T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEKİM VE HEMŞİRELERİN HATA RAPORLAMA ENGELLERİ

Dilek SOYDEMİR

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR- 2015

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2010970065

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEKİM VE HEMŞİRELERİN HATA RAPORLAMA ENGELLERİ

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek SOYDEMİR

Danışman Öğretim Üyesi: DOÇ. DR. ŞEYDA SEREN İNTEPELER

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2010970065

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans programı öğrencisi Dilek SOYDEMİR'in " Hekim ve Hemşirelerin Hata Raporlama Engelleri" konulu Yüksek Lisans tezini 01.06.2015 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



BAŞKAN

Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER



ÜYE

Prof. Dr. Yücel ARISOY



ÜYE

Doç. Dr. Hatice MERT



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Özlem BİLİK



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Fatma VURAL

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ....iv
ŞEKİLLER DİZİNİ....v
KISALTMALAR....vi
TEŞEKKÜR....viii
ÖZET....1
ABSTRACT....3
1. GİRİŞ....5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi....5
1.2. Araştırmanın Amacı....8
2. GENEL BİLGİLER....9
2.1. Hasta Güvenliği....9
2.1.1. Hasta Güvenliği Tanımı ve Önemi....9
2.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü....12
2.2. Tıbbi Hata Kavramı....13
2.3. Tıbbi Hata Sınıflandırması....14
2.3.1. İlaç (Medikasyon) Hataları....16
2.3.2. Cerrahi Hatalar....19
2.3.3. Tanı Hataları....20
2.3.4. Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hatalar....21
2.3.5. Diğer Hatalar....22
2.4. Tıbbi Hata Raporlama....24
2.5. Tıbbi Hata Raporlama Engelleri....27
3. GEREÇ VE YÖNTEM....32
3.1. Araştırmanın Tipi....32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı....32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları....32
3.4. Çalışma Materyali....33
3.5. Araştırmanın Değişkenleri....33
3.6. Veri Toplama Araçları....33
3.6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bilgi Formu (Ek 1):....33
3.6.2. Görüşme Formu (Ek 2):....33
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi....34
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi....34

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 36
3.10. Etik Kurulu Onayı 36
4. BULGULAR 37
4.1. Hekim ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri 38
4.2. Hekim ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Raporlama Engelleri Hakkındaki Görüşlerine İlişkin Bulgular 39
4.2.1. Korku 39
4.2.2.Yönetimin Tutumu 45
4.2.3.Sistemle İlgili Engeller 49
4.2.4.Çalışanların Hata Algısı 53
5.TARTIŞMA 59
5.1.Korku 59
5.2.Yönetimin Tutumu 61
5.3.Sistemle İlgili Engeller 64
5.4. Çalışanların Hata Algısı 66
6. SONUÇ 69
7. ÖNERİLER 70
KAYNAKLAR 72
EK 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BİLGİ FORMU 83
EK 2. GÖRÜŞME FORMU 84
EK 3. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 85
EK 4. KURUM İZNİ 86
EK 5. ETİK KURUL İZNİ 87
EK 6. ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞ 89

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Planı ve Takvimi 34
Tablo 2. Hekim ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri 38
Tablo 3. Hekim ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Raporlama Engellerine İlişkin Oluşturulan Alt Kategoriler ve Ana Temalar 39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Tıbbi Hata Raporlamayı Etkileyen Engeller 30

KISALTMALAR

AAOS : American Academy of Orthopaedic Surgeons (Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi)

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ACP : American College of Physicians (Amerikan Hekimler Koleji)

ACSNI : Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (Nükleer Tesis Güvenliği Danışma Kurulu)

ACS : American College of Surgeons (Amerikan Cerrahlar Koleji)

ADA : American Dental Association (Amerikan Diş Hekimleri Derneği)

ADE : Adverse Drug Event (İstenmeyen İlaç Olayı)

ADR : Adverse Drug Reaction (İstenmeyen İlaç Reaksiyonu)

AHA : American Hospital Association- Amerikan Hastaneleri Derneği)

AMA : American Medical Association (Amerikan Tıp Derneği)

AORN : Association of Perioperative Registered Nurses (Perioperatif Kayıtlı Hemşireler Derneği)

APA : American Pharmaceutical Association (Amerikan İlaç Derneği)

ASHP : The American Society of Health System Pharmacists Foundation (Amerikan Hastane Eczacılar Derneği)

CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)

GATF : Gülhane Askeri Tıp Fakültesi

HKS : Hizmet Kalite Standartları

HSC : Health and Safety Commission (Sağlık ve Güvenlik Komisyonu)

IOM : Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

IPSG : International Patient Safety Goals (Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri)

JCAHO	**:**	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
JCI	**:**	Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
NCC MERP	**:**	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (İlaç Hataları Raporlama ve Önleme Koordinasyon Konseyi)
NPSF	**:**	National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu)
SHKS	**:**	Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları
WHO	**:**	World Health Organizations (Dünya Sağlık Örgütü)
GRS	**:**	Güvenlik Raporlama Sistemi

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında, her türlü rehberlik, bilginin yanı sıra her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen çok değerli danışman hocam
Sayın Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER'e,
Yüksek lisans eğitimim süresince, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, benden görüş ve önerilerini esirgemeyen değerli hocam
Sayın Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN'a
Araştırmamın her aşamasında değerli bilgilerini esirgemeyen ve verilerin yorumlanmasında büyük katkı sağlayan değerli hocam
Sayın Doç. Dr. Hatice MERT'e,
Araştırmamın, kurumlarında yapılmasına izin veren hastane yöneticilerine ve araştırmaya gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm hekim ve hemşire meslektaşlarıma,
Mesleğimi sevmemde, bugünlere gelmemde büyük katkıları olan, eğitim, öğrenim sürecinde bana destek veren ve her zaman yanımda olduklarını hissettiğim
Canım annem, canım babam ve canım kardeşime,
Yüksek lisans eğitimim süresince her konuda sabrı ve desteğini benden esirgemeyen
Sevgili eşim Sinan SOYDEMİR ve Canım oğlum Ege SOYDEMİR'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dilek SOYDEMİR
Haziran, 2015

HEKİM VE HEMŞİRELERİN HATA RAPORLAMA ENGELLERİ

Dilek SOYDEMİR

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

dileksoydemir@gmail.com

ÖZET

Amaç: Çalışma, hekim ve hemşirelerin tıbbi hataları raporlama engellerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Fenomenolojik yaklaşım kullanılarak yapılan bu araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklem grubu kurumda çalışmakta olan hekim ve hemşirelerden, amaçlı örneklem yöntemlerinden biri olan kolay ulaşılabilir durum örneklemesi yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile hekim ve hemşirelerle derinlemesine bireysel görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Görüşmeler veri doygunluğu sağlandıktan sonra sonlandırılmış, sekiz hekim ve 15 hemşire olmak üzere toplam 23 görüşme yapılmıştır. Görüşmelerin tamamı, görüşmecilerden izin alınarak ses kayıt cihazına kaydedilerek yapılmış, elde edilen veriler içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın geçerlik ve güvenirliğini artırmak için verilerin iki uzman kişi tarafından da kontrol edilmesi sağlanmıştır. Veriler, uzmanlar ve araştırmacı tarafından yeniden düzenlenmiştir. Daha sonra tüm veriler temalara göre yorumlanarak rapor haline getirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada, hekim ve hemşirelerin bir tıbbi hatayla karşılaştıklarında ya da tanık olduklarında hata raporlamaktan çekindikleri ve raporlamamayı tercih ettikleri görülmüştür. Hata raporlama engelleri incelendiğinde, "korku", "yönetimin tutumu", "sistemle ilgili engeller" ve "çalışanların hata algısı" olmak üzere dört ana tema ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Bu çalışmanın sonucu, tıbbi hataların önlenmesinde hekim ve hemşirelerin tıbbi hata raporlama engellerini tanılamanın önemini göstermektedir. Hataların önlenmesinde çalışanların tıbbi hata ve hasta güvenliği konularında bilgilerinin desteklenmesi, etkin bir bildirim sistemi kullanılması, kurumlarda bildirim kültürünün oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Hemşire, Tıbbi Hata, Hata Raporlama, Hasta Güvenliği, Hata Raporlama Engelleri

OBSTACLES TO ERROR REPORTING ENCOUNTERED BY PHYSICIANS AND NURSES

Dilek SOYDEMİR

Izmir Bozyaka Training and Research Hospital

dileksoydemir@gmail.com

ABSTRACT

Objective: This study aims to identify the obstacles that are encountered by physicians and nurses in the process of reporting errors.

Method: This study was performed through a phenomenological approach and was implemented in a training-and-research hospital. The sample group for the study included in physicians and nurses working in the hospital and was determined through convenience sampling, as was considered to be an appropriate sampling method. The survey data was collected through use of the introductory information form of socio-demographic characteristics created by the researcher, by conducting semi-structured interviews, and by in-dept individual interview method physicians and nurses individually. The interview phase was deemed complete once adequate data, based on 23 interviews from a sample group comprised of 15 nurses and eight physicians, was obtained. All interviews were recorded with a tape recorder with the permission of negotiators, and the data thus obtained was evaluated through the content analysis method. In order to ensure the validity and reliability of the study, the data was examined by two competent persons. The data was reorganized by experts and researchers. All of the data was interpreted according to topics, after which a report was prepared.

Findings: It has been observed in this study that physicians and nurses hesitate to report a medical error when they experience it or witness it, and that they prefer not to report it. According to the examination of obstacles to error reporting, four main topics emerged: "fear," "attitude of administration," "systemic obstacles" and "error perception of workforce."

Outcome: In conclusion, the study serves to indicate the significance of the obstacles to error reporting among physicians and nurses as well as to identify those obstacles in order to prevent medical errors. So that these errors can be prevented, the study's recommendations include support for the workforce's information about medical errors and patient safety, the

use of an effective notification system and the creation of a culture of notification in institutions.

Keywords: Physician, nurse, medical error, error reporting, patient safety, obstacles to error reporting

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık kurumları, son derece karmaşık yapılanmaları olan, farklı profesyonellerin görev aldığı ve hizmeti karmaşık süreçlerle sunan organizasyonlardır (Akgün ve Al-Asaf, 2007). Teknolojinin hızla değişmesi ve yoğun olarak kullanılması, üretim sürecindeki değişken sayısının fazlalığı, farklı nitelik ve nicelikte iş gören istihdamı, maliyetlerin artması, hasta şikayetleri ve iyi bakım isteğinin yaygınlaşarak artması, hastanelerin ve sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıya dönüşmesine sebep olmaktadır. Gerekli düzenlemeler yapılmadığında geri dönüşümü mümkün olmayan hayati hataları, eksiklikleri, bunların sebep olduğu güvensizlikleri ve bu doğrultuda hizmet sunanlar ile hizmet alanlar açısından risk faktörlerini beraberinde getirmektedir. Böylece tıbbi hata ve istenmeyen olaylarla karşılaşılmakta, hastalar ve çalışanlar zarar görmektedirler (Alcan, 2001; Aslan ve Albayrak, 2002).

Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenmeyen sonuçlardır (National Patient Safety Foundation-NPSF, 2008). Bu hatalar hastalarda morbidite ve mortalite artışlarına neden oldukları gibi aynı zamanda finansal açıdan da maliyet artışlarına yol açmaktadırlar (Akgün ve Al-Asaf, 2007).

Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine-IOM) 2000 yılında yayımladığı rapora göre Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir (IOM, 2001). Ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer alan tıbbi hatalar, trafik kazaları, AIDS, diyabet, meme kanseri gibi nedenlerden daha fazla ölüme yol açmaktadır (Kohn ve ark., 2000).

New York Eyaleti'nde yapılan Harvard Tıp Uygulamaları Çalışması'nda (1991) ise, hastane başvurularının %3.7'sinde hastaya zarar veren en az bir hata yapıldığı ve bunların yarısından fazlasının önlenebilir olduğu gösterilmiştir (Jeffrey ve ark., 2002). Tıbbi hataların tam olarak zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, çözüm önerilerinin belirlenebilmesi açısından son derece önem taşımaktadır. Ancak tüm bu hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan saptanmalıdır (Akgün ve Al-Asaf, 2007). Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek ve azaltmaya yönelik kullanılan en önemli yöntem hataların rapor edilmesi ve analizidir (Association of Perioperative Registered Nurses-AORN, 2006). Bu da

etkin raporlama sistemlerinin kullanılması ile olasıdır. Raporlama sisteminin; raporlamayı yapanın kimliğinin açıklanmadığı, cezalandırıcı yerine kişilerin hata bildirimini özendirici, hata bildirimi yapan sağlık personelini koruyucu bir yapıda olması istenir. Hasta Güvenliği ve Kalite İyileştirme Eylem Planı (2005) bu doğrultuda atılmış önemli bir adımdır. Zorunlu tıbbi hata bildiriminden çok gönüllülük temelli hata bildirimine odaklanmak ana stratejilerden olmalıdır. Ayrıca ulusal veri bankaları yaratmak ve bunların analizlerini yapmak, eğilimleri belirlemek hasta güvenliği programlarını ve çıktılarını önemli derecede iyileştirecektir (Akgün ve Al-Asaf, 2007). Bu durum çalışan ve hasta güvenliği konusunun ülkelerin gündeminde önemli bir yere taşımakta olduğunu göstermektedir (Alcan, 2001; Aslan ve Albayrak, 2002).

Tıbbi hataların önlenebilir hale gelmesi için çeşitli yollar aranmaktadır. Aranan bu yollar hata bildirim sistemlerinin geliştirilmesi, hataların bildiriminin artırılması ve ramak kala hataların da bildirilerek tekrarlanmasının önlenmesidir. Aksi halde sağlık personelleri yasal durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Cresswell ve Sheikh, 2008).

Ülkemizde de T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından, 2011 Hizmet Kalite Standartları (HKS) doğrultusunda hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olaylara karşı koruyucu olarak kullanılacak "Güvenlik Raporlama Sistemi" (GRS) tanımlanmıştır. Sistemin amacı hastaya ve/veya çalışana zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin oluşmasını engellemektir. HKS kapsamında 01 Temmuz 2011 tarihinden itibaren sağlık kurumlarında; ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hasta düşmeleri, kesici-delici alet yaralanmaları ve kan/vücut sıvıları ile temas konularının tıbbi hata kapsamına girdiği ve bildiriminin yapılması gerektiğine karar verilmiştir. Bununla beraber Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SHKS) kapsamında 01 Nisan 2012 tarihinden geçerli olmak üzere bu sisteme ilişkin01.01.19.00.G no'lu standartta bazı değişiklikler yapılmış olup sadece hasta güvenliği ile ilgili ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik konularına yer verilmiştir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=243; Güler ve ark., 2012b).

Tıbbi hata raporlama, hasta güvenliği kültürünü geliştirmede önemli bir bileşen olmasına rağmen tıbbi hatalar büyük oranda sağlık bakım kurumlarında raporlanmamaktadır. Bu problemin nedenleri örgütsel düzeyde; kuruma ait hata raporlama süreçleri ve yapıları, bireysel düzeyde; çalışanların tercihleri, yetenekleri, bireysel özellikleri; örgütsel ve bireysel düzeyde ise; hem kurumun hem de çalışanların tercihlerini etkileyen eğitimsel ve kültürel

özellikler gibi çeşitli faktör ve engeller olarak sıralanabilir (Uribe, Schweikhart, Pathak ve ark., 2002).

Beklenmedik olayların raporlanması ile hastane yöneticileri, konu üzerinde çalışan komiteler, süreçlerdeki iyileştirmeye açık alanları belirlemeye, düzeltici veya önleyici faaliyetleri başlatmaya yönelik bilgiye sahip olabilmektedirler. Dikkatsizlik, yorgunluk, etkin olmayan iletişim, kötü tasarlanmış ekipman, ihmalkarlık, gürültülü çalışma ortamları insan hatalarını etkileyen faktörlerdir. Durum böyle olunca, sistemlerin insan hatalarını önleyecek şekilde tasarlanmasının önemi artmaktadır (Yıldırım, 2005).

Bir kurumdaki raporlama kültürü, çalışan personelin raporladıkları hata tipleriyle belirlenebilir (AORN, 2006). Sağlık hizmeti sunanların, tıbbi hataların raporlanmasına ilişkin algılarını ele alan bir araştırmada, kurumsal iklime benzer bir takım faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışanlar, iş arkadaşları tarafından ayıplanma veya dışlanma, hata yaptığını toplumda kabule zorlanma ve hata raporunun bir kopyasının personel dosyası içinde bulundurulması kaygısı taşımaktadırlar (Wolf ve ark., 2000). Bunun yanı sıra, hatanın tanımı konusunda ortak bir görüşe varılamaması, yönetimin destekleyici olmayan yanıtları ve rapor hazırlamanın belirli çaba gerektirmesi gibi unsurlar da çalışanların hata raporu doldurmamasının nedenleri arasında yer alır (Tütüncü ve ark., 2007).

Akins ve Cole tarafından 2005 yılında düzenlenen Delphi panelinde, tıbbi hataların bildirimini etkileyen en önemli altı neden ve bunları etkileyen faktörler; zaman ve insan gücü yetersizliği gibi kaynak yetersizliği, hasta güvenliği teknolojisine sahip olmama, değişime direnç, ayıplama kültürü ve deneyimli eski yöneticilerin hasta güvenliği kavramını anlamamaları ve uygulamalara katılmamaları olarak sıralanmıştır.

Ülkemizde HKS hazırlanırken gelişmiş birçok ülkede hasta güvenliğini tehdit eden veya edebilecek olayların bildirimine yönelik nasıl bir yol izlendiği, bildirimi yapılacak olayların neler olduğu ve nasıl bildirilmesi gerektiği noktasında araştırmalar yapılmıştır. Olay bildirimi kavramı ilk olarak 1980'li yıllarda ABD'de ortaya çıkmış, 2000'li yıllarda ise Avrupa ülkelerinin gündemine girmeye başlamıştır. Genel olarak bu konuya ilişkin süreçler incelendiğinde her ülkede farklı uygulamaları görmek mümkündür. Bazı ülkelerde olay bildirimleri kamu kontrolünde iken, bazı ülkelerde ise sivil kuruluşların kontrolünde yürütülmektedir. Ayrıca ülkeler kendi yasal mevzuatları çerçevesinde olay bildirimlerini zorunlu veya gönüllü kılmaktadırlar. Bunun yanı sıra hangi olayların bildirileceği de ülkeden ülkeye değişmekle beraber bildirilecek konu başlığı üç veya dört konu ile sınırlandırılmakta

ve hasta güvenliğini en çok tehdit eden olaylar bildirim sürecine dâhil edilmektedir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?page=243&lang=tr).

Ülkemizde de T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından geliştirilmiş, Güvenlik Raporlama Sistemi bulunmasına rağmen kurumlarda tıbbi hataların yeteri kadar raporlanmadığı yapılmış olan pek çok araştırmada görülmektedir. Ancak, hasta güvenliğine yönelik yapılan araştırmalarda, genellikle tıbbi hatalar ve hata nedenlerine yönelik istatistiksel sonuçların verildiği dikkati çekmektedir. Literatürdeki eksik ve sınırlı kalan yön olarak hataların raporlanmama nedenlerinin derinlemesine incelenerek altta yatan faktörlerin anlaşılmaya çalışılmasının, kurumlarda hata raporlama tutumunu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Araştırmada, hekim ve hemşirelerin tıbbi hata raporlama engelleri belirlenmeye çalışılmış ve böylece hastane yöneticilerine ve çalışanlara desteklenecek konular açısından yol gösterici olacağı inancıyla gerçekleştirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, hekim ve hemşirelerin karşılaştıkları tıbbi hataları raporlama konusundaki engellerini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, kaliteli sağlık bakımının önemli bir unsurudur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda öncelikle hasta güvenliğinin öneminin anlaşılması ve hasta güvenliğinin bir kültür olarak benimsenmesi gerekir.

2.1.1. Hasta Güvenliği Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı ve sağlık bakım kalitesinin bir alt göstergesidir (NPSF, 2008). Hasta güvenliği; süreçlerdeki bazı hataların hastalara zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak, hataların hastalara ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır (Joint Commission International- JCI, 2007). Tıp Enstitüsü de hasta güvenliğini, hata olasılığını en düşük seviyeye indiren, meydana gelen hataları yakalama olasılığını en üst seviyeye yükselten sistem ve süreçlerin kurulması olarak tanımlamaktadır (IOM, 2000).

Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır (Güven, 2007). Sağlık hizmetleri alanında hasta güvenliği, bugün dünya genelinde öncelikli konu haline gelmiştir. Hasta güvenliği ciddi küresel bir kamu sağlığı sorunudur. Gelişmiş ülkelerde, hastanede bakım alan her 10 kişiden birinin zarar gördüğü tahmin edilmektedir (http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/).

Özellikle teknolojideki hızlı ilerlemeler sağlık profesyonellerinin tanı ve tedavilerini etkilemekte bakım planlarının ve tıbbi uygulamalardan doğabilecek hata kaynaklarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Burada amaç, mümkün olduğunca hatayı en aza indirmek, hasta bakımını etkin ve efektif bir biçimde sunabilmektir. Bu kapsamda bakım kaynaklı olası istenmeyen olayları (tıbbi hataları) önlemeye yönelik hasta güvenliği programlarının önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır (Akgün ve Al-Asaf, 2007).

Uluslararası alanda hasta güvenliği ile ilgili gelişmeler eskilere dayansa da son yıllardaki bilim ve teknolojideki ilerlemelere paralel olarak hasta güvenliği çalışmaları hızla iyileştirilmiş ve geliştirilmiştir. JCI'ın, bildirimi yapılan beklenmedik olaylardan yola çıkarak, 2005 yılından itibaren uygulamaya yönelik bir dizi hasta güvenliği hedefi belirlediği, bu

çalışmayla Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'nin (International Patient Safety Goals-IPSG) ortaya çıktığı bilinmektedir.

Hasta güvenliği ile ilgili olarak sağlık bakım hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesinde kilit rol oynayan bileşenlerden biri olan "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri", JCI tarafından her yıl yeniden gözden geçirilerek, gelişebilecek risklere karşı yeni hedefler oluşturmaktadır. JCI, 01 Ocak 2015'te geliştirmiş olduğu Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri Hastane Akreditasyon Programı'nda da, Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'nin kapsamını genişleterek yer vermiş ve bazı hedefler eklemiştir. Bu hedefler şunlardır (JCI, 2015):

Hedef 1- Hastanın Doğru Kimliklendirilmesinin Geliştirilmesi: Bakım ve tedavi hizmeti verilirken en az iki tanımlayıcı kullanılması, bu konuda kabul edilebilir tanımlayıcıların; kişinin ismi, kimlik numarası, telefon numarası veya kişiye özel diğer tanımlayıcılar olarak belirlenmesi ile ayrıca hasta yanlış tanımlamalarından kaynaklanan yanlış kan transfüzyonlarının elimine edilmesidir.

Hedef 2- Bakım Vericiler Arasında Etkili İletişim Sağlanması: Kritik test sonuçlarının raporlanmasını yönetmek üzere bir süreç/prosedür geliştirilmesidir.

Hedef 3- İlaç Güvenliğinin Artırılması: Perioperatif ve diğer ortamlarda, açık ve kapalı steril alanlardaki tüm ilaçlar, ilaç içerikleri ve diğer solüsyonların etiketle tanımlanmasıdır. Henüz birçok kuruluşta etiketlemenin rutin olarak yapılmaması sebebiyle güvenli ilaç yönetimi ilkeleri ihmal edilmekte olup, tüm ilaçların etiketlenmesi güvenli ilaç yönetiminde tutarlı bir risk azaltma faaliyetidir.

Ayrıca atriyal fibrilasyon, derin ven trombozu, pulmoner emboli, mekanik kalp kapak implantı gibi durumlarda teröpatik tedavi olarak kullanılacak antikoagülan tedavi ile hastanın zarar görme olasılığının azaltılması, hastanın almakta olduğu ilaçları ile yeni ilaçlarının etkileşiminin karşılaştırılması gerekmektedir.

Hedef 6- Klinik Alarm Sistemleri ile İlişkili Zararların Azaltılması: Potansiyel hasta sorunlarının tespitinde tüm bakım vericileri uyarmak için tasarlanmış olan klinik alarm sistemlerinin güvenliğinin geliştirilmesidir. Hasta bakım alanlarında kullanılan, çok sayıdaki alarm sinyallerinin çıkardığı gürültü, personeli de duyarsızlaştırarak alarmların gözden kaçırılmasına, görmezden gelinmesine ya da devre dışı bırakılmasına yol açabilir. Bu alarm sistemleri iyi yönetilmediği durumda hasta güvenliği tehlikeye girebilir.

Hedef 7- Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonların Azaltılması: Güncel yayımlanmış ve genel olarak kabul görmüş, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organisation- WHO) el hijyeni konusundaki rehberlerine uyulması; hastanelerde, çoklu ilaç dirençli enfeksiyonların, santral katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarının, cerrahi alan enfeksiyonlarının ve katater ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesinde kanıta dayalı uygulamaların kullanılmasıdır.

Hedef 9- Hastaların, Düşmeler Sonucu Oluşacak Zarar Görme Risklerinin Azaltılması: Düşme risklerinin azaltılmasıdır.

Hedef 14- Sağlık Bakımına Bağlı Basınç Ülserlerinin Önlenmesi: Basınç ülseri gelişme risklerinin değerlendirilmesi, periyodik olarak da değerlendirilmelerin tekrar edilmesi ve riskleri gidermek için eyleme geçilmesidir.

Hedef 15- Hastanelerin, Hasta Popülasyonları İçerisinde Doğal Güvenlik Risklerini Belirlenmesi: Yalnızca psikiyatri hastaneleri hastaları ile genel hastanelerde duygusal ya da davranışsal bozukluk tedavisi gören hastaların intihar riski yönünden değerlendirilmesi ve riskli bireylerin korunmasıdır.

