T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ – RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Eda Nur MAYUNCUR

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Haydar SUR

İSTANBUL- 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ – RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Eda Nur MAYUNCUR

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Haydar SUR

İSTANBUL- 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Program : Sağlık Yönetimi

Öğrenci No : 174201015

Öğrenci Adı Soyadı : Eda Nur MAYUNCUR

Hasta Güvenliği Açısından Sağlık Okuryazarlığının Önemi- Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Bir Araştırma isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 04/09/2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç. Dr. Tuğba ALTINTAŞ (Üsküdar Üniversitesi) İmza

Danışman : Prof. Dr. Haydar SUR (Üsküdar Üniversitesi) İmza

Üye : Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR (Sağlık Bilimleri Üniversitesi) İmza

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Araştırma, ruh sağlığı alanında verilen klinik hizmetler çerçevesinde hizmet alanların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi irdelemek ve öneri geliştirmek amacıyla yapılmış kesitsel bir araştırmadır.

Araştırma evrenini 20 Mayıs- 20 Haziran 2019 tarihleri arasında İstanbul NP Beyin Hastanesi erişkin psikiyatri polikliniklerine başvuran 18 yaşından büyük psikotik hastalıklar haricindeki psikiyatri hastaları arasında araştırmaya katılmayı kabul eden yetişkin hastalar oluşturmaktadır. Bu dahil edilme kriterlerini taşımayan hastaların araştırmaya dahil edilmemesi araştırmanın sınırlılığıdır. Bu araştırmada tesadüfi olmayan örneklem yöntemlerinden iradi örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya toplamda 170 gönüllü hasta katılmayı kabul etmiştir.

Verileri toplamada hastaların demografik özellikleri, Hasta Güvenliğinde Hastaların Tutum ve Davranışları Anket Formu ve Sağlık Okuryazarlığı TSOY-32 Ölçeği kullanılmıştır. Analizlerde sıklık dağılımlarının belirlenmesi yanında Pearson'un Ki-kare testi, bağımsız gruplarda T testi, Mann-Whitney U testi, Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları kullanılmıştır.

Araştırmaya %56,5 kadın, %43,5 erkek katılmıştır. Katılımcıların %87,1'inin yetersiz, %7,6'sının sorunlu-sınırlı, %3,5'inin yeterli ve %1,8'inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu hasta güvenliği düzeyinin ise kabul edilebilir olmakla birlikte daha iyi hale getirilebileceği sonucuna varılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, en düşük ortalamanın sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma olduğu, en yükseğinin ise sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme olduğu bulunmuştur.

Elde edilen bulgular sonucunda, erişkin psikiyatri polikliniklerinde hizmet alan psikotik olmayan hastalar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyinin çok düşük olduğu ve geliştirilmesi gerektiğidir.

Anahtar Sözcükler: Hasta Güvenliği, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Eğitimi, Akıl ve Ruh Sağlığı

ABSTRACT

This study is a cross-sectional study to examine the relationship between health literacy level in mental health patients receiving mental health clinical services and the patient safety, and to develop recommendations.

The study population consisted of adult patients who were adults older than 18 years of age and presented to psychiatry outpatient clinics in the Istanbul NP Brain Hospital between May 20 and June 20, 2019 and who accepted to participate in the research. Psychotic patients have been excluded from the study population. The limitation of the study is that patients who did not meet these inclusion criteria were not included in the study. In this research, voluntary sampling method, one of the non-random sampling methods, was used. A total of 170 patient volunteers agreed to participate in the study.

Demographic characteristics of patients, Attitudes and Behaviors of Patients in Patient Safety Questionnaire and Health Literacy TSOY-32 Scale were used to collect data. In the analyses, Pearson's chi-square test, t-test in independent groups, Mann-Whitney U test, and Pearson and Spearman correlation coefficients were used in addition to determining frequency distributions.

56,5% of the participants were female while 43,5% were male. It was concluded that 87,1% of the participants have inadequate health literacy, 7,6% have problematic-limited literacy, 3,5% have adequate and 1.8% have excellent literacy levels, while patient safety level is acceptable but can be improved. When the sub-dimensions of the health literacy scale were examined, it was found that the lowest average was scored in access to health-related information and the highest average was achieved in evaluating health-related information.

According to the findings, we can conclude that the level of health literacy among non-psychotic patients receiving services in adult psychiatry outpatient clinics is very low and needs to be improved.

Keywords: Patient Safety, Health Literacy, Health Education, Mental and Mental Health

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında değerli bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan, desteği, güler yüzü ve samimiyetini benden esirgemeyen sayın danışman hocam Prof. Dr. Haydar SUR'a,

Mesleki gelişimimde bilgi ve deneyimleriyle kendisinden çok şey öğrendiğim, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli hocam Prof. Dr. İsmail DALAY'a,

Değerli bilgi ve görüşleri ile önemli katkılarda bulunan tez jürilerim Doç. Dr. Tuğba ALTINTAŞ ve Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR hocalarıma,

Bu süreçte yaşadığım her sorunda şikâyet etmeden arkadaşlıklarını hissettiğim Serpil HAMZA ve Dr. Aleyna AYDIN'a,

Bugüne kadar yardımlarını ve desteğini esirgemeyen Emre KALAYCIOĞLU'na

Araştırmamı yürüttüğüm NP İstanbul Beyin Hastanesine,

Maddi ve manevi fedakârlıklarla beni bugünlere getiren, varlıkları benim için çok değerli olan anne ve babama,

Hayatım boyunca sevincimi benimle paylaşan kardeşlerime,

Eğitimim boyunca bana rahat çalışma ortamı sağlayan, ihtiyaç duyduğum her konuda yardımını esirgemeyen ablam Dr. Sultan MAYUNCUR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eda Nur MAYUNCUR

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

04/09/2019

Eda Nur MAYUNCUR

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **ii**
TEŞEKKÜR ..... **iii**
BEYAN ..... **iv**
İÇİNDEKİLER ..... **v**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **viii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xiii**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xiv**
GİRİŞ **1**
BİRİNCİ BÖLÜM **3**
HASTA GÜVENLİĞİ **3**
1.1. Hasta Güvenliği Kavramı 3
1.2. Hasta Güvenliği Terimleri 6
1.3. Tıbbi Hata 7
1.4. Hasta Güvenliğinin Tarihçesi 9
1.4.1. Türkiye'de hasta güvenliği 12
1.5. Hasta Güvenliğinde Sistem Sorunları ve Yöneticilere Düşen Görevler 15
1.6. Hasta Güvenliği Kültürü 20
1.7. Bilgi Sisteminin Hasta Güvenliğine Katkıları 25
1.7.1. Hasta güvenliği açısından eczane ve ilaçlar 31
1.7.2. Hasta güvenliği açısından ameliyathane 36
1.7.3. Hasta güvenliği açısından acil hizmetler 39
1.7.4. Hasta güvenliği açısından yoğun bakım 40
İKİNCİ BÖLÜM **44**
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI **44**
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri 44
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Taraflar 45
2.3. Hizmetlerde Kalite Açısından Profesyonellerin ve Hastaların Sorumlulukları 46
2.4. Hastaların Hizmetlere Uyumu İçin Sağlıkta Bilinçlenme 50
2.5. Sağlık Okuryazarlığı 54
2.5.1. Okuryazarlık tanımı 55
2.5.2 Sağlık okuryazarlığının tanımı ve kapsamı 56

2.5.3. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması 58
2.5.4 Sağlık okuryazarlığının önemi 59
2.5.5 Sağlık okuryazarlığının düşüklüğünde yaşanan sorunlar 61
2.5.6. Sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi için yapılması gerekenler 62
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 66
RUH SAĞLIĞI 66
3.1. Akıl ve Ruh Sağlığı Tanımı ve Kapsamı 66
3.2. Akıl ve Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Kalitenin Yükseltimesi İçin Yapılması Gerekenler 69
3.3. Akıl ve Ruh Sağlığı Hizmet Süreçlerinde Hasta Güvenliğini Tehlikeye Sokan Durumlar 73
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 78
GEREÇ VE YÖNTEM 78
4.1. Araştırmanın Tipi 78
4.2. Araştırmanın Amacı 78
4.3. Araştırmanın Hipotezleri 78
4.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 79
4.5. Araştırmanın Etik Durumu 79
4.6. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları 80
4.7. Veri Toplama Aracı 80
4.7.1. Demografik bilgi formu (Ek 1) 80
4.7.2. Hasta güvenliğinde hastaların tutum ve davranışları anket formu (Ek 2) 80
4.7.3. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) (Ek 3) 81
4.8. Verilerin Toplanması 82
4.9. Verilerin Analizi 83
BEŞİNCİ BÖLÜM 84
BULGULAR 84
5.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri 84
5.2. Araştırma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Hasta Güvenliği Anket Formuna İlişkin Bulguları 86
5.3 Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği Skorları Arasında Korelasyon Analizi 91
5.4. Hasta Güvenliği Anket Formunda Skor Hesaplamasına Dahil Edilmeyen Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı 93

5.5. Hasta Güvenliği Anket Formunda Skor Hesaplamasına Dahil Edilmeyen Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı 96
ALTINCI BÖLÜM 113
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER 113
6.1. Tartışma 113
6.2. Sonuç ve Öneriler 119
KAYNAKLAR **123**
EKLER **142**

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Hasta Güvenliği Tanımları 4
Tablo 2: Hasta Güvenliği ve Kalitesi ile İlgili Çalışmalar 10
Tablo 3: Hasta Güvenlik Kültürü Olgunlaşma Seviyeleri 23
Tablo 4: İlaç Hata Nedenleri 34
Tablo 5: Ameliyathanelerde Hasta Güvenliği Kapsamına Giren Konular 37
Tablo 6: Acil Servislerde Yaşanılan Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar 40
Tablo 7: Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt Boyutu 57
Tablo 8: TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları 81
Tablo 9: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı 84
Tablo 10: Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Dağılımı 84
Tablo 11: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı 85
Tablo 12: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Dağılımı 85
Tablo 13: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Dağılımı 85
Tablo 14: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Dağılımı 86
Tablo 15: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puan İndeksine İlişkin Skor Dağılımı .. 86
Tablo 16: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği Skorların / Alt Skorların Ortancası ve İlgili Yaygınlık Ölçütleri 87
Tablo 17: Sağlık Okuryazarlığı Boyutları ile Hasta Güvenliği Skorları Arasında Korelasyon Analizi Sonuçları 92
Tablo 18: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız?" Sorusuna Verilen cevapların Dağılımı 93
Tablo 19: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 93
Tablo 20: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı ?" Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı 94

Tablo 21: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 94
Tablo 22: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyet Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 94
Tablo 23: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 95
Tablo 24: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanzo/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 95
Tablo 25: Katılımcıların Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düğündüğünüzde İlk Yaptığınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 96
Tablo 26: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 96
Tablo 27: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 97
Tablo 28: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 97
Tablo 29: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 98
Tablo 30: Katılımcıların Cinsiyetine Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar mı?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 98

Tablo 31: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 99
Tablo 32: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Ankat formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 99
Tablo 33: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı..... 100
Tablo 34: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 100
Tablo 35: Katılımcıların Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar mı?" Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı..... 101
Tablo 36: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız İle İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı*..... 101
Tablo 37: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda 2. Soru Olan "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız İle İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı*..... 102
Tablo 38: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız İle İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı* 102
Tablo 39: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız İle İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı*..... 103

Tablo 40: Katılımcıların Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 103
Tablo 41: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 104
Tablo 42: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 104
Tablo 43: KatılımcılarınSon Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 105
Tablo 44: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 105
Tablo 45: Katılımcıların Cinsiyetine Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 106
Tablo 46: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 106
Tablo 47: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 107
Tablo 48: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 107
Tablo 49: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 107
Tablo 50: Katılımcıların Cinsiyetine Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 108

Tablo 51: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 108
Tablo 52: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 109
Tablo 53: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 109
Tablo 54: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız?" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 109
Tablo 55: Katılımcıların Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 110
Tablo 56: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 110
Tablo 57: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı* 111
Tablo 58: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 111
Tablo 59: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız" Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı 112

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: İsveç Peyniri Modeli 18
Şekil 2: Bilgi Sistemlerinin Gelişen Uygulama Alanları 26
Şekil 3: Sağlık Sektöründe Bilgi Teknolojilerinin Yıllara Göre Değişimi 29
Şekil 4: Kurum İçi Satın Alma Talebi ile Uygulama Sonrası Gözlem Şeması 33
Şekil 5: Müşteri Memnuniyeti Yaratma Süreci 47
Şekil 6: Sağlık Bilgisine Erişmek için Bireylerin Kullandığı Yollar 52
Şekil 7: Sağlık Okuryazarlığının Basamakları ve Kişinin Rolü 58
Şekil 8: DSÖ Ruh Sağlığı Organizasyon Piramidi 71
Şekil 9: Psikiyatride Tıbbi Hatalara Kavramsal Bir Bakış 75
Şekil 10: Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Skoru 88
Şekil 11: Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Skoru 88
Şekil 12: Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Skoru 89
Şekil 13: Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Skoru 89
Şekil 14: Tedavi ve Hizmet Skoru 90
Şekil 15: Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Skoru 90
Şekil 16: Hasta Güvenliği Skoru 91

KISALTMALAR DİZİNİ

ASHP: Amerika Hastane Eczacılar Birliği

CDC: Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi

GCKL: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

GCKLTR: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Türkiye

IOM: Amerika Tıp Enstitüsü

ISMP: Güvenli İlaç Uygulama Enstitüsü

MÖ: Milattan Önce

MS: Milattan Sonra

NCCMERP: ABD İlaç Hatalarını Raporlama ve Önleme Koordinasyon Kurulu

NPSF: National Patient Safety Foundation

ONC: Ulusal Sağlık Bilgi Teknolojisi Koordinatör Kurulu

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SCM: İsveç Peyniri Modeli

TADMER: Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi

TÜFAM: Türkiye Farmakovijilans Merkezi

TC: Türkiye Cumhuriyeti

USP: ABD Farmakopesi İlaç Hataları Raporlama

UNESCO: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu

VB: Ve benzeri

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde 20. yüzyılın son döneminde ve 21. yüzyılda görülen gelişmeler hasta güvenliğini en öne çıkartmış durumdadır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü'nün (IOM) 2000 yılında yayınladığı raporda kalitedeki eksikliklerden dolayı Amerika'da 44 bin ile 98 bin kişinin tıbbi hatalardan ötürü öldüğü belirtilmektedir. Bu raporla birlikte dünyada bütün ülkeler tıbbi hatalarla ilgili ölüm ya da yaralanma ya da istenmeyen olayları önceliklendirmiştir. Bu gelişmeler hasta güvenliğinin gündemi her zaman en önemli madde olarak işgal etmesiyle sonuçlanmıştır.

