalışanlarda tıbbi hatalar ile ilgili yapılan uygulamaların önlenebilirliği daha yüksektir. Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması $2,92 \pm 0,15$, Hastanın ilaç alerjisinin olduğunu bilmesi $2,97 \pm 0,20$, Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğine emin olunması $2,99 \pm 0,11$ Reçete yazılırken ve Eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılabilir olması $2,93 \pm 0,31$, İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi $2,97 \pm 0,19$,İlaçların yan etkileri konusunda Bilgilerin yazılı olarak verilmesi $2,94 \pm 0,23$, Hastanın kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerinin yıkamasını istemesi $2,81 \pm 0,40$, Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi $2,91 \pm 0,31$, Cerrahin

hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesinin hastayla birlikte işaretlemesi $2,85 \pm 0,44$, Hastanın kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi $2,94 \pm 0,25$, Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi $2,76 \pm 0,45$, Hastanın beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması $2,63 \pm 0,68$, Hastanın yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması $2,86 \pm 0,42$, Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması $2,80 \pm 0,46$ konularında kamu hastanesinde çalışanların ortalamasının özel hastanede çalışanların ortalamasına göre daha yüksek bulunduğu görülmektedir.

Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda (reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması, Hastanın ilaç alerjisinin olduğunu bilmesi, Eczaneden ilaç alınırken reçetede ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması, Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması, İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi , Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi , Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi , Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması konularının uygulanabilirliği hem kamu hem de özel hastanede aynıdır Hastaneler açısından bakıldığında kamu hastanesinden araştırmaya katılan çalışanlarda tıbbi hatalar ile ilgili yapılan uygulamaların uygulanabilirliği daha yüksektir. Kamu hastanesinden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarında “Yazılan reçetenin okunaklı olması” %98,7 “İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi” %96,6, “Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerinin yıkamasını istemesi” %95,4, “Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi” %88,4, “Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi” %98,7, “Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi” %88,9, “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi” %96,1, “Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının olması” %89,2, “Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması” %92’dir.

Sağlık çalışanlarının hastanelerde tıbbi hataları önlemede yapılan uygulamalarda en çok yeterli buldukları konular, Yangın çıkışlarının açık tutulması (% 99,5), Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi (%97,8), Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması (%97,4), Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması (%97,1), Narkotik ve sedatif ilaçların güvenli şekilde saklanması (%97) 'dır.

Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması ve Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere, bildirilmesi konuları araştırmamızda olduğu gibi sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemede hastanelerde yeterli buldukları konular olup, Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun, verilmesi, , dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi konuları ise literatürdeki sağlık çalışanlarının hastanelerde tıbbi hataları önlemede en çok yeterli buldukları konulardır (228).

Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi, Yangın Çıkışlarının Açık Tutulması, Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması, Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi, Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi durumlarında araştırmaya katılan kamu ve sağlık çalışanlarına göre hastanelerde yeterli bulma durumları aynı olup Hastanın Servise Oryantasyonunun(Odasının tanıtılması, hekim-hemşire ile tanıştırma, ziyaret saatleri, yangın çıkışı vb. hakkında sağlanması) $2,98\pm 0,15$, Yapılan Uygulamalarda Asepsi ve sterilizasyon Koşullarına Uyulması $2,98\pm 0,15$, İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olması $2,97\pm 0,20$, Kan ve Kan ürünlerinin yazılı prosedürlere göre verilmesi $2,97\pm 0,18$, Hizmet içi Eğitim Programlarının Yapılması $2,96\pm 0,25$, Çalışanların kendilerinin kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri $2,97\pm 0,17$, Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması $2,96\pm 0,20$ konularında kamu hastanesinden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının uygulamaları yeterli bulma oranı daha yüksektir. Narkotik ve Sedatif ilaçların Güvenli Şekilde Saklanması $2,99\pm 0,12$, Hasta Transferlerinin Hemşire Refakatinde Yapılması $2,99\pm 0,12$, Kesici ve Delici Maddelerin Uygun şekilde Toplanması $2,99\pm 0,08$, İşe Yeni Başlayanların Oryantasyonlarının Yapılması(Tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı

vb.) $2,98 \pm 0,15$, Hastanın Özel Eşyalarının Emniyete Alınması $2,96 \pm 0,19$, Bası Yarası Oluşma Riskinin Tespiti ve Gerekli Önlemlerin Alınması $2,96 \pm 0,18$, Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi $2,98 \pm 0,14$, Sözel Direktif Alma/verme Kriterlerinin Yazılı Olarak Belirlenmesi $2,64 \pm 0,73$ Hastanın Kimliğinin Doğrulamada Doğru Yöntemlerin Kullanılması(Kimlik bileziği vb.) $2,52 \pm 0,83$ konuları ise özel hastaneden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ortalamasının yüksek olduğu konulardır.

Tıbbi hataları önlemede İlaçların Nasıl Kullanılacağı Konusunda Açıklayıcı Bilgi Verilmesi konusunda sağlık çalışanlarının hepsi aynı ortalamaya sahiptir. (Hekim; $2,94 \pm 0,31$, hemşire; $2,96 \pm 0,21$, diğer sağlık çalışanı $2,93 \pm 0,31$). Ancak Hastanın Kullandığı Bütün İlaçlarda(Reçeteli veya Reçetesiz Doktorun Haberdar Olması $2,93 \pm 0,31$, Hastanın İlaç Alerjisinin Olduğunu Bilmesi $2,97 \pm 0,17$, Yazılan Reçetenin okunaklı olması $2,97 \pm 0,16$, Eczaneden ilaç Alınırken Reçetede İlaçların Aynısının Verildiğinden Emin Olunması $3,00 \pm 0,00$, Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması $2,95 \pm 0,21$, Cerrahın, Hastaya Ameliyat Hakkında Ayrıntılı Bilgi Vermesi ve Ameliyat Bölgesini Hastayla Birlikte işaretlemesi $2,95 \pm 0,23$, Hastanın, Yapılacak Tüm Tetkik ve işlemlerin Gereklilik ve Yararını Sorgulaması $2,96 \pm 0,23$ konusunda hekimlerin ortalaması, Kendisinden Hangi Doktorun Sorumlu Olduğunu Bilmesi $2,80 \pm 0,43$, Klinikteki Tüm Sağlık Çalışanlarının Hastayla ilgili Önemli Bilgileri istemesi $2,95 \pm 0,23$, Hastaya Bir Test Yapıldıysa, Hastanın Sonuçları istemesi $2,89 \pm 0,37$ konularında hemşirelerin ortalaması, İlaçların Yan Etkileri Konusundaki Bilgilerin Yazılı Verilmesi $2,96 \pm 0,21$, Seçme şansı Varsa Büyük Hastanelerin Tercih Edilmesi $2,73 \pm 0,62$, Hastanın, Kendisine Doğrudan Temas Edecek Sağlık Personelinden Ellerinin Yıkamasını istemesi $2,76 \pm 0,59$, Taburcu Olurken Evde Uygulanacak Tedavi Planının Doktordan istenmesi $2,94 \pm 0,28$, Hastanın, Beraberinde Haklarını Savunacak Bir Yakınının Olması $2,59 \pm 0,78$, Hastanın şimdiki Durumu Hakkında Doktor, Hemşire ve Diğer Güvenilir Kaynaklardan Bilgi Alması $2,78 \pm 0,38$ konularında ise diğer sağlık çalışanlarının ortalaması daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hataları önlemede Sizce Hastanın İlaç Alerjisinin Olduğunu Bilmesi, Sizce Yazılan Reçetenin Okunaklı Olması , Eczaneden ilaç

alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması konularının uygulanabilirliği aynı ortalamaya sahip olup, Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması (%99,7), “Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi” (%99,7), “Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması” (%99,7), “Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması”(%91,6) konuları hekimlerin “İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi”(%97,3) “Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi” (%95,1) “Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerinin yıkamasını istemesi” (%97,1) hemşirelerin “Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi” (%97,1) “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi”(%99,6) “Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi”(%96,9) “Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması” (%98,8) konuları ise diğer sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemede daha çok uygulanabilir buldukları konulardır.

“Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi” isimli çalışmada Hekimler “(%69,2) hastanın yapılacak tüm işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması” araştırmamızda olduğu gibi hekimlerin tıbbi hataları önlemede yeterli bulduğu konular olup araştırmamızın aksine diğer literatürde ilaçların yan etkileri konusunda bilginin yazılı verilmesi ve seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi de hekimlerin önemli bulduğu diğer konulardır. Seçme şansı varsa diğer hastanelerin tercih edilmesi konusu araştırmamızda olduğu gibi diğer sağlık çalışanlarının tıbbi hataları en çok önlenebilir konu olarak görürken araştırmamızın aksine yazılan reçetelerin okunaklı olması reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması ve hastanın şimdiki durumu hakkında doktor , hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alınması konusunda hemşirelerin önlenebilir bulma düzeyi daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarına göre tıbbi hataları önlemede Sizce Hastanın İlaç Alerjisinin Olduğunu Bilmesi, Sizce Yazılan Reçetenin Okunaklı Olması, Eczaneden ilaç

alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması konularının uygulanabilirliği aynı ortalamaya sahip olup, Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması (%99,7), “Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi” (%99,7), “Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması” (%99,7), “Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması”(%91,6) konuları hekimlerin “İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi”(%97,3) “Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi” (%95,1) “Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerinin yıkamasını istemesi” (%97,1) hemşirelerin “Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi” (%97,1) “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi”(%99,6) “Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi”(%96,9) “Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması” (%98,8) konuları ise diğer sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemede daha çok uygulanabilir buldukları konulardır.

“Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi” isimli çalışmada araştırmamızın aksine sağlık çalışanlarının uygulanabilir bulma oranları oldukça düşüktür. Araştırmamızda olduğu gibi literatürde de cerrahın, hastaya ameliyat hakkında bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hasta ile birlikte işaretlemesi konusu hekimler tarafından daha çok uygulanabilir bulunmuştur. Ancak araştırmamızda hekimlerin uygulamada yüksek bulduğu konular hemşirelere tarafından uygulanabilir bulunurken hastaya bir test yapıldıysa hastanın sonuçlarının istemesi hekimlerin uygulamada yüksek bulduğu bir diğer konu olmuştur. İlaçların yan etkileri konusundaki bilgilerin yazılı verilmesi”, “Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi”, “Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerinin yıkamasını istemesi” konuları araştırmamızın aksine diğer sağlık çalışanlarının en çok uygulanabilir buldukları konular olmuştur.

Yapılan Uygulamalarda Asepsi ve sterilizasyon Koşullarına Uyulması , Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi, Yangın Çıkışlarının Açık Tutulması, Çalışanların kendilerinin kan ve

vücut sıvılarından koruyabilmeleri, Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi, Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi konusunda araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının görevlerine göre yeterli bulma ortalamaları aynı olup Hastanın Servise Oryantasyonunun (Odasının tanıtılması, hekim-hemşire ile tanıştırma, ziyaret saatleri, yangın çıkışı vb. hakkında sağlanması) hastanelerde yeterli olması $2,93\pm 0,26$, Narkotik ve Sedatif ilaçların Güvenli Şekilde Saklanması yeterli olması $2,92\pm 0,28$, Kesici ve Delici Maddelerin Uygun şekilde Toplanması $2,86\pm 0,35$, Hastanın Özel Eşyalarının Emniyete Alınması $2,78\pm 0,52$, Hizmet içi Eğitim Programlarının Yapılması $2,88\pm 0,37$, Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması $2,90\pm 0,33$, Bası Yarası Oluşma Riskinin Tespiti ve Gerekli Önlemlerin Alınması $2,87\pm 0,33$, Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi $2,93\pm 0,25$ konularında hemşirelerin Hasta Transferlerinin Hemşire Refakatinde Yapılması $2,92\pm 0,43$ konusunda hekimlerin ve İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olmasının hastanelerde yeterli olması $2,85\pm 0,50$, Kan ve Kan ürünlerinin yazılı prosedürlere göre verilmesinin hastanelerde yeterli olması $2,91\pm 0,39$, İşe Yeni Başlayanların Oryantasyonlarının Yapılması(Tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb.) $2,82\pm 0,45$, Sözel Direktif Alma/verme Kriterlerinin Yazılı Olarak Belirlenmesi $1,60\pm 0,89$, Hastanın Kimliğinin Doğrulama Doğru Yöntemlerin Kullanılması $1,42\pm 0,77$, Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması $2,93\pm 0,27$ konularında ise diğer sağlık çalışanlarının ortalaması daha düşüktür.

Araştırmamızda Hasta Transferlerinin Hemşire Refakatinde Yapılması konusu Filiz'in (228) yapmış olduğu araştırmada olduğu gibi hekimler tarafından hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha az yeterli bulunurken Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, Bası Yarası Oluşma Riskinin Tespiti ve Gerekli Önlemlerin Alınması,yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi ve hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi konusu araştırmamızda hemşirelerin en az yeterli buldukları konu olurken diğer bir literatürde (228) ise hemşirelerin en fazla yeterli bulunduğu konu olmuştur.

Hasta kimliğini doğrulama, yangın çıkışlarını açık tutma, hastanın servise oryantasyonu, işe yeni başlayanların oryantasyonu, hastanın özel eşyalarının

emniyete alınması, hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması konularının yeterliliği araştırmamızın aksine Filiz'in (228) araştırmasında daha az yeterlilik düzeyine sahiptir.

Yazılan reçetenin okunaklı olması (%99,8),Eczaneden ilaç alınırken reçetedeki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması (%98,5),Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi (%93,6),Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması (%92,6), Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması (%89,2), Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması (85,2) konuları araştırmaya katılan hastaların tıbbi hataları önlemede en çok önemli buldukları konular olup Yazılan reçetenin okunaklı olması (%99,3),Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi (%98,6),Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi (%98,3) Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi (%97,9), Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması (%97,4), Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerinin yıkamasını istemesi (%97,2), Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması (%97,1) konuları ise en çok uygulanabilir buldukları konuları oluşturmaktadır.

“Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi” (228) isimli çalışmada araştırmamızda hastaların tıbbi hataları önlemede en etkili bulduğu konu olan “reçete yazılarının okunaklı olması” hastaların en az etkili bulduğu konu olmuştur. Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması araştırmamızda olduğu gibi hastaların tıbbi hataları önlemede yeterli bulduğu konu iken “büyük hastanelerin tercih edilmesi”, “sağlık personelinden ellerini yıkamasının istenmesi”, “cerrahın ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi”, merak edilen her şeyin sorulması”, “hastaneye giderken beraberinde bir yakını bulundurması” konuları araştırmamızın aksine literatürde hastaların en çok önlenebilir bulduğu konu olmuştur.

Araştırmamızda tıbbi hataları önlemede hastalar tarafından uygulanabilir bulunduğu konular Filiz'in (228) araştırmasında ise uygulanabilirlik düzeyi düşük olarak bulunmuştur.

Davis ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada (259) hastaların sağlık çalışanlarına soru sormada çekingen olduğu ancak bizim araştırmamızda ise bu konusun tıbbi hataları önlemede hem yeterli hem de uygulanabilir olarak bulunmuşlardır. Yine araştırmamızda hastaların kendisine doğrudan temas edecek sağlık personellerden ellerini yıkmasını istemesi tıbbi hataları önlemede uygulanabilir bir konu olurken bu konunun önemi ile ilgili çeşitli literatür araştırmaları yer almaktadır. Örneğin "Yoğun bakım çalışanlarının el yıkama alışkanlıkları" isimli araştırmada hekimlerin el yıkama alışkanlıklarının düşük olduğu bu nedenle enfeksiyondan kaynaklanabilecek tıbbi hataların önüne geçilmesi içinde hastaların tüm sağlık çalışanlarından mutlaka ellerinin yıkamalarını istemeleri gerektiği ancak diğer bir literatür çalışmasında ise hastaların doktorların bilgi ve tecrübesine güvendikleri için ellerini yıkamalarını istemeyecekleri görülmüştür (260).

Hastaların hizmet aldıkları hastane açısından bakıldığında Yazılan Reçetenin Okunaklı Olması, Hastanın Kullandığı Bütün İlaçlarda (Reçeteli veya Reçetesiz Doktorun Haberdar Olması, Reçete Yazılırken ve Eczaneden Alınırken Verilen Bilginin Anlaşılır Olması, Klinikteki Tüm Sağlık Çalışanlarının Hastayla ilgili Önemli Bilgileri istemesinin tıbbi hataları önlemesi her iki hastaneden de hizmet alan hastalar için aynı düzeydedir. Ancak "Hastanın İlaç Alerjisinin Olduğunu Bilmesi" $299 \pm 0,10$, "Taburcu Olurken Evde Uygulanacak Tedavi Planının Doktordan istenmesi" $2,79 \pm 0,53$ "Cerrahin, Hastaya Ameliyat Hakkında Ayrıntılı Bilgi Vermesi ve Ameliyat Bölgesini Hastayla Birlikte İşaretlemesi" $2,76 \pm 0,45$, "Hastanın, Beraberinde Haklarını Savunacak Bir Yakınının Olması" $0,70 \pm 0,48$, "Seçme şansı Varsa Büyük Hastanelerin Tercih Edilmesi" $2,55 \pm 0,66$ konularında özel hastaneden hizmet alan hastaların ortalaması yüksek iken "İlaçların Nasıl Kullanılacağı Konusunda Açıklayıcı Bilgi Verilmesi" $2,97 \pm 0,20$ "İlaçların Yan Etkileri Konusundaki Bilgilerin Yazılı Verilmesi" $2,84 \pm 0,45$, "Hastanın, Kendisine Doğrudan Temas Edecek Sağlık Personelinden Ellerin Yıkamasını istemesi" $2,86 \pm 0,39$, "Hastanın, Kendisinden Hangi Doktorun Sorumlu Olduğunu Bilmesinin

istememesi” $2,9\pm 0,38$, “Hastaya Bir Test Yapıldıysa, Hastanın Sonuçları istemesi” $2,57\pm 0,68$, “Hastanın şimdiki Durumu Hakkında Doktor, Hemşire ve Diğer Güvenilir Kaynaklardan Bilgi Alması” $2,81\pm 0,39$ konularında ise kamu hastanesinde hizmet alan hastaların ortalaması daha yüksektir.

“Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi ” (%60,9) “Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması ”(%92,9) “Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması ” (%90) gibi hastanelerde uygulanan konuların tıbbi hatalarda önlemede yeterliliği açısından kamu hastanesinden hizmet alan hastalar için daha az yeterli olurken “İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi ”(92,7), “Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi ” (%85,7), “Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi ”(%87,7) ve “Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri istemesi ” (%65,7) konuları ise özel hastaneden hizmet alan hastalar için daha az yeterli olan konulardır.

8. SONUÇ

Bu araştırma ile özel eğitim ve araştırma hastanesi ile kamu eğitim ve araştırma hastanesinde sağlık çalışanları ve hastaların hasta güvenliği tutum ve algıları incelenmiştir. Bu maksatla tüm sağlık çalışanlarının da hasta güvenliği ile ilgili tutum ve algıları da analiz edilmiştir. Tıbbi hatalara maruz kalma,tıbbi hataların sorumlusu,tıbbi hataların sebebi,tıbbi hatalar konusunda duyum,tıbbi hatalar konusunda bilgi ve farkındalık düzeyi,tıbbi hatalardan sorumlu tutulması gereken kişiler,tıbbi hatalar ile ilgili konuların önlenebilirliği,uygulanabilirliği ve hastanelerde yeterliliği konuları incelenmiş ve hasta ve sağlık çalışanlarının hizmet aldıkları hastaneler ve sağlık çalışanlarının görev türlerine göre farklılıklar olduğu görülmüştür.

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, ilgili literatürden elde edilen bilgiler ışığında “Bulgular ve Tartışma” bölümünde ayrıntılı bir şekilde değerlendirildiğinden dolayı bu bölümde sadece yapılan analizler sonucunda ulaşılan ve bu çalışmaya özgü sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik öneriler sıralanmaktadır.

➤ Araştırmamız sonucunda ;

- Sağlık çalışanlarının tıbbi hatalara uğrama oranının çok düşük olduğu hatta özel hastanede çalışanların hiç tıbbi bir hataya maruz kalmadığı ve sonucunda ciddi bir zarar görülmediği hastalarında hem kendileri hem de ailelerinden birinin tıbbi bir hatayla karşılaşmadığı ve hem çalışanların hem de hastaların tıbbi hatalar konusunda farkındalıklarının tam olarak gelişmediği
- Kamu hastanesinde çalışanların tıbbi hatalar konusunda hekimleri,özel hastaneden çalışanların ise hemşireler tıbbi hatalardan sorumlu tuttıkları,hem kamu hem de özel hastaneden araştırmaya katılan hastaların tıbbi hatalarda hekimleri sorumlu gördükleri ancak bu oranın kamu hastanesinden hizmet alan hastalarda daha yüksek olduğu
- Hem kamu hem de özel hastanede çalışanlar için tıbbi hatalara mesleki eğitimin yetersiz olması ,ve doktorların el yazısının okunaksız olmasının sebep olduğu,kamu ve özel hastaneden hizmet alan hastalarda uzun çalışma saatleri nedeniyle yoğunluk stres konusu hariç diğer konularda farklılıklar olduğu

- Kamu hastanesinde çalışanların tıbbi bir hata sonucunda hataya uğrayan kişilerin dava etmesi gerektiğini özel hastanede çalışanların tıbbi hataların kabullenilerek hastalara açıklanması gerektiğini kamu hastanesinden hizmet alan hastaların hataya uğrayan sağlık çalışanlarının dava edilmesi gerektiği özel hastaneden katılan hastaların tıbbi hataların hastaya açıklanması gerektiğini düşündükleri
- Kamu hastanesinde çalışanlar için tıbbi hatalardan hem hastaların hem de kurumların sorumluluğu olduğu özel hastanede çalışanlar için ise tıbbi hatalardan sadece hatayı yapan kişinin sorumlu olduğunu,her iki hastaneden de araştırmaya katılan hastaların tıbbi hatalardan hem kurum hem de çalışanların sorumlu olduklarını düşündükleri,
- Hem özel hem de kamu hastanesinde çalışanlar için hastaların tıbbi hataları önlemedeki sorumluluklarının yüksek olduğu,hastalar için ise hastaların tıbbi hataları önlemedeki sorumluluğunun yüksek olduğu ancak bu oranın özel hastaneden katılan hastalar için daha yüksek bir oranda olduğu
- Kamu ve özel hastaneden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hastaların tıbbi hatalardan kendilerini büyük oranda koruyabileceklerini düşündükleri,kamu hastaneden katılan hastaların özel hastaneden katılan hastalara kıyasla tıbbi hatalar konusunda kendilerinin büyük oranda koruyabileceklerini düşündükleri, genele olarak hem hasta hem de çalışanların tıbbi hatalardan kendilerini büyük oradan koruyabileceklerini düşündükleri,
- Hem kamu hem de özel hastanede çalışanların tıbbi hatalar konusunda duyum alma sıklıklarının düşük olduğu ancak kamu hastanesinde çalışanların özel hastaneden çalışanlar kıyasla tıbbi hatalar konusunda daha fazla duyum aldığı,kamu hastanesinden katılan hastaların büyük çoğunluğunun tıbbi hatalar konusunda hiç duyum almadığı,
- Her iki hastaneden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tıbbi hatalar konusunda bilgili ve farkındalıklarına güvenme oranının yüksek olduğu ancak özel hastanede çalışanlarda bu oranın daha yüksek olduğu, hem kamu hem de özel hastaneden katılan hastalarda kendi bilgi ve farkındalıklarına yüksek oradan güvendikleri ancak kamu hastanesinden katılan hastaların özel hastaneden katılan

hastalara kıyasla kendi bilgi ve farkındalıklarına güvenme düzeyinin daha yüksek olduğu

- ”Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması”, “Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi”, “İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi”, “Yazılan reçetenin okunaklı olması” konuları sağlık çalışanlarının tıbbi hataları önlemeden en fazla önemli ve uygulanabilir bulunduğu konular olduğu konular olup sağlık çalışanlarının mortalite ve morbidite oranlarını arttıran en önemli faktör olan ilaç ile ilgili hataların tıbbi hatalarda önemli rol oynadıklarının farkında oldukları ve özellikle ilaç ile ilgili uygulamaların tıbbi hataları önlemede oldukça etkili olduğu,

- Tıbbi hataların önlenabilirliği ve uygulanabilirliği konusunda özel hastanede sağlık çalışanlarının önemli ve uygulanabilir buldukları konuların daha fazla olduğu sonucu elde edilmiş olup özel hastanede çalışan kişilerin hasta yoğunluğunun kamu hastanesinden daha az yoğunlukta olduğu ve uluslararası akreditasyon standartlarına sahip olduğu düşünüldüğünde tıbbi hatalarla ilgili bu uygulamaların özel hastanede daha fazla önemli olması beklenen bir sonuçtur.

- Yangın çıkışlarının açık tutulması, Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi, Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması ,Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması ,Narkotik ve sedatif ilaçların güvenli şekilde saklanması sağlık çalışanlarının hastanelerde tıbbi hataları önlemede en fazla yeterli buldukları konular olup ilaç hataları ,enfeksiyona bağlı tıbbi hatalar ve hasta düşmeleri gibi konularda hastanelerin gerekli önlemleri aldıkları görülmektedir.Hem özel hem de kamu hastanesinden araştırmaya katılan çalışanların bu uygulamaları yeterli buldukları konuların farklılık gösterdiği bir hastanede yeterli bulunan uygulamanın diğer bir hastanede daha az yeterli olduğu sonucuna varılmıştır.

- Yazılan reçetenin okunaklı olması,Eczaneden ilaç alınırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması ,Hastanın ilaç alerjisinin olduğunuz bilmesi, Hastanın kullandığı bütün ilaçlarda(reçeteli veya reçetesiz doktorun haberdar olması ,Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması,Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması konularının hastaların tıbbi hataları önlemede daha fazla önemli bulunduğu konular olup hastaların

ilaç ile ilgili yanlış uygulamaların tıbbi hatalara sebep olabileceklerinin farkında oldukları ve tedavileriyle ilgili her türlü konuda soru sorarak tıbbi hataların önüne geçebileceklerinin bilincinde oldukları sonucuna varılmaktadır. Yazılan reçetenin okunaklı olması,Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi, Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi, Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi, Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması,Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerinin yıkamasını istemesi,Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması konuları ise hastaların tıbbi hataları önlemede en çok uygulanabilir buldukları konulardır.Bu sonuçtan hastaların büyük hastanelerin tercih edilmesinin tıbbi hataları önlediğini düşünmekle birlikte hastalar aynı zamanda sağlık hizmeti bakımında doğrudan temas halinde olduğu hemşire ve hekimlerin gerekli tüm bilgileri vermesi,enfeksiyonlardan korunmak için el hijyeninin önemli olduğu ve kendilerinin de tedavi ve bakımlarıyla ilgili gerekli bilgileri alarak ve sorgulayarak kendilerinde tıbbi hataları önlemede sorumluluklarının farkında oldukları görülmektedir.

- Hastaların hizmet aldıkları hastaneye göre tıbbi hatalar ile ilgili önlenabilir ve uygulanabilir konuların farklı olduğu görülmüştür.Buradan eğitim ve yaş gibi faktörlerin hastaların tıbbi hatalar konusunda bilgi ve farkındalığını etkilediği dolayısıyla da hastaların hizmet aldıkları hastaneye göre tıbbi hatalar konusundaki tutumlarının farklılaştığı sonucu elde edilmektedir.