Kamu ve özel sektörde sağlık alanında kanıtlar sunarak bilinçli, sağlıklı kararlar alınmasını sağlamayı amaçlayarak 1970 yılında kurulan bir organizasyon olan Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine-IOM), 21. yüzyılda sağlık sisteminin iyileştirilmesi için önerdiği amaçlar da; güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında verilen, verimli sunulan ve eşit dağıtılan bir sağlık hizmeti olarak belirtilmiş; nitelikli sağlık sistemi/sağlık kurumu için hasta güvenliğine ilk sırada yer verilmiştir (IOM, 2001).

Sağlık hizmetleri alanında hasta güvenliği, bugün dünyada öncelikli konu haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, gelişen ve değişen sağlık gereksinimleri ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından riskleri de beraberinde getirmektedir (Sezgin, 2007). Sağlık hizmeti sunumu sırasındaki hataları sıfıra indirmek mümkün olmayabilir, ancak kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili düzenlemelerin yapılması, kuralların oluşturulması ile hata ve risklerin en az sayıya indirilmesi hasta güvenliği kültürünün yaygınlaştırılması ve aynı zamanda tüm sağlık çalışanları tarafından içselleştirilmesi ile mümkün olabilir (Çiftlik ve ark., 2010).

Hasta güvenliği, olumsuz sonuçlara yol açan tıbbi hataların raporlanması, analizi ve önlenmesini vurgulayan yeni bir sağlık disiplinidir. Tıbbi hatalar yeni bir olgu olmamakla birlikte, tıbbi hatalara bağlı zararlar ve ölümlere ilişkin araştırmaların artması ve yayımlanan sonuçların yarattığı etki, özellikle son yıllarda hasta güvenliği kavramının ön plana çıkmasında etkili olmuştur (Tanrıkulu, 2010).

2.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Kurum kültürü, bir kurumun üyeleri tarafından paylaşılan ve onların davranışlarını düzenleyen resmi ve resmi olmayan kurallar bütünü; çalışanların kurumsal davranışlarını yönlendiren normlar, davranışlar, değerler, inançlar ve alışkanlıklar sistemidir (http://www.canaktan.org/yonetim/kurumsal-kultur/kavram.htm). Kurumsal kültür, "bir kurumda işlerin nasıl yürüdüğü"dür. Diğer bir deyişle "burada işler böyle yapılır" şeklinde tanımlanabilir. İşlerin yapılış şekli eski üyeler tarafından yeni üyelere gösterilir (Lowery, 1997).

Güvenlik kültürü ise, kurumsal kültürün bir alt yönüdür (Cooper, 2000). Kültür kavramında olduğu gibi, güvenlik kültürü konusunda da birçok tanım yapılmıştır. Güvenlik kültürü, bir kurumda hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır. Nükleer Tesis Güvenliği Danışma Kurulu (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations-ACSNI)'nun 1993'te hazırlamış olduğu raporda; güvenlik kültürü, "bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür" şeklinde tanımlanmıştır (HSC, 1993).

Hasta güvenliğinin amacı, sağlık hizmeti sunum süreçlerindeki basit hataların hastalara zarar vermesini engellemek için tasarımlar yapmak, hatalar hastaya ulaşmadan önce önlenmesini ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (Yıldırım, 2005). Güvenlik kültürünün cesaretlendirilmesi hasta güvenliğinin temel taşlarından biridir (Nieva ve Sora, 2003). Kaliteli ve verimli hizmet sunum sürecinde tıbbi hatalardan oluşabilecek kayıpları önlemek, sağlık kurumlarının başarısında önemli bir yer tutmaktadır. Başarının sağlanması hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ile mümkün olmaktadır (Özmen ve ark., 2010).

Hasta güvenliği konusundaki hatalar; uygulamalardan, kullanılan ürünlerden, prosedürlerden ya da sistemle ilgili sorunlardan kaynaklanabilir. Hasta güvenliği; performans

gelişimi, çevre güvenliği ve risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç kullanımı, kullanılan ekipmanın güvenliği, güvenli klinik uygulama ve bakımın verildiği çevrenin güvenliğini içermektedir (WHO, 2009). Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm personel, bir şekilde hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için, sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayırmalıdır. Bu kaynaklar arasında nitelikli sağlık personelinin varlığı önemli bir yere sahiptir. Nitelikli sağlık personeli içerisinde tüm sağlık ekip üyeleri yer almaktadır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000; Karan, 1999).

2.2. Tıbbi Hata Kavramı

Reason'a (2000) göre "yanlış", "kusur" ve "hata" kavramları birbirinden ayrı kavramlardır. Yanlış; istenilen çıktıya ulaşmak üzere planlanan zihinsel ve fiziksel faaliyetlerin istenilen şekilde yürümemesi ya da bir ilke, kural veya gerçeğe uymaması durumu, bir başka deyişle, yapılan faaliyet sonucunda istenilen çıktıya ulaşılamaması olarak tanımlanabilir. Kusur; bir eksiklik veya yapılması gerekenin bilinçli veya bilinçli olmadan istenilen şekilde yapılamaması olarak ifade edilebilir. Hata ise; kişinin veya kurumun, durumun ve zamanın gerektirdiği gerçeklere uygun davranışı göstermemesi olarak açıklanabilir.

Tıbbi hatalar, planlanan bir tıbbi uygulamanın amaçlandığı şekilde tamamlanamaması (uygulama hatası) veya amaca ulaşabilmek için yanlış plan yapılması ve uygulanması (planlama hatası) olarak tanımlanmaktadır. Yan etki ise, sağlık hizmetinin (tıbbi uygulamanın), hastanın içinde bulunduğu duruma veya altta yatan hastalığa bağlı olmaksızın, yol açtığı zarar veya hasardır (IOM, 2000).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (NPSF) ise sağlık hizmetine bağlı hatayı (tıbbi hata); hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenmeyen sonuçlar olarak tanımlamaktadır (NPSF, 2003). Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO)'na (2006) göre ise tıbbi hata; sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesidir.

Sağlık sisteminde alınan pek çok güvenlik önlemine rağmen hastanın tedavisi ve bakımı sırasında bazen tıbbi hatalar yaşanmakta ve bu hatalara bağlı olarak ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi hata olarak isimlendirilen bu duruma; bakım aldığı sırada istenmeyen etkilere ya da hataya maruz kalmaya gelişmiş ülkelerde 10 hastadan birinin uğradığı,gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın daha da yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Oktay ve ark., 2000; Chappy, 2006).

Tıbbi hatalar, Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almakta ve motorlu taşıt kazaları, meme kanseri ve AIDS'e bağlı ölümlerden önce gelmektedir (Kohn, 2000). Aynı ülkede hekimler ve toplumun, sağlık hizmeti aldıkları sırada tıbbi hatalarla karşılaşıp karşılaşmadıklarını araştıran bir başka çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma oranı hekimlerde %35, toplumda ise %42 olarak bulunmuştur (Blendon ve ark., 2002).

Tıbbi hataların başka ülkelerin de sorunu olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Yetişkin hastalarla altı ülkede yapılan bir çalışmada hastaların tıbbi hata deneyiminin ABD'de %34, Kanada'da %30, Avustralya'da %27, Yeni Zelanda'da %25, Almanya'da %23 ve Birleşik Krallık'ta %22 oranında olduğu belirlenmiştir (Schoen, 2005).

JCI'ın 1995-2008 tarihleri arasındaki istenmeyen olaylar raporunda 5632 istenmeyen olay bildirilmiştir. Bu istenmeyen olayların %13.1'i (741) yanlış taraf cerrahisi, %12.3'ü (698) hasta suistimali, %8.7'si (492) hatalı ilaç uygulaması, %6'sı (341) hasta düşmesi, %2'si (113) sağlık bakımı kaynaklı enfeksiyon ve %3.7'si (212) hastada yabancı cisim unutulması olarak belirtilmiştir (Timmons, 2009).

Ülkemizde de Aştı ve Kıvanç'ın (2003) yapmış oldukları bir çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin %20'sinin çalışma süreleri boyunca yanlış ilaç uygulaması yaptıkları saptanmıştır.

Ateş'in (2010) yapmış olduğu bir çalışmada da hemşirelerin %47.6'sı ilaç hatası yaptıklarını belirtmişlerdir.

İzmir'de bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada ise kliniklerde yatmakta olan hastaların %3.6'sında düşme gerçekleştiği görülmektedir (Madak, 2010).

2.3. Tıbbi Hata Sınıflandırması

Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan tıbbi hatalar, iki şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar uygulama hataları ve planlama hatalarıdır. Planlama hataları; amaca ulaşma yolunda yanlış

planlama yapılması şeklinde meydana gelmektedir. Uygulama hataları ise; planlanan tedavinin planlandığı şekilde tamamlanmaması sonucu amacına ulaşmaması olarak tanımlanır (Reason, 2000).

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir. Tıbbi hatalar, kök nedenlerine göre üçe ayrılmaktadır:

• *İşleme bağlı hatalar:* Yanlış işlemi yapma (errors of commission: doing the wrong thing),

• *İhmale bağlı hatalar:* Doğru işlemi yapmama (errors of omission: not doing the right thing),

• *Uygulamaya bağlı hatalar:* Doğru işlemi yanlış uygulama (errors of execution: doing the right thing incorrectly) (NPSF, 2007).

Leape ve arkadaşlarının 1993'te yapmış oldukları sınıflandırmaya, 1999 yılı raporunda yer veren Tıp Enstitüsü'ne göre de hatalar; tanı hataları, tedavi hataları, önleme hataları ve diğer hatalar olmak üzere dört kategoride incelenmiştir. Buna göre hatalar şu şekilde sınıflandırılmaktadır (IOM, 2001):

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

Ertem ve arkadaşları, 2009 yılında yapmış oldukları bir çalışmada da; hemşirelik mesleği ile ilgili tıbbi hataları özelleştirerek sınıflandırmışlardır. Çalışmada;

- Bakım standartlarını uygulama/izleme yetersizliği,
- İzlem ve iletişim yetersizliği,
- Kayıt tutma yetersizliği,
- Değerlendirme ve izlem yetersizliği,

- Hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili girişimlerin yetersizliği vb. şeklinde

sıralamışlardır.

Yapılan çalışmalarda hasta güvenliği açısından en sık karşılaşılan hata türleri arasında; ilaç hataları, hasta düşmeleri, hastane enfeksiyonları, iletişim sorunları, hasta izlemlerinin yetersiz yapılması ve malzeme kullanımına bağlı hataların yer aldığı belirtilmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Özata ve Altunkan, 2010).

Hata türü açısından incelendiğinde ise tıbbi hatalar; ilaç (medikasyon) hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliklerine bağlı hatalar ve diğer olarak beş grupta toplanmıştır (Akalın, 2005).

2.3.1. İlaç (Medikasyon) Hataları

İlaç hatası, İlaç Hata Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention-NCC MERP) tarafından, aralarında JCHAO ve Amerikan İlaç Derneği'nin (American Pharmaceutical Association-APA) de bulunduğu 19 uluslar arası organizasyonun oluşturduğu bağımsız bir kurul tarafından tanımlanmıştır. Bu karara göre, ilaç hatası, uygunsuz ilaç kullanımına ve hastanın zarar görmesine neden olan, sağlık hizmeti disiplinlerinin, hasta ve yakınlarının kontrolünde engellenmesi mümkün, önlenebilir bir olay olarak tanımlanmıştır (http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html).

Literatür incelendiğinde, ilaç hatası ve adverse olay (istenmeyen olay) terminolojileri ile birlikte sık geçen terimlerin, "istenmeyen ilaç olayı (Adverse Drug Event-ADE)", "istenmeyen ilaç reaksiyonu (Adverse Drug Reaction-ADR)" ve "ilaç kazaları (medication misadventure)" olduğu görülmektedir. ADE, ilacın hastaya verdiği zarardır. ADR ise hastanın zarar görmediği, fakat tedavide beklenmeyen, planlanmayan, istenmeyen veya beklenen etkinin çok fazla olarak kendini gösterdiği reaksiyonlardır. İlaç kazaları ise ilaç hatalarını, ADE'leri ve ADR'leri içinde bulunduran ortak bir terimdir. Bu terimler arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır (Bates, 1995).

İlaç hataları türlerinin belirlenmesinde en kullanışlı sınıflandırma 1990 yılında Amerikan Hastane Eczacılar Derneği (The American Society of Health System Pharmacists Foundation-ASHP) tarafından (1993), "İlaç Hatalarının Önlenmesi Rehberi" kapsamında yapılmıştır. Bu rehbere göre ilaç hataları türleri;

- İstem yapma hatası: Hekim tarafından ilacın yanlış istem yapılması, sözel istemin yanlış anlaşılması ya da alerjisi bilinen ilacın istem yapılmasıdır.
- Doz atlama hatası: İstem yapılan ilacın dozunun, bir sonraki uygulama zamanına kadar uygulanmamasıdır.
- Yanlış zaman hatası: İlacın planlanan uygulama zamanında uygulanmamasıdır.
- İstem yapılmayan ilacın uygulanması: Hekim tarafından istem yapılmayan bir ilacın uygulanmasıdır.
- Yanlış doz hatası: Hastaya istem yapılan dozun az ya da fazla uygulanmasıdır.
- Yanlış-dozaj form hatası: Hekim tarafından istem yapılan ilacın farklı formunun hastaya uygulanmasıdır.
- Yanlış veriliş yolu hatası: İstem yapılan ilacın doğru formunun, hastanın vücudunda yanlış alana uygulanmasıdır.
- Yanlış uygulama hızı hatası: İntravenöz ya da enteral sıvıların istem yapılan uygulama hızından farklı uygulanmasıdır.
- Yanlış ilaç hazırlama hatası: İlacın hazırlanmasının yanlış yapılmasıdır.
- Bozulmuş ilacın uygulanması: Son kullanma tarihi geçmiş ilacın uygulanmasıdır.
- İzlem hatası: Hastanın ilaca verdiği yanıtın, klinik ve laboratuar bulgularının değerlendirilmesinde oluşan yetersizlikten kaynaklanan hatalardır.

İlaç alerjisi (alerjisi bilinen ilacın uygulanması), ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri (etkileşimin belirlenmesi, belirlenen etkileşime rağmen uygulanması), ilacın yanlış hastaya uygulanması, ilacın yanlış etiketlenmesi, eczaneden yanlış ilaç gönderilmesi ve ciddi advers etki de ilaç hataları arasında yer almaktadır (Alcan, 2011; WHO, 2009b; http://www.nccmerp.org/sites/default/files/taxonomy2001-07-31.pdf.).

Çoğu önlenebilir olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. Bu hataların %34-56'sı önlenebilir hatalardır (Pronovost, 2005).

Kanada'da yapılan bir çalışmada tüm ilaç hatalarının, ilaç istemleri ve ilaç formu, dozajı gibi ilaç özellikleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Fijn ve ark., 2002). Kopp ve arkadaşlarının 2006 yılında bir yoğun bakımda yapmış oldukları çalışmada, ihmaller nedeniyle oluşma potansiyeli olan ve meydana gelmiş ilaç hatalarının, %20'sinin yanlış dozda ilaç uygulaması,

%16'sının yanlış ilaç uygulanması, %15'inin yanlış ilaç yönetim tekniğinin kullanılması olduğu, %23'ünün ise advers ilaç olayları olduğu ve bunun %10'unun da ilaç-ilaç etkileşimi sebebiyle oluşmuş hatalar olduğu görülmektedir.

Çırpı ve arkadaşları 2009 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, hemşirelerin uygulamada karşılaştıkları mesleki hataların başında %47 oranıyla ilaç uygulama hatalarının geldiğini belirtmişlerdir. Askeri bir hastanenin cerrahi yoğun bakım ünitesinde görülen parenteral ilaç uygulama hatalarının başında; ilaç uygulaması öncesinde ve sonrasında el yıkanmaması, enjeksiyon bölgesinin antiseptik solüsyonla silinmemesi, sözel istemin yazılı hale getirilmemesi, doğru yazılı istemin alınmaması yer almakla birlikte ilacın doğru teknikle hazırlanmaması, istem yapılmayan ilacın uygulanması, istem yapılan ilacın verilmemesi veya atlanması, doğru dozun uygulanmaması ve ilaç uygulaması sonrasında atıkların bir kısmının/tamamının uzaklaştırılmaması yer almaktadır (Aslan ve Ünal, 2005).

İzmir'de bir üniversite hastanesinde yapılan araştırmada, hastaların hemşirelik öykü formundaki ve hemşire gözlem formundaki kayıtlarının yarısından fazlasında (%74.4, %66.0) ilaç hatası saptanmıştır (Durmaz, 2007).

Ankara'da acil servis hemşireleri ile yapılan bir araştırmada da, yapılan ilaç uygulama hata tiplerinin önem sırası incelendiğinde; ilk önem sırasını "yanlış uygulama zamanı" alırken, ikinci olarak " tedavi uygulama saatinin geciktirilmesi" ve üçüncü olarak "yanlış doz" ilaç uygulamasının olduğu bulunmuştur (Tanrıkulu, 2010).

IOM 1999 raporunda, sağlık kuruluşlarının ilk önceliğinin ilaç güvenliği olması gerektiğinin altı çizilmiş, "To Err Is Human: Building a Safer Health System" adı altında yayımlanan raporda özellikle üç temel sonuç vurgulanmıştır:

-İlaç hatalarından zarar gören hasta popülasyonu oldukça yüksektir.

-İlaç hatalarının topluma getirdiği maliyet oldukça yüksektir.

-En yaygın hataların önlenmesine yönelik stratejiler iyi bilinmesine rağmen uygulanmamaktadır.

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından ilaç güvenliği konusu dikkate alınmış, 02.10.2012'de SHKS ve İlaç Güvenliği Rehberi yayımlanmış, 24.04.2013'te güncellenmiştir (Güler ve ark., 2012a).

2.3.2. Cerrahi Hatalar

Perioperatif Kayıtlı Hemşireler Derneği (Association of Perioperative Registered Nurses- AORN) yanlış taraf cerrahisini; yanlış hasta, yanlış parça, yanlış vücut tarafı, işaretlenen doğru vücut tarafının yanlış düzeyi üzerinde gerçekleşen tüm cerrahi uygulamalar olarak tanımlamıştır (AORN, 2006).

Her yıl 234 milyon insana cerrahi girişim uygulanmaktadır. İnsanların %5'i yaşamlarının her hangi bir döneminde cerrahi girişim geçirmektedir (WHO, 2009a). Yapılan çalışmalar cerrahi hataların, her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur (Pronovost, 2005). IOM raporuna göre de; tıbbi hataların %44.9'u ameliyatlara bağlıdır. Bu hataların %46.1'inden cerrahlar sorumludur (IOM, 2003).

Hastalarda yaralanmaya veya zarara neden olan hatalar incelendiğinde, en fazla cerrahi bölümlerden özellikle de ameliyathanelerden kaynaklı hataların olduğu görülmektedir. JCI kayıtlarına göre de 1995-2006 yılları arasında raporlanan 4064 beklenmeyen olayın 531'i (%13.1) yanlış taraf cerrahisidir (http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf(a)).

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan Güvenli Cerrahi Rehberi'nde de; dünyada yılda toplam 234 milyon ameliyat yapıldığı, bunun da her 25 kişiden birinin ameliyat olduğu anlamına geldiği belirtilmektedir. Cerrahi hastaların %3-25'inde kompleks durumlardan dolayı morbidite gelişmekte ve hastanede kalış süresi uzamaktadır. Dünya üzerinde yaklaşık yedi milyon postoperatif komplikasyon görülmektedir. Büyük cerrahi girişimler sonrası %0.4-10 ölüm gerçekleşmekte, yani yılda yaklaşık bir milyon insan ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve sonrasında hayatını kaybetmektedir. Son 30 yıl içerisinde anestezi uygulamalarında dramatik bir değişiklik olmuştur. Ancak dünya ülkelerinden bazılarında halen 150 kişiden biri genel anestezi sırasında hayatını kaybetmektedir. Gelişmiş endüstriyel ülkelerde tıbbi ve teknik hataların yarısının cerrahi kliniklerde oluştuğu ve bu hataların, güvenli cerrahi uygulamaları ile yarı yarıya azaltılabileceği bildirilmiştir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=346).

Ülkemizde yapılmış retrospektif bir çalışmada da yapılan ve medyaya yansıyan tıbbi hata türlerinden %10.5'inin hatalı ameliyatlar olduğu görülmektedir (Ertem ve ark., 2009).

Doğru cerrahi yapılmasını desteklemek amacıyla, JCI tarafından, Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association-AMA), Amerikan Hastaneleri Derneği (American Hospital Association-AHA), Amerikan Hekimler Koleji (American College of Physicians-ACP), Amerikan Cerrahlar Koleji (American College of Surgeons-ACS), Amerikan Diş Hekimleri Derneği (American Dental Association-ADA) ve Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi (American Academy of Orthopaedic Surgeons) gibi pek çok organizasyonla işbirliği yapılarak "Evrensel Protokol" hazırlanmıştır. Temmuz 2004'te resmen uygulamaya geçirilen bu protokol, 1 Ocak 2009'da yenilenmiştir. Bir kontrol listesi olarak da faydalanılabilen protokolün içeriğinde; ameliyat tarafının işaretlenmesi; ameliyat öncesi doğrulama süreci; ameliyata başlamadan önce ekip tarafından hasta, taraf ve girişim doğrulama, mola (time-out) yapılması başlıkları bulunmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan Güvenli Cerrahi Rehberi aynı amacı taşımaktadır (JCI, 2012; http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=346).

2.3.3. Tanı Hataları

Tanı hataları, yanlış tanı konulması, tanının gecikmesi, gereken testlerin uygulanmaması, yanlış ya da değeri kalmamış, bilimsel olmayan testlerin kullanılması, testin uygulanmasında hata yapılması, izlem ya da testlerin sonuçlarına uygun hareket edilmemesi olarak sıralanabilir (http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf(b)).

Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Tanısal hatalara deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde daha çok rastlanmaktadır (Pronovost, 2005).

ABD'nde Kachalia ve arkadaşları (2007) tarafından, 1979-2001 yılları arasında dört sigorta şirketine bildirilen malpaktis olaylarının incelendiği bir çalışmada, 122 olayın 79'unu (%65) tanısal hatalar oluşturmaktadır.

Can ve arkadaşları (2011) yapmış oldukları bir çalışmada, sağlık çalışanlarının yüksek yargı organının kararlarına göre belirlenen kusur nedenleri arasında ilk sırada 14 hastada yanlış tedavinin geldiği (%47), bunu sırasıyla 10 hastada özen ve dikkat göstermeme (%33), 4 hastada (%13) ihmal, 2 hastada (%7) ise tanı hatasının izlendiği sonucuna varmışlardır. Ertem ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları, günlük gazetelere konu edilen tıbbi hataların dağılımlarını inceledikleri retrospektif çalışmada da, hatalı tıbbi uygulamaların %11.6'sının

yanlış tanı şeklinde olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir alan çalışmasında, en sık karşılaşılan hataların arasında tanı testlerinin yetersizliği ve tanı hataları yer almaktadır (Özata ve Altunkan, 2010).

Tanı koymada çok büyük bir yere sahip olan laboratuvar hizmetlerinin etkili bir şekilde planlanıp yürütülmesi beklenmektedir. Bu amaçla tüm sağlık kurum ve kuruluşların, hizmetlerini yürütürken uymaları gereken bazı ulusal ve uluslararası kriterler belirlenmiş olup, ülkemizde de Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SHKS) kapsamında laboratuvarlara özgü kriterler belirlenmiştir (Güler ve ark., 2012b).

Ayrıca Tütüncü ve arkadaşları (2006) yapmış oldukları bir literatür tarama çalışmasında da laboratuvarlarda kalite sistemlerinin oluşturulmasının, tıbbi hataların azaltılmasında önemli bir rolü olduğunu vurgulamışlardır.

2.3.4. Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hatalar

Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. İlaçların uygulanmasında da ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır (Pronovost, 2005). Akalın (2004) tarafından da tıbbi hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklandığı vurgulanmıştır.

Sağlık kuruluşlarında, malzemelerin yanlış kullanılmasıyla da profesyonel kişilerce kullanılmaması da tanı ve tedavide hata nedeni olabilmektedir. Bu nedenle araç gereçlerin uzman, deneyimli kişiler tarafından kullanılması, tüm tıbbi cihazların düzenli bakım ve kalibrasyonlarının yapılması, kullanılan tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi, yeterli araç, gereç ve sarf malzemesinin sağlanması, tüm sarf malzemelerin kullanıcı tarafından uygunluğunun verilmesi, uygun büyüklükte malzemeler seçilmesi yanlış ve uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hataların önlenmesinde önemlidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Eşer ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada da, hemşirelerin %35.7'sinin infüzyon pompasını kullanmada, %43.3'ünün ilaç dozlarını hesaplamakta bazen güçlük yaşadığına ilişkin veriler bulunmaktadır.

Saygın ve Ökten (1990) anestezi ölümlerinin nedenleri üzerine yapmış oldukları bir çalışmada cihaz hatalarının; %24'ünün monitör hatalarından, %20'sinin solunum cihazı

hatalarından, %18'inin hava yolu kompanentlerinden, %12'sinin laringoskop hatalarından, %12'sinin anestezi makinesi hatalarından ve %14'ünün diğer nedenlerden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Yapılan bir vaka çalışmasında da, durum kullanım öncesi cihaz kontrolünün yapılmamasından kaynaklı, cihazın devresinin kapalı hale getirilememesi sonucu anestezi cihazının bozulduğu şeklinde yorumlanmıştır (Ertan ve ark., 2007).