Hasta güvenliğini tehdit eden ya da risk oluşturan durumlar teker teker çözümlenmeye başlamıştır. Kaynak eksiklikleri ya da bu kaynakların doğru düzgün süreçler içinde kullanılmamasından doğan sorunlar bir yana, çıktıların değerlendirilmemesi ve denetim eksikliklerinden doğan sorunlarda ele alınmıştır. Bu süreç içerisinde profesyonellere ve sağlık kuruluşlarına düşen roller dışında, sağlık hizmeti kullanım sürecinde hastalara ve hasta yakınlarına da rollerin düşeceği ve bunlar yerine getirilmeyince sadece profesyonellerin çabasıyla tam bir güvenlik ortamının sağlanmayacağı anlaşılmıştır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı kavramı da önem kazanmıştır.

Tedaviye uyum açısından zaman zaman sağlığında, kendi sağlığına sahip çıkma yanında sağlığında oluşabilecek değişikliklerde doğru yere başvurma ve profesyonelle paydaş olabilme açısından sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi son derece önemlidir. Hasta güvenliğinin riski boyutlarının bir tanesi sağlık okuryazarlığının eksikliğinden kaynaklandığına göre sağlık okuryazarlığına ait kısmın irdelenmesi ve daha iyi anlaşılması, yapılması gerekenler açısından isabetli önerilerde bulunulması için şarttır.

Sağlık hizmetlerinin tamamında ele almak konunun çok fazla boyutunun olması nedeniyle mümkün olmayacağından, spesifik bir konuya girmek daha uygun ve o konu içinde bu ilişkiyi ve riski ele almak çözümleri de bu şekilde üretmek daha uygun bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda, dünyada yetişkin insanlarda her dört kişiden en az birinin depresyon düzeyinde ruh sağlığı sorunu yaşadığı ve bu sıklığın somut bir şekilde görülmediği, soyut kaldığı için her zaman sağlık sistemleri tarafından ruh sağlığı uygulamalarının ihmal edildiği belirtilmektedir. Beden sağlığına aşırı önem

verilmesi, ruh sağlığının ihmal edilmesinden başka bir sorunu daha gündeme getirmektedir.

Bu açıdan hem beden sağlığı ile ilgilenen klinisyenler, hem ruh sağlığı ile ilgilenen klinisyenlerin hasta güvenliği açısından bilinçlerinin yükselmesinin yanında, hastaların ve yakınlarının da bunun farkına varmaları bu şekilde kalitenin ve hasta güvenliği konusunun daha iyi korunmasının önemli olduğu bilinmektedir.

Bu bilgiler ışığında çalışmanın ilk bölümünde hasta güvenliği, ikinci bölümde sağlık okuryazarlığı kavramı detaylı olarak ele alınmış, kavramlar çeşitli yönleriyle işlenmiştir. Üçüncü bölümde ise akıl ve ruh sağlığı tanımı ve kapsamına değinilerek hasta güvenliği ve sağlık okuryazarlığını tehlikeye sokan durumlardan bahsedilmiş yapılması gerekenler sunulmuştur. Çalışmanın dördüncü bölümünde NP İstanbul Beyin Hastanesi Erişkin Psikiyatri polikliniklerinde 18 yaş ve üzerinde olan hastaların hasta güvenliği ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi adına veri toplama formu uygulanmış ve araştırma bulgularına yer verilmiştir. Beşinci son bölümde elde edilen bulgular yorumlanarak sonuç ve önerilerde bulunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTA GÜVENLİĞİ

Bu bölümde hasta güvenliği, tarihçesi, tıbbi hata ve bilgi sistemlerinin hasta güvenliğine katkılarıyla ilgili genel bilgiler yer almaktadır.

1.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Son yirmi yıl boyunca sağlık hizmet sunumunun dünyadaki büyük gelişimi sonucunda tüm sağlıklı ve hasta bireylere kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmetinin sunulması, sağlık endüstrisinin en önemli hedefi haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık hizmetleri, "belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak" tanımlamaktadır (Karabulut ve Yapraklı, 2001). Ancak sağlık hizmetlerinin sunumu esnasındaki istenmeyen aksaklıklar nedeniyle tüm dünyada birçok güvenlik sorunu ortaya çıkmış ve bu durum hasta güvenliği kavramının önemini ortaya çıkarmıştır. Tehlikeden uzak olma hali olan güvenlik, kalitenin en önemli alt gruplarından biridir (Ovalı, 2010).

1990'lardan bu yana, sağlık hizmetleri kalitesi ve güvenliğiyle ilgili araştırma ve uygulamalar büyük ölçüde paralel iki yol izlemiştir. Bir yandan, bu alanla birlikte kalite ve güvenliğin nasıl anlaşıldığını, nasıl ölçüleceğini, nasıl analiz edileceğini ve bu alandaki müdahaleleri çerçeveleyen tıp bilimi, sosyal psikoloji, insan faktörleri ve güvenlik bilimi gibi disiplinler ortaya çıkmıştır (Waring ve ark., 2015).

Güvenlik kavramı ile ilgili yönetime yön veren, yönetim bilimci ve sosyoloji profesörü Perrow (1984) güvenliği, "çalışanlar ve müşteriler başta olmak üzere bir kuruluşun paydaşlarının kazayla yaralanmaya maruz kalmamaları" olarak tanımlamaktadır. Perrow, bazı kuruluşlarda hata yapmanın normal olabileceği düşüncelerini savunarak "normal kaza" adını verdiği kitap ile yönetim bilimine büyük

katkılar sağlamış ve sağlık hizmetleri kurum ve kuruluşlarının yüksek riskli ve karmaşık yapıda olmasından dolayı istenmeyen olaylarla karşı karşıya kalındığını belirtmiştir. (Tak, 2010).

Ulusal Hasta Güvenliği Kurumunun (National Patient Safety Foundation, NPSF) tanımına göre hasta güvenliği, sağlık hizmet süreçlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçların veya yaralanmaların önlenmesi ve iyileştirilmesidir (Aspden ve ark., 2004; Korkmaz, 2018). Bu olaylar arasında "hatalar", "sapmalar" ve "kazalar" yer alır (Brennan ve ark., 2004). Hasta güvenliğinde amaç, sağlık bakım hizmetlerindeki istenmeyen hataların ve bu hatalardan kaynaklanan hasarın en aza indirgenmesidir (Akalın, 2014).

Hasta güvenliği konusunun henüz yeni ve gelişmekte olan bir konu olmasının yanı sıra birçok farklı anlam içermesinden kaynaklı (istenmeyen olay, hata, malpraktis vb) aşağıdaki tabloda bazı araştırmacılara göre hasta güvenliği tanımları şu şekilde ifade edilmiştir (Altındiş, 2009).

Tablo 1: Hasta Güvenliği Tanımları

Kaynak	Önerilen Tanım
National Patient Safety Aency, 2003	"Hastanede risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi ve tanmlanması, risklerin azaltılması için kazaların raporlanması ve analizi ve gerekli çözümlerin uygulanması gibi hastaya daha güvenli bakım verme süreci"
Bruca vd., 2006	"Sağlık bakım sistemi içindeki güvenli olmayan eylemlerin azaltılmasının yanı sıra en iyi uygulamaların kullanımı aracılığıyla optimal bakım sonuçlarına ulaşma"
Connelly & Power, 2009	"Sağlık bakım hizmetlerinin zarar verici etkilerinden hastaları korumak için sağlık hizmeti veren kurum ya da bireyler tarafından üstlenilen eylemler"
Beglaryan & Wong, 2004	**"**Yanlış tıbbi yönetim nedeniyle ortaya çıkan zararlardan hastayı koruma süreci" Hasta güvenliğini sağlamak, istenmeyen tibbi olayları önleme ihtimalini arttıran operasyonel süreçler ve sistemleri gerektirir."
Cooper vd., 2000	"Sağlık bakım sürecinden kaynaklanan hata, hasar (yaralanma) ya da istenmeyen sonuçlardan kaçınılması, önlenmesi ve iyileştirilmesi"
Hindle vd., 2005	¨Hastanın önlenebilir medikal hatalardan korunması¨

Kaynak: (Altındiş, 2009).

Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine, IOM)'nün 2000 yılında yayınladığı ve hasta güvenliği konusunun ses getiren 'İnsan Hatası (To Err Is Human)' raporunda özellikle kalitedeki eksikliklerden dolayı Amerika'da 44 000 ila 98 000 kişinin tıbbi hatalardan dolayı öldüğü belirtilmektedir. Bu hataların meme kanseri (42 297), AIDS (16 516) veya trafik kazaları (43 458) nedeniyle ölen kişilerin sayısından çok daha fazla olduğunu görülmektedir (Kohn ve ark., 2000).

Bu raporla birlikte tıbbi hataların toplam maliyetinin 37 milyar ile 50 milyar dolar arasında olduğu, önlenebilir hataların maliyetinin ise 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmekte ve tıbbi hataların maliyet kayıplarına da neden olduğu görülmektedir (Akalın, 2005).

Kohn ve arkadaşlarının çalışmasına göre, istenmeyen olayların incelenmesini en geniş kapsamda Harvard Medical Practice Study (HMPS) yapmıştır. Tıbbi hatalar sonucunda çok sayıda Amerikalının zarar gördüğünü öne sürerek, biri 1984 yılında New York'ta, bir diğeri de Colorado ve Utah'da 1992 verilerini kullanan büyük hastane kabul örneklerinden iki çalışma ile hastanede oluşan olumsuz olaylar incelenmiştir. 1984 yılında rastgele seçilmiş 51 New York Eyaleti Hastanesi'nden 30 000'den fazla rastgele seçilmiş taburcudan oluşan hasta kayıtları incelenmiştir. İncelemeler sonucunda, hasta yatışını uzatmış veya taburculuğunu engelleyen durumların olması veya her iki durumun görülmesi sonucunda %3,7 oranında istenmeyen olayların görüldüğü tespit edilmiştir. Hatalara atfedilen istenmeyen olayların oranının %58 olduğu ve bu oranın %27,6'sının ihmal nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmiştir. İstenmeyen olayların %2,6'sının kalıcı sakatlanmalara yol açtığı, %13,6'sı ise ölümle sonuçlandığı sonucu bulunmuştur. İlaç komplikasyonlarının ise en sık görülen istenmeyen olay olduğunu %19 oran ile belirtilirken, bunu yara enfeksiyonları %14 ve teknik komplikasyonlar %13 oran ile izlemiştir. (Kohn ve ark., 2000, s:26).

Sağlık hizmetlerinin üst düzey olduğu düşünülen ülkelerde benzer bir çalışma yürütülmüş ve ülkelerin yüzdeleri %34 oran ile ABD, %30 Kanada, %27 Avusturalya, %25 Yeni Zellanda, %23 Almanya ve %22 İngiltere şekilde olup bu ülkelerde tıbbi hata yapıldığına inanların algıları karşılaştırılarak ortalamanın %10 olduğu saptanmıştır (Çakmakçı ve Akalın, 2010, s:24).

Araştırma sonuçlarında görüldüğü üzere bütün ülkeleri ilgilendiren ve tarih boyunca olduğu gibi bugün de hizmetlerin kalitesini belirlemede en önemli yere sahip olan

konunun adı hasta güvenliğidir. Ülkelerin sağlık sistemi hangi şekilde yapılanırsa yapılansın hasta güvenliği en önemli konular arasında olacaktır. Sağlık profesyonellerinin iletişimindeki kopukluklar, zamanında müdahale edilmemesinden doğan kötü sonuçlar ve akılcı olmayan ilaç kullanımı gibi etkenler hasta güvenliği konusunu gündemimizde her zaman ilk sırasında tutmamız için yeterli nedenlerdir (Sur, 2019, s:3).

1.2. Hasta Güvenliği Terimleri

1990'ların başlarına kadar klinik risk ve hasta güvenliğinin, ciddi olarak hizmet düzeyinde sorunlar olarak tanındığı ve yalnızca 2000'li yılların başlarında uluslararası öncelikler haline geldiği görülmektedir. Yapılan bu hata veya istenmeyen durum veya tehlike gibi gerçekleşmiş olayların hasta güvenliği kapsamında bir terminolojisinin olduğu ve bu olayları ifade ederken net ve açık olmak gerektiği birçok çalışmada belirtilmektedir. Bu terminolojilerin net ve açık olması klinisyenler ve araştırmacıların yaptıkları çalışmalardaki karşılaştırmalar açısından önemi büyüktür (Walker ve ark., 2006, s:10; Kaya Eroğlu, 2011).

Netlik kazanan terimlerin bazıları DSÖ tarafından şu şekilde tanımlanmıştır (WHO, 2007; Balık, 2014):

"Hasta; sağlık bakımı alan kişi,

Sağlık bakımı; sağlığı düzeltmek, gözlemek, sürdürmek ve korumak için toplumlar veya bireyler tarafından alınan hizmetler,

Güvenlik; tehlikeden uzak olma durumu,

Tehlike ise; riski arttıracak veya riske yol açacak durum veya hareket,

Hasta güvenliği; sağlık bakımı ile ilgili potansiyel veya olası zararlardan hastayı uzak tutmak,

Olay (hasta güvenliği olayı); hastanın zarar görmesine sebep olan veya zarar görmesi şeklinde sonuçlanan durum,

Hata; yapılan bir planın yanlış uygulanması veya yanlış bir plan yapılması,

İhlal; bir operasyonun işleyişinden, standardından veya kuralından kasıtlı olarak sapma durumu,

Risk; kaza oluşma ihtimali,

Ters olay (advers event); hastanın zarar görmesiyle sonuçlanan kaza,

Zarar; vücudun işlevinin ya da yapısının bozulması veya bundan dolayı sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır. Zarar, hastalık, yaralanma, acı, sakatlık ve ölüm hallerini içerir ve fiziksel, sosyal veya psikolojik olabilir.
Kılpayı (near-miss); hastaya zarar vermeyen kaza durumu olarak tanımlanmıştır."