➤ Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre hasta güvenliği ile ilgili farkındalığın geliştirilmesi için şu önerilerde bulunulabilir;

- Tüm sağlık çalışanlarına hasta güvenliği eğitiminin yanında tıbbi hatalar ile ilgili eğitimlerin örnekler ile verilmesi gerektiğinin ve süreci iyileştirmek için hiçbir tıbbi hatanın saklanmaması konusunda farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

- Hasta güvenliğini sağlama konusunda tüm çalışanların öncelikle cesaretlendirilmesi,her türlü hatayı paylaşabilmeleri için yönetim tarafında desteklenmesi gerekmektedir.

- Çalışanların tıbbi hataları bildirmeleri için sadece yönetim tarafında desteklenmesi yetersiz olup yasa olarak da yönetmeliklerle desteklenmelidir.
- Çalışanlar hasta güvenliği ihlalleriyle ilgili bildirim yaparken gizliliği mutlaka güvenlik raporlama sistemine uygun olarak korunması gerekmektedir.
- Hastanelerde personel istihdamı yapılırken mutlaka mesleki açıdan yeterli bilgi, donanım ve tecrübeye sahip kişilerin işe alınması ve bu mesleki eğitimin sürekli kurum için ve kurum dışı hem teorik hem de pratik uygulamalar ile desteklenmesi gerekmektedir.
- Bu araştırmalar doğrultusunda öncelikle hastaların tıbbi hatalar konusunda farkındalıklarının artırılması nelerin tıbbi hata olarak kabul edilebileceğinin bilmeleri için hasta ve hasta yakını eğitimlerine tıbbi hatalar ve hasta güvenliği ile ilgili her bir maddenin ayrı ve detaylı bir şekilde hasta ve hasta yakınlarına verilen eğitim konuların eklenmesi gerekmektedir.
- Hasta güvenliğini sağlama konusunda en büyük faktör olan hastalarında bu süreçte aktif rol almaları ve kendilerini tıbbi hatalardan korumak ve güvenliklerini sağlamak amacıyla sürece dahil edilmeleri gerekmektedir. Hastalar kendi bakımlarıyla ilgili mutlaka araştırmaya ve her türlü bilgiyi sahip olmaları için teşvik edilmelidir.
- Tıbbi hatalar konusunda çalışanların yanı sıra hastalarında bildirim yapabilecekleri bir sistemin olması ve böylelikle hastalarında tıbbi hatalara maruz kalma konusundaki bilgi ve farkındalıkları analiz edilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Sur H. Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim s.44-86, Avrasya Global Yayınları, 1.Baskı,İstanbul, 2016.
2. Graban M. Yalın Hastane s.159-199, Çeviren: Şengözer P, İstanbul Optimist Yayınları, İstanbul,2011.
3. Kowalczyk L. R.I. Hospital for Errors İn surgery Boston globe, 2007. http://www.boston.com/news/local/articles/2007/22/27/ri_raps_hospitals_for_errors_in_surgery Erişim Tarihi: 12.01.2019.
4. Mucuk İ. Modern İşletmecilik s.175-193, Türkmen Kitapevi, İstanbul, 2013.
5. Odabaşı Y. Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi (CRM), Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2013.
6. Öztürk SA. Hizmet Pazarlaması Kuram, Uygulama ve Örnekler, Ekin Kitabevi, İstanbul, 2013.
7. Kayral İH. Beklenen-Gerçekleşen-Algılanan Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite, Detay Yayıncılık, Ankara,2015.
8. Şimşek M. Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Yayınları, İstanbul, 2013.
9. Imai M. Kaizen Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı s.36-53, KalDer Yayınları, İstanbul, 2003.
- 10.Çağlar İ, Kılıç S. Kalite Güvence Standartları, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2006.
11. Doğanay P, Kaizen – Sürekli İyileştirme İle Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.

12. Teleş M, Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
13. Aytimur S. Kalite Sistem Dokümantasyonu s.29-60, KalDer Yayınları, İstanbul, 1997.
14. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi s.783, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.
15. Tekin M, Ömürbek N. Küresel Rekabet Ortamında Teknolojik İşbirliği ve Otomotiv Sektörü Uygulamaları s.10-13, Ankara, 2004.
16. Bono ED. Rekabetüstü s.84-86, Çeviren: Özel O, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1996.
17. Gökmen C. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001.
18. Marşap A. Sağlık İşletmelerinde Kalite s.91-200, Beta Yayınları, İstanbul, 2014.
19. İnceboz T, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Programı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.
20. Kavrakoğlu İ. Kalite Güvencesi ve ISO 9000 s.8, KalDer Yayınları, İstanbul, 1996.
21. Şimşek M. Toplam Kalite Yönetimi, 4.Basım, Alfa Yayınları, İstanbul, 2004.
22. Balcı A. Kamu Örgütlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulanması: Olumlu Perspektifler ve Olası Zorluklar. Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(5);196–201, 2005.

23. Saran U. Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma, Kalite Odaklı Bir Yaklaşım, Atlas Yayıncılık, Ankara, 2004.
24. Sevim A, Toplam Kalite Yönetiminde Bir Araç Olarak Toplam Kalite Maliyet Sisteminin Kurulması ve Bir Uygulaması. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Eskişehir, 1996.
25. Odabaşı Y. Sağlık Hizmetleri Pazarlama, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2001.
26. Küçük N, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Dış Müşteri Memnuniyeti Üzerine Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğünde Bir Uygulama (Diyarbakır Devlet Hastanesi). Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yönetim Bilimleri Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2009.
27. Deveci N, Aksaraylı M. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(1);38-54, 2003.
28. Muluk Z, Burcu E, Danacıoğlu N. Türkiye’de Kalite Olgusunun Gelişimi s.25-36, KalDer Yayınları, İstanbul, 2000.
29. Tütüncü Ö, Yağcı K, Küçükusta D. Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(4);286-302, 2006.
30. Halis M. Toplam Kalite Yönetimi Kapsam İlkeler Uygulamalar, Roma Yayınları, Ankara, 2005.
31. Şimşek H. Toplam Kalite Yönetimi: Kuram, İlkeler, Uygulamalar s.674, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007.

32. Akıncı S, Sağlık Çalışanlarının Akredistasyon Çalışmaları ve Çalışan Güvenliği Hakkındaki Görüşleri: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Örneği. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.
33. Yıldız A, Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastaneden Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonunun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
34. Tseng ML, Lin YH, Chiu AS, Liao CH. A structural equation model of total quality management and cleaner production implementation. Journal of American Academy of Business, 11(1);65-71, 2007.
35. Ustasüleyman T. Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Firma Performansı Üzerine Etkisi: Türkiye'nin 500 Büyük Firmasına Yönelik Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(2);67-96, 2011.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Editör: Akdağ R, Araştırma Serisi 4, Ankara, 2010.
37. Şale İ. ISO 9001:200 Kalite Yönetim Sistemi ve Uygulamaları, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2004.
38. Genç İ. Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kalite Yönetiminin İç Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkileri. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000.
39. Mutlu S, Akredite Edilmiş Hastanelerde Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması: İki (Özel) Hastane Uygulaması. İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
40. Efil İ. Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvencesi s.25-38, Alfa Yayınları, İstanbul, 1999.

41. Ecer F, Demirel Y, Uslu S. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma. Standard Dergisi, 41(490); 66–74, 2002.
42. Şimşek MŞ. Yönetim ve Organizasyon, Baskı Günay Ofset, Konya, 2002.
43. Tükenmez NM. Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Getirilen Eleştiriler. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 11(1);131-140, 1996.
44. Çakır A, Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.
45. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2);69-74, 2001.
46. Yalçın Ş, Acar A. Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi s.12-26, 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Cilt 1, Ankara, 2010.
47. Yavuzeser A, 2008 ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminde İletişim Ve Uygulamadan Bir Örnek. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
48. Zeyrekli Yaş S, Toplam Kalite Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektöründe Uygulanması: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesinin Karşılaştırılması. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2009.
49. Uzunçakmak T, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2015.

50. Karabulut F, Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO/IEC 15189:2003 Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.
51. Bektaş F, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Uygulamaları. İstanbul Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
52. Bekiyev M, Toplam Kalite Yönetimi ve İşletmenin Rekabet Gücüne Etkileri. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2004.
53. Çatalca H. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Beta Basımevi, İstanbul, 2003.
54. Ulukanoğlu C. Toplam Kalite Yönetimi ve Kaizen Felsefesi. <http://isgucdergi.org/printout.php?id=70> Erişim Tarihi: 03.01.2009.
55. EFQM. EFQM Mükemmellik Modeli 2000 s.2-42, KalDer Yayınları, İstanbul, 2000.
56. Özveren M. Toplam Kalite Yönetimi: Temel Kavramlar ve Uygulamalar, Alfa Yayınları, İstanbul, 1998.
57. Temiroğlu A. Kalite Kavramı Hayatın Her Alanını Kapsar, 2010. <http://www.sanayicidergisi.com.tr/temiroglu-kalite-kavrami-hayatin-her-alanini-kapsar-makale,28.html> Erişim tarihi: 15.04.2019.
58. Tosun K. İşletme Yönetimi, Savaş Yayınevi, İstanbul, 2000.
59. Musen MA, Shahar Y, Shortliffe EH. Clinical Decision Support Systems s.573-609, Editör: Shortliffe EH, Perreault LE, Medical Informatics Computer

Applications in Health Care and Biomedicine, Springer-Verlag, Newyork, 2001.

60. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi, 8(2);100-111, 2010.
61. Kınır S, Karagöz Y, Yıldız MS, Ağraş S. Toplam Kalite Yönetimi ile İlgili Çalışmalara Katılım Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 13(2);255-278, 2009.
62. Çelenk S. Motivasyon: Motivasyonun Tanımı, Önemi, Motivasyon Süreci ve Teorileri, 2010. <http://blog.milliyet.com.tr/motivasyon—motivasyonun-tanimi—onemi—motivasyon-sureci-ve-teorileri/Blog/?BlogNo=277145> Erişim Tarihi: 13.02.2019.
63. Koçel T. İşletme Yöneticiliği, Beta Basım Yayın, İstanbul, 1998.
64. Robbins SP. Örgütsel Davranışın Temelleri, Çeviren: Öztürk SA, Etam Yayınları, Eskişehir, 1994.
65. Altınok M, Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri Çerçevesinde İşletmelerde Eğitim İhtiyaçları Tespiti ve Uygulamalı Bir Örnek. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir, 2005.
66. Hayran O. Sağlık Hizmetleri. [http:// www.merih.net/ml/wosmhay12htm](http://www.merih.net/ml/wosmhay12htm) Erişim Tarihi: 02.03.2019
67. Oğuz Y. Yüksek Riskli Bir Mekan: Sağlık Kuruluşu, 2004. <http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/14.php> Erişim Tarihi: 25.03.2019.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. SKS Işığında Sağlıkta Kalite, Editör: Tosun N, Demirtaş İ, Şencan İ, Güler H, Öztürk A, Tarhan D, Ankara, 2012.

69. Çoban İ, Ailelerin Hasta Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012.
70. DAL T. Sağlıkta Kaliteden Beklentimiz Nedir?2004.www.kalder.org/genel/13ukk/sunumlar/teoman%20dal%20sunum.ppt Erişim Tarihi: 11.03.2019.
71. Tengilimoğlu D, Akbolat M, Işık O. Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul, 2012.
72. Ökem ZG. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Analizi. Toplum ve Hekim, 11(72);67-72, 1996.
73. Akdur R. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000.
74. Öztekin Z. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı I, 39;294-298, 2001.
75. Demirel A, Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Sağlık Bilgi Sistemleri ve Kullanım Modülleri, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Hizmet Kalite Standartları Rehberi, Editör: Aydın S, Demir M, Ankara, 2009.
77. Meryn S. Improving doctor-patient communication. British Medical Journal, 316(7149);1922–1930, 1998.
78. Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JI, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA, Anderson RJ. Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical errors. Arc Intern Med. 162(19);2186-90, 2002.

79. Donedebian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume 1, The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, Michigan, 1980.
80. Kaya S, Güven GS. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dahiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 2005.
81. Turner PD, Pol LG. Beyond patient satisfaction. Broaden the scope of quality measurement by integrating the marketing view with other perspectives. J Health Care Mark. 15(3);45-53, 1995.
82. Zorlutuna Y. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Editör: Çoruh M, Sağlık Hizmetlerinde Devamlı Kalite İyileştirme, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997.
83. Metin B, Aydın S. Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İle İlişkileri, T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara, 1997.
84. Uz H. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Editör: Hayran O, Sur H, Sağlık Hizmetleri El Kitabı Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat s.147-174, Yüce Yayım, İstanbul, 1998.
85. Özdemir Tavlan ř, Sağlık Sektöründe Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2001.
86. Uzunkavak E, Hastanelerde Uygulanan Kalite Yönetim Sistemleri ve Özel Hastaneler Üzerine Bir Durum Değerlendirme Araştırması. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Fakültesi Davranış Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

87. Dalbay Ö. ISO-9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Kamu Hastanesi'nde Uygulamaya Yönelik Model Önerisi. İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2002.
88. Köksal A. Hastane İşletmelerinde Kalite ve Verimliliğin Arttırılması İçin Bir Araç Olarak Toplam Kalite Yönetimi Felsefesinden Yararlanma. Trabzon, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 1997.
89. Sözen C, Özdevecioğlu M. Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim. Nobel Yayım Dağıtım, Ankara, 2002.
90. Balçık Akman A, Hasta Güvenliği Kültürü Ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurulularında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.89-95, İstanbul, 2010.
91. Türkel A. İşletme Yöneticileri İçin Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları s.22, Türkmen Kitabevi, İstanbul, 1998.
92. Tansüyer T, Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.25-82, Ankara, 2010.
93. Kuş M. Kalite Kavramı, Avrupa Birliği Kalite Politikası ve Türkiye'deki Kalite Faaliyetleri. T.C. Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Avrupa Topluluğu Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara, 1999.
94. Yılmaz E. Kütüphanelerde Toplam Kalite Yönetimi: Kısa Bir Gözden Geçirme. Türk Kütüphaneciliği, 24(1);33-62, 2010.
95. (http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/11.01.2017)

96. Aydın B. Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon, 2007.
<http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/sunu/bilge.aydin-das-2007-sunu.pdf>
Erişim Tarihi: 12.03.2019.
97. Uzunkavak E, Hastanelerde Uygulanan Kalite Yönetim Sistemleri ve Özel Hastaneler Üzerine Bir Durum Değerlendirme Araştırması. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.52-59, İstanbul, 2002.
98. Kaya S. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kaliteyi İyileştirme s.85-92, Pelikan Yayınları, Ankara, 2005.
99. Dalbay Ö, Biçer İH. Bir Kamu Hastanesinde ISO-9002:1994 Kalite Güvence Yönetimi Uygulamasının Hasta Memnuniyeti ve Bazı Performans Göstergelerine Etkisi. İTÜ Dergisi/B Sosyal Bilimler, 1(1);11-19, 2002.
100. Kaya Eroğlu E, Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerinde Etkisinin Belirlenmesi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
101. Hayran O, Sur H. Sağlık İşletmelerinde Yönetim, Sayed Yayınları, İstanbul, 2005.
102. Kavrakoğlu İ. Kalite Güvencesi ve ISO 9000 s.45-63, KalDer Yayınları, İstanbul, 1998.
103. Şale İ. Adım Adım Toplam Kalite Uygulamaları s.25, Seçkin Yayıncılık,
104. Yıldırım O, Aydemir S. Kalite Yönetim Sistemler ve Akreditasyon, 2008.
www.bsm.gov.tr/sunu/dics/kalite_KYS_Akr.ppt Erişim Tarihi: 30.02.2019.

105. Gencel U. 2001 Yüksek Öğrenim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3(3);164-218, 2001.
106. Demirbaş A, Bal E, Barsbay S. Başlangıçtan Bugün Akreditasyon, Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Eylül 2005.
107. Shaw CD. Hospital accreditation in Europe. World Hosp Health Serv. 34(1);15-20, 1998.
108. Shaw CD. Accreditation in European health care. Jt Comm J Qual Patient Saf. 32(5);266-75, 2006.
109. Aydın S. Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri, 2008. http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/kalite_gvenlik.pdf Erişim Tarihi: 03.02.2019.
110. Sungur Ergenoğlu A, Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi. Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2006.
111. Zeybek Yıldırım B, Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, Isparta, 2011.
112. Devebakan N. Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(1);120-149, 2006.
113. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Mason Howard K, Weiler PC, Brennan TA. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Medical Care, 38(3);261–271, 2000.

114. Tekin M, Ömürbek N. Toplam Kalite Yönetiminde ISO 9000 Standartlarının Yeri, Belgelendirme ve Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(1);1-28, 1999.
115. Demirkan M, Arıduru A. Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Ekonomisine Katkıları. Standard: Teknik ve Ekonomik Dergi, 40(446);34-39, 1999.
116. Bayram N, D. Thorburn D, Demirhan H, Bilgel N. Quality of life among Turkish immigrants in Sweden. Quality of Life Research, 16(8);1319–1333, 2007
117. SEHA. What Is Joint Commission International (JCI) and Why Is Accreditation So Important? https://www.seha.ae/English/aboutus/annualreport/Pages/AR%202012/prevent_infection.html Erişim Tarihi: 04.01.2019.
118. İşlek E, Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisan Tezi, Ankara, 2009.
119. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>Erişim Tarihi: 04.01.2019.
120. Aydın B. Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon, 5. Ulusal Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi, Ankara, 2007.
121. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,8799/sas-hastane-setinin-gelistirilmesi-ve-akreditasyonu-surecinin-ilk-asamasi-tamamlanmistir.html> 30.01.2017)
122. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2);152-157, 2014.

123. Yetkinlioğlu Ö, Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon alışmalarının Önemini: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği alışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yönetim Organizasyon Ana Bilim Dalı, Konya, 2009.
124. Kıymir B. Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Modeli s.177-183, Editör: Çoruh M, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997.
125. Elston DM, Et Al. Hasta Güvenliğinin İyileştirilmesi İçin Fırsatlar. Çeviren: Küçüktaş S, Journal Of The American Academy Of Dermaotology (Jaad Türkçe Baskı), 6(4);191 -203, 2009.
126. Aytimur S. Kalite Sistem Dokümantasyonu, Kalder Yayınları İstanbul, 1997.
127. Joint Commission International (JCI). Foundations of Accreditation, <https://www.jointcommissioninternational.org/store/introductions-to-accreditation/> Erişim Tarihi: 04.01.2019.
128. Aydın B. Hasta Güvenliği İçin Bilgi Paylaşımı. HG Hasta Güvenliği Dergisi, Sayı: 2, 2009.
129. Küçük O. Standardizasyon ve Kalite, 2. Basım, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2004.
130. Sözen C. Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim, Nobel Dağıtım, Ankara, 2002.
131. Sezgin B, Kalite Belgesi Alan Hastanelere alışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarını Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2007.