Laboratuvar hataları içinde analitik dönem hataları olarak adlandırılan kalibrasyon hataları ve cihaz arızaları da sistem yetersizliklerine bağlı hatalardandır (Erbil, 2007).

Teşhis ve görüntüleme birimlerinden (röntgen, biyokimya, hematoloji, patoloji vb.) gelen yanlış raporlar, hekim tedavi istemlerinin yeterince yerine getirilememesi, hasta kayıtlarının güvenirliği ve doğruluğu, hekimin iş yükünün fazla olması tıbbi hataların temel nedenleri olarak literatürde sıkça yer almaktadır (Weingart ve ark., 2000).

Mayo ve Duncan (2004) da, personel sayısının gerek nitelik gerekse nicel olarak azlığı ve fazla çalışma süreleri (çalışma saatlerindeki artışlar) ile tıbbi hatalar ve hasta güvenliği arasında önemli bağlantı olduğunu vurgulamıştır.

2.3.5. Diğer Hatalar

Hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, yetersiz izlem veya tedavinin izleminde görülen hatalar, iletişim hataları, hasta düşmeleri gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır (Leape ve ark., 1993; Pronovost, 2005).

Hastane enfeksiyonları morbidite ve mortaliteyi artırmakta, hastanede yatış süresini uzatmakta ve maliyeti artırmaktadır. Dünya verileri hastane enfeksiyonları sıklığının %3-17 arasında olduğunu göstermektedir. Yoğun bakım üniteleri, yanık üniteleri gibi birimlerde bu oranlar daha yüksek olup %20-40 gibi oranlarda görülmektedir. Gelişmemiş ülkelerde, sağlık kuruluşuna başvuran hastalarda hastane enfeksiyonu gelişme riskinin gelişmiş ülkelere oranla 2-20 kat artmış olduğu bildirilmiştir. En sık görülen hastane enfeksiyonları, cerrahi alan enfeksiyonları, kan dolaşımı enfeksiyonları, pnömoni, üriner sistem enfeksiyonları, kardiyovasküler sistem enfeksiyonlarıdır (Öztürk, 2008). Buna karşın, hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40'ının önlenebilir olduğu ve her hastane enfeksiyonunun, temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğunda önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hata olarak kabul edilmesi gerektiği bilinmektedir (IOM 2000; http://www.who.int/gpsc/5may/en/.).

Standart bir sürveyans yöntemi kullanılarak hesaplanan spesifik hastane enfeksiyonu hızları olan ventilatör ilişkili pnömoni (VİP), santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı

enfeksiyonu (SVKİ-KDE), üriner kateter ilişki üriner sistem enfeksiyonu (ÜKİ-ÜSE), ameliyat tipine özgü cerrahi alan enfeksiyonu (CAE) hızları, sağlıktaki en önemli kalite göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Öztürk ve ark., 2011).

Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi "Centers for Disease Prevention and Control" (CDC) raporuna göre; sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 1.7 milyon sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon ile bu enfeksiyonlara bağlı 99000 ölüm geliştiği ve bu enfeksiyonların %32'sinin üriner sistem enfeksiyonları, %22'sinin cerrahi alan enfeksiyonu, %15'inin pnömoni (akciğer enfeksiyonları), %14'ünün kan dolaşımı enfeksiyonları olduğu tahmin edilmektedir (http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/hai.html).

JCI (2010) tarafından sağlık bakımında kalite ve hasta güvenliği konusunda oluşturulan "Focus Areas" programında, enfeksiyon önleme ve kontrol programlarının önemine değinilmiş, sağlık bakım ilişkili enfeksiyonların azaltılmasına da yer verilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2005 yılında başlatmış olduğu "Clean Care is Safer Care" projesi ve bu projenin bir parçası olan "Hayat kurtar: ellerini temizle" başlıklı 'Save Lives: Clean Your Hands" programı ile çok sayıda ülkede el hijyenine uyumun artırılmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür (http://www.who.int/gpsc/5may/en/.).

JCI, üç yıldan daha fazla bir süredir olan sentinel olayları izleme başladığından beri, transfüzyon hataları ile ilgili 12 vakayı gözden geçirmiş, her biri için kök neden analizi yapmıştır. JCI, bu 12 olayın sekizini kendi kendine raporlama sistemi sayesinde, üçünü eyalet veya federal düzenleyici kurumlar tarafından raporlanması ile birini ise medya sayesinde öğrenmiştir. İkisi iyileşme ile diğer 10'u ölümle sonuçlanan bu transfüzyon hatalarının, 11 tanesinin hemolitik reaksiyon olduğu görülmüştür. Yapılan bu hataların sekizinin hastanenin; acil servis, ameliyathane ve yoğun bakım gibi riskli birimlerinde veya resüsitasyon anında gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Kök neden analizlerine göre; hasta/kan doğrulaması gibi tamamlanmamış hasta değerlendirmesi, yetersiz yönlendirme, eğitim eksikliği ya da yetersiz personel ya da ekipman ile ilgili faktörlere bağlı hataların geliştiği bildirilmiştir (JCI, 1999).

ABD'deki önlenebilir transfüzyon hataları sıklığı ise 1/12.000 – 1/19.000 arasında değişmektedir ve başlıca sebepleri transfüzyon öncesi kan örneğinin, kan ünitesinin veya hastanın yanlış tanımlanmasıdır (Linden, 2000).

Transfüzyon hatalarının önlenmesinde, transfüzyon sürecinin her aşamasında yer alan tüm bileşenlerin birbiriyle uyumlu bir devamlılık göstermesi gerektiği açıktır. Kan Bankaları

Amerikan Derneği Başkanı Kathleen Sazama da bu konuda; "Bir transfüzyon için istem oluştuğunda, tüm süreci ekiple birlikte yönetmek gerekir" diyerek konunun önemine dikkat çekmiştir (JCI, 1999).

Gökdoğan ve Yorgun (2010) yapmış oldukları çalışmada; hastanedeki tıbbi hataların iletişimden kaynaklandığını (%80.8), buna karşın sistem (%65.4) ve insan kaynaklı (%67.3) tıbbi hataları daha düşük oranda bildirmişlerdir.

Hata kaynaklarından bir diğeri de hasta bakımında kayıtların ve izlemlerin yetersizliğidir. Durmaz'ın (2007) ilaç hataları üzerine yapmış olduğu bir araştırmada kayıtlarda saptanan ilaç hatalarının, hemşirelerin etkin ve doğru öykü almamaları ya da hemşirelik öykü formundaki kayıtlı ilaçların doz ve sıklığının yanlış kayıt edilmesinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Gelişmiş çoğu ülkede ise yetersiz hasta izlemlerinin, hatalı uygulamaya ilişkin davaların en sık rastlanılan nedenlerinden olduğu belirtilmektedir. Yetersiz izlemden dolayı meydana gelen hataları en aza indirmek veya önlemek için; belirtilen istemin açık-anlaşılır olduğundan veya izlem sıklığının belirtilmiş olduğundan emin olunmalı; hasta, durumunun gerektirdiği şekilde ve istenilenlere dikkat edilerek izlenmeli, hastaya ilişkin tüm izlemler zaman belirtilerek yazılı olarak kaydedilmelidir (Eskreis, 1998).

Literatür incelendiğinde istenmeyen olaylar arasında düşmelerin, %6.1'lik oranla istatistiki olarak altıncı sırada yer aldığı görülmektedir (JCAHO, 2009). Krauss ve arkadaşları (2005), yatan hastalarda hasta-ilaç-bakım ilişkili risk faktörlerini inceledikleri vaka kontrol çalışmasında; her 1000 hastadan 2.2 ile 9.1'nin düşme ile karşılaştıklarını belirtmektedirler. Almanya'da da 2002-2004 yılları arasında yapılan bir prevalans çalışmasında, 2002'de 40 hastaneden toplam 3923 hasta, 2004'de 39 hastaneden toplamda 4451 hastanın düşmeleri araştırılmış; düşme sıklığının 2002 yılında %3.8, 2004 yılında %3.4 olduğu görülmüştür (Heinze ve ark., 2007).

İlaç hataları, hasta düşmeleri, kan transfüzyon hataları, hastane enfeksiyonları gibi durumların önlenmesinde, sürekli eğitim ve deneyimin önemli rolü bulunmaktadır. (http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf(c)).

2.4. Tıbbi Hata Raporlama

Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır. Hasta güvenliğine yönelik yapılan araştırmalarda genellikle tıbbi hatalara yönelik istatistiksel sonuçlar verilmekte, hasta

güvenliğini sağlamaya yönelik oluşturulan programlarda bu tıbbi hataları önlemek için çözümler aranmaktadır (Çakır ve Tütüncü, 2009).

Bir hata oluştuğunda hatayı yönetme adımları, o hatanın tanımlanması, düzeltilmesi ve etkilerinin en aza indirilmesi şeklinde olmalıdır. Eğer hata tanımlanamazsa düzeltici eylemlere geçilemez. Hata raporlama, bu eylemde kullanılabilecek verileri sağlar (Uribe ve ark., 2002).

JCI (2010) tarafından sağlık bakımında kalite ve hasta güvenliği konusunda oluşturulan "Focus Areas" programında yer verilen beş odak alandan biri de advers olayların raporlanmasıdır.

Var olan hataların bildiriminin yanı sıra "ramak kala" olayların bildirimi de son derece önem taşımaktadır. Ramak kala, çok yakın olduğu halde zarara sebep olmayan olaydır. Bu tip hatalar sağlık kuruluşlarında sık olarak yaşanmaktadırlar. Bu tür olayların saptanması, bildirilmesi ve düzeltici faaliyetlerin uygulanması, hataların önlenmesi açısından önem taşımaktadır (İntepeler ve Dursun, 2012).

Avustralya'da yapılan bir araştırmada, hastane olay raporlama sistemi farkındalığı, hekimlerde %96, hemşirelerde %99.8'dir. Buna karşın tamamlanmış olay raporlama ise hekimlerde %64.6, hemşirelerde %89.2 oranındadır. Aynı araştırmada hekimlerin %75.8'i hasta düşmelerinin raporlanması gerektiğine inanırken, sadece %42.1'i ramak kala ilaç hatalarının raporlanmasının gerektiğini düşünmektedir. Hemşireler ise en sık, basınç yaraları ile hasta düşmelerine bağlı hataları raporlamaktadır. Hemşireler en önemli olay olarak düşmeleri (%97) kabul ederken, en az önemli olarak da ramak kala ilaç hatalarını (%41.9) kabul etmektedirler (Evans ve ark., 2006).

Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada da, "Yapılmış ve hastayı etkilemeden önce yakalanarak düzeltilmiş bir hata ne sıklıkla rapor edilmelidir?" sorusuna hemşirelerin %58.6'sı çoğu zaman/daima diye cevap verirken, %19.4'ü nadiren/asla cevabını vermiştir. "Hastaya zarar verme potansiyeli olan fakat vermemiş bir hata ne sıklıkla rapor edilir?" sorusuna hemşirelerin %68.1'i çoğu zaman/daima cevabını vermiş olmalarına rağmen %51'inin son altı ayda hiç hata raporlamasında bulunmadıkları belirtilmektedir (Aboshaiqah, 2010).

Evans ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu bir araştırmada, hekimlerin %93.6'sı, hemşirelerin %99.8'inin çalıştıkları hastanedeki raporlama sisteminden haberdar olmalarına

karşın, hemşirelerin %88.3'ünün bugüne kadar bir olayı raporladıkları bulunmuştur. Ancak bu oranın hekimlerde sadece %64.6 olduğu saptanmıştır.

İran'da hemşirelerle yapılan bir anket çalışmasında, 3 ay boyunca ilaç hatası ve bildirim oranları incelendiğinde; hata yapma oranı hemşire başına 19.5 iken, bildirimi yapılan ilaç hatalarının hemşire başına 1.3 olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların çoğu da hata yapmadıklarını ya da hiç hata raporlamadıklarını bildirmişlerdir (Hajibabaee ve ark., 2014).

Almutary ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları bir çalışmada hemşirelerin tamamı ilaç yönetim hatalarının, karşılaşıldığında raporlanması gerektiğini, %67'si hastaya zarar vermediğinde bile hatanın raporlanması gerektiğini, yine %67'si hata sonrası hastanın zarar görmesi durumunda da hatanın raporlanması gerektiğini, %44'ü bölümde aynı hatanın tekrarlanması durumunda hatanın raporlanması gerektiğini, %56'sı da hatanın içinde kendisi yer almasa bile raporlanması gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Bayazidi ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları bir çalışmada da hemşireler arasında hata raporlama oranının, hata yapma oranına göre daha az olduğu vurgulanmıştır.

Gökdoğan ve Yorgun'un (2009) yapmış oldukları bir çalışmadaki hemşirelerin; %85.6'sı hastalara yönelik hataların rapor edilmesi gerektiğini, %81.7'si tıbbi hataları rapor etme konusunda hemşirelerin kurum tarafından desteklendiklerini, %83.7'si hasta güvenliğine ilişkin rapor etmede kendilerini rahat hissettiklerini, %66.3'ü rapor etme konusunda yeterince hizmet içi eğitim verildiğini ve deneyimleri paylaşmanın hataları önlediğini (%100) bildirmişlerdir.

İzmir ilinde yapılan bir araştırmaya göre ise; hastanelerde hata raporlama sıklığı analiz edildiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde bir hata gerçekleşip zarar vermeden atlatıldığında "her zaman raporlanmaktadır" (%12), ancak hata hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde "asla raporlanmamaktadır" (%19) veya "nadiren raporlanmaktadır" (%39) sonucu çıkmıştır. Aynı araştırmada çalışanlara son bir yıl içerisinde kaç tane olay bildirim formu doldurduğu sorulduğunda, cevaplayanların %81.5'i "hiç olay raporu doldurmadığını" ifade etmiştir (Çakır ve Tütüncü, 2009).

Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan araştırmada; hemşirelerin %69.2'si, hekimlerin %46.9'u bir hata oluşması durumunda "kesinlikle bildirilmelidir" şeklinde düşünürken, hemşirelerin %30.8'i, hekimlerin %50'si "ortaya çıkan duruma göre bildirilmelidir" şeklinde görüş bildirdiği bulunmuştur (Kılıç, 2009).

Ankara'da acil servis hemşireleri ile yapılan bir araştırmada da; hemşirelerin, hasta güvenliğini tehdit eden durumları raporlandırma durumları incelendiğinde; hemşirelerin %65.9'unun bu durumu raporlandırdığı saptanmıştır (Tanrıkulu, 2010).

2.5. Tıbbi Hata Raporlama Engelleri

Tıbbi hata raporlama, hasta güvenliği kültürünü geliştirmede önemli bir bileşen olmasına rağmen tıbbi hatalar büyük oranda sağlık bakım kurumlarında raporlanmamaktadır. Pek çok araştırmada tıbbi hata raporlamayı engelleyen etmenler araştırılmıştır. Orta Batı Amerika'da da büyük bir akademik tıp merkezinde hekimler ve hemşireler arasında tıbbi hata raporlamayı engelleyen etmenler incelenmiş, hata raporlama engelleriyle en ilgili faktörleri belirlemek amacıyla bir nominal grup oturumu gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmaya katılanlar, olumsuz örgütsel yanıtlardan duyulan korku (örneğin ayıplama, disipline verme), dava açılmasından duyulan korku ve organizasyonun verilen bilgileri ne yönde kullanacağı yönünde duyulan şüphe gibi kurumsal iklime benzer faktörlerin etkileri olduğunu belirtmişlerdir (Uribe ve ark., 2002).

Akins ve Cole tarafından 2005 yılında düzenlenen Delphi panelinde tıbbi hataların raporlanmasını etkileyen en önemli yedi neden;

- Hasta güvenliğinin öncelik olarak belirlenmediği sistemlerin olması,
- Yetersiz eleman veya mevcut elemanın aşırı iş yükü olması gibi kaynak yetersizliği,
- Personelin konu ile ilgili eğitimlerinin planlanmasına ayrılacak kaynak, hizmet-içi eğitimler, yeni teknolojiler, hasta kabulü, laboratuar analizleri ya da faturalama işlemleri için gerekli olan elektronik sistemlerin varlığı gibi hasta güvenliği teknolojisine sahip olunmaması,
- Sağlık çalışanlarının pek çoğunun hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yaptıklarını savunmaları, değişim ya da iyileşme çabalarına tepki göstermeleri,
- Ayıplama kültürü, pek çok ülkede şu an mevcut olan sağlık sistemlerinin doğaları gereği cezalandırıcı özellikler içermesi,
- Deneyimli, yaşlı yöneticilerin hasta güvenliği kavramını anlamamaları ve uygulamalara katılmamaları,
- İş yeri ortamında tutum ve davranışlarda hataları ortaya çıkartacak, hataların ciddi hasarlara yol açmasını engellemek için bunların zamanında saptanmasının ne kadar

önemli olduğunu vurgulayacak bir kurum kültürünün gelişmemiş olması olarak sıralanmıştır.

İran'da üniversite hastaneleri ve özel kliniklerde çalışan 115 hemşire ile yapılan kalitatif bir çalışmada da hata raporlama engelleri sıralanmıştır. Burada dört faktörden bahsedilmektedir. Bunlardan birincisi; hemşirelerin kendileriyle ilgili yasal işlem görme ve iş kaybı korkusu, ekonomik kayıp korkusu, şeref ve haysiyeti kaybetme korkusu, bilgisiz olarak tanımlanma, zayıf-güçsüz olarak tanımlanma gibi çekinceleri; ikincisi, yaşadıkları deneyimler içerisinde karşılaştıkları hata kavramındaki belirsizlik, advers olaylar, hatanın derecesini/ciddiyetini içeren hataların sonuçları ve sıklığına yönelik hemşirelerin algısıdır. Diğer iki faktör ise; suçlanmak, ayıplanmak, rezil olmak, utanmak, ceza ile karşılaşmak gibi örgütsel faktörler ile yaşadıkları çalışma baskısı ve üzerlerinde hissettikleri yüksek sorumluluk yüküdür (Hashemi ve ark, 2012).

Tıbbi hata ve istenmeyen olay bildirimi önündeki en büyük engel yasal boyuttan korkmadır (Barach, 2003). Meurier ve arkadaşlarının (1997) yapmış olduğu bir çalışmada, hemşirelerin %18'inin hatalarını, sonuçlarından korktuklarından dolayı sakladıkları saptanmıştır.

Bayazidi ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları bir araştırmada da hemşirelerin ilaç hatalarını raporlama engellerinin başında, sistem yerine bireylere yönelik değerlendirme yapılmasının, raporlama sonrası kınama ve cezalandırma korkusuyla karşı karşıya kalma düşüncesinin olduğu saptanmıştır.

Evans ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu bir araştırmada da, hemşireler için raporlamada en önemli engeller, geri bildirim eksikliği (%61.8), ramak kala hataların raporlanmasının gereksiz olduğu inancı (%49.0) ve meşgul olduklarından dolayı raporlamayı unutmaları (%48.1) olarak sıralanmıştır.

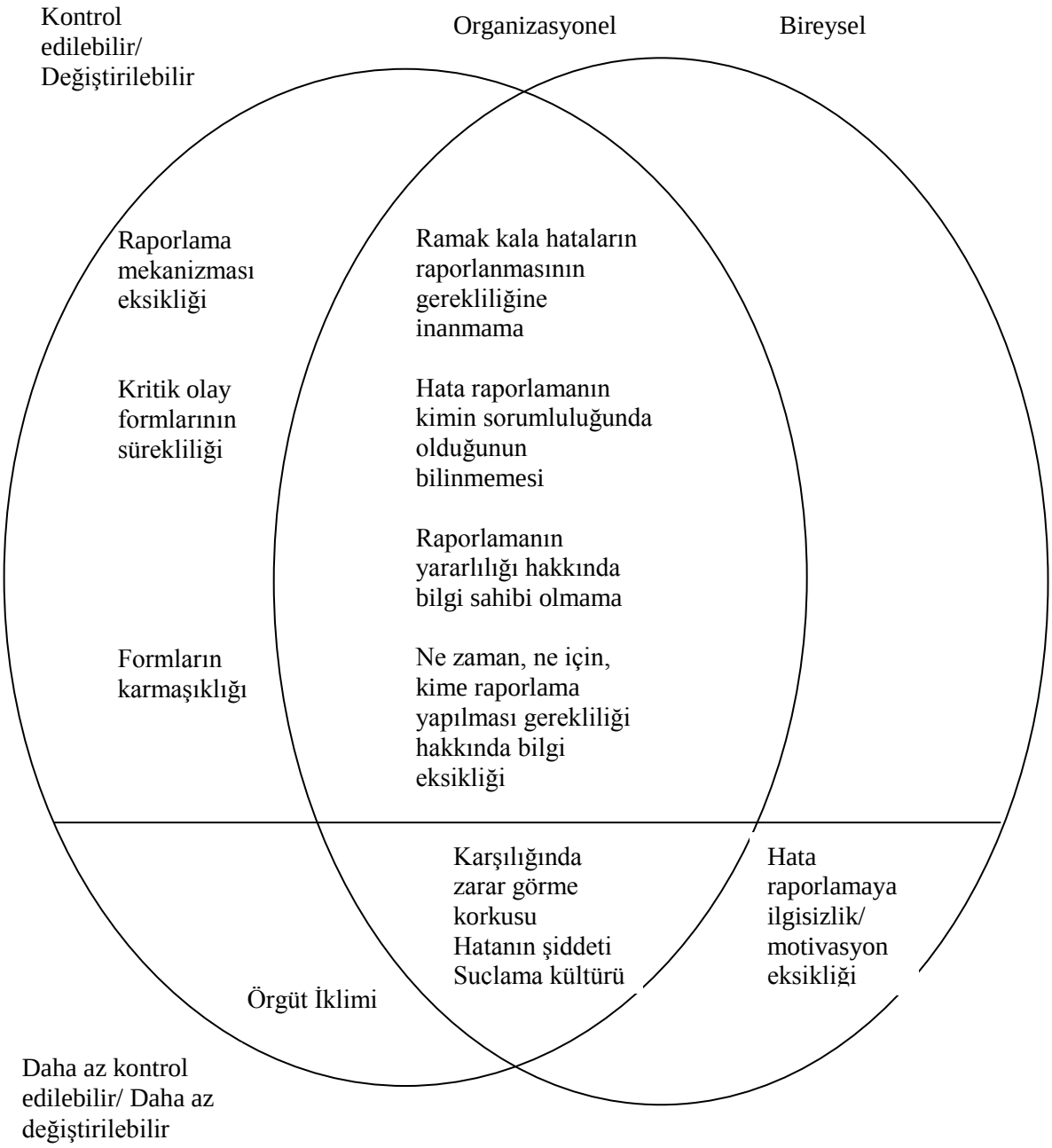
Aboshaiqah'ın (2010) yapmış olduğu bir araştırma sonucuna göre, hemşirelerin %44.5'inin olay raporladıkları zaman bu durumu sorun olarak hissetmedikleri sonucuna karşın %65.6'sı yaptıkları hataların kişisel dosyalarına işleneceğinden dolayı kaygı duydukları bulunmuştur.

Teksas Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'nda yapılan bir sistematik literatür taraması çalışmasında; hasta başı çalışan hemşirelerin ilaç hata raporlamalarında on beş engel tanımlanmıştır. En sık karşılaşılan engel, hemşirelerin bir ilaç hatasını açıkladıktan sonraki

kınanma korkusudur. Yazılı bir danışmanlık alma, çalışanın personel dosyasına ilaç hatasının işlenmesi ve iş feshi hastane içinde hemşirelerin ilaç hatalarına karşı aldığı sık bildirilen disiplin cezalarından bazılarıdır. Buna ek olarak hemşireler, alenen yapıldığı bilinen bir hata raporlandığında akranları, hasta ve hasta ailelerinin vereceği reaksiyondan korktuklarını belirtmişlerdir. Hemşireler, ilaç hatası raporlamama nedenlerini; hemşirelik lisansını kaybetme, kendini işte yetersiz hissetme, dava edilme korkusu olarak tanımlamışlardır (Elliot, 2010).

Hekim, hemşire, eczacı ve eczane teknisyenleri ile yapılan kalitatif bir araştırmada; bir hekim, raporlamalarda isim verilmemesi durumunda; bir hemşire, sistemin daha az zaman alıcı olması ve raporlayanı koruyucu bir yapı içinde olması halinde daha fazla raporlama yapılabileceğini belirtmiştir (Williams ve Ashcroft, 2009).

Uribe ve arkadaşlarının (2002) yapmış oldukları bir çalışmada, hata raporlama engelleri; kontrol altına alınabilir/değiştirilebilir ve daha az kontrol edilebilir/daha az değiştirilebilir durumlar olarak Şekil 1'de sınıflandırılmıştır.



Şekil 1. Tıbbi Hata Raporlamayı Etkileyen Engeller

Kaynak: Uribe CL, Schweikhart SB, Pathak DS, Dow M, Marsh GB. Perceived barriers to medical-error reporting: An exploratory investigation, Journal of Healthcare Management, 2002; 47 (4): 263-280.

Malatya ilinde yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan sağlık personelinin (hekim ve hemşire) %53.8'i tıbbi hataya bağlı olarak hastaya bir şey olursa suçlanabileceklerini

düşünürken; %52.3'ü tıbbi hata yaptıklarında meslektaşları tarafından yetersiz görüleceklerini düşündüklerini, %52.3'ü de tıbbi hata rapor ettiklerinde ceza almaktan çekindiklerini belirtmişlerdir (Tansüyer, 2010).

Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada hemşirelerin %47.5'i, hekimlerin %32.8'i bir hata yapıldığı zaman cezalandırıcı olunmaması gerektiğini düşünürken, hemşirelerin %42.3'ü, hekimlerin %46.9'u da suçlanması gerektiğini düşünmektedir. Fakat aynı zamanda hemşirelerin %96.1'i, hekimlerin %92.2'si bir hatanın bildirilmesinden sonra objektif/anlayışlı/yapıcı olunması gerektiğini düşünmektedir (Kılıç, 2009).

Vural ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu bir çalışmada, içlerinde hekim ve hemşirelerin de bulunduğu sağlık çalışanlarının %75.5'i, tıbbi hataların çoklu sistem hatası olduğunu, bireylere mal edilmemesi gerektiğini, hata raporlamalarından sonra geri bildirim yapılmasının ve personelin güvenlik konusunda sorunları iletilebileceği kanalları bilmelerinin tıbbi hata raporlamayı cesaretlendiren faktörler arasında yer aldığını belirtmişlerdir. Bunun yanında, hata bildirimini olumsuz etkileyen bir unsur olan yönetim ve meslektaşları tarafından cezalandırılma korkusu ve hataların paylaşımı sorulduğunda, çalışanların %63.5'i hasta güvenliğini ilgilendiren olayların hata bildirimi yapılmasının meslektaşları tarafından cesaretlendirildiği şeklinde cevap vermişlerdir. Buna göre hata raporlamalarının cesaretlendirilmesinin yönetimin güvenlik konusundaki tutum ve davranışlarına bağlı olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

İzmir'de beş eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan bir çalışmada da, kurumun sürekli olarak sistemi iyileştirmeyi benimseyen bir kalite yönetim anlayışına sahip olması ile çalışanlar arasında olumlu, güvene dayalı ve çalışanları destekleyici bir tutumun olmasının hasta güvenliği kültürünü olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Ayrıca aynı araştırmada, herhangi bir hata ile karşılaşan çalışanın, hem yönetim hem de ekip arkadaşları tarafından suçlanmaktan ve olumsuz cevapla karşılaşmaktan çekinmesi durumunun, çalışma ortamında hasta güvenliği kültürünün oluşumunu zorlaştırdığı sonucuna da yer verilmiştir (Gül, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, fenomenolojik yaklaşım kullanılarak yapılan niteliksel bir araştırmadır. Fenomenoloji (olgubilim) deseni, farkında olduğumuz ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olmadığımız olgulara odaklanmaktadır. Olgular yaşadığımız dünyada olaylar, deneyimler, algılar, yönelimler, kavramlar ve durumlar gibi çeşitli biçimlerde karşımıza çıkabilmektedir (Debus, 2003; Yıldırım ve Şimşek, 2011). Bu çalışmada da, hekim ve hemşirelerin hata raporlama engelleri anlaşılmaya çalışılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Bu hastanenin seçilme nedeni, tıbbi hata ve raporlamayla ilgili herhangi bir kurumsal çalışmanın yapılmamış olmasıdır.

Araştırma Temmuz 2012- Nisan 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları

Araştırmanın evrenini, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Kurumda toplam 32 klinik bulunmakta, 285 hemşire ve 364 hekim görev yapmaktadır. Örneklem grubu; ameliyathane, kemoterapi hazırlama ünitesi, endoskopi, diyaliz ve poliklinikler dışındaki birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerden, amaçlı örneklem yönteminden biri olan kolay ulaşılabilir durum örneklemesi (convenience sampling) tekniği ile seçilmiştir. Kolay ulaşılabilir durum örneklemesinde; araştırmacı yakın olan ve erişilmesi kolay olan bir durumu seçer. Bu yöntem araştırmaya hız ve pratiklik kazandırır (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Literatürde niteliksel araştırmalarda, araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına yönelik kesin bir kural belirtilmemektedir. Görüşmelerin artık yeni bir bilgi ortaya çıkmayıncaya kadar sürdürülmesinin yeterli olacağı belirtilmektedir. Bu nedenle araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilir (Kümbetoğlu, 2005; Yıldırım ve Şimşek, 2011). Bu araştırmada da görüşmelere, veriler kendini tekrar edinceye kadar devam edilmiş olup, 15 hemşire ve sekiz hekim ile görüşme yapılmıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Bu çalışmada, soru sorma ve yanıtlama tarzına dayalı karşılıklı ve etkileşimli bir iletişim süreci olan "Derinlemesine Görüşme Yöntemi" kullanılmıştır (Debus, 2003; Yıldırım ve Şimşek, 2011).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışma niteliksel tasarımda yapıldığından bağımlı ve bağımsız değişkenleri bulunmamaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgi formu ve görüşme formu kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bilgi Formu (Ek 1):

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda yer alan sorular; yaş, meslek, görev, çalışılan klinik, öğrenim durumu ve mesleki çalışma yılıdır.

3.6.2. Görüşme Formu (Ek 2):

Hata raporlama engellerine ilişkin bilgiler doğrultusunda görüşmelerde kullanılmak üzere araştırmacılar tarafından literatüre dayalı hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formunda dört açık uçlu soru yer almaktadır (Kingston ve ark., 2004). Görüşme formunun geçerliği kapsamında, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde görev yapan ve alanında uzman olan İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan bir, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'ndan iki öğretim üyesi olmak üzere toplam üç öğretim üyesinden uzman görüşleri alınmıştır.

Kolay ulaşılabilir durum örneklemesi tekniği ile seçilen hekim ve hemşirelere, görüşmeye başlamadan önce araştırmanın amacı ve araştırmanın nasıl yapılacağı, ses kaydının olacağı konusunda bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden gönüllü olarak katıldıklarını belirten yazılı onam alınmıştır (EK.3). Görüşmeler, görüşmecilerin çalıştıkları birimlerde belirlenen uygun görüşme odalarında yürütülmüş ve 30-45 dakika sürmüştür. Yapılan görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Görüşmelerde ameliyathanede çalışan hemşireler örneklem dışı bırakılmış olup, bir hemşire cerrahi kliniğinde çalışmasına rağmen daha önceki ameliyathane çalışmasına ilişkin görüşlerini paylaşmıştır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Tablo 1. Araştırma Planı ve Takvimi

Adımlar	**Zaman**
Literatür Tarama ve Araştırma Konusunun Belirlenmesi	Mayıs 2011- Temmuz 2011
Kurumlar ve Etik Kuruldan İzin Alınması	Haziran 2011
Tez Öneri Sınavı	Eylül 2011
Bireysel Görüşmelerinin Planlanması	Temmuz 2012
Bireysel Görüşmelerin Yapılması	Temmuz 2012- Ağustos 2014
Verilerin Değerlendirilmesi	Eylül 2014
Tez Yazımı	Kasım 2014-Mart 2015
Tezin SBE'ne Teslimi	Nisan 2015

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Niteliksel tasarımdaki bu çalışmanın verilerinin değerlendirilmesi; verilerin analizi, rapor haline getirilmesi ve araştırmanın geçerlik-güvenirlik çalışmalarından oluşmaktadır.

Verilerin Analizi:

Görüşme sonrası, niteliksel araştırma yöntemine uygun olarak elde edilen verilerden içerik analizleri yapılmıştır. İçerik analizinde temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Verilerin analizinde, öncelikle ses kayıt cihazına kaydedilen görüşmelerin, araştırmacı tarafından aynı gün düz yazı şeklinde bilgisayara aktarımı yapılmıştır. Veriler yazılırken verilerin doğal haline dokunulmamış, görüşmecilerin isimleri kullanılmamış, analizde kolaylık sağlaması bakımından görüşme yapılan kişiler numaralandırılarak kodlanmıştır.

Kodlama; verilerin içerik analizine tabi tutulması, bir başka deyişle veriler arasında yer alan anlamlı bölümlere (bir sözcük, cümle, paragraf gibi) isim verilmesi sürecidir. Toplanan verilerin kodlanması ve bu kodlara göre sınıflandırılması yeterli değildir. Ortaya çıkan kodlardan temaların bulunması gerekmektedir. Temaların bulunması için önce kodlar bir

araya getirilir. Kodlar arasındaki ortak yönler bulunmaya çalışılır, bu aşama tematik kodlama aşamasıdır. Tematik kodlama aşamasını, verilerin ortaya çıkan kodlara ve temalara göre düzenlenmesi aşaması takip eder. Ayrıntılı kodlama ve onu takip eden tematik kodlama aşamaları sonrasında araştırmacı topladığı verileri düzenleyebileceği bir sistem oluşturur. Üçüncü aşamada araştırmacı, bu sisteme göre elde ettiği verileri düzenler ve bu şekilde belirli olgulara göre verileri tanımlamak ve yorumlamak mümkün olabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Tüm bu aşamaların uygulandığı çalışmada yirmi alt kategoriden oluşan dört tema geliştirilmiştir.

Verilerin Rapor Haline Getirilmesi:

Verilerin raporlanmasında, oluşturulan temalara nasıl ulaşıldığını göstermek için görüşmeye katılanların ifadelerinden örnekler verilmiştir. Görüşmecilerin ifadeleri olduğu gibi aktarılmış, doğal hali korunmuştur. Görüşme yapılan hekim ve hemşirelerin yaşları, cinsiyetleri ve meslekleri cümlelerin sonunda *"[ ]"* işareti içinde gösterilmiştir.

Araştırmanın Geçerliği ve Güvenirliği:

Sonuçların inandırıcılığı, bilimsel araştırmanın en önemli ölçütlerinden biri olarak kabul edilir. Nitel araştırmada geçerlilik araştırmacının araştırdığı olguyu, olduğu biçimiyle ve olabildiğince yansız gözlemesi anlamına gelmektedir (Kirk ve Miller, 1986) .

Araştırmanın geçerliği için, veri doygunluğu elde edilinceye kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Hata raporlama engellerinin anlaşılmasını sağlamak için görüşmeye uygun bir ortamda görüşme yapılmasına dikkat edilmiş, görüşülen kişilerle uzun süreli etkileşim sağlanmıştır. Yapılan tüm görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Ayrıca araştırmacı, görüşme sırasında yapmış olduğu gözlemlerini de not almıştır. Araştırmanın her aşamasında danışman öğretim üyesinin görüşleri alınmıştır. Danışman öğretim üyesinin yapmış olduğu eleştiri ve geri bildirimler dikkate alınarak araştırma sürdürülmüştür.

Araştırma sonuçlarının inandırıcılığı açısından önemli olmakla birlikte, güvenirlik konusunun nitel araştırma için farklı bir anlamı vardır. Nicel araştırma için geçerli olan güvenirlikle ilgili bazı etkenler, nitel araştırma için geçerli değildir. Nitel yaklaşım her araştırmacının olayları algılama ve yorumlama biçiminin farklı olabileceğini kabul eder (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Araştırmanın güvenirliği için; araştırmanın her aşamasında, biri kalitatif araştırma dersi veren, diğeri araştırma konusunda uzman iki öğretim üyesinden de destek alınmıştır.

Araştırma sonuçları, araştırmacı tarafından açık ve anlaşılır bir biçimde okuyucuya aktarılmıştır. Ayrıca kullanılan veri toplama araçları, analiz aşamasında yapılan kodlamalar ve notlar gerektiğinde teyit incelemesine sunulmak üzere saklanmıştır.

Ayrıca araştırmaya başlamadan önce araştırmacı, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi işbirliği ile Assist. Prof. Stephen J. O'CONNOR (Maastricht University Faculty of Health Medicine and Life Sciences) tarafından verilen 3 günlük Kalitatif Araştırma Kursu'na katılmış, 2012 Bahar Yarıyılında Kalitatif Araştırma Yöntemleri Dersi almış ve başarıyla bitirmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın niteliksel olmasından dolayı genellenemeyecek olması, bu araştırma için bir sınırlılık oluşturmaktadır. Araştırma konusunun özelliğinden dolayı yaşadıkları deneyimleri rahatlıkla paylaşma konusunda tedirginlik yaşayacakları düşünüldüğünden örneklem yöntemi olarak kolay ulaşılabilir durum örneklemesi tekniği kullanılması da bu araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.10. Etik Kurulu Onayı

Araştırmanın yapıldığı İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yönetimi'nden (Ek 4), Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.06.2011 tarihinde 2011/22-12 karar numarası ile izin alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire ve hekimlere de araştırmanın amacı anlatılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek 3).

4. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular iki bölümde incelenmiştir. Birinci bölümde araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, ikinci bölümde ise hekim ve hemşirelerin tıbbi hata raporlama engelleri hakkındaki görüşlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Hekim ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 2. Hekim ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	**n**	**%**
Meslek		
Hemşire	15	65.2
Hekim	8	34.7
Eğitim Durumu		
Önlisans	3	13.0
Lisans	16	69.5
Lisansüstü	4	17.4
Çalışmakta Olduğu Klinik		
Cerrahi Birimler	10	43.6
Dahili Birimler	6	26.0
Yoğun Bakım	5	21.7
Acil Servis	2	8.7
Klinikteki Görevi		
Klinik Hemşiresi	12	52.1
Yönetici Hemşire	3	13.0
Asistan	4	17.3
Uzman Hekim	4	17.3
Çalışma Süresi		
0-10 yıl	11	47.8
11-20 yıl	9	39.2
21 yıl ve üzeri	3	13.0

Tablo1.'de görüşme yapılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Görüşmecilerin %65.2'si hemşire, %34.8'i hekimdir. Görüşmecilerin %69.5'inin lisans mezunu olduğu görülmektedir. Çalışmakta oldukları kliniklere bakıldığında; %39.1'inin cerrahi birimlerde, %26'sının dahili birimlerde, %21.7'sinin yoğun bakımlarda çalışmakta olduğu görülmektedir. Görüşmecilerin çoğu (%52.1) klinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Görüşmecilerin %47.8'i 0-10 yıllık bir mesleki deneyime sahipken, %39.2'si 11-20 yıl üzeri mesleki deneyime sahiptir.

4.2. Hekim ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Raporlama Engelleri Hakkındaki Görüşlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hekim ve hemşirelerin tıbbi hata raporlama engelleri hakkındaki görüşlerini anlamak için yapılan içerik analizi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 3. Hekim ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Raporlama Engellerine İlişkin Oluşturulan Alt Kategoriler ve Ana Temalar

ANA TEMA	ALT KATEGORİLER
KORKU	Ayıplanma/Kınanma/Damgalanma Korkusu Statü Kaybetme Korkusu İşini Kaybetme/Pozisyonunu Kaybetme Korkusu Bilinmezlik Korkusu Maddi Yaptırım Korkusu Yasal Yaptırım Korkusu
YÖNETİMİN TUTUMU	Yönetimden Destek Alamama Sistemin İyileştirilmesindeki Yetersizlikler Hataların Kişiselleştirildiğinin Düşünülmesi Bildirim Kültürünün Oluşturulmaması
SİSTEMLE İLGİLİ ENGELLER	Bildirim Sisteminin Olmaması Sistemin Kullanım Zorluğu/İşlevsel Olmaması Raporlamada Açık İsim Yazılması Sistemin Kullanımı Hakkında Bilgi Eksikliği Sistemin Gerekliliğine Olan İnancın Azlığı
ÇALIŞANLARIN HATA ALGISI	Tıbbi Hata Hakkında Bilgi Eksikliği Hatayı Normal Kabul Etme Hata Olarak Görmeme Ramak Kala Hataların Bildirilmemesi Hatanın Ciddiyeti

4.2.1. Korku

Çalışmaya katılan hekim ve hemşireler, bir tıbbi hataya tanık olduklarında ya da bir tıbbi hatadan sorumlu olduklarında, bu hatayı raporlamamayı tercih ettiklerini ifade

etmişlerdir. Bunun nedenlerinin başında çeşitli sebeplerden kaynaklanan yaşadıkları korku gelmektedir.

Ayıplanma/Kınanma/Damgalanma Korkusu

Görüşmeye katılan hekim ve hemşireler yaşadıkları tıbbi hata durumunu raporladıklarında, dahil oldukları ekip başta olmak üzere çalıştıkları kurumda, hatalarının duyulması ile kınanmaktan, yetersiz, bilgisiz, beceriksiz olarak tanımlanmaktan, ayıplanmaktan, bu şekilde etiketlenmekten korktuklarını ifade etmişlerdir. Bu düşüncenin özellikle de hemşireler arasında yaygın olduğu görülmektedir.

"Sonuçta kınanmaktan korkuyorsunuz arkadaşlarınız, amirleriniz tarafından. Beceriksiz, yeteneksiz, bilgisiz olmakla suçlanabileceğinizi düşünüyorsunuz açıkçası…Ayıplanmaktan korkuyoruz. Kınanmaktan korkuyoruz. En büyük korkularımız bunlar." [44 yaşında, kadın, hemşire]

"Bundan sonra bütün gözler yanlış uygulama yapan hekim ve hemşirenin üzerinde oluyor… 'Bana kızacaklar, bütün gözler benim üzerimde olacak, herkes beni takip edecek' düşüncesiyle geri bildirimde bulunmak istemiyorlar." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Hemşireler de tabi ki farklı bir durumla karşı karşıya gelip bu, onun mesleğinde rencide edebilecek, hani kötü bir izlenime, 'Bak yanlış yaptı, kötü bir uygulama yaptı, onun bilgisi kötü' düşüncelerine neden olabileceğinden söylemiyor olabilirler. [35 yaşında, kadın, hemşire]

"İşte, hata yapan bir kişi olarak algılanıyorsun. Sana bakış farklı oluyor… Hata yapan bir insan olarak algılanmak ve sonraki görev alacağın zaman herhangi bir konuda, hata yapan bir insan olarak gözlemlendiğinde güvenilmez oluyorsun…"[35 yaşında, kadın, hemşire]

"Sadece biz hekimler veya biz sağlık çalışanları değil, başka meslek grupları içerisinde çalışanlar da hatalarını hiç kimsenin bilmesini istemez." [27 yaşında, erkek, hekim]

"Ama biz bunu saklama ihtiyacı duyuyoruz. Neden? Çünkü düştükten sonra direkt suçlu kim? Hemşire. Ben bunu duyduğumda, bu cümleyi, inanamadım. Hani bunun sorumlusu hemşiredir cümlesine gerçekten inanamadım…Evet, insanlar gerçekten suçu bizde gördükleri için rahatsızız." [38 yaşında, kadın, hemşire]

Statü Kaybetme Korkusu

Görüşmeye katılan hemşireler ayıplanma/kınanma/damgalanma korkusu yaşadıklarını ifade ederken; hekimler ise statü kaybı korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hekimler yaşadıkları tıbbi hata durumunu raporladıklarında, hem mesleki çevrelerinde hem de toplumda kendilerine, mesleki deneyim ve tecrübelerine olan güvenin sarsılacağını, buna paralel olarak da sahip oldukları statüyü kaybedeceklerini düşündüklerini ifade etmişlerdir.

"Korkuyorlar. Çünkü son zamanlarda bir tazminatlara gebe bu konu. İkincisi, sosyal anlamda hastanedeki ya da meslek grubundaki, arkadaş grubundaki statünü kaybedebilirsin. İnsanlar söylemek istemiyor. Onu söyleyince, o, ...'nın en çok ..... işlemini yapan adamı, şeyi pat diye dibe vurur…Unutuluyor, ertesi gün sanki normalmiş gibi. Bir öz savunma, egonu tatmin ediyorsun, kendine olan saygınlığını, etrafının sana olan saygınlığını o olayı yok sayarak, unutarak, o saygınlığını sahte de olsa devam ettiriyorsun." [43 yaşında, erkek, hekim]

"Korku, başta dediğim gibi. Ceza alırım, işimi kaybederim, statümü kaybederim, falan." [46 yaşında, erkek, hekim]

İşini Kaybetme/Pozisyonunu Kaybetme Korkusu

Çalışmaya katılan hekim ve hemşireler, çalıştıkları ortamda yetersiz olduklarının düşünülerek sahip oldukları konumlarını ve hatta yasal süreçlerle karşılaştıklarında mesleklerini de kaybedeceklerini de düşündüklerinden dolayı da yaşadıkları veya tanık oldukları tıbbi hataları raporlamadıklarını belirtmişlerdir.

"Bence hiç kimse hatalarının kayıt altına alınmasını istemez. Çünkü insanlar Türkiye şartlarında ekstra 'Bu işi beceremiyorum, başka bir iş yapayım' gibi bir şansları yok. Bu nedenlerden dolayı, konum kaygısından dolayı hatalarını raporlama ihtiyacı duymuyor" [36 yaşında, erkek, hekim]

"İnsanda kendi kendini ihbar ediyormuş duygusu oluşuyor herhalde. Bu yüzden raporlanmıyor diye düşünüyorum." [37 yaşında, kadın, hekim]

"Korku, başta dediğim gibi. Ceza alırım, işimi kaybederim, statümü kaybederim, falan." [46 yaşında, erkek, hekim]

"Hani hasta hakları da var. Hani başımıza bir şey gelir diye, ne bileyim mesleğinden alınma gibi şeyler gelebilecek diye düşünüyorlar." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Bildirim yapılmıyor. Çekiniliyor. Ceza alma olabilir, belki birim değişikliği yapılabilir. Belki hekim tutanak tutabilir. Yani onun çalıştığı yerle ilgili sıkıntı olacağını düşünebilir." [39 yaşında, kadın, hemşire]

"Herhangi bir bildirimde bulunulmadı. Sadece klinik içinde konuşuldu, hatayı yapan hemşire arkadaş servisten uzaklaştırıldı." [38 yaşında, kadın, hemşire]

Bilinmezlik Korkusu

Yapılan görüşmelerde özellikle hemşireler, raporlama sonucunda karşılaşacakları durumlara dair bir "bilinmezlik" hissine kapıldıklarını ifade etmişlerdir. Raporlama sonrasında neyle karşılaşacaklarını bilmemekten kaynaklanan bu durumun, kendilerinde korku yarattığını belirtmişlerdir.

"Yani bu raporlamaları yapmadığım için ne olacağını çok da bilmiyorum açıkçası. Yani raporlarsak nasıl döner, belki daha doğru çalışırız yani, daha dikkatli oluruz ama hiç yapmadığımız için başımıza da ne geleceğini bilmediğimiz için açıkçası bu konuda fikrim yok." [44 yaşında, kadın, hemşire]

"İlk baş şöyle düşünülüyor. Hadi tamam ben bunu bildireceğim ama hastane bana nasıl geri bildirimde bulunacak. Bana yönelik mi geri bildirimde bulunacak, yoksa olayı çözmek adına mı?" [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Çünkü sonuçlarını bilmiyorlar. Yani hani ben bunu raporladığım zaman bana geri dönüşü ne olacak?...Ben hani herhangi bir sıkıntıya girecek miyim? Ya da doktor aynı şekilde…Yani bana yaptırım olarak nasıl geri döneceğini ben bilmiyorum. Hani olumlu veya olumsuz…Sonuçta bilmiyorum. Bilmediğim için, başıma çok büyük bir sorun çıkar mı çıkmaz mı onu da bilmiyorum...Hani anksiyeteyi arttırıyor sonuçta. O yüzden saklama ihtiyacı duyuyoruz. Yani, ben duymadım ama duyuluyor çünkü herkesin ister istemez belli kaygıları var hayatta. O yüzden de bildirilmiyor. " [30 yaşında, kadın, hemşire]

"Yani hukuksal olarak tam olarak şeylerimizi bilmediğimiz için biz yani hani tamam biz bu mesleği yapıyoruz ama her şeyde hatalı çıkacağımızı düşündüğümüz için de korkudan söylemeyiz yani. Olmaz." [29 yaşında, kadın, hemşire]

Maddi Yaptırım Korkusu

Yapılan görüşmeler sonucunda hekim ve hemşireler, yaşadıkları korkuların sebeplerinden birinin de tıbbi hata sonucunda ortaya çıkan maddi zararın kendilerinden temin edilmesi yoluna gidilmesi olduğunu ifade etmişlerdir.

"…Ama bu defa bana ilacın çok pahalı olduğunu, bunu bana ödettireceklerini söylemişlerdi…Ama bana çok sıkıntı yaşattı yani, bunu sana ödettiririz dediler 'Eğer sen bunun için tutanak tutarsan, bildirirsen'.Tutmuştum da tutanağımı. " [44 yaşında, kadın, hemşire]

"Yani onu cezai yaptırımlar olarak görüyorum. Sonuçta Avrupa'da şimdi tazminatlar hatta doktorların belirli bir maaşından kesiliyormuş. Ona bir bütçe ayrılıyor falan. Yıllar sonra bize de gelecek tabi bu. Hani bizlerin korkusu ne? Cezai yaptırım, tazminat ödeme, hani hukuki yaptırımlardan dolayı insanların raporlamadıklarını düşünüyorum." [32 yaşında, kadın, hemşire]

"Korkuyorlar. Çünkü son zamanlarda bir tazminatlara gebe bu konu…Ama son zamanlarda en önemlisi de işte maddi olarak tazminata şuna buna maruz kalmamak için."

[43 yaşında, erkek, hekim]

Yasal Yaptırım Korkusu

Hekim ve hemşireler yaşadıkları tıbbi hata durumunu raporladıklarında, herhangi bir yasal yaptırımla karşı karşıya kalmaktan korktuklarını ifade etmektedir. Kendileri herhangi bir tıbbi hata yapmasalar dahi bir meslektaşlarının tıbbi hata yaptığına tanık olduklarında, yine aynı sebepten zarar göreceklerini düşündüklerinden bu durumu bildirmekten kaçındıklarını dile getirmektedir. Sonuçlar incelendiğinde, raporlama engellerinden olan korkunun en öncelikli nedeninin, yasal yaptırımlardan çekinme olduğu görülmektedir.