1.3. Tıbbi Hata

Tıbbi hatalar, sağlık hizmet sunumu esnasında profesyoneller tarafından hastalara yetersiz bilgi işlem uygulamaları sonucu meydana gelen hatalardır. Diğer bir ifade ile sağlık hizmetlerinde insan hataları olarak da adlandırılabilir (Zhang ve ark., 2002).

Tıbbi hatalar kök nedenlerine göre üçe ayrılmaktadır (Akalın, 2005):
1. "İşleme Bağlı Hatalar: Yanlış işlemin yapılması.
2. İhmale Bağlı Hatalar: Doğru işlemi yapamama.
3. Uygulamaya Bağlı Hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama."

Türkiye'de 1993-1998 yıllarındaki 977 tıbbi hata dosyası verilerinin Yüksek Sağlık Şurasında incelemesi yapılmış ve araştırma sonucunda tıbbi hataların %42,2 sinin Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde görüldüğü, %47,7 hatanın hekimler tarafından yapıldığı ve tıbbi hata nedenlerinin ise ihmal, yetersiz tedavi ve yanlış tanıların koyulduğu istatistiksel veriler sonucu ortaya çıkmıştır. Raporlardaki veriler incelendiğinde en trajik sonucun tıbbi hatalar nedeniyle %50 oranında büyük bir çoğunluğun ölümle sonuçlanmasıdır (Gündoğmuş ve ark., 2005). 2004 yılında Büken ve arkadaşları tarafından 1993-1998 dönemlerinde Adli Tıp Kurumunun 636 tıbbi vaka/hata dosyaları incelenmiş ve %16,8 tıbbi hata verisi ile en çok tıbbi hatanın kadın doğum uzmanlık alanında olduğu görülmüştür (Büken ve ark., 2004).

Gelişmiş ülkelerin başında gelen ABD'de ise bir yıl içerisinde tüm ölümler incelenmiş ve bu ölümlerin %10'unun tıbbi hatalar sebebine bağlı olduğunu, bu hesaplamalar sonucu hastaneye yatan her üç kişiden birinin tıbbi hatalara bağlı olarak öldüğü belirtilmiştir (Hayran, 2019, s:130).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, Reason'nun 1984 yılında yaptığı araştırmaya göre kazaların %60 ila %80'nin insan kaynaklı olduğu ve bu hatalara ihtiyatlı davranıldığında bile oranın %30 ile %40'ın altına inmeyeceğini ifade etmiştir. IOM'un 2000 yılında yayınladığı raporuna bakıldığında ise raporda atıf yapılan bir çalışmada

anesteziyle ilgili istenmeyen olayların %82'sinin insan hatasından kaynaklandığı belirtilmiştir (Tak, 2010).

Sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliğinin üst düzeye çıkartılması ve hastaların hatalara maruz kalmalarını azaltmak için tıbbi hataların neden ve niteliklerinin doğru şekilde değerlendirilmesi gerekmekte, bunun da "malpraktis", "komplikasyon", "beklenmedik olay", "kaza" ve "aksilik" gibi kavramların tanım ve ayrımlarının net, anlaşılır şekilde yapılması gerekmektedir (Hayran, 2019, s:132).

Dünya Tabipler Birliğine göre, tıbbi uygulama esnasında sağlık çalışanları tarafından tüm işlemler sorunsuz bir şekilde yapılsa dahi yine de tahmin edilemeyen bir şekilde ortaya çıkabilecek herhangi bir sorundan dolayı hekimin sorumluluğu olmayacağını belirterek, böyle bir durumda tıbbi hata ile komplikasyonun ayırt edilmesi gerektiği ifade etmiştir (TTB, 2009; Çakmak ve ark., 2018).

Tapan'a göre, "bir hastalığın devamı sırasında vuku bulan patolojik olaylara komplikasyonlar denir. Komplikasyonlar tıbbi kusurlu eylemlerden farklı olarak, hekimlik meslek ve sanatının doğasından kaynaklanan, tıbbi standartların gerektirdiği objektif dikkat ve özen gösterilse bile kaçınılmaz olarak gerçekleşmektedir" (Tapan, 2019, s:123).

İnsan hatalarından kaynaklanan hatalar iletişimsizlik, unutkanlık, kalitesiz ekipman, gürültülü çalışma ortamı, dikkatsizlik, kişisel veya çevresel faktörler veya etkin eğitimin olmaması gibi sebeplerden meydana gelmektedir (Dhillon, 2003).

IOM'un 1999 yılındaki raporunda hükümetin, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, sanayinin ve tüketicilerin önlenebilir tıbbi hataları azaltabileceği kapsamlı bir strateji ortaya koymak, hataların çoğunu önlemek ve insanları hata yapmaya iten sistemleri, işlemleri ve koşulları önlemeyi vurgulamaktadır. Rapordaki ana sonuç, tıbbi hataların çoğunun bireysel umarsızlık veya belirli bir eylemden kaynaklanmadığı yani "kötü elma" sorunu olmadığını, hataların yaygınlığının sebebinin ise sistemler olduğu belirtilmektedir. Raporda istenmeyen bir hata yapıldığında, hata yapan kişiyi suçlamak yerine yapılan hatanın tekrarlanmaması için çaba sarf edilmesi gerektiğinin üzerinde durulmuştur. Rapora ek olarak, Ulusal hasta güvenliği merkezinin kurulması, hata bildirim sisteminin kurulması, hasta güvenliği programlarının oluşturulması, hasta güvenliğine odaklı performans standartlarının belirlenmesi gibi uygulamaların hayata geçirilmesi hakkında öneriler yer almaktadır (Kohn ve ark., 2000).

1.4. Hasta Güvenliğinin Tarihçesi

İlk günden itibaren insanoğlu, sağlığına zarar verme potansiyeli taşıyan bir ortamda yaşamaya gelmiştir. Risk faktörleri mekân veya zaman göre değişse bile, tehlike ve risk her zaman meydana gelmiş ve her zaman bazı kişiler tarafından sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulmuştur. Uygarlık gelişmeleri zaman içerisinde toplumlardan toplumlara farklı şekilde ilerlerken sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık çalışanlarının yetkileri, sorumlulukları ve cezanlandırılışı gibi uygulamalarda da değişik gelişmeler yaşanmıştır (Sur, 2019, s:3).

İlk yazılı yasal düzenleme M.Ö. 1700'lü yıllarda Babil'in ilk Hanedanlığının altıncı kralı Babil Hammurabi (1728-1686) tarafından Hammurabi Kanunları hazırlanmıştır. Hammurabi yasasında sosyal, dinsel ve siyaset ile ilgili neredeyse 300 yasa bulunmakla birlikte aynı zamanda tıbbi yasaların öncüsü olarak da bilinmektedir. Tıpla ilgili yasalarda hekim mesleğinin kutsallığından dolayı hekimlerle ilgili maddeler bulunmamakla birlikte, tıp ile uğraşan cerrahlara yönelik kanunlar bulunmaktadır. Cezalandırma yöntemi olarak ise "Kısasa kısas" bir yöntem uygulanmaktadır (Pearn, 2006).

Akkad dilinde çivi yazısı ile yazılmış olan ve tıp mesleğini icra eden cerrahlarla ilgili yasaların bazıları şu şekildedir (Bayat, 2016, s:52):

"215-217 Madde: Bir cerrah ağır yaralı birini bronz neşteriyle ameliyat edip hayatını kurtarır ise bir miktar gümüş şekel ile ödüllendirilecektir. İyileştirilen kişi asil sınıftan ise 10 şekel, orta sınıftan bir kişi ise 5 şekel ve aynı işlem bir köleye yapılırsa 2 şekel gümüş alacaktır.

218-220 Madde: Bir cerrah asil sınıftan birini tedavi ederken ölümüne sebep olursa veya göz bölgesini neşteriyle açıp tedavi ederken gözünü kör ederse, cerrahın elleri bileklerinden kesilecektir. Aynı ameliyat bir köleye yapılırken köle ölürse, cerrah köle sahibine yeni bir köle verecek, kölenin gözü kör olmuşsa kölenin yarı değeri kadar gümüşü sahibine ödeyecektir.

221-223 Madde: Bir cerrah, asil sınıfından bir adamın kırık kemiğini iyileştirir, hasta damarları, adalelerini iyileştirirse beş şekel gümüş alacaktır. Aynı işlemler orta sınıftan birine yapıldığında üç şekel, köleye yapılmış ise sahibinden iki şekel gümüş alacaktır."

Daha sonraları antik mısır uygarlığındaki kanunlarda hasta güvenliğinin devam ettiği görülmüş ve Yunan tıp tarihine bakıldığında ise, tarihin en önemli doktorlardan biri olan

Hippokrates, "yardım et veya hastaya zarar verme" ilkesini savunmuş, ampirizme karşı çıkmış ve tıbbın din, sihir ve hurafelerden ibaret olmadığını savunarak akılcı bir tıp anlayışı getirmiştir. Hekimin hastayı bütünüyle incelemesi gerektiği ve hangi amaçla olursa olsun herhangi bir deneyde bulunmayı tehlikeli bulmuştur (Sevim, 2011).

Hippokrates'den 500 sene sonra yani M.S. 129'dan günümüze kadar uzanan neredeyse 83 tedavi metodu geliştiren filozof hekim olan Galenos ise, "Primum non nocere (önce zarar verme)" ilkesini savunarak günümüzde tıp tarihinin önemli sloganlarından birini ortaya çıkarmıştır (Girgin, 2014).

İngiliz Doktor Joseph Lister 1827-1912 yıllarında ameliyathanelerde yaralarda oluşabilecek mikrop ve enfeksiyonları azaltmak için ameliyathaneyi ve cerrahi aletleri karbolik asit ile dezenfekte ederek antisepsi ve steril teknik konusunda cerrahi operasyonlara büyük katkılar sağlamıştır (Pitt ve Aubin, 2012). İngiltere'de 1883 yıllarına bakıldığında "Tıbbi ihmal" olarak adlandırılan yasalar ortaya çıkmıştır.1850 yıllarında yaşanan Kırım savaşı esnasında ise modern hemşireliğin kurucusu olarak nitelendirilen Florence Nightingale, askerlerin yaralarının iyileşmemesi, kötü yaşam koşulları ve yetersiz beslenmeden kaynaklı enfeksiyon ve ölüm artışlarındaki istatistiksel verileri saptayarak "garip gelebilir ama bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekir" ifadesiyle kalitenin önemini gözler önüne sermiştir (Ovalı, 2010).

Hasta güvenliği kapsamında 1955-2003 tarihleri arasında birçok çalışma olmuş ve tablo 2'de kronolojik olarak sıralanmıştır (Korkmaz, 2018).

Tablo 2: Hasta Güvenliği ve Kalitesi ile İlgili Çalışmalar

TARİH	OLAYLAR
1955	▪ Ernest Codman'ın hasta çıktıları üzerine yoğunlaşması
1984	▪ Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı tarafından New York'da Harvard Tıp Uygulama Çalışmasının kurulması
1992	▪ Colorado / Utah'ta Tıbbi Uygulama Çalışmasının yapılması
1995	▪ Birinci Annenberg Hasta Güvenliği Konferansı'nın düzenlenmesi
1996	▪ Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar hız kazanmış ve politikacılar konu ile ilgili düzenlemelerin içinde yer almaya başlamışlardır. Bu yılın önemli olayları; ▪ Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın kurulması, ▪ ABD Başkanı Clinton tarafından Sağlık Bakım Endüstrisi'nde Kalite ve Tüketicinin Korunması, ▪ Danışma Komisyonu'nun Kurulması, ▪ Ulusal Koalisyon IOM Sağlık Bakımı Komisyonları ile birlikte RAND (Amerikan Araştırma ve Geliştirme Kuruluşu) için ABD bakım kalitesine kanıt sunmak üzere akademik alan yazının gözden geçirilmesi,

	▪ Harvard Üniversitesi'nde Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Yönetim Kürsüsü'nün açılmasıdır (ilk toplantısının yapılması),
1997-1998	▪ 1997-1998 yılları arasında hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara bu konu ile ilgili araştırma sonuçlarının yer aldığı raporlar yön vermiş ve bu raporlar kamuoyu ile paylaşılmıştır. Bu yılların önemli olayları; ▪ IOM tarafından, Teknik Danışma Paneli'nin 1997–1998 yılları arasındaki çalışmaları Devlet Kalite Komisyonları'na eklemek üzere güncelleme çalışması yapması, ▪ Amerika Birleşik Devletleri Başkanı Clinton tarafından "IOM Tüketiciyi Koruma ve Kalite Danışma Komisyonu'nun bir sonucu olarak, "Amerika Sağlık Bakımında Kalite ve Kurumlararası Kalite Koordinasyonu Görev Gücü Projesi'nin başlatılması, ▪ Amerika Birleşik Devletleri Başkan Yardımcısı Gore tarafından, "Ulusal Forum'da Sağlıkta Kalite Ölçümleri ve Raporları"nın yayınlanması, ▪ Tıp Enstitüsü'nün "Ulusal Sağlık Bakımı ve Kalite Yuvarlak Masa" toplantısında üç tip kalite sorununun (aşırı, yetersiz, kötü kullanım) tanımlanması, ▪ IOM'ın "Sağlık Bakımı Kalite Komitesi" tarafından "İnsan Hata Yapar: Daha Güvenli Bir Sağlık Sisteminin Oluşturulması Raporu'nun yayınlanması,
2000	▪ Bakım kalitesini arttırmak için kalite ve hasta güvenliği ile ilgili standartlar oluşturulmaya başlamıştır. Bu yılındaki çalışmalar; ▪ Sağlık Politikası ve Sağlık Araştırma Ajansı'nın isminin, Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı olarak değiştirilmesi, ▪ Leapfrog grup tarafından "İşveren Yuvarlak Masası"nın kurulması, ▪ IOM tarafından "Kalite Uçurumlarını Aşmak" adlı raporunun yayınlanması, ▪ Birleşik Komisyon tarafından "Güvenlik Standartları Raporu"nun yayınlanması, ▪ Hasta Güvenliği Konferansı öncülüğünde "Hasta Güvenliği Ortakları"nın kurulması, ▪ Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'nın alt birimi olarak "Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Merkezi"nin (CQuIPS) kurulması, ▪ Kurumlararası Kalite Koordinasyonu Görev Gücü (QuIC) ve AHRQ tarafından "Hasta Güvenliği Araştırma Ajandası"nın yayınlanması,
2001	▪ Ulusal Hasta Güvenliği Görev Gücü (FDA, AHRQ, CDC, CMS) kurulması,
2002	▪ Sağlık sigorta şirketleri de 2002 yılında hasta güvenliği konusuna dahil olduklarını gösteren çalışmalar yapmışlardır. Yapılan çalışmaların başlıcaları; ▪ IOM tarafından "Ulusal Sağlık Bakım ve Kalite Planı Raporu"nun yayınlanması, ▪ Birleşik Komisyon tarafından "6 Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri"nin yayınlanması, ▪ Medicare ve Medicaid Hizmet Merkezleri tarafından ve tıbbi hataların azaltılması dahil performans iyileştirme ve kalite değerlendirmeleri için katılım koşullarının yayınlanması,
2003	▪ "Uluslararası Birleşik Komisyon" tarafından yeni araştırma sürecinde "Halkın Sağlığını Arttırma Stratejileri Vizyonu"nun duyurulması, ▪ IOM tarafından "Ulusal Eylem İçin Öncelikli Alanlar" adlı raporun yayınlanması, ▪ Medicare ve Medicaid Hizmet Merkezleri tarafından ve tıbbi hataların azaltılması dahil performans iyileştirme ve kalite değerlendirmeleri için katılım koşullarının yayınlanması, ▪ "Hasta Güvenliği ve Kalite Geliştirme Yasası 2003"ün (HR 877) Ev Komitesi tarafından onaylanması, ▪ FDA'nın, ilaç kodlamanın gerekli kurallarını açıklaması, Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından hasta güvenliği göstergeleri ve web tabanlı kalite ölçümleri kitabının yayınlanması, ▪ Sağlık Geliştirme Enstitüsü tarafından interaktif kalite kaynaklarının geliştirilmesidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2007 yılında Hasta Güvenliği Uzlaşı Raporu yayınlanmıştır.