132. Aggelogiannopoulos D, Drosinos EH, Athanasopoulos P. Implementation of a quality management system (QMS) according to the ISO 9000 family in a Greek small-sized winery: A case study. *Food Control*, 18(9);1077-1085, 2007.
133. Felknor SA, Aday LA, Burau KD, Delclos GL, Kapadia AS. Safety climate and its association with injuries and safety practices in public hospitals in Costa Rica. *Int J Occup Environ Health*, 6(1);18-25, 2000.
134. Ransom ER, Joshi MS, Nash DB. *The Healthcare Quality Book Vision, Strategy and Tools*. Health Administration Press, Illinois, 2005.
135. International Organization for Standardization (ISO). ISO 15189:2012. Medical Laboratories -- Requirements for Quality and Competence, http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=56115 Erişim Tarihi: 06.01.2019.
136. Aktaş Y, Akreditasyonun Performansa Etkisi Kızılay Kan Merkezi JCI Akreditasyon Örneği. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
137. Keskin Y. Akreditasyon ve Hasta Güvenliği s.231-264, Editör: Sur H, Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul, 2008.
138. Sur H, Palteki T. Hastane Yönetimi s.454, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2013.
139. Türk Tabipleri Birliği (TTB). Füsün Sayek TTB Raporları / Kitapları – 2010. Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 2011.
140. Türk Tabipleri Birliği (TTB). Füsün Sayek TTB Raporları / Kitapları – 2010. Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, s.62, 1. Baskı, Ankara, 2011.

141. Gülay H. Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016
142. Aydın B. Hasta Güvenliği İçin Bilgi Paylaşımı. HG Hasta Güvenliği Dergisi, Sayı: 2, 2009
143. (<https://hub.jhu.edu/2016/05/03/medical-errors-third-leading-cause-of-death/30.01.2017>),
144. Kırılmaz H. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Cilt 2, Ankara, 2009.
145. Ovalı F. Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(1);33-43, 2010.
146. World Health Organization (WHO). 10 Facts On Patient Safety, 2018, https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/ Erişim Tarihi: 11.01.2019.
147. Gül İ, Kalite Yönetim Sistemi Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
148. Gülen KG. Kalite Yönetiminde Çelişen Amaçlar. Yönetim. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi, 26(8);17-20, 1997.

149. Stepnick L, Edgman-Levitan S, Bonacum D, Pinakiewicz DC. Annual National Patient Safety Foundation Congress: Conference Proceedings. *Journal Of Patient Safety*, 4;129-140, 2008.
150. Davies JM, Hebert P, Hoffman C. *The Canadian Patient Safety Dictionary*, 2003.
https://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/01/patient_safety_dictionary_e.pdf/ Erişim Tarihi: 19.03.2019.
151. Davies F. *Summary Guide To Safety Climate Tools*, Oxfordshire: Health and Safety Executivedeil, 2001.
152. Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, Davis R. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Saf*. 30(2);59-68, 2004.
153. Hughes RG. *Patient Safety And Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency For Healthcare Research and Quality, AHRQ Publication No.08-0043, Rockville, 2008.
154. oban S. Toplam Kalite Yönetimi Perspektifinde İçsel Pazarlama Anlayışı. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22;85-98, 2004.
155. Stepnick L, Silow-Carroll S, Alteras T. *Patient centered care for underserved populations: definition and best practies*. Washington Dc Economic and Social Research Institue, 2006.
156. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Serv Res*. 42(5);1999–2021, 2007.
157. Stepnick L, Silow-Carroll S, Alteras T. *Patient centered care for underserved*

- populations:definition and best practies. Washington Dc Economic and Social Research Institue, 2006.
158. Yang CC. The Establishment of a TQM System for The Health Care İndustry, The TQM Magazine, 15(2);93-98, 2003.
159. Byers JF, White SV. (2004). Patient Safety: Principles And Practices. Patient Safety Issues, Springer Publishing Company, New York, 2004.
160. Studdert DM, Brennan TA, Thomas EJ. What Have We Learned Since The Harvard Medical Practice Study? Editör: Marilyn M, Rosenthal & Kathleen M, Sutcliffe KM, Medical Error: What Do We Know? What Do We Do? Ca, Jossey-Bass Publishing Company, San Francisco, 2002.
161. İlan R, Fowler R. Brief history of patient safety culture and science. Journal Of Critical Care, 20(1);2-5, 2005.
162. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS; Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. National Academies Press (US), 2000.
163. Rozovsky FA. Medical Error Reduction Initiatives Amanong Accreditation And Standard-Setting Organization. Editör: Rozovsky FA, Woods JR, The Handbook Of Patient Safety Compliance, Published By Jossey-Bass, San Francisco, 2005.
164. Sarp N. Hasta Güvenliğinde Hastanın Rolü ve Katılımının Sağlanması. Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Dergisi, s.22-29, 2018.
165. Korkmaz AÇ. Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 6(1);10-19, 2018.

166. https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_ocak_2011/kuresel_hasta_guvenligi.pdf
167. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. 06.04.2011. Sayı: 27897, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> Erişim Tarihi: 17.01.2019.
168. Bulun M. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturmamız Gerekli, 2007, <https://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-dr-bulun-hasta-guvenligi-kulturu-olusturmamiz-gerekli-676-318-3764.html> Erişim Tarihi: 26.02.2019.
169. Bulun M. JCI 2007 Uluslararası hasta güvenliği hedefleri, Hasta Güvenliği Bülteni, Sayı 1, Ocak-Şubat 2007.
170. Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS). Güvenlik Raporlama Sistemi'ne Hoş Geldiniz, <http://grs.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 22.01.2019.
171. Gözölü K, Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
172. <http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/makaleler.asp?makaleid=27,17.01.2017>)
173. Polat MO. Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayınları, Ankara, 2005.
174. Türk Tabipleri Birliği (TTB). Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 2015, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65&Itemid=31 Erişim Tarihi: 30.01.2019.
175. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(3);233-236, 2010.

176. Yalçın N, Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2014.
177. Civaner M. “Malpraktis” Yerine “Hizmet Kaynaklı Zarar”. Türk Pediatri Arş. 46(1);6-11, 2011.
178. İnanır İ, Serbest Ş. Hasta Güvenliği Kursu Eğitim Kitapçığı s.9-10, 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Aydın, 2009.
179. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=91A6FFA50489C8F943F3DC880177980C?sequence=1 Erişim Tarihi: 11.03.2019.
180. Johns Hopkins University. HUB. Johns Hopkins Study Suggests Medical Errors are Third-Leading Cause of Death in U.S. 2016, <https://hub.jhu.edu/2016/05/03/medical-errors-third-leading-cause-of-death/> Erişim Tarihi: 30.01.2019.
181. Akalın HE. Medikasyon Hataları. ANKEM Dergisi, 18(2);10-11, 2004.
182. Akalın E. Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma s.66-67, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul, 2014.
183. http://grs.saglik.gov.tr/Stat_G05.aspx 22.01.2017
184. (<http://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx> 22.01.2017)
185. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff (Millwood). 23(4);202-12, 2004.

186. Avcı K, Aktan T. Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(2);48-54, 2015
187. Bodur S, Filiz E. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 1(1);12-14, 2009.
188. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29.04.2009. Sayı: 27214, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm> Erişim Tarihi: 30.01.2019.
189. Reason J. Understanding adverse events: human factors. Qual Saf Health Care. 4(2);80-89, 1995.
190. Lawton R, Paker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. Quality and Safety in Health Care, 11(1);15-8, 2002.
191. Translating research into practice: Reducing Errors in Health Care. Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/research/errors.htm>, 20.01.2017)
192. Morris AH. Protocol Management of Adult Respiratory Distress Syndrome. New Horizons, 1(4);593-602, 1993.
193. Wilke A, Gündüş SG. (2001). Türkiye’de Enfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları. Aktüel Tıp Dergisi, 6;1-6, 2001.
194. Taşyaran MA, Ertek M, Çelebi S. Harbigil A, Kızıloğlu G. Atatürk Üniversitesi Hastaneleri’nde Hastane Enfeksiyonları: 1999 Yılı Sonuçları. Hastane Enfeksiyonları Dergisi, 5;38-42, 2001.