"En çok ceza alma korkusu var hepimizde. En çok ceza almaktan korkuyoruz." [44 yaşında, kadın, hemşire]

"Aynı zamanda tabi ki zarar büyüdükçe yasallık boyutuna da gireceğinden dolayı onun da endişesi ve korkusu da olabilir." [35 yaşında, kadın, hemşire]

"Uğraşmak istemiyordur. Yani yasal boyutuna dayandığı için de herhangi bir sıkıntı yaratabileceğinden dolayı formu doldurmak istemeyebilirler." [37 yaşında, kadın, hemşire]

"Ne bileyim. Yüzleşmekten de korkuyor olabilirler yaptıkları hatayla. Sonuçlarından endişe ediyor olabilirler. Yani hastanın zarar görmesi, hatta zarar görürse kendisinin de zarar göreceği düşüncesi. Sonucundan dolayı endişe ediyorlardır ya da korku. Yani ciddi bir şeyse korkuyorlardır." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"Ama hukuki süreçlerini de düşünürüm yani. Hukuki engeller, hukuki yaptırımlar bu raporlamayı etkiler diye düşünüyorum." [32 yaşında, kadın, hemşire]

"Belki hemşire arkadaşımız zarar görecek diye düşündük ya da hiç aklımıza gelmedi. Yani mutlaka raporlarsak zarar görecek, belki hasta yakınlar duyacak, belki yasal süreç başlayacak, belki de kaygılandık o dönemde…Yanlış transfüzyonda, hani ramak kala diyelim, ortaya çıkmış falan. Hemşire arkadaşın kınama cezası aldığını duyduk. Daha sonrasında yer değişikliği olduğunu duyduk. O muydu sebep bilmiyorum ama bildirmedik." [34 yaşında, kadın, hemşire]

"Hasta ve hasta yakınlarından korkuyor olabilirler. Hukuki olarak boyutlarından korktuğu için haber vermiyordur, söylemiyor olabilirler." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Zarar görmedik. Çünkü hasta yakınları da bilmiyordu. Ama onların dava açma gibi bir şeyleri olmadı ama açsalardı büyük ihtimal görürdük." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Yani ya da saklayabilirdi, yani bilmiyorum. Hani hasta hakları da var. Hani başımıza bir şey gelir diye…"[28 yaşında, kadın, hemşire]

"Bunun bana nasıl geri döneceğini bilmiyorum. Yaptırımını bilmiyorum." [30 yaşında, kadın, hemşire]

"O zaman tabi ki bu hataların yaptırımları çok fazla. Bu çalışma koşulları içerisinde bu hataların bedellerini kendisi ödemek istemiyor. İstemediği için de bunu bildirme ihtiyacını duymuyor ki kimse suçunu gidip itiraf etmez yani doğal olarak." [36 yaşında, erkek, hekim]

"Belki de maddi-manevi tazminat davalarından korktuğumuz için daha fazla hani ne bileyim hani korkuyor…Herhangi bir dava veya yasal bir yükümlülük altında kalmadım. Ama arkadaşlarımızın başına gelen, sosyal medyada gördüklerimiz, okuduklarımız, işte şiddet, davalar, yıldırmalara, insanların kaybedecek çok şeyi olması…Bunlar olduğu sürece olay geri bildirim evraklarının çok efektif bir şekilde sistemli çalışacağını sanmıyorum." [27 yaşında, erkek, hekim]

"Raporlanmaması, sorumluluktan, onun getireceği herhalde adli şeylerden kaynaklı. Raporlayıp hani belge olmasın diyedir herhalde." [29 yaşında, kadın, hekim]

"Bilmiyorum işte. Aslında uyarı alma, ceza almaktan korkma herhalde. Bunlardan korkuyorlar. Herkesin bir yaşantısı var sonuçta." [45 yaşında, erkek, hekim]

"Elbette kendini korumak da gerekiyor günümüzde özellikle. Malpraktis davaları, onlar bunlar. Korku var. Davalık olurum, ceza alırım, işimi kaybederim…Üstünü kapatabilirsem sıkıntı yok." [46 yaşında, erkek, hekim]

4.2.2.Yönetimin Tutumu

Çalışmaya katılan hekim ve hemşireler, bir tıbbi hataya tanık olduklarında ya da bir tıbbi hatadan sorumlu olduklarında raporlama yapmamalarının sebeplerinden birisinin de, yapılan raporlama karşısında yönetimin gösterdiği olumsuz tutum olduğunu ifade etmişlerdir.

Yönetimden Destek Alamama

Yapılan görüşmelerde hekim ve hemşireler, bildirimde bulunduklarında yönetimden yeterli desteği alamadıklarını, bildirim sonrası kendilerine zaman zaman geri dönüş yapılmadığını, geri dönüş olmadığında da önemsenmedikleri hissine kapıldıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan geri dönüşlerin olumsuz yönde olmasının da raporlama tercihlerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

"Yani her şeyi raporlayınca, geri dönüşü olduğunda, çok böyle faydalı olduğunu da düşünmüyorum. Yani bunun raporlandıktan sonra üstten bir yöneticinin dönmesi, ya da anlık o anda çevredeki çalışan arkadaşların dönmesi arada bir fark olduğunu düşünmüyorum." [27 yaşında, erkek, hekim]

"Geri dönüşler olacaktır mutlaka ama pozitif yönde olacağını düşünmüyorum. Yani olay bildirim sonucunda yaptığımız olay bildirim evrakı bize pozitif geri dönemeyeceğine inanıyorum." [27 yaşında, erkek, hekim]

"Yapılan bildirimlerden, düşmelerden falan, olumlu bir geri dönüş görmedik." [46 yaşında, erkek, hekim]

"Yani raporlama yapılıyor ama geri bildirimler konusunda galiba sıkıntılar var, arkadaşlardan bildiğim kadarıyla. Yani raporlanıyor ama karşıdan bir geri bildirim olmuyor

özellikle maalesef. Çok ciddi çözümler bulunmuyor. Öyle sıkıntılarımız var." [44yaşında, kadın, hemşire]

"Onlar da tabi işte dediğim gibi kendi elindeki imkanları kullanarak çözmeye çalışıyorlar. Ama çok da fazla hani elinden geldiklerini yapmıyorlar. O yüzden de herkes çekiniyor...Kendine yönelik şeyler yapıyorsun, hani duygulara kapılıyorsun ilk başta. Daha sonrasında şey yapıyorsun, yani düşünüyorsun, eğer ki ben bunu birine söylersem herkes bana kızacak, çözüm aramayacaklar, bana kızacaklar. Bu seferde durumu gizlemeye çalışıyorsun." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Henüz geri dönüş olmadı. Malzeme değişimini istiyoruz. Ama şu an herhangi bir geri dönüşü olmadı, malzemeyi de değiştirmediler. Olay bildirimi yapmamıza rağmen."[37 yaşında, kadın, hemşire]

"Yani tabi ki size geri dönülmeyince önemsenmediğinizi düşünüyorsunuz. Yani yapmamın bir anlamı yok, genel ifade edilen şeyler, arkadaşların da söylediği gibi. Önemsenmiyorsa, size geri dönülmüyorsa yapmanın bir anlamı yoktur diye düşünüyorsunuz." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"Kendi amirine karşı sorumluğu olduğu için amirine söylediğinde nasıl bir tepki vereceğini bilmediği için korkuyor olabilir." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Bana geri dönüş olmadı. ....ablaya-sorumlu hemşireye- oldu mu?...Olsaydı, bana dönerdi diye düşünüyorum." [30 yaşında, kadın, hemşire]

"Çalışanlar sistemi düzeltmeye çalıştığı zaman da engel koyuyor. Ama böyle bir durumda hem 'Herşeyi yap, ama hiçbir şey vermem' tarzı olmaz... ve ben bunları hata bildirim raporlarını kaydetmekten daha çok aslında, Türkiye'de en başından en alt seviyesine kadar birebir herkes yanlışlıkları, sistemin yanlışlıklarını biliyor, kimse düzeltmediği için bunları raporlama ihtiyacı da duymuyor ve yazacakları ister rapor olsun, ister direkt olsun ister bilmem ne olsun, olumlu cevap alabileceklerini hiç kimse düşünmüyor. " [36 yaşında, erkek, hekim]

Sistemin İyileştirilmesindeki Yetersizlikler

Tıbbi hata raporlamayı tercih edenlerin ise yakındıkları konuların başında, sistemin iyileştirilmesindeki yetersizlikler yer almaktadır. Yapılan raporlamalar sonucunda gerçek sebeplere inilmeksizin çözüm arayışına gidilmesiyle, çözüm çabalarının yüzeysel kaldığını,

sistemi iyileştirmeye yönelik kök neden analizi çalışmalarına gidilmediğini ifade etmektedirler.

"Yani soruluyor, konu araştırılıyor. Sonuç, hemşire arkadaşlara eğitim eksikliği diye geri dönüyor. Hasta yatakları uygun mu, hasta odaları ergonomik mi? vsvs… Bakılıyor mu? Bakıldığını sanmıyorum. En kolay çözüm, eğitim tekrarı… Şimdi bildirseniz mi, bildirmeseniz mi? bu şekilde olunca amacına inanabilir misiniz? Hayır." [46 yaşında, erkek, hekim]

"Bu sebeplere hiçbir zaman kimse inmiyor. Personel eksikliği, çok fazla yorulma, normal yapmamız gereken işlerden fazla işlerin bize yüklenmesi, personelle ilgili olan sıkıntılar, hekimlerle ilgili olan sıkıntılar. Bunlar hiçbir zaman çözülemiyor...Olay bildirim formu işte tutulsa bütün hastane genelinde, başhemşirelik, başhekimlik içinden gelen 'İşte böyle böyle bir olay yaşandı. Bundan sonra öğrencilerle ilgili şöyle şöyleolaylar yapalım, uygulayalım' diye bir geri dönüşüm olsa bir daha bu olay hiçbir servis bu olaydan mağdur duruma gelmez hiçbir hasta...Ama servis içerisinde olunca kendi aramızda halletmenin derdine düşüyoruz." [29 yaşında,kadın, hemşire]

"Dosya anlamında geri dönüşü olmuştur ama hani düzenleme anlamında geri dönüşü olmadı." [35 yaşında, kadın, hemşire]

"Hani kimse demiyor ki 'Evet, sen gerçekten yoğun olduğu için bu hata yaşandı ya da evet, gerçekten senin personel sıkıntın vardı, o yüzden bu olay yaşandı.Sadece düşme için bahsetmiyorum. Yapılan yanlış bir uygulama, ilaç da olabilir. Hani bu durumda hiç kimse bizi haklı görmeyecek." [38 yaşında, kadın, hemşire]

Hataların Kişiselleştirildiğinin Düşünülmesi

Görüşmeye katılan hekim ve hemşireler, tıbbi hataları raporlamama sebeplerinden birini de karşılaştıkları hataların kişiselleştirilerek kendilerine yüklenmesi ya da tanık oldukları hataları bildirdiklerinde çalışma arkadaşlarını şikayet ediyor/suçluyor konumuna düştüklerini düşünmeleri olarak ifade etmişlerdir. Hatta, hataların kişisel boyutta olduğu düşünüldüğü için bazen bu durumdan zarar gördüklerini de belirtmişlerdir.

"Yani sistemin getirdiği yanlışlıkları çalışanların, sistem çalışanlara ödetiyor...Ama biz en temel problemleri bile halledememişken direkt 'Suç nereden kaynaklanıyor, kimden kaynaklanıyor?'... Asıl suç belli, çözülmesi gereken şeyler belli. Sen imkanları vereceksin,

yapamayan olursa veya yanlış yapan olursa ondan sonra suçlayacaksın. Direkt suçlamak, bu imkansızlıklarla pek adil olmuyor"[36 yaşında, erkek, hekim]

"Şöyle, diyelim ki hastaya eksik dozda ilaç verdin, bunu bildirmemiz gerekiyor. İlk baş şöyle düşünülüyor. Hadi tamam ben bunu bildireceğim ama hastane bana nasıl geri bildirimde bulunacak. Bana yönelik mi geri bildirimde bulunacak, yoksa olayı çözmek adına mı? Ve hastaneler en kolay bireysel olarak geri dönüyorlar. İşte 'sen bunu neden eksik uyguladın?' Sen de gerekçelerini sunuyorsun. Ve direkt bireysel olarak geri bildirimde bulunuyorlar, 'Daha dikkatli ol!'...Bundan sonra bütün gözler yanlış uygulama yapan hekim ve hemşirenin üzerinde oluyor. Yani bireysel olarak geri dönüyorlar, asla hastane adına hasta adına bir geri dönüş olduğunu düşünmüyorum ben. O yüzden herkes çekiniyor yani. 'Bana kızacaklar, bütün gözler benim üzerimde olacak, herkes beni takip edecek' düşüncesiyle geri bildirimde bulunmak istemiyorlar." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Evet, onu şikayet ediyor gibi. Şikayet konumunda." [35 yaşında, kadın, hemşire]

"Bildirim yapılmıyor. Ceza alma olabilir, belki birim değişikliği yapılabilir." [39 yaşında, kadın, hemşire]

Bildirim Kültürünün Oluşturulmaması

Görüşmeye katılan hekim ve hemşireler, kurumda raporlama sistemi bulunmasına rağmen, bildirim kültürü oluşmadığı için yapılan hataların bildirimlerinin az olduğunu, bildirim sisteminin kullanımının sınırlı kaldığını ifade etmişlerdir.

"Ama genellikle bu hani servis sorumlu hemşiresi ya da kaliteden sorumlu-birimden sorumlu kişi tarafından yapılıyor. Hekim ve hemşireler tarafından yapıldığına hiç tanık olmadım"[37 yaşında, erkek, hekim]

"Yani bir de ikincisi, bir amacı çözmeye yönelik gibi değil de sanki 'Burada bu prosedür, kalite kapsamında. Hani 'Bunlar öneriliyor, ben de bunu yapayım, olsun.' şeklinde yani benimsenmedi. Bir çözüme varacağı düşünülmüyor bence. Ben de öyle düşünüyorum açıkçası." [37 yaşında, erkek, hekim]

"Daha çok zorunda kaldığımız şeylerle eğitiliyoruz farkında olmadan. İşte dokümantasyona zorlanıyoruz...Aslında dokümantasyonun kısmen amacı o. Bunun, bu kültürel şeyin gelişmesi lazım, alt yapının diyelim. Herkes yaptığı işin sahibi olması lazım."[45 yaşında, erkek, hekim]

"Bizim zaten böyle bir şeyimiz de yok. Yani, bir hekim öncelikle hastanın tedavisine odaklandığı için hani yapılan hatanın dokümantasyonuyla uğraşmayız biz. Düzeltme odaklı çalışırız. Yani yapabiliyorsak eğer tabi. Yapabileceğimiz bir şey varsa…Uygun, diyemeyeceğim. Uygun olması için kullanılır olması lazım, işlerlik kazanmış olması lazım. Form olarak kalması bize fayda sağlamaz ki. Kullanmıyorsak, amacına inanmıyorsak uygun değildir o zaman. Önce çalışanlara bunu anlatmak, inandırmak lazım...Yani ne diyebilirim tıbbi hata konusu artık kültürel de bir şey bu. Onu da söyleyeyim. Yani kültürel derken, eğitim demeyelim, "eğitim her şeyin başı". Ben o lafı sevmiyorum. Çünkü 5 kişilik konferans salonu eğitimlerinden hiç hoşnut değilim kendi adıma. Bu aktif yönlendirebilir bir eğitim tarzı olması lazım. Ne yazık ki bu yapılmıyor. Daha çok zorunda kaldığımız şeylerle eğitiliyoruz farkında olmadan. İşte dokümantasyona zorlanıyoruz. Dökümante ettiğimiz şeyi okuyarak eğitilmeliyiz. Aslında eğitim bu." [45 yaşında, erkek, hekim]

"Benim şahsım adına yok. Yani şeylere yazdım, gözlem kağıtlarına, nöbet defterlerine yazdım evet. Ama form tutmadım. "[36 yaşında, kadın, hemşire]

"…Yoğunluk bir de şey yani. Rutine girmemiş olması. 'Aman bize bir şey olmaz.' mantığı var ya Türkiye'de, onun gibi." [46yaşında, erkek, hekim]

"İçeriği bence yeterli ama insanların hani kullanmasının gerektiğinin bilincinde olması gerekiyor. Sistemselolarak evet uygun. Başımıza böyle bir şey geldiği zaman gireceğiz. Kullanımı kolay. Sistemi zaten biliyoruz. Evet kullanabiliriz ama kişinin o aşamaya kadar gelmesi önemli." [32yaşında, kadın, hemşire]

4.2.3.Sistemle İlgili Engeller

Tıbbi hataların raporlanmasındaki engellerden bir diğeri de raporlamada kullanılan raporlama sistemi ve bu raporlama sisteminin işlevselliğiyle ilgili çalışanların görüşleridir.

Bildirim Sisteminin Olmaması

Görüşmeye katılan hemşirelerin bir kısmı, meslek hayatları boyunca tanık oldukları hataları, meydana geldiği dönemde bir raporlama sisteminin olmamasından kaynaklı olarak bildirmediklerini dile getirmişlerdir.

"Bu durumu bildirmek istedim. Olay bildirim formu o zaman kalitede yoktu, bununla ilgili bir bildirim olmadı." [44 yaşında, kadın, hemşire]

"Bildirim yapılmadı. Yine ekip içinde kaldı. Ama o dönemde bildirimler de bu şekilde sistem üzerinden, ya da bildirdiğimiz bir sistem yoktu." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"İlk dönemdi zaten çalıştığımız. Bir raporlama, hani öyle bir şey gelmedi hiç." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Olay bildirim formları şu son dönemlerde yoğun olarak kullanılıyor, o dönemlerde yoktu." [30 yaşında, kadın, hemşire]

"Hayır, raporlanmadı, raporlamadık. Yani güvenli raporlamayla ilgili o dönemde bir raporlama sistemi bulunmamaktaydı. Söz ettiğim yıl belki bir 6-7 yıl önceydi. Ama tutanak haline de dönüştürebilirdik belki ama onu da yapmadık." [34 yaşında, kadın, hemşire]

Sistemin Kullanım Zorluğu/İşlevsel Olmaması

Çalışmaya katılan hekim ve hemşireler, kurumlarında mevcut olan raporlama sisteminin/formunun kullanımının zorluğunu dile getirerek, işlevsel olmaması sebebiyle raporlamayı tercih etmediklerini belirtmişlerdir.

"Ya mesela ben çok iyi bilgisayar kullanamıyorum. Kullanabilirim ama başında çok zaman geçirmem gerekir." [44 yaşında, kadın, hemşire]

"Tam olarak hatırlamıyorum olayı, ama hatta yazarken basamaklarını falan... Bayağı bir uğraşmıştık." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"Doldurdum, gönderdim. Ama hani herşeyin biz hemşireler olarak en büyük sıkıntımız yaz, çiz, form, yaz, çiz, form." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"Uygun olması için kullanılır olması lazım, işlerlik kazanmış olması lazım. Form olarak kalması bize fayda sağlamaz ki. Kullanmıyorsak, amacına inanmıyorsak uygun değildir o zaman" [46 yaşında, erkek, hekim]

Raporlamada Açık İsim Yazılması

Görüşmeye katılan hekim ve hemşireler, raporlama sistemini kullanmamayı tercih nedenlerinden bir diğerini de raporlama yapılırken, sistemde raporlayan kişinin kimlik bilgisinin açıkça görülüyor olması olarak ifade etmişlerdir.

"Ama ayrıca bildirim yaparken ismimizi de açık yazmamız gerekiyor, bundan da çekiniyorum."[44 yaşında, kadın, hemşire]

"Evet. Takılmıştık orada. İsim yazmadan geçemiyorsunuz." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"Ama tabi ki eğer başka bir olay, önemli bir olay, başkasının ilacı başkasına takılır, kişi ismi vermek zorunda olduğumuz için kişiler söylemez korkarlar. Bizim yaptığımız gibi yani…"[29 yaşında, kadın, hemşire]

"Aslında hani olay bildirim direkt isme çıkıyor yani kişileri biraz daha hani bu olaylarda ön plana çıkardığı için raporlamak istemeyebiliyorlar. Olay bildirimde mesela yapıldığı zaman, birim belirtilir, olay belirtilir. Hani belki o zaman o olayına çözüm bulunur. Yani o isim olayı olmazsa daha çok bildirileceğini düşünüyorum." [39 yaşında, kadın, hemşire]

"Yani raporlama sisteminde de hala güvenli raporlama tam anlamıyla yapılmıyor. Çünkü kullanıcının şifresi adı vs.'si çıkıyor. Bu anlamda insanlar sanırım çekiniyorlar. Yani bildirimde bulunmak istemiyorlar." [34 yaşında, kadın, hemşire]

Sistemin Kullanımı Hakkında Bilgi Eksikliği

Raporlama yapılmamasında sisteme bağlı olan nedenlerin en önemlilerinden biri de sistem hakkında çalışanların bilgi eksikliğidir. Sistem hakkında yeterince bilgilendirilmemiş olan çalışanlar, sistemin kullanımını bilmedikleri gibi kullandıklarında da alacakları geribildirimin niteliğini bilmediklerini ifade etmektedirler.

"Yani, herkesin yeterince bilmediğini, biraz da o yüzden aktif kullanmadıklarını düşünüyorum...En son halini hatırlamıyorum şu anda…Evet biz burada takılmıştık. 'Hangilerini doldurmadan geçebiliriz, hangilerini doldurmamız zorunlu' diye konuşmuştuk." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"Olay bildirim tutuyoruz genelde. Probel üzerinden olay bildirim. İçeriği yeterli mi? Bazı yerlerde sıkışıp kalıyoruz." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"İmha sistemi ile aynıysa, muhtemelen şahitler falan. Ama görmedim, bir raporda neler yazıyor açıkçası." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Valla bir çok şey, kağıt üzerinde bize anlatılıyor, eğitimlerini alıyoruz dönem dönem. Ama bazı şeylerde es geçilebiliyor. İnsan kendi başına geldiğinde daha fazla içe dönük oluyor. Kendin yaşamadığın zaman, sadece o bir formda kalıyor ya da yanındaki yaşadıysa eğer, ona şahit olduysan ancak öyle." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"Yani şeylere yazdım, gözlem kağıtlarına, nöbet defterlerine yazdım evet. Ama form tutmadım." [36 yaşında, kadın, hemşire]

"Bu konuda bir fikrim yok. Bir kez raporlama yaptım ama yanımda bilen bir sorumlu hemşire hanımın yardımıyla raporlamıştım." [29 yaşında, kadın, hekim]

"Şimdi bu nerede başladı, nerede bitti hata? Bilebilmek mümkün mü bunu nasıl dokümante edip, kime bildireceksiniz ya da kim bildirecek? Ortopedist mi bildirecek, acil hekimi mi bildirecek, kalp damarcı mı bildirecek? Kim ne yapacak?."[45 yaşında, erkek, hekim]

Sistemin Gerekliliğine Olan İnancın Azlığı

Sistemin gerekliliğine inanmayan, sistemin işe yaramayacağını düşünen hekim ve hemşireler de bir tıbbi hatayla karşılaştıklarında ya da tanık olduklarında raporlamamayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bazı hekim ve hemşireler hataların motivasyon ve dikkat eksikliği gibi kişisel nedenlerden kaynaklandığını, hataların önlenmesinde genel bir düzeltme yapılamayacağını düşünerek de bildirilmesine gerek olmadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir.

"Hala bilgilendirilmedik. Yani neyin ne sonuç doğuracağını bilmiyoruz. O yüzden eminim kimse de yapmıyordur hani. Çok nadirdir yapan." [30 yaşında, kadın, hemşire]

"Yani, raporlanması bana geriye döner mi ondan emin değilim. Hani, çok yoğun diyorum ben mesela, ondan hata yapıyorum. Ama ne hemşire verilebilir, ne de işte hasta sayısı azaltılabilir...Yapılmaması arkadaşların sırf çekindiğinden değil, sadece bu değil yani. Geriye dönmesi bir şey yapılacağını düşünmüyor kişiler. Yani bu yoğunluğun mesela azaltılacağını düşünmüyor. Raporlamanın işe yarayacağını düşünmüyor." [35 yaşında, kadın, hemşire]

"Ben, şu saate kadar bir geri dönüş almadığım için işlevliği konusunda çok bir fikrim yok…Hal böyleyken bence olay bildirimin çok bir etkinliği yok." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"Şimdi bence bu yeterli. Yani, işlevli olabilir ama işlevli midir, değildir. Çünkü bunu biz doldurursak işlevli olur. Yani bildirilirse." [43 yaşında, erkek, hekim]

"Şimdi bu tıbbi hatalar, benim düşündüğüm tıbbi hataların çoğu kişisel motivasyon ve dikkat eksikliğinden kaynaklandığı için yani başka hastanelere yansıyacak bir şey değil. Yani

sistemden kaynaklanan bir durum değil. Kişisel, kişi bazında yani." [27 yaşında, erkek, hekim]

"Yani bir de ikincisi, bir amacı çözmeye yönelik gibi değil de sanki 'Burada bu prosedür, kalite kapsamında. Hani bunlar öneriliyor, ben de bunu yapayım, olsun.' şeklinde yani benimsenmedi. Bir çözüme varacağı düşünülmüyor bence. Ben de öyle düşünüyorum açıkçası…Tabi en önemli faktör bence. Birincisi bu, insanı kaygılandırıcı. Biz, mesleksel güvenimiz de bu arada tehlike altında olduğu için çalıştığımız ortam gereği. Bir diğeri de işe yaramadığını kişisel olarak düşünüyorum. Yani bu sistem işe yarıyor mu, çok emin değilim." [37 yaşında, kadın, hekim]

"Yoğunluk bir de şey yani. Rutine girmemiş olması. 'Aman bize bir şey olmaz.' mantığı var ya Türkiye'de, onun gibi…Yani soruluyor, konu araştırılıyor. Sonuç, hemşire arkadaşlara eğitim eksikliği diye geri dönüyor. Hasta yatakları uygun mu, hasta odaları ergonomik mi? vsvs… Bakılıyor mu? Bakıldığını sanmıyorum. En kolay çözüm, eğitim tekrarı…Bu yanlış ilaç uygulamasında da böyle. Dosiflow bozuk ilaç hızlı gidiyor. İnfüzyon pompası yok ki hemşire bunu zamanında fark etsin. Fark ettiğinde hata yapılmış oluyor. Ama çözüm belli, infüzyon pompası alımı. Ama işte ihale o bu takılıyor deniyor, pompa yok. Şimdi bildirseniz mi, bildirmeseniz mi? bu şekilde olunca amacına inanabilir misiniz? Hayır." [46 yaşında, erkek, hekim]

4.2.4.Çalışanların Hata Algısı

Hekim ve hemşirelerin tıbbi hata kavramına bakış açılarının da raporlama durumlarını etkilediği görülmektedir. Hekim ve hemşireler, karşılaştıkları/tanık oldukları hataları çeşitli sebeplerden dolayı kimi zaman hata olarak değerlendirmemekte ve dolayısıyla bildirmeye gerek duymamaktadırlar.