Kaynak: (Korkmaz, 2018).

Hasta güvenliğinde çarpıcı sonuçlarıyla tüm dünya da ses getiren olay ise, IOM'un 2000 yılından sonra yayımladığı "To Err is Human: Building a Safer System (İnsan Hatası; Daha Güvenilir Bir Sağlık Sistemi Oluşturmak)" isimli raporunda sağlık hizmetlerinin en önemli sorununun tıbbi hatalar ve kalitedeki eksiklikler olduğunu vurgulamıştır (IOM, 2000). Raporundan elde edilen verilerin ciddi sonuçlar içermesinden sonra çalışmalar hızlandırılmış ve IOM tarafından tamamı hasta güvenliği konusunu içermese de daha geniş kapsamlı bir rapor yayınlamıştır.

IOM'un 2001 yılında yayınladığı Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (Kalite Uçurumlarını Aşmak: 21. Yüzyıl İçin Yeni Bir Sağlık Sistemi) isimli diğer raporunda ise, sağlık bakım sisteminin kapsamlı bir şekilde yeniden tasarlanmasını, sağlık bakım liderleri, klinisyenler, düzenleyiciler ve diğerleri için belirli yönlere yönelik genel ilkeler önermektedir. 21. Yüzyıl sağlık kuruluşlarını karmaşık sistemler olarak analiz ederek, bir dizi performans beklentisiyle hasta-klinisyen ilişkilerini yönlendirmek ve kalite açığını güçlendirmek için önemli adımlar sunmaktadır (Leavitt, 2001). Raporda, hasta güvenliği konusunu da içeren sağlık alanında 6 önemli iyileştirmeler yapmayı, daha güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve adil olmayı önermektedir (Budak, 2008).

1.4.1. Türkiye'de hasta güvenliği

Ülkemizde tıp tarihi incelendiğinde Osmanlı Devleti'nde hasta güvenliği ile ilişki belgelerin yer aldığı görülmekte ve Süleymaniye Kütüphanesinde yer alan Hekim İbn-i Şerif'in "Yadigâr-ı İbn-i Şerif" adlı Hamidiye 1041'de kayıtlı belgenin 92. b – 94. b sayfalarındaki bilgilerde "On üçüncü bab' tabiplere vasiyyet tabib … diyanetü ve emanet şartların ve insaniyet şefkatin yerine getürmiş ola ve cemi'i 'azasın yaramazlıklardan hıfz itmiş ola gerekdür … elinden geldükçe 'ilacı ğıda ile ide edviyeye meşğul olmaya ve dahı elinden geldükçe bir otla ilac ide terkib olmış bir niçe edviye ile 'ilac itmeye ve tabib gerekdür kim mechul otıla 'ilac itmeye kim mechul kişiler ve karı 'avratlar tecribe ideler ve hikayet ideler anun gibi edviyei işe sürmeyeler ve ana i'timad itmeyeler meger meşhur ola kendünün tecribesi yetmiş ola" ifadesindeki hekimlere yönelik tavsiyelerine bakıldığında, hekimlerin gizli tutulması gereken bilgileri gizlemeleri gerektiğini, insanlığa, iyi bir hekime yakışır bir şekilde insaflı, şefkatli olmaları, ilaç tedavisine başlamadan önce gıdalarla beslenmenin önemini vurgulayarak hekimlik yapmayan

kişilerin "ben tecrübe ettim iyi geldi" söylemlerine itibar etmemeleri gerektiği savunulmuştur (Tokaç, 2008).

1861 yılında yayımlanan ve günümüzde de hasta güvenliğinin en önemli tehditlerinden biri olan ilaç hatalarını, Beledi İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamnamesi'nin 18'inci maddesi konuyu şu ifadelerle ayrıntılı ele almaktadır: "Reçete ile eczacı dükkânından yapılıp verilen ilaçların ağzı mühürlü olup üzerinde filan kimse için şöyle istimal olunacaktır diye tahrir olunmuş yaftası ile verilecektir ve dahilen istimal olunan ilaçların yaftası turuncu olacaktır" şeklinde yazılı maddelerin olduğu görülmektedir (Yılmaz ve Yılmaz, 2006).

Tokaç (2008), "Osmanlı Devleti'nde hasta güvenliğine dair en çok rıza (onam) belgelerine rastlamaktayız. Osmanlı Devleti'nde sağlık mesleği mensupları tabipler, cerrahlar, kehhaller (göz hekimleri) ve eczacılar olarak dört ayrı gruptu. Özellikle cerrahlar yaptıkları ameliyatlar için rıza beyanı isterlerdi, aksi taktirde kan davası açılabilir ve diyet (tazminat) istenilebilirdi. Rıza beyanı anlaşmalarında özellikle cerrahi müdahalelerden önce, hastanın hastalığının tarifi, yapılacak ameliyatın türü, cerrahın alacağı ücret belirtildikten sonra olumsuz bir durumun meydana gelmesi halinde hasta veya ölüm halinde yakınlarının herhangi bir talebi olmayacağına dair bir taahhüt alınması mahkemelerce teyit edilirdi. Belgelerin bir kısmı ise hekimbaşların yapılan şikayetleri dikkate alınarak şarlatanlara, ehliyetsiz ve yetersiz olanlara karşı halkı korumak için zaman zaman sağlık mensupları denetlemeleri ve usulüne göre hekimlik yapmayı cahillerin imtihan edilerek meslekten men edilmesini sağlamalarıyla ilgilidir. Bu belgelerin bazısı da imtihan sonucu hekimlik yapabileceklerin listesidir" şeklinde detaylı olarak açıklamaktadır.

Daha sonra ülkemizde hasta güvenliği bakımından devlet tarafından yönetmelikler oluşturulmuş ve Sağlık Bakanlığı tarafından da çeşitli çalışmalar ile konu ele alınmıştır.

Sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurumları ve kuruluşları veya bunun dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkına sahip olan bütün fertleri kapsayan, T.C. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 37.maddesinde "Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve

sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar" ifadesi ile hasta güvenliğin sağlanması hakkı vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

2003 yılında sağlık alanında toplumun yaşam kalitesini yükseltmek, sağlığını güvence altına almak, şimdiye kadar çözülmemiş, çözülmediği için de giderek büyümüş, bu nedenle de asla değiştirilemez olarak algılanmaya başlanan sorunlara, yeni bir bakışla çözüm bulmak amacıyla yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında (SDP) hasta güvenliği konusuna değinilmiştir. Program kapsamında bugün hasta güvenliği konusunda yapılmakta olan çalışmaları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- "Hasta şikayetleri yönetimi konuları da ele alındı ve şikayetler profesyonellerce yönetilmeye başlandı.
- Sağlıkta kalite standartları oluşturuldu ve hasta güvenliğine burada önemli yer verildi.
- Hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşması için birçok toplantı, kongre, konferans düzenlendi, makale ve kitapçık yayımlandı.
- Türkiye'de sağlıkta akreditasyon çalışmalarına hız verildi, konuyla ilgili daire başkanlığı ve enstitü kuruldu.
- Kanıta dayalı tıp ve klinik rehberler konusu gündeme geldi ve ilerleme kaydedildi, bir yandan da klinik kalite çalışmaları başlatıldı.
- Uluslararası gelişmeler yakından takip edilmeye başlandı" (Sur, 2019, s:8).

29 Nisan 2009 yılında ise 27214 sayılı Resmi Gazete'de "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" yürürlüğe girmiştir. Bu Tebliğin amacı, "sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta ve çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılmasına, hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir. Bu Tebliğe ek olarak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için birtakım önlemleri alması gerekmektedir" şeklinde açıklanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 2009).

Tebliğ kapsamında geçen önlemler ise (T.C. Resmi Gazete, 2009):

1. Hasta Kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması
2. Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi
3. İlaç güvenliğinin sağlanması
4. Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması
5. Enfeksiyon risklerinin azaltılması
6. Hasta Düşmelerinin önlenmesi
7. Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
8. Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi
9. Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi kod uygulaması)
10. Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe kod uygulaması)
11. Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması
12. Afetler (deprem, sel, yangın) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması.

1.5. Hasta Güvenliğinde Sistem Sorunları ve Yöneticilere Düşen Görevler

Nükleer santral, elektrik şebeke kontrol sistemleri, hava, kara, demiryollarında ve sağlık hizmetleri gibi insanların bulunduğu ve yüksek güvenilirliğin olduğu örgütlerde kazaların genel olarak insan hatalarından kaynaklı oluştuğu düşünülmektedir (Fraccica ve ark., 2010; Vicent, 2010; Avcı, 2019, s:41). Böyle bir durumda çoğu kez insanlar felaket ile ilgili olan kişi veya kişileri suçlamaktadır. Enjeksiyon yapan hemşireyi veya uçağı süren pilotu suçlamaları gibi. Verilen bu hızlı kararların veya suçlamaların rutin olarak yapılması genellikle esas hikâyenin açığa çıkarılmasını geciktirmekte veya imkansızlaştırmaktadır. Meydana gelen olayın sebepleri aslında ihmalden veya bir eylemden dolayı olabilir fakat detaylı incelemeler sonucu aslında hatanın güvenli uygulamaların yapılmamasından, çalışma ortamından veya sistemsel nedenlerden ötürü meydana geldiği görülmektedir (Vincent, 2010; Avcı, 2019, s:41).

Yapılan bir araştırmada, anestezi hatalarında önlenebilir vakaların %82'sinin insan hatalarından kaynaklı olduğunu ve %18'lik kısmının ise sistemlerden kaynaklı hatalar olduğu ortaya çıkmıştır. Bu oran ne kadar insan hatasının yüksek bir paya sahip olduğunu gösterse de insan hatalarından kaynaklanan bu istenmeyen olayların sonucunun işten çıkartmak, rencide etmek, tutanak tutmak, dava açmak ve bu durumu yalnızca bir insana

mal etmek hataları ortadan kaldırmağı gibi hasta güvenliği kavramını bir adım öteye dahi götürememektedir (Çakmakçı ve Akalın, 2010, s:81).

Havacılık ve diğer yüksek riskli endüstriler de emniyetteki çarpıcı ilerlemeden ders alındığında korku, misilleme ve cezanın güvenlik değil emniyetten ziyade savunmasızlık, gizlilik ve çok büyük bir acı duyduğudur. İnsan faktörü mühendisliği, örgütsel psikoloji, işletme araştırması ve diğer birçok disiplindeki bilimsel çalışmalar, karmaşık sistemlerde güvenliğin ihracata değil, ekipmanın, işlerin, destek sistemlerinin ve organizasyonların doğru tasarımına bağlı olduğunu açıkca ortaya koymaktadır (Berwick ve Leape, 1999).

Literatürdeki araştırmalar sonucunda, olumsuz olayların çoğunun insan (personel) ve sistem (örgütsel) faktörleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İnsan (personel) faktörleri; dikkatsizlik, ihmalkarlık, unutkanlık, gibi anormal zihinsel süreçler nedeniyle sağlık uzmanlarının (hemşire, doktorlar, cerrahlar, eczacılar, anestezistler gibi) yaptıkları işlemleri atlamaları, ihlalleri ve hataları içerir. Sistem (organizyon) faktörleri ise; kaynakların yetersiz olması, hasta güvenliğine ilişkin politika, kılavuz ve protokollerin eksikliği, kötü iletişim ve iş birliği, yönetim desteği, yönetişim eksikliği, kötü geliştirilmiş hasta güvenliği olay raporlaması ve hasta güvenliği konusunda hasta eğitimi eksikliği gibi hataları içermektedir (Pelzang ve Hutchinson, 2018).

İnsan olma özelliklerinden biri olan "hata yapma", kişinin istem dışı davranışının bir sonucudur. Hatalı uygulamalar iki farklı biçimde görülmektedir. "Kasdi kusur, bilerek yasal/hukuki kurallara aykırı hareket etmek yani bilinçli ve istekli olarak haksız bir sonucun doğmasına neden olmaktır. Kasıtlı olmayan kusur ise, ihmaldir" (Aşti ve Acaroğlu, 2000).

Sistem, birbiriyle ilişkili parçalardan oluşan bir bütündür. Sağlık ve sağlık bakım kuruluşlarının karmaşık yapıda olması ve kuruluş içinde veya dışında hizmet gruplarının birbiri ile ilişkili olması sağlık sistemlerindeki bütüncül sistem yaklaşımını ifade etmektedir (Çınaroğlu ve Avcı, 2013).