195. Phillips RL, Dovey SM, Graham D, Elder NC, Hickner JM. Learning from different lenses: reports of medical errors in primary care by clinicians, staff, and patients: a project of the American Academy of Family Physicians National Research Network. *Journal of Patient Safety*, 2;140-6, 2006.
196. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Medication Safety Basics, 2010, <https://www.cdc.gov/medicationsafety/basics.html> Erişim Tarihi: 21.01.2019.
197. Budak M. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturmak İçin Stratejiler. *HG Hasta Güvenliği Dergisi*, Sayı: 1, 2009.
198. Goetsch DL, Davis SB. *Understanding and Implementing ISO 9000 and Other ISO Standards (2nd Edition)* ,prentice hall, new jersey, 2002.
199. VanGeest JB, Cummins DS. An educational needs assessment for improving patient safety results of a national study of physicians and nurses. *National Patient Safety Foundation*, s.1-28, 2003.
200. Joint Commission International. *Accreditation Standards for Hospitals*, U.S.A. 2011. http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/approach/en/ Erişim Tarihi: 16.05.2019.
201. The Joint Commission Sentinel Event Statistics,www.sandelmedical.com 20.01.2017
202. Ertem G, Oksel E, AkbıyıkA. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1);1-10, 2009.
203. Yardımcı F, Başbakkal Z, Beytut D, Muslu G, Ersun A. Bir Devlet Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının İncelenmesi. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*, 8(4);173-179, 2014.
204. The Joint Commission. *Sentinel Event Policy and Procedures*, 2017.

https://www.jointcommission.org/sentinel_event_policy_and_procedures/ Erişim Tarihi: 02.01.2019.

205. Öztürkeri A, Hastane Yönetiminin Toplam Kalite Yönetimindeki Rolü, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisan Tezi, İzmir, 1998.
206. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Morlock LL. Defining and measuring patient safety. *Crit Care Clin.* 21(1);1-19, 2005.
207. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care.* 12(2);17-23, 2003.
208. Singh PJ, Smith A. An empirically validated quality management measurement instrument. *Quality Management,* 13(4);493-522, 2006.
209. Fu Y, Goodman S, Chang WC, Van De Werf F, Granger CB, Armstrong PW. Time to treatment influences the impact of ST-segment resolution on one-year prognosis: insights from the assessment of the safety and efficacy of a new thrombolytic (ASSENT-2) trial. *Circulation,* 104(22);2653-9, 2010.
210. Kwaan MR, Studdert DM, Zinner MJ, Gawande AA. Incidence, patterns and prevention of wrong-site surgery. *Archives Of Surgery.* 141(4);357-58, 2006.
211. Altındış S, Devebakan N. Sağlık Sektöründe Çalışan Güvenliği ve Enfeksiyonlara Maruziyet, II. Uluslararası Katılımlı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi Sunum Özetleri, Ankara, 2008.
212. Adıgüzel O. Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma, 2010. <https://dergipark.org.tr/download/article-file/55658> Erişim Tarihi: 12.04.2019.

213. Öktemer S. Hasta Düşmelerini Önleme Programı. Editör: Bulun M, Hasta Güvenliği İyi Uygulamalar 1. Sage Yayınları, Ankara, 2009.
214. Bulun M. Hastaneden Canlı Çıkmak s.17-26, Sage Yayıncılık, Ankara, 2012.
215. Medimagazin. Tıbbi Hatalar Ölüm Nedenleri Arasında İlk Beşte, 2008, <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-tibbi-hatalar-olum-nedenleri-arasinda-ilk-beste-2-12-13893.html> Erişim Tarihi: 05.03.2019.
216. Deilkas ET, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). BMC Health Services Research, 8(191), 2008.
217. Milligan F, Dennis S. Building a safety culture. Nurs Stand. 20(11);48-52, 2005.
218. Evans ML, Martin ML, Winslow EH. Nursing care and patient satisfaction. American Journal Of Nursing, 98(12);57-59, 1998.
219. Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honig P, Lee LY, Pamer C. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. Am J Health Syst Pharm. 58(19);1835-41, 2001.
220. Ergun Öİ. JCI Standartları ve Uluslararası Kalite. Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, 15;30-32, 2005.
221. Altındış S. Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı 1, s.17–32, 2010.
222. Akalın E. Hastane Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz? Ankem Dergi, 18(2);12-13, 2004.

223. Türkmen T, Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Algısının Belirlenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.56-57, İstanbul, 2015.
224. Altındış M. Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/375/Hasta-guvenligi-ve-komplikasyonlar.aspx> Erişim Tarihi: 06.01.2019.
225. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients: excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *AMA*. 277(4):301-6, 1997.
226. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care*. 12(2):112-8, 2003.
227. Boscarino JA, Adams RE. Public perceptions of quality care and provider profiling in New York: implications for improving quality care and public health. *J Public Health Manag Pract*. 10(3):241-50, 2003.
228. Filiz E, Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.40-70, Konya, 2009.
229. Güleç D, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012.
230. Orhan B, Yücel Ö, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumuna Cinsiyet Açısından Bakış, <https://dergipark.org.tr/download/article-file/340937>, Erişim Tarihi:01.06.2019

231. TÜİK 2018 Yılı “İstatistiklerle Kadın Verilerinin Açıkladı”,
<http://www.skdturkiye.org/esit-adimlar/yakin-plan/tuik-2018-yili-istatistiklerle-kadin-verilerini-acikladi>, Erişim Tarihi:01.06.2019
232. Urhan B, Etiler N, Sağlık Sektöründe Kadın Emeginin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi, <http://www.calismatoplum.org/sayi29/urhan-etiler.pdf>, Erişim Tarihi:01.06.2019
233. Kuzucu, İ. Türkiye’de Tıpta Uzmanlık Ve Akademisyenlik Aşamalarında Cinsiyetçi Yaklaşımlar, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
234. Toplumsal cinsiyet istatistikleri,
<http://kasaum.ankara.edu.tr/files/2013/02/Toplumsal-Cinsiyet-%C4%B0statistikleri-2013-TU%C4%B0K.pdf>, , Erişim Tarihi:01.06.2019
235. Türkiye’de İnsan Kaynağı Raporu : sağlık çalışanının sayısı yetersiz (<https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-turkiyede-saglikta-insan-kaynagi-raporu-saglik-calisani-sayisi-yetersiz-11-681-80819.html>, Erişim Tarihi:01.06.2019
236. Çil Ş, 4857 Sayılı İş Kanununa Göre Fazla Çalışma Ve Fazla Sürelerle Çalışma , Çalışma ve Toplum Dergisi, 2007
237. <https://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-universitedeki-hemsireler-daha-mutlu-676-406-6731.html> ,Erişim Tarihi:09.06.2019
238. Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus,
http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1588. Erişim Tarihi:09.06.2019
239. Küçükerdem HS, Arslan M, Koç EM, Can H, İzmir’de Bir Üçüncü Basamak Hastanesinde Aile Hekimliği Polikliniği Hasta Profiline Retrospektif Değerlendirilmesi İzmir,2017 <https://www.jarem.org/sayilar/37/buyuk/112-116-yazara%20onay.pdf>)
240. <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>), Erişim Tarihi:09.06.2019
241. <https://www.endeksa.com/tr/analiz/istanbul/demografi#medeni-hal>)HastalarınErişim Tarihi:09.06.2019

- experiences regarding disclosing errors to patients. *Arch Intern Med* 2006;166:1605-11.
253. Schwappach DL, Koeck CM. What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *Int J Qual Health Care*. 16(4);317-26, 2004.
254. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, Altman DE, Zapert K, Herrmann MJ, Steffenson AE. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med*. 347(24);1933-40, 2002.
255. Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Sochalski, JA., Buse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, AM., Shamian, J. Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries, Cross-National Comparisons, *Health Affairs*, 2002
256. Arda, H., Ertem, M., Baran, G., & Durgun, Y. Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri, *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*. 15(59):71., 2007.
257. Meurier, CE., Vincent, CA., Parmar, DG., Learning From Errors in Nursing Practice, *Journal of Advanced Nursing*. 26:77. 1997.
258. Kılıç H. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgilerin ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
259. Davis RE, Koutantji M, Vincent CA. How willing are patients to question healthcare staff on issues related to the quality and safety of their healthcare? An exploratory study. *Qual Saf Health Care* 2008;17:90-6.
260. Makay Ö, İçöz G, Yılmaz A, Kolcu F. Yoğun bakım çalışanlarının el yıkama alışkanlıkları. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2008;14:149-53.

9. EKLER

EK 1 Sağlık Çalışanları Hasta Güvenliği Anket Formu

HASTA GÜVENLİĞİ ANKET FORMU

(SAĞLIK ÇALIŞANLARI)

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

Erkek Kadın

3. Medeni durumunuz

Bekâr Evli Dul/ Boşanmış/ Ayrı yaşıyor

4. Bitirdiğiniz okul:

İlkokul İlköğretim Ortaokul Lise Ön Lisans
 Lisans Lisansüstü

5. Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?

Kırsal Kentsel

6. Mesleğiniz:

7. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Çok iyi İyi Orta Kötü

8. Düzenli olarak doktor kontrolüne gider misiniz?

Hayır Evet

9. Sağlık sorununuz olduğunda ilk başvuru yeriniz

Sağlık Ocağı Hastane Özel hastane ya da muayenehane

10. Herhangi bir kamu hastanesinde yatarak tedavi gördünüz mü?

Hayır Evet

11.Sağlık bakımı alırken hiç tıbbi hataya maruz kaldınız mı?

Bilmiyorum Hayır Evet

.....hatasına maruz kaldım, bence hatanın sorumlusuidi.

12.Ailenizden birisi hiç tıbbi hataya maruz kaldı mı?

Bilmiyorum Hayır

Evet..... hatasına maruz kaldı, hatanın sorumlusuidi.

13. Siz ya da ailenizden biri yaşadığınız tıbbi hatanın sonucunda ne tür zarar gördünüz?

Fiziksel sorunlar Psikolojik sorunlar

İşe ya da okula gidememe Sakatlık Ölüm

14. Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor?