Tıbbi Hata Hakkında Bilgi Eksikliği

Çalışmaya katılan hekim ve hemşireler, karşılaştıkları/tanık oldukları bazı durumların tıbbi hata kapsamına girip girmediği konusunda tereddüt ettiklerini, hata kapsamına girmediğini düşündüklerini ya da hata olarak tanımlamadıklarını belirtmişlerdir. Bu durumda herhangi bir raporlamada bulunmadıklarını ifade etmişlerdir.

"Yanlış cihaz kullanımıyla ilgili burada yaşadığımız bir sorun oldu. Yükleme yapmamız gerekiyordu hastaya ama cihaz bizim düşündüğümüz şekilde vermiyormuş, hastaya, ama birkaç kişiydik, ortak karar almaya çalıştığımız için, Allah'tan o yanlıştan kurtulduk. Yani çok

hızlı bir şekilde hastaya yükleme yapacaktık. Öyle bir sıkıntımız olmuştu. Cihaz kullanımıyla ilgili öyle çok büyük sıkıntılar oluyor. İnsanın tabi kendini yenilemesi gerekiyor, cihazın diliyle ilgili sorunlarımız oluyor mesela. Bu da giriyordur, tıbbi hatalar içine girer değil mi?" [44 yaşında, kadın, hemşire]

"Bildirim yapılmalıydı belki bu konuda ama o kadar çok şey oluyor ki bildirim yapman gereken, bir müddet sonra işin içinden çıkamaz hale gelebiliyorsun. O kadar çok, bu da hata, bu da hata, bu da hata dediğin. Neye göre eleyeceğiz. Elemeyi neye göre ayarlayacağız?" [43 yaşında, erkek, hekim]

"Gerekli tetkik, hani laboratuvar olur, görüntüleme olur, onların yeterince istenmemesi. Belki gereğinden fazla istenmesi de bir tıbbi hatadır. Yani maddi götürüleri olan. Başka da tıbbi hata, tam o da tıbbi midir bilmiyorum ama hasta yakınlarına yeterli bilgi vermek, özellikle hekimin başlıca görevlerinden bir tanesi." [27 yaşında, erkek, hekim]

Hatayı Normal Kabul Etme

Kimi hekim ve hemşireler de yoğun çalışma ortamında hata yapılmasını normal karşıladıklarını, bu nedenle bildirim yapılmasının da gerekmediğini düşündüklerini ifade etmişlerdir.

"Arada oluyor bazı şeyler ama çok sıkıntı yaşamıyoruz....Yani düzeltmeye çalışıyoruz diyelim ona açık demeyelim çünkü hata yapabiliyoruz. Düzeltiyoruz çünkü bu konuda tesadüfi olmamaya çalışıyoruz. O yüzden bildiriyoruz hekimlerimize....Genelde biz eksiklerimizi kapatmaya çalışıyoruz. Bizim burada hekimlerimizle genelde birlikte çalışmaya çalışıyoruz. Yani yüz yüze olduğumuz herkes birbirinin hatalarını kapatmaya çalışıyor. Düzeltip öyle halletmeye çalışıyoruz, raporlamadan. Mümkün olduğu yerde düzelterek."[44 yaşında, kadın, hemşire]

"Yanlış hastaya da order girilebiliyor. Şu ana kadar birebir yaşadığım ve uyguladığım bir şey olmadı ama öğrenci hemşirelerin yanlış hastaya insülin yaptığına şahit oldum mesela.Bunlar da gene hep küçük yaşta, hep oraya geliyorum ama hakikaten bence çok küçük yaşta meslek sahibi oluyor hemşire grubu, lise grubu." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"Hani arkadaşımızın her zaman yaptığı bir hata değildi bu. Hani yapılabilir, olabilir." [36 yaşında, kadın, hemşire]

"Dolayısıyla tıbbi hatayı, özellikle tıp konusunda her zaman saptayabilmek çok zordur. Çünkü ölçülebilmesi gerekir bunun bir tıbbi hata olabilmesi için. Bir de herkes tarafından kabul edilebilir olması gerekir. Bazıları için o normaldir. Hepsini hata olarak kabul… Yani tartışılır, sana göre hatadır, bana göre değildir. Ya da hatadır ama bildirilmesi gerekir, ama hatadır bunu bildirmeye gerek yok, faydası yok denilebilir." [43 yaşında, erkek, hekim]

"Neden tercih etmezler? Birincisi hepimiz aynı gemideyiz ve hepimiz insanız. Her meslekte olduğu gibi sağlık sektöründe de insan kaynaklı, çalışanlar olduğu için hatalar olacaktır. Sağlık sektörünün olumsuz tarafı insanla ilişkili olduğu için sadece bu hatalar diğer mesleklere göre daha fazla göze batıyor. O yüzden raporlamama sebeplerinden bir tanesi de dediğim gibi biraz empati kurmak, yani bir gün hekim arkadaşımızın olur, hemşire arkadaşımızın olur yaptığı hata, yarın bir gün bizim başımıza da gelebilir, geliyor da." [27 yaşında, erkek, hekim]

"Kişi, kendi bilerek yapsa belki ama bilmeden olduğu için bu kadar yoğunluk içerisinde aslında hataların olabileceği de normal olarak karşılanıyor çoğu zaman. Ondan da kaynaklanıyor. Bildirim yapılmıyor." [36 yaşında, erkek, hekim]

Hata Olarak Görmeme

Yapılan görüşmelerde hekim ve hemşirelerin, karşılaştıkları ya da tanık oldukları tıbbi hata durumunu, hata olarak görmedikleri için de raporlama yapmadıkları görülmüştür.

"Yanlış hastaya yanlış kan takılma olayı. Bunu biz arkadaşımızla yaşadık. Hemşire arkadaşımızla. Doktora söylemeye korktuk. Söylemedik. Ama ne yaptık. Hastaya zaten anında bir dakika bile sürmeden fark ettik...Hemen A ilacı falan yaptık. Hani nebul falan açtık. Sonrasında hasta zaten, çok fazla gitmediği için bir zarar görmedi. Ama tabi bunu bildirmedik. " [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Hisleri şöyle. Hata yaptığının farkında değil, hata yaptıktan sonra hatasını söyleyince böyle bir şok evresi. İlk önce bir kabullenmeme evresi." [27 yaşında, erkek, hekim]

Ramak Kala Hataların Bildirilmemesi

Bazı hekim ve hemşireler hastaya ulaşmadan farkedilen ve önlenen hataların bildirimine gerek olmadığını düşündükleri için raporlamadıklarını ifade etmişlerdir.

"Uygulamadan fark ettim ama yanlış mayiye koydum ve bunu fark ettim. Kontrol ettim tekrar. Aynı yere konmuştu mayiler, aslında alırken bakmak gerekiyor, uygularken. Bu kurala

uymadığım için yanlış mayi içine koydum ve bununla ilgili işte böyle maddi külfet olabilir. Şey de mesela bende var o korku, Yani bildirmek istemiyorum açıkçası." [44 yaşında, kadın, hemşire]

"Biz tanımlamada direkt isim kullanıyoruz. Fakat hekim camiasında benim gözlemlediğim orada böyle bir şey yok. Direkt her şey oda numarasıyla dönüyor, her şey oda numarasıyla dönüyor. Şimdi bu kadar çok oda değişikliğinin olduğu bir yerde ve hasta tanımlamasının da direkt oda numarası ile yapıldığı bir yerde şu saate kadar (hata) görmedim, görmemek için kendimizi paralıyoruz ne yapabiliriz diye. Geçen gün mesela bir oda değişikliği yapılmış. Oda değişikliği, sistem üzerinden yapılmamış çünkü ortada iki tane bilgi işlem elemanı var. Bir tanesinin gözünden kaçıyor. Sonrasında ameliyata gidecek hastayı aşağıdan da (ameliyathaneden) direkt oda numarası olarak istedikleri için hemşire arkadaş da son anda listeden o hasta olmadığı anlayıp göndermemişler. Hani bu tür sıkıntılar daha da olacak gibi gözüküyor." [38 yaşında, kadın, hemşire]

"Mesela bir arkadaşımızın da hastaların isimlerini karıştırıp kanları yanlış tüplere koyup…Bir hasta az kalsın diyaliz katateri takılacaktı. Sonrasında hani fark ediliyor, acaba şüphe ediliyor. Tekrar kan çalışılıyor ve yanlış alındığı tespit ediliyor." [36 yaşında, kadın, hemşire]

"Ameliyatta hastayı -kalça ameliyatı olacak- masaya asistanlar hazırlıyor, masaya asistan bakarak hazırlıyor. Sağ ya da sol tarafına yatırması gerekiyor hastayı. Asistan hazırlamış. Sağ tarafına hazırlamış. Hekim geliyor, hazırlıklar yapılıyor ediliyor. Daha sonrasında fark ediliyor. Yani uzman geldiğinde fark ediyor, hastanın diğer taraftan ameliyat olması gerektiğini. Herhangi birşey başlamadan bunun önlendiğini öğrendim. Tekrar hastanın pozisyonu değiştiriliyor. Sağ taraf hazırlanıyor. İşaretleme olmadığı için böyle bir olay olmuş. Eğer uzman hekim fark etmeseydi, tıbbi hataya neden olacaktı." [39 yaşında, kadın, hemşire]

Hatanın Ciddiyeti

Yapılan görüşmelerde hekim ve hemşireler, yapılan hatanın hastaya verdiği zararın boyutuna göre bildirim yapma gerekliliğine inandıklarını; ancak hastaya zarar veren uygulamaların bildirilmesinin gerekli olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

"Yani öyle çok büyük hatalar da olduğunu düşünmüyorum yani." [44 yaşında, kadın, hemşire]

"Yani basit bir şey büyüyecek mi?" [30 yaşında, kadın, hemşire]

"Hekimler için bilemiyorum tabi ki hastaya verdiği zarar boyutuna göre değişiyor bu.Hata boyutu da değişiyordur dediğimiz gibi." [35 yaşında, kadın, hemşire]

"Ben çalışırken bir öğrenci benim yaptığım aynı şekilde oldu. Ben de ona diğer hemşire hanımın dediği gibi 'Takip edelim, benim de başıma gelmişti' diyerekten. Genç bir hastaydı, askerdi sanırım. Onun da başına bir iş gelmedi ama hani bildirilmedi. Bildirilecek bir durum da ortaya çıkmadı açıkçası. Aynı şekilde yanlış uygulama yoluydu." [29 yaşında, kadın, hemşire]

"Şöyle, hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hani bu tamamen şans mıydı, hani hastanın şansı mıydı, yapan arkadaşın şansı mıydı, bilemiyorum. Ama hızlıca hekime, doktora haber verildi. Ondan sonra hasta gözlemlendi. Olumsuz bu anlamda bir şey yaşanmadı.Hekime bildirimde bulunuldu ama sonrasında yazışma, olay bildirim formu bildiğim kadarıyla tutulmadı...Hastaya da bir zarar gelmedi. Neden bunu çok fazla gündeme getirelim, psikolojisiyle yaklaştık. Yani ben öyle düşünüyorum." [36 yaşında, kadın, hemşire]

"Ortopedi Kliniği'nde yatan hastaların tedavileri önceden hazırlanıyormuş, IV ilaçları önceden hazırlanıyor ve ilacın üzerine etiket yapıştırılmamış. Yani hangi ilaç olduğu belli değil. Nöbetçi hemşire de rutinde uyguladıkları "A" antibiyotiği olduğunu düşünüyor ama o günkü ilaç "B antibiyotiği". B antibiyotiği de bir mayi içerisinde belli aralıkla göndermek gerekirken tabi A antibiyotiği gibi düşünerek hastaya bir anda puşelemiş. Puşelerpuşelemez de hastada anaflaktik şok, arkasından solunum arresti oldu. Apar topar Cerrahi Yoğun Bakım'a getirdiler hastayı. Opere olmuş bir hastaydı çünkü. Entübe edildi, cihaza bağlandı hasta. İlerleyen saatlerde evet extübe edildi hani. Hastanın genel durumu iyi oldu ama hakikaten bizim için zor bir nöbetti, zor bir geceydi. Tek sevindirici tarafı gerçekten hasta, evet zordu ama sonrasında onun yaşamını etkileyecek olumsuz bir şeyle karşılaşmamış olmasıydı...Hayır, raporlanmadı, raporlamadık." [34 yaşında, kadın, hemşire]

"Hastanın batın kapatılmadan önce hekim hemşireye teyit eder, kompresler tam mı tamponlar tam mı diye. Bu aşamada sayım yapıldığında tam olmadığı bana da iletildi. İçerde ameliyat devam ediyor ve tam olmadığıyla ilgili bilgi geldi. Arıyoruz batında. Herhangi bir şeye rastlamadığını söylüyor. Hemşire sayıyor, eksik. Bu şekilde kapatılmak zorunda kalındı. Hastanın yakından takip edilip BT'sinin çekilmesine karar verildi. Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu'na not düşüldü, bir tane eksiktir diye, takip edilmek amacıyla. Takip edildi yani

ekipçe. Hem hekim hem hemşire huzursuzdu. BT'de herhangi birşey gözlenmedi. Enfeksiyon açısından takip edildi. Daha sonraki süreçte hemşire arkadaşım hastayı da yakından takip etti. Raporlanması olmadı. Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu'na not düşüldü. Takip ettiler. Herhangi bir olay bildirimi yapılmadı." [39 yaşında, kadın, hemşire]

"Mesela bir ERT'nin (eritrosit süspansiyonu) başka hastaya takılması gibi ya da ufak çapta tedavi karışıklığı, yani başka hastaya yapılınca çok ekstra bir komplikasyon doğurmayan minör daha böyle zararsız ilaçların başka hastaya yapılması gibi. Aslında majör bir hata ancak hastaya verdiği zarardan dolayı minör hata oluyor…Minör hataları raporlamadık. Majör hatalar da… Çok hatırlamıyorum ama majör hatalar olup hastaya, sağlığını etkilemediği sürece onların da raporlanmasını açıkçası tercih etmem. [27 yaşında, erkek, hekim]

5.TARTIŞMA

Bir tıbbi hataya tanık olmak ya da bir tıbbi hatadan sorumlu olmak sağlık çalışanlarının karşılaşmak istemedikleri bir durumdur. Literatür incelendiğinde, hatayla karşılaşan sağlık çalışanlarının ise bu durumu raporlamayı tercih etmedikleri görülmektedir. Bu çalışmanın sonucunda, hekim ve hemşirelerin tıbbi hata raporlama engelleri araştırılmış, bu engellere ilişkin dört tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar; **korku**, **yönetimin tutumu**, **sistemle ilgili engeller** ve **çalışanların hata algısı**dır.

5.1.Korku

Ayıplanma/kınanma/damgalanma korkusu, statü kaybetme korkusu, işini kaybetme/pozisyonunu kaybetme korkusu, bilinmezlik korkusu, maddi yaptırım korkusu ve yasal yaptırım korkusu **korku** isimli temayı oluşturmuştur.

Ayıplanma/Kınanma/Damgalanma Korkusu ve Statü Kaybetme Korkusu

Çalışmanın sonuçlarına göre hekim ve hemşireler, karşılaştıkları tıbbi hataların çalıştıkları kurumda duyulması ihtimalinden çekinmektedirler. Çünkü bu durumun duyulması sonrası, diğer çalışanlar tarafından kınanmaktan, yetersiz, bilgisiz, beceriksiz olarak tanımlanmaktan, ayıplanmaktan, bu şekilde etiketlenmekten korkmaktadırlar.

Yapılan çalışmalarda da tıbbi hatayla karşı karşıya kalan sağlık çalışanları tarafından, kurum içinde ayıplanma, şeref ve haysiyeti kaybetme korkusu, bilgisiz olarak tanımlanma, zayıf-güçsüz olarak tanımlanma gibi çekinceler ile kınama korkusu, yapılan hata sonrası akranların vereceği reaksiyonlardan korkma gibi nedenlerden dolayı hata raporlamanın tercih edilmediği gösterilmektedir. Kurum içinde akranlar tarafından ayıplanma korkusu hemşirelerde daha sık görülmektedir. Hekimlerde ise bu korku, statü kaybı korkusu olarak göze çarpmaktadır. Ayrıca ayıplama kültürü, tıbbi hataların raporlanmasını etkileyen en önemli yedi neden arasında sayılmaktadır (Akins ve Cole, 2005; Handler ve ark., 2007; Hashemi ve ark., 2012; Elliot, 2010; Koohestani ve Baghcheghi, 2008; Tansüyer, 2010; Uribe ve ark., 2002).

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve literatür doğrultusunda hatayla karşılaşan sağlık çalışanlarının, bu durumun çalıştıkları kurum içinde duyulmasından oldukça rahatsız oldukları görülmektedir. Öyle ki bu durumun, kurum içinde duyulması ile diğer sağlık çalışanlarının, kendilerini izleyecekleri, olumsuz örnek olarak tanımlayacak ve birbirleri arasında olumsuz örnek olarak gösterecekleri hissine kapıldıkları düşünülebilir. Ayrıca hekimlik mesleğinin

geçmiş tarihlerden günümüze kadar gerek bilimsel yönüyle gerekse sosyal açıdan mesleki süreçte birçok ilerleme kaydederek toplum içinde gözde meslekler arasında yer alması, mesleki statüsünün yüksek olması nedeniyle yapacakları herhangi bir hatanın bu statüyü zedeleyeceği korkusuna kapıldıkları düşünülebilir.

İşini Kaybetme/Pozisyonunu Kaybetme Korkusu

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, yaptıkları veya tanık oldukları herhangi bir tıbbi hatayı raporlayan hekim ve hemşireler,yöneticileri tarafından çalıştıkları ortamda yetersiz olduklarının düşünülerek sahip oldukları konumlarını kaybetmekten korkmaktadırlar. Ayrıca hata raporlama sonrası karşılaşabilecekleri yasal süreçlerle, mesleklerini kaybedeceklerini düşündüklerinden dolayı yaşadıkları veya tanık oldukları tıbbi hataları raporlamamaktadırlar.

Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (Elliot, 2010; Hashemi ve ark, 2012). Çalışanların yaptıkları bildirimlerin yasal süreçlere dayanması ile mesleklerini kaybetme korkusu oluşmasının yanı sıra yasal süreç başlamasa dahi yöneticilerinin bu durumu olumsuz olarak değerlendirmeleri ile bulundukları pozisyonlarını kaybetme korkusu yaşadıkları düşünülebilir. Pozisyonunu kaybetme korkusunu, bulundukları kademeden alt kademeye düşürülme veya çalışmakta oldukları birimin değiştirilmesi şeklinde ifade ettikleri görülmektedir.

Bilinmezlik Korkusu

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, özellikle hemşirelerin, raporlama sonucunda karşılaşacakları durumlara ilişkin bir bilinmezlik korkusuna kapıldıkları, raporlama sonrasında neyle karşılaşacaklarını bilmemekten kaynaklanan bir korku duydukları görülmektedir. Yapılan bir çalışmada da tıbbi hatayla karşılaşan hekim ve hemşirelerin yapacakları bildirim sonrası, karşılaşabilecekleri sonuçlardan korktukları ifade edilmiştir (Meurier, 1997).

Çalışma sonuçları ve literatür doğrultusunda, çalışanların karşılaştıkları hataları raporladıklarında; bu konuda eğitim eksikliği, yöneticilerin bireysel tutumu, yasal mevzuatı bilememe gibi çeşitli nedenlerden dolayı bildirim sonucunda ne gibi durumlarla karşı karşıya gelebileceklerine ilişkin bir fikir sahibi olmadıkları, bunun da çalışanlarda korku yarattığı söylenebilir.

Maddi Yaptırım Korkusu ve Yasal Yaptırım Korkusu

Çalışmanın sonuçlarına göre, hekim ve hemşirelerin tıbbi hata sonucunda ortaya çıkan maddi zararın kendilerinden sağlanması yoluna gidilmesinden ya da herhangi bir yasal yaptırımla karşı karşıya kalmaktan korktuklarını ifade ettikleri görülmektedir. Kendileri tıbbi hatayla karşılaşmasalar dahi bir meslektaşlarının tıbbi hata yaptığına tanık olduklarında da aynı sebepten zarar göreceklerini düşünmektedirler.

Yapılan çalışmalarda da çalışanlar, kendileriyle ilgili yasal işlem görme korkusu, ekonomik kayıp korkusu, dava edilme korkusu gibi korkular yaşadıklarını, karşılaştıkları veya tanık oldukları tıbbi hataları rapor ettiklerinde ceza almaktan çekindiklerini belirtmişlerdir. Pek çok ülkede şu an mevcut olan sağlık sistemlerinin doğası gereği cezalandırıcı özellikler içermesi de hata raporlamayı olumsuz etkilemektedir (Akins ve Cole, 2005; Elliot, 2010; Handler ve ark., 2007; Hashemi, 2012; Liu ve ark., 2013; Tansüyer, 2010). Hatta yapılan bazı çalışmalarda olay bildirimleri önündeki en büyük engelin, yasal boyuttan korkma olduğu belirtilmiştir (Almutary ve Lewis, 2012; Barach, 2003; Chiang ve Pepper, 2006).

Çalışma sonuçları ve literatür doğrultusunda da, çalışanların hata raporlama konusundaki çekincelerinin en üstünde bu yasal ya da maddi yaptırımların yer aldığı söylenebilir.

5.2.Yönetimin Tutumu

Yönetimden destek alamama, sistemin iyileştirilmesindeki yetersizlikler, hataların kişiselleştirildiğinin düşünülmesi ve bildirim kültürünün olmayışı **yönetimin tutumu** isimli temayı oluşturmuştur.

Yönetimden Destek Alamama

Çalışmanın sonuçlarına göre hekim ve hemşireler, bildirimde bulunduklarında yönetimden yeterli desteği alamadıklarını, bildirim sonrası kendilerine zaman zaman geri dönüş yapılmadığını belirtmişlerdir. Kendilerine geri dönüş yapılmadığında da yönetim tarafından önemsenmediklerini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bunun yanında geri dönüş yapılsa dahi bu geri dönüşlerin olumsuz yönde olmasının da raporlama tercihlerini olumsuz etkilediği görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda da geri bildirim eksikliği sebebiyle gerekli raporlamaların yapılmadığı sonucu desteklenmektedir. Aynı zamanda yönetim tarafından olumlu geribildirim

alınamaması da raporlama tercihlerini etkilemektedir. Ayrıca deneyimli, yaşlı yöneticilerin hasta güvenliği kavramını anlamamaları ve uygulamalara katılmamalarının da raporlamaya engel oluşturduğu bildirilmiştir (Akins ve Cole, 2005; Evans, 2006; Handler ve ark., 2007; Liu ve ark., 2013; Koohestani ve Baghcheghi, 2008).

Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, araştırmaya katılan hekim ve hemşireler, bir hatanın bildirilmesinden sonra objektif/anlayışlı/yapıcı olunması gerektiğini düşündüklerini ifade etmişlerdir (Kılıç, 2009).

Vural ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu bir çalışmada da hata raporlamalarından sonra geri bildirim yapılmasının tıbbi hata raporlamayı cesaretlendiren faktörlerden olduğu belirtilmiştir. Çin'de yapılan bir başka çalışma da, güvensiz bakımın farkındalığında bir artış olmasına rağmen hatalar için cezalandırıcı yaklaşımın hala yaygın olduğunu ve yöneticilerin olumlu hasta güvenlik kültürü oluşturmanın önemini kabul etmelerinde bir yavaşlık olduğunu göstermiştir (Liu ve ark., 2013).

Tüm bu literatür bilgileri ve çalışma sonuçlarından edinilen görüş, yönetimin tutumunun hata raporlamayı doğrudan etkilediği, yapılan her olumsuz geri bildirimin hata raporlama oranını da olumsuz etkileyeceği, ayrıca herhangi bir geri bildirimde bulunulmamasının da çalışanlar üzerinde, yönetimin kendilerini değersiz gördüğüne ilişkin bir düşünceye neden olduğu yönündedir.

Sistemin İyileştirilmesindeki YetersizliklerveHataların Kişiselleştirildiğinin Düşünülmesi

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre hekim ve hemşireler, karşılaştıkları hataları raporladıklarında çözüm için gerçek sebeplere inilmediğini, çözüm çabalarının yüzeysel kaldığını ifade etmişlerdir. Sistemi iyileştirme çalışmaları yerine hataların kişiselleştirilerek kendilerine yüklendiğini ya da tanık oldukları hataları bildirdiklerinde çalışma arkadaşlarını şikayet ediyor/suçluyor konumuna düştüklerini belirtmektedirler.