Hataların oluşumunu insan ve sistem yaklaşımı olarak iki şekilde ele alan James Reason, her birinin kendi hataya sebep olma modeline sahip olduğunu ve her modelin farklı hata yönetimi felsefelerine yol açtığını savunmaktadır. Neredeyse tüm advers olayların iki faktörden dolayı meydana geldiğini bu faktörlerin ise aktif ve latent (gizli) başarısızlıklar/hatalar olduğunu belirtmektedir. **Aktif başarısızlıklar** (active failures) hasta ya da sistemle doğrudan temas halinde olan kişilerin işlediği hatalardır. **Gizli**

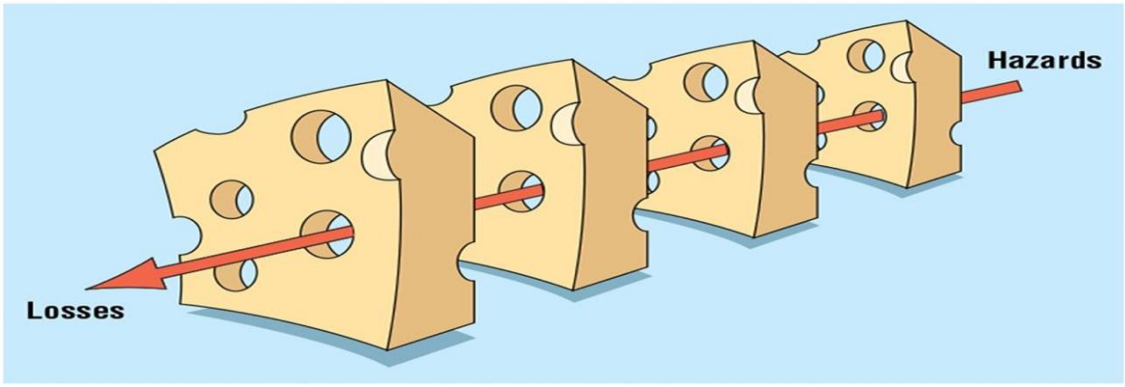
başarısızlıklar (latent failures), kötü yönetim ve organizasyon, zaman baskısı, yetersiz ekipman, yorgunluk ve deneyimsizlik, eksik prosedürler gibi işyerine olumsuz etkileri vardır (Reason, 2000).

James Reason, tıbbi aksilikler gibi sistem arızalarından meydana gelen latent (gizli) hataların oluşumunu 1990'larda İşviçre Peyniri Modeli (Swiss Cheese Model, SCM)'indeki peynir katmanlarında oluşan deliklere benzetmiştir. Sağlık yönetimi, havacılık, madencilik dahil olmak üzere risk yönetimi içeren birçok disiplini buna dahil etmiştir (Lena ve Thin, 2018). 1970'lerde endüstriyel kazalara odaklanarak sağlık hizmetlerinin herhangi bir sektörden çok daha karmaşık yapıda olduğunu, hata olasılığını arttıran ve onlardan kaçınma zorluklarını arttıran karmaşıklık konusunda uyarmıştır (Seshia ve ark., 2018).

Bu modele göre, karmaşık bir sistemde, tehlikelerin bir dizi engelle hatalara neden olması önlenir. Her bariyerde istenmeyen zayıflıklar veya delikler vardır. Dolayısıyla İsviçre peyniri ile benzerlik gösterir. Bu zayıflıklar belirsizdir yani delikler rasgele açılır ve kapanır. Peynirdeki her katmanda deliklerin sayısı ve yerleri değişmektedir bu da aslında her katmanda hata olasılığını düşürmek için bir olasılığın olduğunu göstermektedir. Tesadüfen tüm delikler hizalandığı zaman, tehlike hastaya ulaşır ve zarara neden olur. Model, bireyin aksine sağlık bakım sistemine ve tıbbi hataların meydana gelmesinde kasıtlı eylem yerine rastlantısallığa dikkat çekmektedir (Perneger, 2005).

İsveç Peyniri Modeline göre (Şekil 1), savunmalardaki delikler 2 nedenden kaynaklanmaktadır: aktif hatalar ve gizli hatalar. Aktif hatalar kişilerin işlediği güvensiz davranışlardır ve genellikle kısa süreli bir etkiye sahiptirler. Çeşitli formlar alırlar: kaymalar, atlamalar, küçük hatalar ve prosedür ihlalleri. Gizli hatalar ise, bir sistem içinde kaçınılmaz "yerleşik patojenlerdir" ve üst yönetim tarafından verilen kararlardan ve sistemden kaynaklı hatalardan meydana gelir (Reason, 2000).

Şekil 1: İsveç Peyniri Modeli



Kaynak: (Seshia ve ark., 2018).

Son on yılda, insan hata faktörleri konusunda araştırmacılar, güvensiz eylemleri yönetmek ve araçlar geliştirmek için daha fazla çalışmalar yapmaktadır. Hata yönetimi iki bileşene sahiptir: (1) tehlikeli hataların görülme sıklığını sınırlamak ve - bu hiçbir zaman etkili olmayacaktır - (2) hataların oluşumunu daha iyi tolere edebilecek ve zararlı etkilerini içerebilecek sistemler yaratmak. Kişiler hata yapmaya yaklaşırken kişi, ekip, görev, işyeri ve kurum gibi sistem yaklaşımının taraftarları çeşitli hedeflere yönelik kapsamlı oluşan bir yönetim programı sayesinde, kaynakların çoğu bireyleri daha az yanılmaya ya da yönlendirmeye veya olumsuz olayların azaltılmasını sağlamaya yardımcı olacaktır (Reason, 2000).

Hasta güvenliği ile ilgili endişeler, neredeyse yalnızca ön cephe personelinin güvensiz davranışlarına, hatalarına, ihmalleri ve aktif başarısızlıklarına veya insan hatası olarak etiketlenmiş kural ihlallerine odaklanma eğilimindedir (Flin ve ark., 2004). Sağlık hizmetlerinde etkili ve güvenli bir bakım hizmeti sunmak için iletişimin kuvvetli olduğu çok disiplinli sağlık ekipleri tarafından hizmet sunumunun sağlanması gerekmektedir.

İletişim hataları, istemeden hastaya zarar vermenin son derece yaygın bir nedenidir. Tıbbi bakımın karmaşıklığı, insan performansının içsel kısıtlamaları ile birleştiğinde, klinisyenlerin standartlaştırılmış iletişim araçlarına sahip olmalarını, bireylerin konuşabilecekleri ve endişelerini dile getirebilecekleri bir ortam yaratmalarını ve ekip üyelerini uyarmak için ortak "kritik dili" paylaşmaları güvenli olmayan durumlar için son derecede önemlidir (Leonard ve ark., 2004).

Araştırmalar sonucu birçok çalışmada görülmektedir ki, hastanın güvenliğini ihlal eden ve istenmeyen olayların çoğunun iletişim yetersizliği, yönetimden kaynaklı problemler, yanlış yazılmış prosedürler gibi yönetimsel sorunların olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte sağlık ortamında birtakım zorluklar vardır. Bunları, etkili sağlık ekiplerinin geliştirilmesine yönelik eğitimsel, psikolojik ve örgütsel zorluklar çerçevesinde keşfedilmelidir. Eğitimsel müdahaleler, ekip çalışmasının ilkelerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamak, personelin birbirlerinin rollerini ve bakış açılarını anlamalarına yardımcı olmak ve özel iletişim stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Ancak bu durum kendi başına yeterli olmayabilir. Profesyonel silolar ve hiyerarşiler gibi psikolojik engeller ve coğrafi olarak dağılmış ekipler gibi örgütsel engeller, hastanın zarar görme potansiyeli ile iletişimde başarısız olma ihtimalini arttırmaktadır (Weller ve ark., 2014).

Yöneticilerin ve denetçilerin çalışanların davranışları üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkileri vardır. Dolaylı etkiler, uygulama ve prosedürlerle ilgili normların kurulması ile ilgilidir ve böylece belirli bir güvenlik kültürü yaratır. Doğrudan etkiler, yöneticilerin ve denetim otoritelerinin güvenli ve güvensiz davranışları modellemesi, izleme ve kontrol yoluyla astların davranışlarını güçlendirmesiyle ilgilidir. Hem doğrudan hem de dolaylı olarak bu lider eylemleri çalışanların beklentilerini ve motivasyonlarını etkilemekte, böylece belirli davranışların (örneğin kural ihlali) tekrarlanması veya bastırılması olasılığını etkilemektedir (Flin ve ark., 2004).

Kelley ve Caplan (1993) 21. yüzyıl ekonomisinde, profesyonellerin verimliliğinin arttırılmasının birincil kurumsal girişim olması gerektiğine dikkat çekmektedir. Çünkü stratejistlerin veya teknolojilerin değil, bilgili profesyonellerin performanslarının işi etkili yapmasına veya bozmasına bağlı olduğunu savunmaktadır. Verimliliği arttırmak için, odak noktası lider- profesyonel ilişkisinde olmalıdır (Richard ve ark, 2002). Benzer şekilde Pfeffer (1998), insanları ilk sıraya koyan firmaların daha yüksek karlar elde ettiğini belirterek bu durumun uygulama sadece entelektüel sermayenin akıllıca yönetimi olduğunu ifade etmektedir. Büyük sağlık sistemlerinde en bol bulunan kaynağın ise entelektüel sermaye olduğunu; düzgün yönetim ve sürekli artan verimliliğin kâr ile sonuçlanacağını vurgulamaktadır (Richard ve ark., 2002).

Sağlık kuruluşlarında liderlere hasta güvenliğini sağlayacak ve hizmetlere güvenilirlik kazandıracak çalışmalar için Institute for Healthcare Improvement, sekiz basamaktan oluşan bir yol izlemeyi önermektedir. Bu basamaklar (Botwinick ve ark, 2006; Sur, 2019, s:160):

“1. Adım: Stratejik önceliklerde hasta güvenliğine yer ver, altyapı ve kültürü buna göre oluştur

2. Adım: Yönetim kurulu, hekimler, hemşireler, diğer çalışanlar, hasta ve yakınlarına yönelik çalışmalar yap

3. Adım: Toplum ile iletişim kur ve farkındalık oluştur

4. Adım: Sistem düzeyinde hedefler belirle ve harekete geç

5. Adım: Zaman içinde performansı değerlendirme yöntemlerini oluştur ve performansı değerlendir, analizleri güçlendir

6. Adım: Tıbbi hatalardan etkilenmiş kişileri, aileleri ve sağlık personelini destekle

7. Adım: Sistem çapında faaliyetler ve teşvikler ortaya koy

8. Adım: Sistemi yeniden tasarla ve güvenilirliği yükselt. ”

1.6. Hasta Güvenliği Kültürü

Teknik arızalardan ziyade insan, karmaşık ve potansiyel olarak tehlikeli sistemler için en büyük tehdidi temsil etmektedir. Buna sağlık sistemleri de dahildir. İnsan risklerini yönetmek asla yüzde yüz etkili olmayacaktır. İnsan yanılabilirliği kontrol edilebilir, ancak ortadan kaldırılamaz. Farklı hata türlerinin farklı temel mekanizmaları vardır, kuruluşun farklı bölümlerinde ortaya çıkar ve farklı risk yönetimi yöntemleri gerektirir (Reason, 1995). Sistem yaklaşımında ki değişiklikler, istenmeyen sorunların en aza indirilmesinin anahtarını oluşturmaktadır. Sistemin tamamını yeni bir anlayışla kurmak ve çalışanların bu sisteme uyumunu sağlayabilmek yalnızca hasta güvenliği kültürü ile mümkün hale gelecektir (Sur, 2019, s:7).

Yönetim biliminin insan eli tarafından hizmetinin sağlanması ve insan unsurunun ise toplumun bir ürünü olmasından dolayı toplumu oluşturan kültür olayını ortaya çıkarmıştır (Yalçın ve Bayram, 2014).

Kültür, çoğu araştırmacı tarafından farklı tanımlarının yapıldığı bir sözcüktür. Türk Dil Kurumuna göre ise “Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2019). Bu tanım incelendiğinde kültür, insan yaşamının maddi ve manevi tüm inançlarını içeren, insanoğlunun diğer bireyler ile paylaşılmış yaşama biçimidir.

Kültür sözcüğünün en eski ve araştırmacılar tarafından referans alınan tanımını E.B. Taylor yapmıştır. Taylor'a göre kültür kişinin öğrendiği bilgi, inanç, ahlak, hukuk, sanat, gelenek-görenekleri vb. alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütündür ve insanın kendinden sonrakilere aktarılmak üzere öğrettiği her şeyi kapsamaktadır (Tezcan, 1991).

1980'li yıllardan sonra ortaya çıkan, oldukça yeni bir kökene sahip olan örgüt kültürü ise, "bireylerin örgütsel işleyişini anlamalarına yardımcı olan ve böylece onlara örgüt içinde davranış normları sağlayan ortak değerler ve inançlardır" (Deshpandé ve Webster, 1989; Shumba ve ark., 2017). Değerler ve varsayımlar organizasyonda kazınmıştır ve zaman içinde yavaşça gelişebilir. Kuruluşlar arasında elde tutmadaki farklılıklar, insan kaynakları uygulamaları da dahil olmak üzere insan kaynakları stratejilerini etkileyen kültürel değerlerle ilişkilendirilebilir. Kurumsal kültürel değerler yönetim sistemlerini etkiler ve aynı zamanda insan kaynakları uygulamaları ve davranışları ile de güçlendirilir (Shumba ve ark., 2017). Örgüt kültürü diğer bir deyişle "işlerin o kurumda nasıl yürütüldüğü" dür (Terzi, 2000, s:43).

Örgütteki kültürün oluşmasında kurumsal sosyalizasyonun önemi vurgulanmaktadır. Sosyalinazyon terimi ise, kurum içerisinde işlerin önceden nasıl ilerlediği ve şu anda nasıl ilerlemesi gerektiğini anlatan, kurumun daha önce oluşmuş düzenini, kurum içerisinde deneyim kazanmış eski bir çalışanın yeni gelen çalışana kurumda oluşan değer, kültür, adalet, prosedür ve inanç gibi bilgi birikimini aktarması olarak da ifade edilebilir. Bu sayede kurumdaki kıdemli çalışanın yeni çalışana hem iş işleyişini aktarması hem de grup içerisinde uyumunun daha kolay sağlanmasını gerçekleştirmektedir (Hellrigel ve ark., 1995; Çakır, 2007).