Hekimler Hemşireler

Diğer (yazınız).....

15.Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması

Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres

İletişim bozuklukları

Ekip çalışmasının olmaması

Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması

Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması

Mesleki eğitiminin yetersiz olması

Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması

Diğer.....

16. Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır.
 Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidir.
 Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir.
 Diğer (belirtiniz).....

17. Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır?

- Hatayı yapan kişiler () Hatanın yaşandığı kurumlar
 Her ikisi de () Diğer.....

18. Tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu var mıdır?

- Evet () Hayır () Bilmiyorum

19. Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payı nedir?

- Büyük oranda koruyabilir () Biraz koruyabilir () Koruyamaz

20. Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?

- Hiç duymadım () Nadiren () Ara sıra () Çok sık

21. Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz

- Çok güvenirim () Biraz güvenirim ()
Güvenmem

22. Sizce aşağıdaki davranışlar tıbbi hataları ne kadar önleyebilir? Bu davranışların uygulanabilirliği nedir?

(Uygun yere X işareti koyunuz)

	Tıbbi Hatayı			Uygula- Durumu	
	Doktor	Hemşire	Diğer	Uygulan- bilir	Uygulan- maz
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması					
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi					
Yazılan reçetelerin okunaklı olması					
Eczaneden ilaç alırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması					
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması					
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda <u>açıklayıcı</u> bilgi verilmesi					
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin <u>yazılı</u> verilmesi					
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi					
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerini yıkamasını istemesi					
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi					
Cerrahin, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi					
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması					
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi					
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi					
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması					
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması					
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi					
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması.					

25. Çalıştığınız bölümde aşağıdaki uygulamalar ne ölçüde yapılabilir? (Uygun yere X işareti koyunuz)

	yeterli	Kısmen	Yeterli		
Hastanın servise <u>oryantasyonunun</u> (odasının tanıtılması, hekim-hemşire ile tanıştırma, ziyaret saatleri, yangın çıkışı vb. hakkında) <u>sağlanması</u>					
Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması					
İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı <u>prosedürlerin</u> olması					
Kan ve kan ürünlerinin yazılı <u>prosedürlere</u> uygun verilmesi					
Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi					
Narkotik ve <u>sedatif</u> ilaçların güvenli şekilde saklanması					
Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması					
Kesici ve delici maddelerin uygun şekilde toplanması					
Yangın çıkışlarının açık tutulması					
İşe yeni başlayanların <u>oryantasyonlarının</u> yapılması (tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb.)					
Hastanın özel eşyalarının emniyete alınması					
Hizmet içi eğitim programlarının yapılması					
Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması					
Bası yarası oluşma riskinin tespiti ve gerekli önlemlerin alınması					
Çalışanların kendilerini kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri					
Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi					
Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi					
Sözel direktif alma/verme <u>kriterlerinin</u> yazılı olarak belirlenmesi					
Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi					
Hastanın <u>kimliği</u> ini doğrulamada doğru yöntemlerin kullanılması (kimlik bileziği vb.)					
Tıbbi cihazların <u>kalibrasyonunun</u> düzenli aralıklarla yapılması					

EK 2 Toplum Hasta Güvenliği Anket Formu

HASTA GÜVENLİĞİ ANKET FORMU

(TOPLUM)

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

() Erkek () Kadın

3. Medeni durumunuz

() Bekâr () Evli () Dul/ Boşanmış/ Ayrı yaşıyor

4. Bitirdiğiniz okul

() İlkokul () İlköğretim () Ortaokul () Lise
() Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü

5. Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?

() Kırsal () Kentsel

6. Mesleğiniz:

7. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

() Çok iyi () İyi () Orta () Kötü

8. Düzenli olarak doktor kontrolüne gider misiniz?

() Hayır () Evet

9. Sağlık sorunuz olduğunda ilk başvuru yeriniz?

() Sağlık Ocağı () Hastane () Özel hastane ya da muayenehane

10. Ailenizde kronik hastalığı olan var mı? (şeker hastalığı,
tansiyon vb.) () Hayır () Evet

11. Herhangi bir kamu hastanesinde yatarak tedavi gördünüz mü?

() Hayır () Evet

12. Sağlık bakımı alırken hiç tıbbi hataya maruz kaldınız mı?

() Bilmiyorum () Hayır

() Evet hatasına maruz kaldım, bence hatanın sorumlusuidi.

13. Ailenizden birisi hiç tıbbi hataya maruz kaldı mı?

() Bilmiyorum () Hayır

() Evet.....hatasına maruz kaldı, hatanın sorumlusuidi.

14. Siz ya da ailenizden biri yaşadığımız tıbbi hatanın sonucunda ne tür zarar gördünüz?

() Fiziksel sorunlar () Psikolojik sorunlar

() İşe ya da okula gidememe () Sakatlık () Ölüm

15. Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor?

() Hekimler () Hemşireler

() Diğer (yazınız).....

16. Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması

() Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres

() İletişim bozuklukları

() Ekip çalışmasının olmaması

() Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması

() Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması

() Mesleki eğitiminin yetersiz olması

() Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması

() Diğer.....

17. Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır.
 Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidirler.
 Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir.
 Diğer (belirtiniz).....

18. Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır?

- Hatayı yapan kişiler Hatanın yaşandığı kurumlar
 Her ikisi de Diğer.....

19. Tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu var mıdır?

- Evet Hayır Bilmiyorum

20. Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payı nedir?

- Büyük oranda koruyabilir Biraz koruyabilir Koruyamaz

21. Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?

- Hiç duymadım Nadiren Ara sıra Çok sık

22. Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz?

- Çok güvenirim Biraz güvenirim Güvenmem

23. Sağlık

güvenceniz var mı? Evet Hayır

26. Sizce aşağıdaki davranışlar tıbbi hataları ne kadar önleyebilir? Bu davranışların uygulanabilirliği nedir?

(Uygun yere X işareti koyunuz)

(Uygun yere X işareti koyunuz)

	Tıbbi Hatayı			Uygula- Durumu	
	Doktorun	Hemşirenin	Diğer	Uygulanır	Uygulanmaz
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması					
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi					
Yazılan reçetelerin okunaklı olması					
Eczaneden ilaç alırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması					
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması					
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda <u>açıklayıcı</u> bilgi verilmesi					
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin <u>yazılı</u> verilmesi					
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi					
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerini yıkamasını istemesi					
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi					
Cerrahin, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi					
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması					
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi					
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi					
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması					
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması					
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi					
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması.					

EK 3 KAMU EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ANKET ONAYI



İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
BAKIRKÖY İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
06/04/2017 13:47 - 95273397 - 604.02 - E.4816



0004287277

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397-604.02
Konu : Araştırma İzni Hk.
(Şeyma Nur ER)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz 34810 İstanbul)

İlgi :07/03/2017 tarihli ve 6308 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi yüksek lisans öğrencisi Şeyma Nur ER'in, "**Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Hasta Cüvenliği Algısı ve Tutumu: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği**" başlıklı çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, 28.03.2017 tarihinde gerçekleştirilen 2017/2 sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

İş bu konuda adı geçeninin yapacağı çalışmasının bitiminde bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Dr. Abdulvahit SÖZÜER
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. 25/2 34147 Bakırköy İSTANBUL
A tılı bilgi için: İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge Birimi nilufer.savas@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3132*49-9985-436e-920f-ef495997a36e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile inzalanmıştır.

EK 4 ÖZEL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ANKET ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



E-İmzalıdır

Sayı : 31034136-302.08.01-E.4837
Konu : Şeyma Nur ER
Anket Çalışması

22/02/2017

MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şeyma Nur ER'in, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Hasta Güvenliği Algısı ve Tutumu: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını, Hastalar ile Sağlık Çalışanları üzerinde yapabilmesi hususunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür

EKLER:
Etik Kurulu Kararı
Hasta Güvenliği Anket Formu
Sağlık Çalışanı Anket Formu
Araştırma Detay Formu
Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu
Dilekçe (2- sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Nesrin EMEKLİ tarafından 22.02.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden A43B742FX6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.1866
Konu : Etik Kurulu Hk.

23/01/2017

Sayın Şeyma Nur ER

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.05.2016 tarihli 254 karar no ile onay verdiği "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Algısı ve Hastaların Hasta Güvenliği Hakkında Tutumu: Eğitim ve Araştırma Kamu ve Özel Hastane Örneği" isimli çalışma başlığının "Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Hasta Güvenliği Algısı ve Tutumu: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" olarak değiştirilmesi talebiniz uygun bulunmuş olup, kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 23.01.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden E98F258DX3 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavaçık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavaçık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr





İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Algısı ve Hastaların Hasta Güvenliği Hakkında Tutumu: Eğitim ve Araştırma Kamu ve Özel Hastane Örneği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Şeyma Nur Er			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	10.05.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	10.05.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 254	Tarih: 13/05/2016				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ilknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şeyma Nur	Soyadı	ER
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	13.09.1994
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	26360099522
E-mail	seyma.er.94@gmail.com	Tel	0534 701 44 71

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi	2016
Lise	Güner Akın Lisesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Kalite Direktörü	Avrupa Şafak Hastanesi	2018 - devam ediyor
2. Kalite Sorumlusu	Özel Rumeli Hastanesi	2016-2018

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	57.73	63.38	72.89

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi
SPSS	İyi