Aboshaiqah'ın (2010) yapmış olduğu bir çalışmada, araştırmaya katılan çalışanların yarısından fazlasının yaptıkları hataların kişisel dosyalarına işleneceğinden dolayı kaygı duydukları görülmektedir. Yapılan bir sistematik literatür tarama çalışmasında da hemşireler; yaptıkları ilaç hatalarının personel dosyalarına işlenmesini, hastane içinde bu konuda verilen disiplin cezalarından biri olarak tanımlamışlardır (Elliot, 2010). Yapılan bir diğer çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Oğuz, 2007).

Buna karşın, Gökdoğan ve Yorgun'un (2009) yapmış oldukları çalışmada da çalışanların %83,7'si hasta güvenliğine ilişkin rapor etmede kendilerini rahat hissettiklerini belirtmişlerdir. Benzer bir başka çalışmada da içlerinde hekim ve hemşirelerin de bulunduğu sağlık çalışanlarının %75.5'i, tıbbi hataların çoklu sistem hatası olduğunu, bireylere mal edilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, hata raporlamalarından sonra geri bildirim yapılmasının, tıbbi hata raporlamayı cesaretlendiren faktörler arasında yer aldığı belirtilmiştir (Vural, 2014).

Bu çalışmanın sonuçları ve literatür doğrultusunda, çalışanların hata raporlama sistemini kullanma eğiliminde olmalarıyla birlikte raporlama sonrası sistemin iyileştirilmesine yönelik girişimlerin olmadığını, hatta hataların kişiselleştirilerek kendilerine mal edildiğini düşündükleri söylenebilir.

Bildirim Kültürünün Oluşturulmaması

Bu çalışmada görüşmeye katılan hekim ve hemşireler, kurumda kullanılmakta olan bir raporlama sistemi bulunmasına rağmen, bildirim kültürünün oluşmadığından yapılan hataların bildirimlerinin az olduğunu, bildirim sisteminin kullanımının sınırlı kaldığını ifade etmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda, yapılan hataların ve sebep olan durumların, hatayı yapan kişiler tarafından açıkça tartışılması gerektiğine, meslektaşlar ile paylaşılmasının hasta güvenliğine olumlu etkisi olduğuna ilişkin sonuçlar yer almakla birlikte; çalışanları cesaretlendiren bir raporlama kültürünün olmamasının, raporlama tercihini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Etkili bir raporlama sistemi için öncelikle bildirim kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun, kişinin kimliğinin belirlenmesi korkusunun yaşanmadığı, bağımsız bir anonim raporlama sistemi ile mümkün olabileceği ve eğitimlerle sağlanabileceğine ilişkin öneriler bulunmaktadır (Handler ve ark., 2007; Kılıç, 2009; Kingston ve ark. 2004; Martowirono ve ark.,2012). Ayrıca Akins ve Cole (2005) tarafından düzenlenen Delphi panelinde; iş yeri ortamında tutum ve davranışlarda hataları ortaya çıkartarak, hataların ciddi hasarlara yol açmasını engellemek amacıyla zamanında saptanmasının önemini vurgulayacak bir kurum kültürünün gelişmemiş olmasının, hata raporlamada engel oluşturduğu belirtilmiştir.

Çalışmanın sonuçları ve literatür doğrultusunda, çalışanların raporlama sistemi hakkındaki bilgi eksikliklerinden çok, çalışanları cesaretlendirici bir raporlama sisteminin

bulunmaması nedeniyle sistemi kullanmakta tereddüt yaşadıkları, bunun da kurum içinde bir bildirim kültürü oluşmasını engellediği ve raporlamayı tercih etmedikleri düşünülebilir.

5.3.Sistemle İlgili Engeller

Bildirim sisteminin olmaması, sistemin kullanım zorluğu/işlevsel olmaması, raporlamada açık isim yazılması, sistemin kullanımı hakkında bilgi eksikliği ve sistemin gerekliliğine olan inancın azlığı **sistemle ilgili engeller** isimli temayı oluşturmaktadır.

Bildirim Sisteminin Olmaması

Bu çalışmada görüşmeye katılan hemşirelerin bir kısmı, tanık oldukları hataları, meydana geldiği dönemde bir raporlama sisteminin olmamasından dolayı bildirmediklerini ifade etmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda çalışanlar, bir tıbbi hataya tanık olduklarında hata raporlama sisteminin bulunmaması veya sistemde bulunan formların yetersizliği sebebiyle bu durumu raporlayamadıklarını iletmişlerdir (Handler ve ark., 2007; Tanrıkulu, 2010).

Çalışma sonuçları ve literatür incelendiğinde, çalışanların hatayla karşılaştıkları dönemde bir hata raporlama sisteminin bulunmamasının yanı sıra, kurumda hata raporlama sistemine ilişkin eğitimlerin yeterince verilmemiş olmasından kaynaklı olarak çalışanların hata raporlama sistemine yönelik farkındalıklarının olmadığı da düşünülebilir. Yapılan çalışmalarda aynı dönemlerde aynı kurumda çalışmış olan sağlık çalışanlarının, hata raporlama sistemine ilişkin düşünceleri sorulduğunda kimi raporlama sistemi hakkında fikir yürütürken, kiminin böyle bir raporlama sistemi bulunmadığını söylemesi bu düşünceyi desteklemektedir (Evans ve ark., 2006; Hajibabaee ve ark., 2014).

Sistemin Kullanım Zorluğu/İşlevsel Olmaması

Hekim ve hemşireler, kurumlarında mevcut olan raporlama sisteminin/formunun kullanımının zorluğunu dile getirerek, işlevsel olmaması sebebiyle raporlamayı tercih etmediklerini belirtmişlerdir.

Yapılan araştırmalarda, hemşirelerin meşgul olduklarından dolayı raporlamayı unuttuklarını ifade etmeleri de sistemin kullanım zorluğu sebebiyle işlevsel olmadığına örnek oluşturmaktadır. Raporlama işleminin zaman alıcı olması, uygulanmasını zor kılmakta kimi zaman da raporlamanın sonraya bırakılarak unutulmasına neden olmaktadır (Elder ve ark., 2007; Evans ve ark., 2006).

Konuyla ilgili yapılan kalitatif bir araştırmada da çalışanlar, sistemin daha az zaman alıcı olmasının, hata raporlamaya karşı olan bakış açısını olumlu yönde değişeceğini ve raporlama oranının artacağına yönelik görüş bildirmişlerdir. Bu konuda pratik kullanımlı, telefonla/çevrimiçi bildirim gibi hızlı raporlama sistemlerinin geliştirilmesinin raporlama oranını artıracağı düşünülmektedir (Handler ve ark., 2007; Kingston ve ark., 2004; Williams ve Ashcroft, 2009).

Raporlamada Açık İsim Yazılması

Raporlama sisteminin kullanılmamasının tercih nedenlerinden bir diğeri de raporlama yapılırken, sistemde raporlayan kişinin kimlik bilgisinin açıkça görülüyor olmasıdır.

Yapılan kalitatif bir araştırmada, raporlamalarda isim verilmemesi ve raporlayanı koruyucu bir yapı içinde olması durumunda çalışanların raporlamaya karşı tutumlarının değişeceği ve daha fazla raporlama yapılabileceğini belirtilmiştir (Kingston ve ark., 2004). Çalışanların, kimlik açıklanarak yapılan bildirimlerde yasal sıkıntı yaşanacağını düşünmeleri sebebiyle raporlama yapmayı tercih etmedikleri bildirilmiştir. Raporlama sisteminin gizlilik garantili olması, yetkisiz kişilerin raporlamaya ilişkin verilere ulaşabilirliğinin kısıtlanmasının raporlama oranını artıracağı düşünülmektedir (Williams ve Ashcroft, 2009).

Çalışmada elde edilen veriler ve literatür doğrultusunda, mevcut raporlama sistemlerinin yöntemleri ile kullanım amaçlarının paralel olmadığı düşünülebilir. Şöyle ki sistemi iyileştirmeye yönelik olması gereken raporlama sistemlerinde, çalışanların kişisel zarar görmemeleri için kimlik açıklama zorunluluğu bulunmaması gerekirken isim açıklanmasının bu uygulamada zıtlık yarattığı söylenebilir.

Sistemin Kullanımı Hakkında Bilgi Eksikliği

Raporlama yapılmamasında, sisteme bağlı olan nedenlerin en önemlilerinden biri de sistem hakkında çalışanların bilgi eksikliğidir. Sistem hakkında yeterince bilgilendirilmemiş olan çalışanlar, sistemin kullanımını bilmedikleri gibi kullandıklarında da alacakları geribildirimin niteliğini bilmediklerini ifade etmektedirler.

Yapılan çalışmalarda tıbbi hataların raporlanmasını etkileyen etmenler arasında; olay raporlama süreci hakkındaki bilgi eksikliği, personelin raporlama ile ilgili eğitimleri için ayrılması gereken kaynak yetersizliğinin de yer aldığı görülmektedir. Ayrıca hata raporlamanın sağlayacağı yararlar hakkında da yeterli bilgiye sahip olunmamasının, raporlama oranını etkilediği görülmektedir. Raporlamaya yönelik bilgi eksikliğinin

giderilmesinin, uyum eğitimlerinde yer alması gereken bir konu olduğu düşünülmektedir (Akins ve Cole, 2005; Handler ve ark., 2007; Kingston ve ark., 2004).

Sistemin Gerekliliğine Olan İnancın Azlığı

Sistemin gerekliliğine inanmayan, sistemin işe yaramayacağını düşünen hekim ve hemşireler de bir tıbbi hatayla karşılaştıklarında ya da tanık olduklarında raporlamamayı tercih etmektedirler. Ayrıca bazı hekim ve hemşireler hataların motivasyon ve dikkat eksikliği gibi kişisel nedenlerden kaynaklandığını, hataların önlenmesinde genel bir düzeltme yapılamayacağını düşünerek de bildirilmesine gerek olmadığını düşünmektedirler.

Sağlık çalışanlarının pek çoğunun hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yaptıklarını savunmaları, değişim ya da iyileşme çabalarına tepki göstermeleri de sistemin gerekliliğine olan inancın azlığına bir örnektir (Akins ve Cole, 2005).

Buna göre sistemin gerekliliğe olan inancın az olmasının, yöneticilerin etkili geribildirim sürecini yönetmemesi ve sistemi düzeltmeye yönelik çalışmaların yetersizliği ile ilgili olduğu düşünülebilir.

5.4. Çalışanların Hata Algısı

Tıbbi hata hakkında bilgi eksikliği, hatayı normal kabul etme, hata olarak görmeme, ramak kala hataların bildirilmemesi ve hatanın ciddiyeti **çalışanların hata algısı** temasını oluşturmaktadır.

Tıbbi Hata Hakkında Bilgi Eksikliği

Hekim ve hemşireler karşılaştıkları/tanık oldukları bazı durumların tıbbi hata kapsamına girip girmediği konusunda ya tereddüt etmekte ya da girmediğini düşünmektedirler. Bu durumda herhangi bir raporlamada bulunmamaktadırlar.

Yapılan araştırmalarda, yaşanılan deneyimler içerisinde karşılaşılan hata kavramındaki belirsizliğin de raporlama yapılıp yapılmamasında etkili olduğu belirtilmiştir. Hata kavramının kişilerin algı sürecinde, tutarlı bir tanımının olmaması, kişiden kişiye değişiklik göstermesine sebep olmaktadır. Bu da çalışanların, karşılaştıkları durumları hata olarak algılayıp algılamamalarını ve bu yönde verecekleri karar ile raporlama yapıp yapmamalarını etkilemektedir (Handler ve ark., 2007; Hashemi ve ark, 2012; Koohestani ve Baghcheghi, 2008).

Çalışmanın sonuçları ve literatür doğrultusunda, çalışanların yaşadıkları deneyimler çerçevesinde tıbbi hata kavramı hakkında kavram karmaşası yaşadıkları, bu nedenle neyi raporlayıp neyi raporlamayacaklarını bilemedikleri için raporlama yapmadıkları düşünülebilir.

Hatayı Normal Kabul Etme

Kimi hekim ve hemşireler yoğun çalışma ortamında hata yapılmasını normal karşıladıkları için bildirim yapılmasının da gerekmediğini düşünmektedirler.

Avustralya'da yapılan bir çalışmada, hekim ve hemşirelerin hastane olay raporlama sistemi farkındalığının olmasına karşın sistemi etkin kullanma oranlarının yarı yarıya düşük olduğu belirtilmiştir (Evans ve ark., 2006).

Günümüzde sağlık hizmetleri oldukça karmaşık bir yapıya dönüşmüştür. Bu karmaşıklık içerisinde çalışanların da yükü artmıştır. Yoğun çalışma koşullarında; dikkat dağınıklığı, motivasyon eksikliği, yorgunluk, personel eksikliği sebebiyle artan iş yükü gibi sebeplerden dolayı çalışanlar; yapabilmeleri muhtemel olan hatalara kabul edilebilir olarak bakabilmektedirler. Bu çalışmanın sonuçları ve literatür ışığında; çalışanların hataları kabul edilebilir görmeleri üzerine raporlama ihtiyacı duymadıkları düşünülebilir.

Hata Olarak Görmeme

Yapılan görüşmelerde hekim ve hemşirelerin, karşılaştıkları ya da tanık oldukları tıbbi hata durumunu, hata olarak görmedikleri için de raporlama yapmadıkları görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada hekimlerin %75.8'inin hata olarak görmediklerinden dolayı, hasta düşmelerinin raporlanması gerekliliğine inanmadıkları görülmüştür. Buna karşın, araştırmaya katılan hemşirelerin ise en çok raporlanması gerektiğini düşündükleri olay, hasta düşmeleridir (Evans ve ark., 2006).

Tıbbi hata kavramı hakkındaki bilgi eksikliği ile paralel olarak çalışanların, yaptıkları/tanık oldukları bazı durumları hata kavramı içerisinde değerlendirmemeleri sebebiyle raporlama ihtiyacı da duymadıkları düşünülebilir.

Ramak Kala Hataların Bildirilmemesi

Bazı hekim ve hemşireler hastaya ulaşmadan farkedilen ve önlenen hataların bildirimine gerek olmadığını düşündükleri için raporlama yapmamaktadırlar.

Literatür incelendiğinde; yapılmış ve hastayı etkilemeden önce yakalanarak düzeltilmiş ya da hastaya zarar verme potansiyeli olan fakat vermemiş ramak kala hataların, çalışanlar

tarafından raporlanması gerektiğinin düşünüldüğüne ilişkin sonuçlar yer almakla birlikte, çalışanlar tarafından ramak kala ilaç hatalarının önemli olarak görülmeyip, raporlanmasının gerektiğinin düşünülmediği sonuçlar da yer almaktadır. Çalışanlar tarafından, ramak kala hataların bildirilmesi gerektiği cevabının verildiği bir çalışmada, bu cevabı veren çalışanların %51'inin son altı ayda hiç hata raporlamasında bulunmamış olmaları da dikkat çekicidir. Ancak çalışmaların çoğunda özellikle ramak kala hataların bildirildiği bir sağlık sisteminde hata oranlarının azalacağı sonucu üzerinde durulmaktadır (Aboshaiqah, 2010; Evans ve ark., 2006; Kılıç, 2009; İntepeler ve Dursun, 2012).

Hatanın Ciddiyeti

Yapılan görüşmelerde hekim ve hemşirelerin, yapılan hatanın hastaya verdiği zararın boyutuna göre bildirim yapma gerekliliğine inandıkları; ancak hastaya zarar verecek boyuttaki uygulamaların bildirilmesinin gerekli olduğunu düşündükleri görülmektedir. Çoğunluğu böyle düşünmekle beraber hastaya zarar verecek boyutta olan hataların, hatayı yapan kişiyi koruma amacıyla saklanması, mümkün olduğunca açığa çıkartılmaması gerektiğini düşünenler de bulunmaktadır.

Literatür incelendiğinde, yapılan hatanın ciddiyetine yönelik çalışanların algısının, hata raporlama durumunu etkilediği görülmektedir. Daha az ciddi olarak tanımlanan hatalar, ciddi olarak tanımlanan hatalara göre daha az sıklıkta raporlanmaktadır (Elder ve ark., 2007; Hashemi ve ark, 2012; Koohestani ve Baghcheghi, 2008).

Çalışma sonuçları ve literatür doğrultusunda; hastaya zarar verici boyuttaki hataların raporlanmasının gerekliliğine inananların yanında, bu tür hataların bildirilmesinin çalışana yasal boyutta zarar verebileceğini düşünerek raporlamayı tercih etmeyenlerin de olduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra çalışanların, hastaya zarar vermeyecek boyuttaki hataların raporlanmasının gerekmediği düşüncesine sahip olmasının da raporlamayı olumsuz etkilediği söylenebilir.

6. SONUÇ

Ülkemizde, hasta güvenliğine yönelik yapılan araştırmalarda genellikle tıbbi hataların raporlanma durumlarına yönelik istatistiksel sonuçlar verildiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre genellikle hekim ve hemşirelerin tıbbi hata raporlamamayı tercih ettikleri söylenebilir. Bu çalışma hekim ve hemşirelerin hata raporlamayı neden tercih etmediklerini, bu konudaki deneyimlerini ve görüşlerini tanımlamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, raporlama engellerinin başında, kurum içinde ayıplanma/kınanma/damgalanma korkusu, işini kaybetme/pozisyonunu kaybetme korkusu, statü kaybetme korkusu, maddi ve yasal yaptırım korkusu ile raporlama sonrası yaşayacakları duruma ilişkin bilinmezlik korkusu yaşamalarının olduğu saptanmıştır. Hemşirelerde ayıplanma/kınanma/damgalanma korkusunun daha yoğun olduğu, bu korkunun hekimlerde statü kaybı korkusu olarak var olduğu görülmüştür.

Ayrıca çalışanların tıbbi hataları raporlama yapıp yapmamalarında, yönetimin tutumunun da etkili olduğu saptanmıştır. Öyle ki çalışanların, raporlama sonrası yönetimden destek alamadıkları ve yönetim tarafından hataların kişiselleştirildiğini düşünmeleri, hataların önlenmesinde yönetimin sistemi iyileştirilme çabalarının yetersiz olduğunu düşünmelerinin tıbbi hata raporlama tercihlerini olumsuz etkilediği görülmüştür. Kurumda bildirim kültürünün gelişmemiş olması da raporlama engelleri içinde saptanan bir diğer sonuçtur.

Bunun yanı sıra raporlama yapılacak bir bildirim sisteminin olmaması ya da çalışanların, sistemin kullanımının zor olduğunu/işlevsel olmadığını düşünmeleri, raporlamada açık isim yazılması gerekliliği sebebiyle kişiyi koruyucu olmadığını düşünmeleri, sistemin kullanımı hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları veya sistemin gerekliliğine inanmamaları sebebiyle raporlama yapmadıkları saptanmıştır.

Tıbbi hata kavramı hakkında bilgi eksikliğinin olması, hatayı normal kabul etme, hata olarak görmeme, ramak kala hataların bildirilmesine gerek duymama ya da hatanın bildirilecek kadar ciddi olduğunu düşünmeme gibi çalışanların hataya yönelik algılarının da hata raporlama tercihlerini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur.

7. ÖNERİLER

Tıbbi hata raporlama, hasta güvenliği kültürünü geliştirmede önemli bir bileşendir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre **yöneticilere öneriler**;

- Öncelikle hekim ve hemşirelerin tıbbi hata kavramı, hata raporlama ve hasta güvenliğine ilişkin bilgileri desteklenmelidir. Özellikle ramak kala hataların bildiriminin de sağlık sisteminde hata oranlarını azaltmada önemli olduğu düşünülerek, yapılacak olan eğitim kapsamına alınmalıdır.
- Çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri, bildirimi yapan kişiyi koruyucu bildirim sistemlerinin geliştirilmesinin, hata raporlamada korku faktörünü ortadan kaldırmada etkili olacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda kimlik bilgisinin açıklanmadığı, açık uçlu sorular yerine kontrol listesi şeklinde bir yapıya sahip elektronik sistemlerin kullanımı tercih edilmelidir.
- Yoğun çalışma ortamında kolay uygulanabilir, pratik ve etkin bildirim sistemleri geliştirilmesi, bildirim formlarının karmaşıklıktan kurtarılarak elektronik sistemler halinde kullanıma sunulması gerekmektedir. Ayrıca bildirim sürecine ilişkin akış şemalarının oluşturularak çalışanlarla paylaşılmasının da raporlamayı kolaylaştıracağı düşünülmektedir.
- Hastane yönetimi hata bildirimlerinde, bildirim yapanları destekleyici ve cesaretlendirici bir tutum sergilemeli, hataların önlenmesinde bireysel çözümler değil sisteme yönelik iyileştirme çabası içinde olmalı, yapılan bildirimlerin çalışanların performansını değerlendirmede kullanmadığını göstermelidir.
- Hastane yönetimi tarafından kurumda, yapılan hataların hasta/hasta yakını/kurumla ne kadarının ve nasıl paylaşılacağı konusunda açık ve net prosedürler oluşturulmalı, çalışanlar bu prosedürler hakkında bilgilendirilmelidir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre **araştırmacılara öneriler;**

- Bu çalışma, bir kamu hastanesinde gerçekleştirilmiş olup, hastaneler arası hata bildirimi konusundaki tutumların karşılaştırılması, farklılık ve benzerliklerin saptanmasına yönelik, içinde üniversite ve özel hastanelerin de yer aldığı birden çok hastanede benzer çalışmalar yapılmalıdır.

- Derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak yapılan bu çalışmada, hekim ve hemşirelerin tıbbi hata raporlama engellerine yönelik toplanan veriler, bu konuda yapılacak olan hekim/hemşireler arası odak grup çalışmaları ile çeşitlendirilebilir.
- Hekim ve hemşirelerin tıbbi hata raporlama engellerini belirleyici ve raporlamaları artırıcı stratejiler geliştirecek daha fazla sayıda ve nitelikte çalışma yapılmalıdır.
- Bu çalışmadan elde edilen tıbbi hata raporlama engelleri konusundaki ana temalar bazında ölçek geliştirme çalışmaları yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Aboshaiqah AE. Patients Safety Culture: A baseline assessment of nurses' perceptions in a Saudi Arabia Hospital. The Graduate School of Wayne State University, Detroit, Doctor of Philosophy, Michigan, 2010.
2. Akalın HE. Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz? Ankem Dergisi, 2004;18:12-13.
3. Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 2005;5(3):141-146.
4. Akgün S, Al-Assaf AF. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 2007;3:42-47. http://www.sdplatform.com/KategoriYazilariAciklama.aspx?ID=54. Erişim Tarihi: 10.08.2011.
5. Akins RB, Cole BR. Barriers to implementation of patient safety systems in health care institutions: leadership and policy implications. Journal of Patient Safety, 2005;1(1):9-16.
6. Alcan Z. Hemşirelik hizmetlerinde kalite. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2001;5: 57.
7. Alcan Z. ve ark. Hemşirelik hizmetleri ışığında hastane süreçleri, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2011.
8. Almutary HH, Lewis PA. Nurses' willingness to report medication administration errors in Saudi Arabia. Quality Management in Health Care, 2012;21(3):119-126.
9. American Society of Hospital Pharmacists-ASHP Report. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. Am. J. Hosp. Pharm, 1993;50:305-314.
10. Aslan Ö, Akbayrak N. Hemşirelikte iş doyumu. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2002;6(2): 30.
11. Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaçuygulama hataları. Gülhane Tıp Dergisi, 2005; 47: 175-178.
12. Association of Perioperative Registered Nurses- AORN Guidance statement: creating a patient safety culture. 2006 Standards. Recommended Practices, and Guidelines, 2006; 289-294.
13. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000;4(2): 22-27.

14. Aştı T, Kıvanç MM. Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(3):1-9.
15. Ateş Ç. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve hata nedenlerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
16. Barach P. The end of the beginning: lessons learned from the patient safety movement. Journal Legal Medicine, 2003;24: 7–27.
17. Bates DW, Boyle DL, Vander VMB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events.J Gen Intern Med, Apr, 1995;0(4):199-205. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7790981 Erişim Tarihi:03.04.2012.
18. Bayazidi S, Zarezadeh Y, Zamanzadeh V, Parvan K. Medication error reporting rate and its barriers and facilitators among nurses. Journal of Caring Sciences, 2012;1(4): 231-236.
19. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM ve ark. Views of practicing physicians and the public on medical errors. The New England Journal of Medicine, 2002; 347(24): 1933-1940.
20. Can İÖ, Özkara E, Can M. Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi. Deü Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 25(2):69 – 76.
21. Chappy S. Perioperative patient safety: a multisite qualitative analysis. AORN Journal, 2006; 83(4): 871-897.
22. Chiang HY, Pepper GA. Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. Journal Of Nursing Scholarship, 2006; 38(4): 392-399.
23. Cooper MD. Towards a model of safety culture. Safety Science, 2000. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753500000357 Erişim Tarihi:15.12.2014.
24. Cresswell KM, Sheikh A. Lessons from the UK national patient safety agency's national reporting and learning system on reducing drug allergies. Primary Care Resp Journal, 2008; 17(1): 3-4.
25. Çakır A, Tütüncü Ö. İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı, In: Kırılmaz, H, editor. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt:2, Antalya, 2009.