Örgüt kültürü ile ilişkilendirilen güvenlik kültürü ise, hasta güvenliğinde ki yaygın açıkları iyileştirmek için önemli bir strateji olarak giderek daha fazla tanınmaktadır (Pronovost ve Sexton, 2005). İlk kez 1986 yılında Çernobil Nükleer Santralinde örgütsel hatalardan meydana gelen kazadan sonra güvenlik kültürü kavramı gündeme gelmiştir. Özkan ve Lajunen'e göre (2003) güvenlik kültürü, "güvenli veya emniyeti tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla bunların yer aldığı 'ortak kullanım ya da etki alanında' bulunan canlıların veya nesnelerin (örn, teçhizat, araç vb.) zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenlik veya emniyete öncelik veren alglar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumluluk hislerinin bütünüdür" şeklinde tanımlanmaktadır.

Hastanelerin olması gerektiği kadar güvenli olmadığı uluslararası alanda kabul görmektedir. Son on yılda, sırasıyla Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, İngiltere, Avrupa ve Kanada'da yapılan çalışmalar, hastaların % 4 ila %16,6' sının hastanedeyken (kalıcı sakatlık veya ölüm dâhil) bir çeşit zarar gördüğünü tespit etmiştir. Bu araştırmalar ayrıca kaydededilen zararlı sonuçların büyük bir yüzdesinin önlenebileceğini, yani önlenebilir advers olayların olabileceği sonucunu bulmuştur (Johnstone ve Kanitsaki, 2006).

Pek çok sağlık kuruluşu tarafından yapılan yoğun çabalara rağmen, tıbbi hatalar çok yaygın olmaya devam etmekte ve önemli kişisel ve finansal yükler oluşturmaya devam etmektedir. Tehlikeli ve çalkantılı görev koşullarıyla karşılaşan, ancak sürekli üstün güvenlik performansı sergileyen organizasyonları inceleyen araştırmacılar, başarılarını büyük ölçüde güvenlik kültürlerine bağlamaktadır (Singer ve ark., 2009). Güvenlik kültürünün geliştirilmesiyle kurumlarda hasta güvenliğinin vazgeçilmez ve süreklilik gerektiren bir konu ve ortak bir değer haline gelmesi hasta güvenliği kültürünü kapsamaktadır (Akalın, 2005).

Hasta güvenliği kültürü, bir sağlık kuruluşunda neyin önemli olduğu, kuruluş üyelerinin nasıl davranması gerektiği, hangi tutum ve eylemlerin uygun olduğu, hangi süreçler ve prosedürlerin ödüllendirildiği veya cezalandırıldığı konusunda sağlayıcıların ve personellerin değerlerini, inançlarını ve normlarını ifade eder (Smith ve ark., 2017).

Hataların ve olumsuz olayların tartışılabileceği açık bir kültürün geliştirilmesi tıbbi hataların azaltılmasına yardımcı olabilir ve böylece hasta güvenliğini iyileştirebilir (Zwijnenberg ve ark., 2016).

Hasta güvenliği iyileştirmesinde güvenlik kültürünü dikkate almanın önemi, sağlık endüstrisinde yaygın olarak kabul görmektedir. Tıp Enstitüsü'nün raporunda "sağlık kurumlarının bir kuruluşun bakım süreçleri ve işgücünün hastalar için bakımın güvenilirliğini ve güvenliğini arttırmaya odaklanacak şekilde bir güvenlik kültürü geliştirmesi gerektiğini" belirterek güvenlik kültürünün önemini dikkatle vurgulamaktadır (Fleming ve Wentzell, 2008).

Korkmazer ve arkadaşlarının alıntısına göre (2016) İngiltere'de Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı'nın oluşturduğu 7 adımdan oluşan raporunun ilk adımının "hasta güvenliği kültürünün oluşturulması" olduğu görülmektedir. Aynı şekilde Kanada'da sağlık hizmetlerinin kuruluşlarda ki hizmetin verimli ve etkili bir şekilde sunulmasını

sağlayan, Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Konseyi'nin (Canadian on Health Services Accreditation) oluşturduğu hasta güvenliği kapsamındaki çalışmasının ilk maddesi ise hasta güvenliği kültürüdür.

ABD Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansına göre (2019) güvenlik kültürü temel olarak yerel bir sorundur, çünkü güvenlik kültürü algısındaki geniş farklılıklar tek bir organizasyonda var olabilir. Güvenlik kültürü algısı, hastane içindeki bir ünitede yüksek, başka bir ünitede düşük veya yönetim arasında yüksek ve ön saflarda çalışan çalışanlar arasında düşük olabilmektedir.

Ashcroft ve arkadaşları (2005), hasta güvenliği kültürünün temelinin daha iyi anlaşılması için, güvenlik kültürü olgunlaşma modeli geliştirmiştir. Bu model, farklı düzeyindeki kuruluşların güvenlik kültürünün iyileştirilmesine nasıl yaklaştığını açıklamak için kullanılmaktadır (Fleming ve Wentzell, 2008).

Hasta güvenliği kültürü olgunlaşma modelinde: patoloji, reaktif, analitik, proaktif ve üretken olmak üzere beş kültür seviyesi Tablo 3' de detaylı olarak tanımlanmıştır.

Tablo 3: Hasta Güvenlik Kültürü Olgunlaşma Seviyeleri

Gelişme Seviyesi	Hasta Güvenlik Kültürünü İyileştirici Yaklaşım
Patolojik	Pozitif güvenlik kültürünü geliştirecek bir sistem yok. Kazalar, "kötü şans" ve örgütün dışında hasta davranışlarından veya personel hatasından kaynaklı olarak görülüyor. Kazalar ve şikâyetler mümkünse sümen altı yapılıyor. Bireyleri suçlama kültürü oldukça yaygın. Geçici bir raporlama sistemi var.
Reaktif	Denetleyici araştırmalar ve/veya olayların sorumluluğuyla ilgi parça parça olan bir sistem var. Bu örgütler kendini, şartların/olayların bir kurbanı olarak görüyor. Problemlerin sebebi olarak bireyler görülüyor. Çözümler ise daha çok yeniden eğitim ve cezalandırma. Gelişmemiş bir raporlama sistemi var. Personel, kazaların raporlanması konusunda cesaretlendirilmiyor. Kazaların raporlanması konusunda personelin isteksiz davranmasında sadece personeli suçlayıcı bir kültür var. Kazalar olduğu zaman, hastalar ve onlarla ilgili kesimleri destekleyici bir teşebbüs yok.
Analitik	Sistematik bir hasta güvenliği yaklaşımı var, fakat uygulamalar çok dağınık ve olayların soruşturulması dar kapsamlı bir çerçevede yapılıyor. Personel kazaların raporlanması konusunda cesaretlendiriliyor fakat çalışanlar bu yaptıklarının güvenli olduğunu hissetmiyorlar. Şikâyetler dikkate alınıyor
Pro-aktif	Kapsamlı bir pozitif güvenlik kültürü geliştirme yaklaşımı var. Kazalar, sistemin ve bireylerin hatasının bir kombinasyonu olarak kabul ediliyor. Kazaların ve ramak kaldı olayların raporlanması konusunda cesaretlendirme var. Personel bu raporlamayı, öğrenme için bir fırsat olarak görüyor.
Üretken	Örgüt misyonunun merkezinde yaratıcı ve koruyucu bir pozitif güvenlik kültürü var. Örgüt etkinliği ölçüyor, başarısızlıklardan öğrenme söz konusu. Başarısızlıklar örgütün güvenliği iyileştirmesine imkân sağlayacak bir hareket anlamına geliyor. Personel, hastalar ve ilgililer aktif olarak destekleniyor ve örgütte yüksek seviyede açıklık ve güven bulunmakta.

Kaynak: (Fleming ve Wentzell, 2008; Güler, 2014).

VanGeest ve Cummins, hasta güvenliğinin kurumda tüm çalışanları içeren bir konu olması ve kurumlarda hasta güvenliği kültürünün benimsenmesi için hekim ve sağlık çalışanlarına bazı eğitimler önermektedir. Bu eğitimler şu şekildedir (Çakır, 2007):

Hekimler için önerilen eğitim konuları

• "Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği tanımları,
• Teknoloji ve hasta güvenliği,
• İnsan faktörleri, yorgunluk, karmaşık sağlık sorunlarına yaklaşım, v.b.,
• Hekim-hasta iletişimi, hekim-çalışan iletişimi,
• Sağlık hizmeti sunumunda birimlerarası iletişim ve işbirliği,
• Hatalardan öğrenme, hata bildirimi, analizi ve raporlanması,
• Hasta ve hasta yakınlarına hataların bildirilmesi,
• Finansal ve hukuksal etkileri,
• Sistem ve kültür değişimi."

Sağlık çalışanları için önerilen eğitim konuları

• "Etik-şeffaflık ve açık sözlülük,
• Sağlık hizmetinde hatalara önleyici yaklaşım,
• Hataların belirlenmesi,
• Hataların bildirilmesi ve izlenmesi,
• Hatalardan ders alarak öğrenme,
• Personel sayısı/dağılımı ve tıbbi hatalar,
• Teknoloji ve tıbbi hatalar,
• Hasta güvenliğine yönelik hastaların eğitimi."

Hasta güvenliği kültürünün kurum ve kuruluşlarda ki hekim ve sağlık çalışanlarını yakından ilgilendiren bir konusu olmasının yanında aslında hasta ve hasta yakınlarının odak noktası olması gerekmektedir. Hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için kalite programlarına katılmanın ve kültürün benimsenmesi için yalnızca bir kişiye veya meslek grubuna bağlı kalmanın yanlış olduğu aslında tüm toplumdaki bireylerin kültürün yerleşmesi için yapması gerekenlerin olduğu görülmektedir. Hasta güvenliği kültürünün yerleşmesi için, hasta ve yakınlarının, hasta güvenliği vizitelerini önemsemeli ve vizitelerde mümkün oldukça bulunmalı, kurulan komite ve kültürün yerleşmesi adına yapılan çalışmalara katılmaları büyük önem taşımaktadır. Ayrıca istenmeyen tıbbi hatalar ile karşılaşıldığında hasta ve hasta yakınlarına bu durum tüm gerçekliği ile anlatılmalıdır.

Bu durum doktor değişikliğinin olmasından ziyade aslında hasta memnuniyetini ve güveni arttıran bir unsur olduğu gözler önündedir (Çakmakçı ve Akalın, 2010).

1.7. Bilgi Sisteminin Hasta Güvenliğine Katkıları

İnsanoğlunun zihnindeki düşüncelerinin veya eylemlerinin yer aldığı her durumda bilgi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (Yılmaz ve ark., 1988). Güncel Türkçe Sözlükte bilgi, "İnsan zekâsının çalışması sonucu ortaya çıkan düşünce ürünü" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Bilgi ve veri kavramı genellikle karıştırılan bir kavramdır. Türk Dil Kurumuna göre veri ise, "Olgu, kavram ya da komutların, iletişim, yorum ve işlem için elverişli biçimsel ve uzlaşımsal bir gösterimi" şeklinde tanımlanmaktadır. Bilginin yoğun bir şekilde kullanıldığı bilimlerden biri olan sağlık hizmetlerinde verilerin bilgiye dönüştürülmesi, son on yılda teknolojideki ilerlemeler, verilerin konumlandırılması, analiz edilmesi ve iletilmesi şeklini evrensel olarak değiştirmiştir (Olsen ve Baisch, 2014).

Bilgi sistemi, kurumlardaki gereksinim duyulan bilgi ve verilerin planlı olarak toplanması, toplanan verilerin ise, aktif bir şekilde teknolojinin kullanımıyla depolanıp, işlenmesi ve gerekli olan çıktıların sağlanmasıdır. Araştırmalarda genellikle bilgi sistemleri ve bilgi teknolojileri kavramları aynı anlam çerçevesinde kullanılmaktadır fakat, bilgi teknolojileri her bilgi sisteminin bileşenidir (Wager ve arkd., 2009; Saluvan, 2015).

Bütün faaliyetlerin ve kaynakların sistemli bir şekilde kullanılması, yönetimi gerektirir. Yöneticilerin ise bu kaynakları belirli çerçeveler dahilinde planlı bir şekilde önceliklendirip kullanabilmesi için bütün bilgilere sahip olması gerekmektedir. Toplanan tüm bilgiler belirli aşamalardan geçerek ortak veri tabanı üzerinde toplanmalı ve işlenmelidir. Daha sonra bu veriler kurumdaki personeller tarafından kullanılmaktadır. Oluşan bu sisteme, bilgi sistemi adı verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1992, s:50; Anaver ve Fedai, 2017).

Disiplinler arası bir yaklaşım olan bilgi sistemleri, teknik özellikler bakımından bilgisayar bilimine dayanırken, diğer yönü ile de yönetim ve organizasyon bilimine dayanmaktadır. Bu iki açı ele alındığında ise, bilgi sistemlerinin sosyoteknik bir yaklaşım olduğu karşımıza çıkmaktadır (Köse, 2010).

Literatür'de bilgi sistem tanımlarının bazıları şu şekildedir;

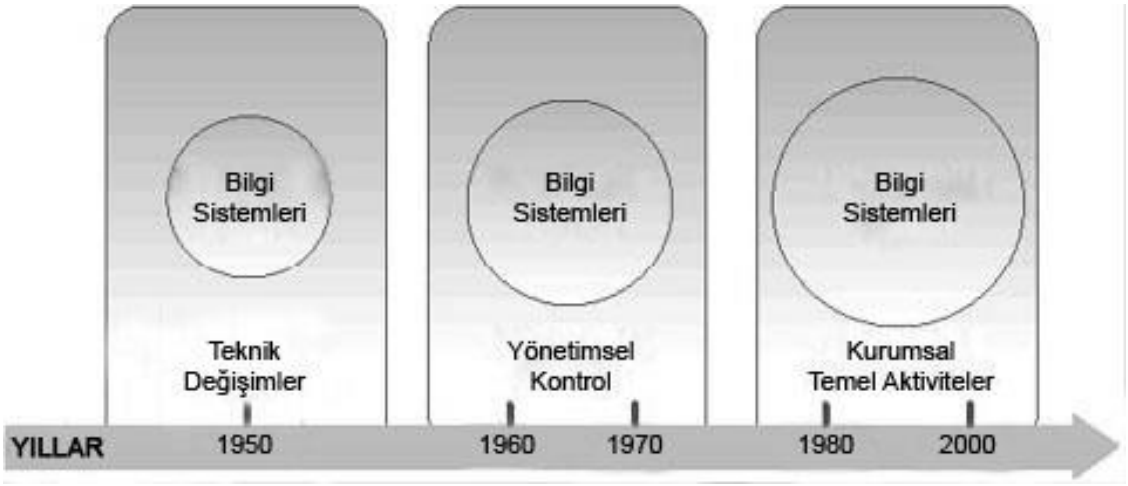
Anameriç'e göre bilgi sistemleri (2005), "organizasyonlar da bilgi toplama, işleme ve dağıtma işlemlerini yerine getiren insan kaynakları, bilgisayar ve yönetimler dizisidir. Bilgi sistemleri, bilgisayar ve iletişim araçları (bilişim teknolojileri) yardımıyla, yöneticilerin iç ve dış çevrelerindeki olaylardan, fırsatlardan ve beklenmedik durumlardan haberdar olmalarında büyük kolaylıklar sağlamaktadır."