26. Çırpı F, Merih YD, Kocabey MY. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2(3);26-34.
27. Çiftlik EE, Kesmezacar Ö, Kurt M, Kesgin V ve ark. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması, In: Kırılmaz H, editors T.C.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, II. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 1, Ankara, 2010.
28. Debus M. Odak Grup Araştırmalarında Mükemmellik İçin El Kitabı, Marmara Sağlık Eğitim Araştırma Vakfı, Yayın No:2, İstanbul, Kurtiş Matbaacılık, 2003.
29. Durmaz A. Hastaların hastaneye yatmadan önce kullandıkları ilaçların kliniğe kabul edildikten sonra kullanımı ile ilgili ilaç hatalarının incelenmesi. Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.
30. Elder N, Graham D, Brandt E, Hickner J. Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). Journal of The American Board of Family Medicine, 2007; 20(2):115-123.
31. Elliot JM. Nursing-related medication errors: a review of factors that facilitate and hinder error reporting and recommendations for improvement. The University of Texas School of Public Health, Master of Public Health, Houston, Texas, 2003.
32. Erbil MK. Liderlik ve laboratuvar yönetimi. Türk Biyokimya Dergisi, 2007; 32 (3): 145–147.
33. Erdemir AD, Elçioğlu ÖŞ. Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları. Türkiye Klinikleri, Ankara, 2000:25-32.
34. Ertan A, Öz H, Gürpınar S. Anestezi uygulaması sırasında ortaya çıkan önlenebilir bir ölüm olgusu. Türkiye Klinikleri, J Foren Med, 2007;4(1):41-44.
35. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Gazetesi, 2009; 84(1):1-10.
36. Eskreis TR. Seven Common Legal Pitfalls in Nursing, AJN, 1998;(4):34-40.

37. Eşer İ, Khorshid L, Türk G ve ark. Hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına yol açabilecek etkenlerin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2007;23(2): 81-91.
38. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A. Attitudes and barriers to incident reporting: A Collaborative Hospital Study. Qual Saf Health Care, 2006; 15; 39-43.
39. Fijn R, Van den Bemt PMLA, Chow M, Blaey CJ ve ark. Hospital prescribing errors: epidemiological assessment of predictors. Br J Clin Pharmacol, 2002; 53: 326-331.
40. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13(2): 53-59.
41. 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 Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
42. Güler H, Öztürk A, Tarhan D, Kapan S ve ark. SKS ve İlaç Güvenliği Rehberi, Ankara, Pozitif Matbaa, 2012(a). http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2013/igrehberi.pdf Erişim Tarihi: 09.10.2013.
43. Güler H, Öztürk A, Tarhan D, Kapan S ve ark. Hastane Hizmet Kalite Standartları, Ankara, Pozitif Matbaa, 2012(b).
44. Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007: 411-422. http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/yazi/rabia.guven-das-2007-yazi.pdf. Erişim:03.03.2011.
45. Hajibabaee F, Joolaee S, Peyravi HP, Alijany-Renany H ve ark. Medication error reporting in Tehran: a survey. Journal of Nursing Management, 2014; 22: 304–310.
46. Handler SM, Perera S, Olshansky EF, Studenski SA ve ark. Identifying modifiable barriers to medication error reporting in the nursing home setting. J Am Med Dir Assoc, 2007; 8(9) : 568–574.
47. Hashemi F, Nasrabadi AN, Asghari F. Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study. BMC Nursing. 2012; 11:20.

48. Health and Safety Commission-HSC, Organising for Safety: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations). Sudbury: HSE Books, 1993.
49. Heinze C, Halfens RJG, Dassen T. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. Journal Of Clinical Nursing, 2005; 16 :495-501.
50. İntepeler ŞS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15(2) :129-135.
51. Jeffrey MR, Frank AF, Tejal KG, Rainu K ve ark. Analysis of medication-related malpractice claims. Arch Intern Med, 2002;162: 2414-2420.
52. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo A L, Yoon C, ve ark. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed malpractice claim from 4 liability insurers. Annals of Emerg Medicine. 2007; 49(2): 196-205.
53. Karaaslan İ. Tanısal testler ve hasta güvenliği, In: Çakmakçı M, Akalın HE, editors. Türk Tabipler Birliği Füsun Sayek Raporları/Kitapları, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, 1. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2011(b): 48-54. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf Erişim tarihi: 05.12.2013.
54. Karan İ. Hastanelerde fiziksel ortamın hastalar üzerindeki etkilerinin araştırılması. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999.
55. Kayıhan P. Hasta güvenliğinde hekime düşen görevler, In: Çakmakçı M, Akalın HE, editors. Türk Tabipler Birliği Füsun Sayek Raporları/Kitapları, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, 1. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2011(a): 33-35. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf Erişim tarihi: 05.12.2013.
56. Kılıç HS. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgileri ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2009.
57. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. Medical Journal of Australia, 2004; 181(1): 36-39.

58. Kirk J, Miller ML. Reliability and validity in qualitative research, Qualitative Research Methods Series, California, Sage Publications, 1986.
59. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, Washington, DC : The National Academy Pres. 2000, http://www.nap.edu. , http://www.csen.com/err.pdf. Erişim tarihi:29.09.2011
60. Koohestani HR, Baghcheghi N. Barriers to the reporting of medication administration errors among nursing students. Australian Journal Of Advanced Nursing, 2008; 27(1): 66-74.
61. Kopp BJ, Erstad BL, Allen ME, Theodorou AA, Priestley G. Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection. Crit Care Med. 2006 Feb;34(2):415-425.
62. Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, Ngugi KE ve ark. A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. J Gen İntern Med, 2005;20:116–122.
63. Küçükerenköy F. Hemşirelere hasta güvenliği eğitimi, In: Çakmakçı M, Akalın HE, editors. Türk Tabipler Birliği Füsun Sayek Raporları/Kitapları, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, 1. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2011(c): 121-125. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf Erişim tarihi: 05.12.2013.
64. Kümbetoğlu B. Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma, İstanbul, Bağlam Yayıncılık, 2005, s: 40-63.
65. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. Quality Review Bullet in,19,(5).1993; 144-149.
66. Linden JV, Wagner K, Voytovich AE, Sheehan J. Transfusion errors in New York State: an analysis of 10 years' experience. Transfusion 2000;40:1207–1213.
67. Liu W, Wang Y, Zhang Z, Wang P. Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing. BMJ Quality&Safety, 2014;23:556-564.
68. Lowery JE. Understanding the culture shift in healthcare. Culture shift: A leader's guide to managing change in healthcare. American Hospital Publishing Inc, Chicago, 1997: 1-14.
69. Madak KU, Bir üniversite hastanesindeki hastaların düşme risk düzeylerinin ve düşme önleme uygulamalarının değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010.

70. Martowirono K, Jansma JD, Luijk SJV, Wagner C, Bijnen AB. Possible solutions for barriers in incident reporting by residents. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2012;18: 76-81.
71. Mayo A, Duncan D. Nurses perceptions of medical errors: what we need to know for patient safety. Journal of Nursing Care Quality, 2004;19(3): 209-217.
72. Meurier CE, Vincent CA, Parmar DG. Learning from errors in nursing practices. Journal of Advanced Nursing, 1997; 26(1):111-119.
73. National Patient Safety Foundation-NPSF, July 2003, http://www.npsf.org/ Erişim Tarihi: 14.11.2013.
74. National Patient Safety Foundation-NPSF. Slips, trips and falls in hospital (3rd report from the patient safety observatory), United Kingdom, 2007. www.nrls.npsa.nhs.uk/resouces/? entryid45=59821 Erişim Tarihi:03.04.2012
75. National Patient Safety Foundation-NPSF. Patient safety definition. 2008. http://www.npsf.org/rc/mp/definitions.php. Erişim Tarihi: 09.08.2011.
76. NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors. http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html Erişim Tarihi:29.03.2012.
77. NCC MERP Taxonomy of Medication Errors. http://www.nccmerp.org/sites/default/files/taxonomy2001-07-31.pdf. Erişim Tarihi: 03.08.2013.
78. Nieva VF, Sora J. Safety culture assessment : a tool for improving patient safety in health care organizations, 2003;12 (2):17-23.
79. Oğuz Ö. İlaç hataları ve hataların raporlanmasına yönelik hemşirelerin alışkanlık ve deneyimlerinin belirlenmesi ve ilaç hatalarının önlenmesine ilişkin stratejilerin geliştirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2007.
80. Oktay S, Aksayan S. 2000'e iki kala Türkiye'de hemşirelik için yasal düzenlemelere bir bakış. Hemşirelik Forumu, 1998; 1: 79-80.

81. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi, 2010;8(2):100 -111.
82. Özmen S, Başol O. Hasta güvenliği kültürü: Bursa'da özel bir hastane uygulama örneği, In: Kırılmaz, H, editor. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, syf:81-97, Cilt 1, 2010, Ankara.
83. Öztürk R. Hastane Enfeksiyonları, Sorunlar, Yeni Hedefler ve Hukuki Sorumluluk. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 2008;60: 23-29.
84. Öztürk R, Çetinkaya ŞY, Kurtoğlu D. Sağlıkta Dönüşüm Programı Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Türkiye Deneyimi, Birinci baskı, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın, Kayıhan Ajans, 2011.
85. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH ve ark. Defining and measuring paitent safety. Critical Care Clinics, 2005: 21(1) ;1-19.
86. Reason J. Human Error: Models and management, British Medical Journal, 2000;320: 768-770.
87. Saygın B, Ökten F. Anestezi kazaları. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 1990; 10.
88. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M ve ark. Taking the pulse of health care systems: Experiences of patients with health problems in six countries. Health Affairs, 2005: 509-525.
89. Sezgin B. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, 2007.
90. Tanrıkulu G. Hemşirelerin hastavehemşire güvenliği açısından acil servislerin çalışma ortamınailişkingörüşleri. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
91. 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, Ankara, 2010.

92. The Institute of Medicine-IOM. To Err is human: Building a safer health system. National Academy Pres, Washington, 2000. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728 Erişim Tarihi: 22.8.2011
93. The Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Pres, Washington, 2001. http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of- Medicine-Report.html, Erişim tarihi: 12.08.2011.
94. The Instute Of Medicine-IOM, Priorty areas for national action: Transforming Health Care Quality, 2003. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057643 Erişim Tarihi: 04.05.2013.
95. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO. Sentinel Event Statistics, ABD, 2006. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/ Erişim tarihi: 11 Eylül 2013.
96. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO, Falls are Voluntarily Reportable Sentinel Events, 2009. htpp://www.jointcomissioninternational.org. Erişim tarihi:11.12.2012.
97. The Joint Commission International-JCI. Blood Transfusion Errors: Preventing future occurrences, 1999. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_10.pdf Erişim:01.02.2015.
98. The Joint Commission International- JCI. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Published by the Joint Commission, 2007; 1-32.
99. The Joint Commission Internatıonal-JCI. The International Essentials of Health Care Quality and Patient Safety, 2010. http://www.jointcommissioninternational.org/International-Essentials-for-Qualityand-Patient-Safety/ Erişim Tarihi: 16.02.2014.
100. The Joint Commission International- JCI. The Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, and Wrong Person Surgery, Guidance for health care professionals, 2012. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/UP_Poster1.PDF. Erişim Tarihi: 01.05.2013.

101. The Joint Commission. National patient safety goals effective: Hospital accreditation program, 2015. (http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2015_NPSG_HAP.pdf) Erişim tarihi: 10.01.2015.
102. Timmons K. Joint Commission International: An Overview, Association of Companies Health Insurance Funds, Prague, Czech Republic, 2009.
103. Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K. Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği ve akreditasyon: tıbbi laboratuvarlar değerlendirmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2006: 8(4); 286-302.
104. Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K. Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007; 9 : 519-533.
105. Uribe CL, Schweikhart SB, Pathak DS, Dow M, Marsh GB. Perceived barriers to medical-error reporting: An exploratory investigation. Journal of Healthcare Management, 2002; 47 (4): 263-280.
106. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014:5 (2); 152,157.
107. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error, British Medical Journal, 320 (7237), 2000:774-777.
108. World Health Organization-WHO. Guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives, 2009(a). http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf Erişim Tarihi: 12.03.2014
109. World Health Organization-WHO. Who patient safety curriculum guide for medical schools, 2009(b). http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/who_ps_curriculum_summary.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 22.02.2013.
110. Williams SD, Ashcroft DM. Medication errors: how reliable are the severity ratings reported to the national reporting and learning system? International Journal for Quality in Health Care, 2009; 21(5); 316–320.

111. Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J, Cohen H, Cohen M. Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. Clin Nurse Spec, 2000; (6): 278-287.
112. Yıldırım Ö. Akreditasyon ve hasta güvenliği. SB Diyalog, T.C.Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, 2005;15: 34-38. http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-9145/h/15eylul.pdf.Erişim Tarihi:09.09.2011.
113. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri, 8. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2011, s:72-76.
114. http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/hai.html. Erişim Tarihi: 11.09.2014.
115. http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=346 Erişim Tarihi: 08.03.2014.
116. http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=243 Erişim Tarihi: 28.09.2013.
117. http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/ Erişim tarihi:18.11.2013.
118. http://www.who.int/gpsc/5may/en/. Erişim Tarihi: 27.04.2012.
119. http://www.canaktan.org/yonetim/kurumsal-kultur/kavram.htm Erişim Tarihi: 12.09.2014.

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BİLGİ FORMU

1. Mesleğiniz: □ Hemşire □ Hekim

2. Şu an çalışmakta olduğunuz klinik :……..

3. Bu klinikteki göreviniz:

Hemşire: Hekim:

□ klinik hemşiresi □ uzman hekim

□ yönetici hemşire □ asistan

4. Öğrenim durumunuz:

Hemşire:

□ lise □ önlisans □ lisans □ lisansüstü □doktora

5. Mesleğinizdeki çalışma süreniz:

□ 0-5 yıl □ 6-10 yıl □ 11-15 yıl □ 16-20 yıl □ 21 yıl ve üzeri

EK 2. GÖRÜŞME FORMU

Bildiğiniz gibi teknolojinin hızla değişmesi ve yoğun olarak kullanılması, sağlık hizmetlerindeki arz ve taleplerdeki değişim gibi pek çok nedenle sağlık hizmetleri karmaşık bir yapıya dönüşmektedir. Bu karmaşık yapı içerisinde gerekli düzenlemeler yapılmadığında da tıbbi hata ve istenmeyen olaylarla karşılaşılmakta, hastalar ve çalışanlar zarar görmektedirler. Tıbbi hata raporlamanın, hasta güvenliği kültürünü geliştirmede önemli bir bileşen olduğunu da biliyoruz. Ancak literatüre bakıldığında tıbbi hataların büyük oranda sağlık bakım kurumlarında raporlanmadığı görülmektedir. Yapacağımız bu yaklaşık 30-45 dakikalık görüşme ile bir sağlık çalışanı olarak sizin, sağlık hizmeti vermeniz esnasında karşılaştığınız ya da karşılaşma ihtimaliniz olan tıbbi hataların raporlanması ve beklenen düzeyde raporlanmanın olmamasının nedenleri hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek istiyorum.

1. Öncelikle hasta güvenliğinde oldukça önem arz eden bu tıbbi hata kavramı hakkında düşüncelerinizi öğrenmek istiyorum. Tıbbi hata kapsamına girdiğini düşündüğünüz durumlara örnek verebilir misiniz?

2. Sizce hekim ve hemşireler; bir tıbbi hatayla karşılaşıldığında neden bu durumu raporlamamayı tercih etmektedirler?

3. Bir tıbbi hataya tanık olmak ya da bir tıbbi hatadan sorumlu olmak elbette ki sağlık çalışanlarının karşılaşmak istemedikleri bir durumdur. Sizce hekim ve hemşireler; böyle bir durumla karşılaştıklarında neler hissederler?

4.Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılmasının ancak uygun bir raporlama ile olası olduğunu düşünürsek siz mevcut raporlama sisteminizin yeterliliği ve işlerliği konusunda neler düşünüyorsunuz?

EK 3. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu araştırma İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi yataklı birimlerinde yapılacaktır. Bu araştırma, siz sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti vermeniz esnasında karşılaştığınız ya da karşılaşma ihtimaliniz olan tıbbi hataların raporlanması ve beklenen düzeyde raporlanmanın olmamasının nedenleri hakkındaki görüşlerinizi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmada sizinle bireysel görüşme yapılarak sadece sorular sorulacaktır. Size her hangi bir müdahalede bulunulmayacaktır. Görüşme sonrasında verilerin analizi amacıyla ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınacak olan bu görüşme için yaklaşık 30-45 dakikalık bir zaman ayırmanız gerekmektedir. Üç ay boyunca devam edecek olan bu araştırmadan elde edilen bilgilerin istatistiksel analizleri sonucunda tıbbi hata raporlama engellerin belirlenmesini ve ileriki aşamada raporlamayı artıran stratejilerin geliştirilmesine, stratejiler doğrultusunda etkin bir raporlama sistemi oluşturulmasına kaynak sağlanmasını hedeflemekteyiz.

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

Sayın Dilek SOYDEMİR tarafından İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler bana anlatıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılırsam bilgilerimin benim ve araştırmacı arasında kalacağına inanıyorum. Araştırma sonucunda kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili parasal sorumluluk kabul etmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim katılmayabilirim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunmaktayım.

Kendi başıma adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük ile kabul ediyorum.

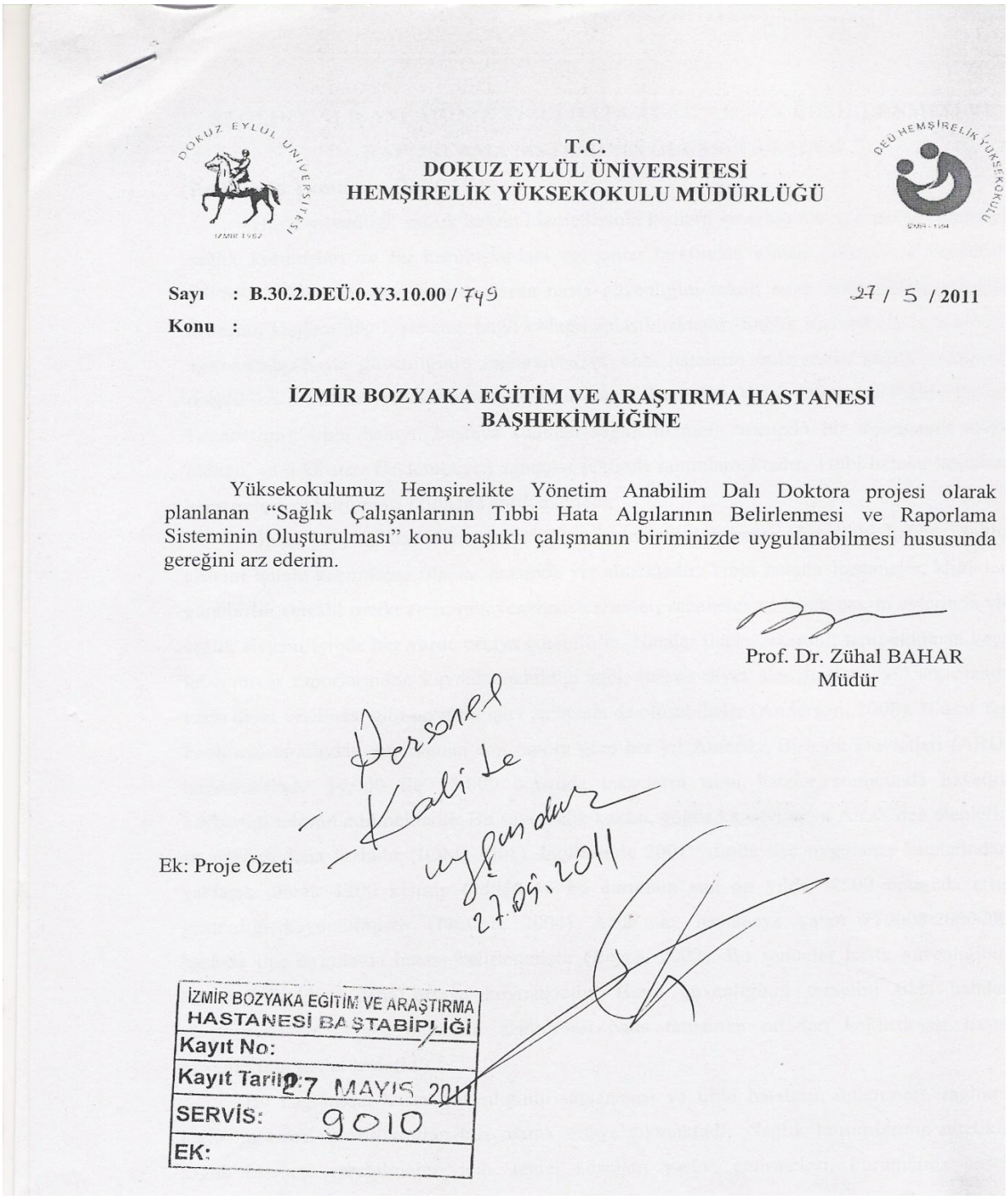
Gönüllünün;

Adı: Soyadı: İmzası:

Araştırmacının;

Adı: Soyadı: İmzası:

EK 4. KURUM İZNİ



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.DEÜ.0.Y3.10.00 / 749 27 / 5 / 2011

Konu :

İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

Yüksekokulumuz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Doktora projesi olarak planlanan "Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Algılarının Belirlenmesi ve Raporlama Sisteminin Oluşturulması" konu başlıklı çalışmanın biriminizde uygulanabilmesi hususunda gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Zühal BAHAR
Müdür

Ek: Proje Özeti

Personel Kaili ile uygulanacak 27.05.2011

İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ
Kayıt No:
Kayıt Tarihi: 27 MAYIS 2011
SERVİS: 9010
EK:

EK 5. ETİK KURUL İZNİ

EK 3

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2011/22-12**	**Tarih:30.06.2011**
	Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER 'in sorumlusu olduğu **"Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Algılarının Belirlenmesi ve Raporlama Sisteminin Oluşturulması"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik. Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İzinli
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İzinli
Doç.Dr.Işıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İzinli
Prof.PhD.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İzinli
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2015/12-56**	**Tarih:07.05.2015**
	Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER 'in sorumlusu olduğu **"Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Algılarının Belirlenmesi ve Raporlama Sisteminin Oluşturulması"** isimli klinik araştırmaya ait 05.05.2015 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; Kurulumuza Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER'in 05.05.2015 tarihli dilekçesi incelendikten sonra arşivden çıkarılan dosyadaki bilgilerle karşılaştırıldığında; 258-GOA protokol numarası ve 2011/22-12 karar numarası ile 30.06.2011 tarihinde etik kurulumuzda görüşülen "Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Algılarının Belirlenmesi ve Raporlama Sisteminin Oluşturulması" konulu projenin dört aşamadan oluştuğu ve 2. Aşamasında gösterilen "Hekim ve Hemşirelerin Hata Raporlama Engelleri" olarak tanımlanmış çalışma basamağının Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Dilek Soydemir'in Yüksek Lisans tezi olarak belirtildiği görülmüştür. Bu açıdan adı geçen kişi ve tez adlarının doğru olduğu, etik açıdan sakınca olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Doç.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER çalışmada sorumlu araştırıcı olduğu için çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

EK 6. ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ

DİLEK SOYDEMİR

TC Kimlik No / Pasaport No:	12685722306 /-
Doğum Yılı:	29.01.1981
Yazışma Adresi :	Gazi Mah. 26 Sk. No:33 Tuana Apt. D:6 GAZİEMİR/İZMİR
Telefon :	0-505-2236758
Faks :	-
e-posta :	dileksoydemir@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TR	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Hemşirelikte Yönetim	Yüksek Lisans	2015
TR	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksek Okulu	Hemşirelik	Lisans	2003

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
İzmir Bozyaka Eğt. ve Arş. Hastanesi	TR	İzmir	Yoğun Bakım/Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü	Sorumlu Hemşire/Süpervisör Hemşire	2007-2015
İzmir Tepecik Eğt. ve Arş. Hastanesi	TR	İzmir	Acil Servis/ Yoğun Bakım	Hemşire/Sorumlu Hemşire	2001-2007

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
☐	Onur Belgesi	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2003

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

1. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014;30 (1): 1-18.

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

1. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri Ve Etkileyen Faktörler, 5. Uluslararası Hemşirelik Yönetimi Kongresi, 2011- Poster Bildiri
2. Difteri Aşılamasına İlişkin Yanlış Bilinenler, Erişkin Aşı Sempozyumu, 2014-Poster Bildiri
3. Sağlık Çalışanlarının Grip Aşılamasına Yaklaşımı ve Grip Aşısı Yaptırma& Yaptırmama Nedenleri, Erişkin Aşı Sempozyumu, 2014- Poster Bildiri
4. Sağlık Çalışanlarının HPV ve Zona Aşılaması İle İlgili Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, Erişkin Aşı Sempozyumu, 2014- Poster Bildiri
5. Sağlık Çalışanlarının KKK ve Suçiçeği İle İlgili Bağışıklık ve Aşılanma Durumlarının Değerlendirilmesi, Erişkin Aşı Sempozyumu, 2014- Poster Bildiri
6. Sağlık Çalışanlarının Viral Hepatitlerle İlgili Durumları Hakkında Farkındalıklarının Değerlendirilmesi, Erişkin Aşı Sempozyumu, 2014- Poster Bildiri
7. Sağlık Çalışanlarının Tetanoz Aşısı İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Aşı Yaptırma Nedenleri, Erişkin Aşı Sempozyumu, 2014- Poster Bildiri
8. Bir Kız Meslek Lisesinde Verilen Eğitimlerle Viral Hepatitlerle İlgili Bilgi Düzeyi ve Davranış Değişikliğinin Değerlendirilmesi, 5. EKMUD Bilimsel Platformu, Poster Bildiri
9. Bir Kız Meslek Lisesinde Aşıyla Korunulabilen Hastalıklar ve Hijyen İlgili Bilgi Düzeyi ve Davranışların Eğitimle Değişiminin Değerlendirilmesi, 5. EKMUD Bilimsel Platformu, Poster Bildiri
10. Sağlık Personelinin Aşılama Konusuna Yaklaşımı ve Aşılanma Durumlarının Değerlendirilmesi, 5. Ulusal Aşı Sempozyumu, Poster Bildiri