Bayraktutan ve arkadaşlarına göre ise (2010) bilgi sistemleri, "belirli hedeflere ulaşmak için, karar vericilere verileri anlamlı bilgilere çeviren insan gücü, programlar ve yönetsel süreçlerden oluşan bir dizidir."

Bilgi sistemleri kurulduğu sistemde bir alt sistemdir. İçinde bulunduğu organizasyonun amaçlarına ulaşması için her türlü veriyi (girdi) toplamakta, bu verileri işleyip anlam kazandırmakta (süreç) ve ürettiği bilgiyi (çıktı) üst sisteme göndermektedir (Köse, 2010, s:610; Ömürbek ve ark., 2013).

1950 yıllarında kendini göstermeye başlayan bilgi sistemlerinin kurumlardaki rolü teknolojiye bağlı olarak yıllar içerisinde gelişme ve değişme göstermiş ve son yıllara gelindiğinde ise artık kurumlarla bir bütün haline geldiği şekil 2'de gözlemlenmektedir (Louden ve Louden, 2006; Köse, 2010).

Şekil 2: Bilgi Sistemlerinin Gelişen Uygulama Alanları



Kaynak: (Köse, 2010).

Bir kurumun ilk günden itibaren bilgiden yararlanamayacağını ve kurumun bu bilgiye erişebilmesi ve faydalanabilmesi için belirli bir zamana ve olgunluğa erişmesi gerektiğini savunan Richard L. Nolan, kurumlarda altı aşamalı bir olgunluk modeli olan

Nolan'ın Büyüme Aşamaları Teorisi (Nolan's Stages of Growth SOG Theory)'ni geliştirmiştir. Sağlık sektöründe bilgisayar uygulamalarını anlama ve daha etkili kullanabilme açısından Nolan'ın 6 aşamadan oluşturduğu bu teori çok yararlı bir kavramsal çerçeve sağlamaktadır. 6 aşama ve 5 değişimden oluşan teoride;

1. Başlangıç Aşaması: Kurumunda teknoloji, çoğu zaman çalışmaların işlenmesi amacıyla kullanılır.
2. Yayılma Aşaması: Bu aşama, bilgi teknolojisinin büyümesi açısından kritik bir aşamadır. Örgüt içerisinde sistemlerin çoğaltılması ve bilgisayar kullanımının artmasında genişleme görülmektedir.
3. Denetim Aşaması: Denetim ve kontrol yetersizliğinin giderilmesi ve ani bir büyüme yerine daha temkinli ve yavaş ilerleme gerekmektedir.
4. Entegrasyon Aşaması: Diğer aşamalarda sistemler kontrol altına alındıktan sonra kurum daha fazla gelişmek isteyebilir ve devamlılığın sağlanması için kendini tekrarlayan sistemlerin tespiti gerçekleştirip bir entegrasyon içerisinde bütün bir hale bürünecektir.
5. Veri Yönetimi Aşaması: Veri yönetiminin gerçekleştiği bu aşamada, bilginin kaydını yapan ilk kurumdan, son kuruma kadar bilgi kaynaklarının etkin ve doğru kullanımı tüm birimler tarafından kabul edilecektir.
6. Olgunlaşma Aşaması: Nolan tarafından belirlenen son aşamada, tüm sistemlerde teknoloji ve yönetim işlemlerinin entegrasyonu sağlanmış olacaktır. Bu aşamada organizasyonun stratejik planını ise kurum yönetici bu sisteme göre oluşturabilecektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

Sağlık hizmetlerinde bilgi sisteminin rolü incelendiğinde, 2000'li yıllarda IOM'un yayımlamış olduğu ilk raporda sağlık sistemlerinde kalitenin geliştirilmesi ve hataların düzeltilmesi için yapılması gereken maddeler arasında bilgi teknolojilerinin kullanımına ve ikinci raporunda ise, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması gerektiği ve bu yapılanmada 4 ana alanının bir tanesinin bilgi teknolojilerine yer verilmesinin önemi vurgulanmıştır (Saluvan, 2015).

Herhangi bir ülke de ki sağlık bilgi sistemi, sağlık sektöründe çalışan karar vericiler için ulusal veya yerel düzeyde gerekli bilgileri sağlayan ve politikaları kodlamak, denetlemek ve müdahalenin etkilerini değerlendirmek için kullanılan sağlık sisteminin temel parçalarından biridir. Ek olarak, sağlık bilgi sistemi kullanılarak araştırmacılar, danışmanlar ve sağlık bilgisi isteyen herkes doğru ve güvenilir verilere erişebilir. Başka bir deyişle, ulusal sağlık bilgisi altyapıları, sağlık sektörünün tüm seviyelerinde ve

alanlarında veri kalitesinin yanı sıra sağlık bilgisinin de arttırılması anlamına gelmektedir (Csiki, 2003: Ahmadi ve ark., 2014).

Moucheraud ve arkadaşları (2016) sağlık bilgi sistemlerinin güçlü bir sağlık sistemi için kritik öneme sahip olduğunu, hastalık sürveyansını iyileştirmek, bilginin stratejik kullanımını kolaylaştırmak, hastaları ve programları yönetmek ve daha etkin ve etkili bakımla hizmet kalitesini artırmak için kullanıldığını belirtmektedir. Aynı zamanda uluslararası olarak, hesap verilebilirlik ve şeffaflık için artan taleplerin olduğunu bu nedenle doğru ve zamanında veri kaynak tahsisi ve girişimlerin etkinliğini izlemek ve değerlendirmek için önemliliğini savunmaktadır.

Bilgi sistemlerinin kullanılmaya başlaması ülkemizde ise, sağlık reformları kapsamında 1990 yıllarında başlamasına rağmen aslında 2000'li yıllarda hızla yayıldığı görülmektedir. 2003 yılında özel sektör kurum ve kuruluşlarının sağlık alanlarına yatırım yapmasına özendirmek amacıyla reform başlıklarına, 58. Hükümet tarafından hazırlanan Acil Eylem Planı'nda (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2017) yer verilmiştir. Acil Eylem Planı'nda yer alan sağlık reformlarının Sağlık bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adıyla 2003 yılında yayımlanmıştır. Bu çerçevede sağlıkta dönüşüm programı kapsamında dijitalleşmenin ve sağlık bilgi sisteminin etkili bir şekilde kullanılması öncelikler arasındadır (Anaver ve Fedai, 2017).

Sağlık sisteminin iyileştirilmesi çerçevesinde, Sekizinci Kalkınma Planında öneminin vurgulandığı bilgi sistemleri, 2007-2013 yıllarını kapsayan Dokuzuncu Beş yıllık Kalkınma Planında da önemine yer verilmiştir. Bu plan dahilinde, "sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi" amaçlar arasındadır (T.C. Dokuzuncu Kalkınma Planı Raporu, 2007).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hazırlanan ve günümüzde kullanımına devam edilen Ulusal Sağlık Bilgi Sistemleri ve Sağlık.Net ağı altında uygulamalar bulunmaktadır. Bunlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003);

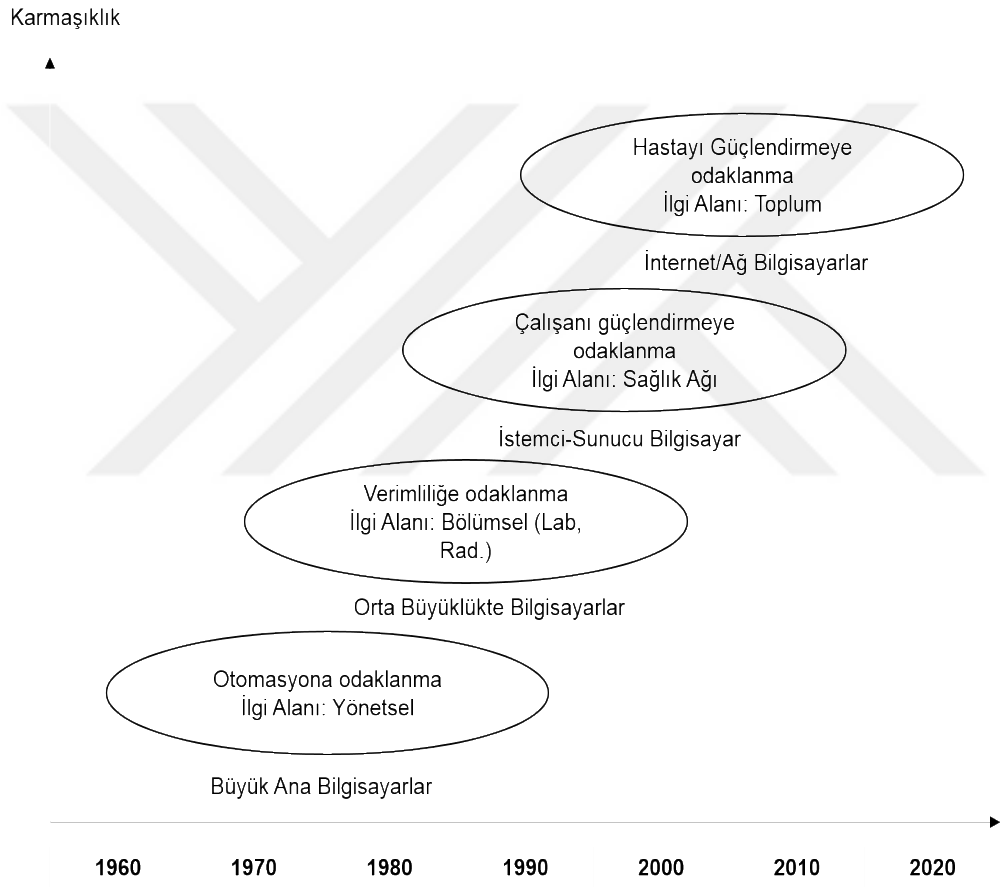
1. Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)
2. Hastane Bilgi Sistemleri (HBS)
3. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemleri (ÇKYS)
    - İnsan Kaynaklı Yönetim Sistemi (İKYS)
    - Malzeme Kaynaklı Yönetim Sistemi (MKYS)

- Finans Kaynaklı Yönetim Sistemi (FKYS)
- İlaç Eczacılık Bilgi Sistemi (İEBS)

4. Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri (AHBS)
5. Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi

Bilgi sistemleri sağlık kurumlarında tüm personeller tarafından günümüzde aktif bir şekilde kullanılan bir sistem haline gelmiştir. Bu durumun yıllara göre değişimi Şekil 3'dedir. (Velde ve Degeoulet, 2003, s:2; Saluvan, 2015)

Şekil 3: Sağlık Sektöründe Bilgi Teknolojilerinin Yıllara Göre Değişimi



Kaynak: (Velde ve Degeoulet, 2003, s:2; Saluvan, 2015).

Sürekli artan bilgi teknolojilerinin gelişimi sağlık ve tedavi departmanını diğer departmanlara benzer şekilde etkilemiştir. Teknoloji gelişimi, geçmiş yıllarda tedavi ve tıbbi bakımda gözle görülür bir değişiklik yaratmıştır. Modern tıp ve teknoloji o kadar entegredir ki doktorlar bu teknolojileri hastalıkların tedavisi ve teşhisi amacıyla kullanması gerekmektedir. Günümüz iletişimde, telekomünikasyonda ve bilişimde teknolojinin büyümesi ve gelişmesi, sağlık hizmetlerinin sunulması sisteminde de kayda

değer bir gelişme ile sonuçlanmıştır. Ayrıca, farklı bilgi teknolojisi yöntemleri, hastaların tıbbi, tedavi ve cerrahi bilgilerini koruma sistemi, tedavi, teletıp, cerrahi robotlar gibi sistemlerin gelişmesine yardımcı olmaktadır (Deimazar ve ark., 2018).

Bilgi teknolojisi, hata oranını üç şekilde azaltabilir: hataları ve olumsuz olayları önleyerek, olumsuz bir olay meydana geldikten sonra daha hızlı yanıt vermeyi kolaylaştırarak ve olumsuz olaylarla ilgili geri bildirimleri izleyerek. Veriler artık bilgi teknolojisinin farklı türdeki hataların sıklığını ve muhtemelen ilişkili advers olayların sıklığını azaltabileceğini göstermektedir (Bates ve Guwande, 2003).

133 advers olay inceleyen Bates ve arkadaşları (1994), hastanelerde meydana gelen istenmeyen olayların bilgi sistemleri vasıtasıyla birçoğunun belirlenebileceğini gözlemlemiştir (Saluvan, 2015).

Evans ve arkadaşları ise (1998), klinik karar desteğinin antibiyotikle ilişkili advers ilaç olaylarının oranlarında önemli gelişmelere yol açabileceğini ve maliyetleri düşürebileceğini ifade etmektedir.

Sağlık alanında, Amerika İyileştirme ve Yeniden Yatırımın Ekonomik ve Klinik Sağlık Yasası (HITECH / ARRA) programı ile ABD sağlık bilgi teknolojisi elektronik sağlık kayıtlarının kabul edilme seviyesini dikkate alarak elektronik sağlık kayıtlarının anlamlı kullanımını vurgulamıştır. Altta yatan hipotezde, elektronik sağlık kayıtlarının artan ve yeterli kullanımının daha etkin kaynak yönetimi, profesyonel zaman tasarrufu, tıbbi hataların azaltılması ve daha iyi süreç yönetimi ve sonuç başarıları için destek yoluyla hastane masraflarının azalması ve bakım kalitesinin artmasıyla ilişkili olacağı yönünde olduğunu belirtmiştir (Hadji ve Degoulet, 2016).

Sittig ve Singh (2010) sağlık bilgi teknolojisi müdahalelerinin başarısını etkileyen kilit faktörleri açıklayan kavramsal bir sosyoteknik model önermiştir. Modelin 8 boyutu; insan bilgisayar arayüzü, iş akışı ve iletişim, klinik içerik, iç organizasyon politikaları, insanlar, donanım ve yazılım, dış faktörler ve sistem ölçümü ve izlemesidir. Ulusal Sağlık Bilgi Teknolojisi Koordinatörü Ofisi (ONC) tarafından ilk 3 alan, sağlık bilgi teknolojisi sentinel olaylarının ve ciddi olumsuz olayların %80'ine yol açtığını tespit etmiş ve Ortak Komisyon, daha sonra 3 alana odaklanarak sağlık bilgi teknolojisini geliştirmek için eylemler önermiştir. Bu eylemler; güvenlik kültürü, süreç iyileştirme ve liderlik. Ek olarak çeşitli alanlarda elektronik sağlık kaydı güvenliğini ele alan "SAFER kılavuzu" adlı bir dizi kılavuz yayınlamıştır. Üç geniş gruba ayrılan ve dokuz kılavuzdan oluşan

SAFER, sağlık kurumlarının Elektronik Sağlık Kayıtları (EHR) güvenliğini çeşitli alanlarda ele almayı sağlamaktadır (Alotaibi ve Federico, 2017).

Hasta güvenliği iyileştirme araştırmalarını teşvik etmek için elektronik hasta kayıt verilerini kullanarak sağlık kurumları arasında birçok mevcut veri erişim güvenliği politikaları ve prosedürü yeniden yazılmalı ve standartlaştırılmalıdır. Sadece bu büyük ölçekli sistem düzeyinde çaba, elektronik sağlık kayıtları verilerini hasta güvenliğinin kalitesini ve verimliliğini arttırmada faydalı olacaktır (Russo ve ark., 2016).

1.7.1. Hasta güvenliği açısından eczane ve ilaçlar

On yıldan daha uzun süre önce Tıp Enstitüsünün yayınlamış olduğu raporda, tıbbi hataların çok sayıda hasta için ciddi zarar ve hatta ölüm nedeni olduğunu bildirilmiştir. Hem yaygın olan hem de ciddi zarar veren tıbbi hatalar, bir milyon hastayı yaralarken yılda en az 44 000 ölüme neden olmaktadır. İlaç hataları, tıbbi hataların ana kategorisidir ve yıllık tıbbi hataların yol açtığı 44 000 ölümün 7 bininden fazlası ilaç hatalarına bağlanmaktadır (Odukoya ve ark., 2014).

İlaç, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre "Fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılabilen bir madde" şeklinde tanımlamaktadır. İlaç hatası, ABD İlaç Hatalarını Raporlama ve Önleme Koordinasyon Kurulu (National Coordinating Council Medication Error Reporting and Prevention- NCC MERP)'na göre "sağlık çalışanının, hastanın veya tüketicinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da hastanın uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenebilir bir olay" olarak tanımlanmaktadır (Assiri ve ark, 2018; Çakmakçı ve Akalın, 2010, s:42). Bu tür olaylar, seçme, satın alma, depolama, sipariş etme, hazırlama, dağıtma, uygulama veya izleme gibi ilaç kullanım sürecinin herhangi bir adımından kaynaklanabilir (Mark ve ark., 2011).

İlaç hataları sıklıkla hemşirelerden kaynaklanan bir hata türü olmakla birlikte eczacı, hekim veya kurumlar tarafından kaynaklanan çok boyutlu ve çeşitli disiplinleri kapsayan bir sorundur (Aşti ve Acaroğlu, 2000).

Bahreyn'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında yazılan 77 511 prospektif reçetelerin eczacılar tarafından toplanarak incelenmesi sonucunda %7,7'sinin hata içerdiğini, aynı şekilde prospektif olarak, bebekler için 2282 reçetenin incelenmesi

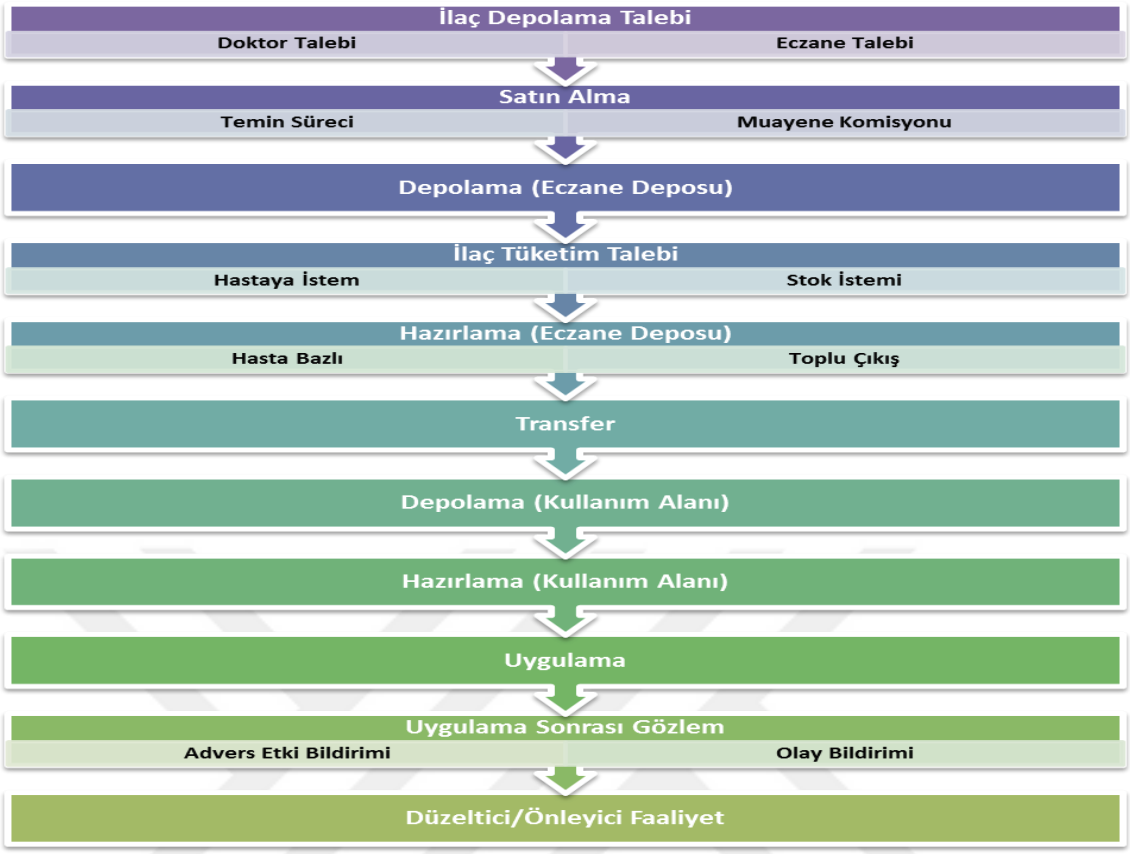
sonucunda %90,5'nin hata içerdiği tespit edilmiştir. Suudi Arabistan'da retrospektif olarak, eczaneden elde edilen 3796 reçetenin doktorlar ve eczacılar tarafından analiz edilmesi sonucunda, %94'ünde miktar belirtilmediği ve %90,7'sinde hastalar için eksik talimatların olduğu gözlemlenmiştir (Alsulami ve ark., 2013).

Tayland'da 20 hastanede anestezi uygulanan 202 699 vaka incelemesine göre, %48,8'ine yanlış ilaç ve %29,3'üne yanlış doz verildiği görülmüştür. Vietnam'da 2 devlet hastanesinde doğrudan gözlemsel olarak yapılan çalışmada ise, 229 insülin dozunun %10,4'ünün gecikmeli, %7,4'nün erken doz ve %3,1'in de ise uygulama hatası meydana geldiği görülmüştür (Salmasi ve ark., 2015).

Bir ilaç hatası, ilacın sipariş edilmesi ya da verilmesi sürecinde meydana gelen, yaralanma veya herhangi bir zararın olup olmadığı potansiyeline bakılmaksızın önlenebilir herhangi bir olay olarak tanımlanmaktadır (American Academy of Pediatrics, 2003). Tıbbi hataların üçte birini oluşturan ilaç hataları mortalite oranları, hastanede kalış süresinin uzaması ve yüksek tıbbi masraflar gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Abdel-Latif, 2016).

Şekil 4'de ki kurum içi satın alma talebi ile uygulama sonrası gözlem şeması incelendiğinde, üretimden başlayarak uygulama sonrası gözetime kadar devam eden ilaç serüveninin her aşamasında küçük bir ihmal bile hasta güvenliğinde olumsuz çıktılara sebep olabilmektedir. Örneğin doktorun hasta için yazmış olduğu ilacın soğuk zincir olarak depolanması gerekirken yanlış depolanması veya doktorun satın alma isteminde ilacın farmasötik forumunu yanlış yazması sonucunda hastanın tüketmesiyle birlikte çıkacak birçok istenmeyen olaylar ile karşı karşıya kalınmaktadır (Sağlık Bakanlığı İlaç Güvenliği Rehberi, 2015).

Şekil 4: Kurum İçi Satın Alma Talebi ile Uygulama Sonrası Gözlem Şeması



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç Güvenliği Rehberi, 2015).

1995-1999 yıllarında ABD Farmakopesi (USP) İlaç Hataları Raporlama tarafından yapılan bir araştırmaya göre, pediatrik hastalarda (%31) yetişkinlere göre (%13) hasar veya ölümle sonuçlanan önemli ölçüde ilaç hata oranı saptanmıştır (Crowley ve ark., 2001; Amerikan Pediatri Akademisi, 2003).

2008-2012 yılları arasında ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA)'ne bildirilen çocuklarda son dönemde meydana gelen ciddi advers olayların %41'ni oluşturan 15 ilacı analiz etmiştir. Ek olarak, 18 yaşından küçük çocuklarda meydana gelen 45 610 advers ilaç olayını tanımlamış ve bunlardan %64'ünün (29.298) ise, ciddi bir yaralanma olduğunu belirtilmiştir (ISMP, 2014).

1998 yılında NCCMERP, ilaç hata nedenlerini tablo 4'de gösterildiği gibi sınıflandırmalara ayırmıştır (Üstüner Top ve Çam, 2016; Yöntem, 2016).

Tablo 4: İlaç Hata Nedenleri

İletişim	• Sözel veya yazılı iletişim • Direktifin yanlış yorumlanması
İlaçların isim karışıklığı	• İlacın jenarik veya ticari isim karışıklığı
Etiketleme	• Tedarikçi firmanın oluşturduğu hazır ilaç kalıbı etiketleri • Karton etiketler • Ambalajlama • Reklam • Elektronik referans materyalleri • Baskı alınmış referans maliyetleri
İnsan Faktörü	• Bilgi eksikliği • Performans yetersizliği • İlaç dozunun ve infüzyon hızının yanlış hesaplanması • Bilgisayar hatası • Stoklama ve yeniden stoklama • İlaçların taşınmasında hata • İlacın hatalı hazırlanması • Orderın bir yerden başka bir yere aktarılmasında hata • Stres • Yorgunluk ve uykusuzluk
Ambalajlar	• Ambalajların ve ambalajlar üzerindeki dizaynın uygunsuz olması • İlaç formlarındaki karışıklık (tablet/kapsül/draje karışıklığı)
Sistemden kaynaklanan faktörler	• Aydınlatma • Gürültü düzeyi • Sık bölünmeler ve dikkat dağılımı • Eğitim • Kadro • Çalışanların yetkinliklerinde yetersizlik • Sağlık bakımı çalışanları arasındaki atamalar, görev değişiklikleri veya çalışanların deneyiminin az olması • Hasta bakımını üstlenen sistem • Politika ve prosedürler • Sağlık bakımı çalışanları arasındaki iletişim • Hasta önerileri • Kat stokları • İlaç direktiflerinin üzerinde yazıldığı formlar

Kaynak: (Yöntem, 2016).

Amerikan Hastane Eczacılar Birliği (The American Society of Health Pharmacists-ASHP) ise ilaç hatalarını; doktor istemine ilişkin hatalar, istemsiz ilaç uygulaması, ilaç hazırlama hatası, uygulama zamanı hatası, ilaç dozunu atlama, ilaç formu hatası, yanlış doz uygulama, yanlış yoldan uygulama hatası, uygulama hatası, doğru koşullarda saklanamayan ilaç hatası, izlem hatası ve diğer hatalar olarak 12 başlık altında sınıflandırmıştır (Yazıcı ve Yılmaz, 2019).

Hastaları potansiyel ilaç hatalarına maruz bırakan sistemlerin sistematik ve kritik bir şekilde değerlendirilmesi önemlidir. İlaç hatalarının öğrenme potansiyelini en üst düzeye çıkarmak için, hataların ciddiyetini ve katkıda bulunan faktörleri uygun bir şekilde ölçmek, raporlama ve sınıflandırma sürecini standartlaştırmak önemlidir. İlaç hatalarının ciddiyeti genellikle Ulusal İlaç Hata Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Kurulu

kullanılarak belirlenmektedir. Birleşik Devletler Farmakopesi, United States Pharmacopoeia ve MEDMARX, hastanelerde ve sağlık kurumlarında ilaç hatalarını sistemli bir şekilde toplamak, analiz etmek ve raporlamak için tasarlanmış internet erişimli sistemdir. Güvenli İlaç Uygulamaları Enstitüsü (ISMP) ise, hasta ve hastaneler tarafından ilaç hata raporlarının girildiği ulusal bir raporlama sistemidir (Weant ve ark., 2014; Yelkin Alp, 2011).

Ülkemizde ise, 1985 yılında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Kalite Kontrol Daire Başkanlığı bünyesinde Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme merkezi (TADMER) kurulmuştur. TADMER'in sorumluluk ve işlevselliği arttırılıp daha kapsamlı bir hale gelerek adı, Türkiye Farmakovjilans Merkezi (TÜFAM) olarak değiştirilmiştir (Farmakovijilan Derneği, 2019).

Ülkemizde ilaç rapor oranları %50 doktor istemi, %29 uygulama, %10 doğum, %6 belirlenemeyen, %4 eczane istemi ve %2 uygulama sonrası olarak belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Tüm sağlık hizmetlerinde oluşan hataların profesyoneller tarafından raporlanarak belirtilmesi ve bu hatalara karşı önlem alınabilmesi için raporlama sisteminin aktif bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Çalışanların hatayı raporlaması durumunda kurumda dışlanacağı, ceza alacağı veya herhangi kötü durumla karşı karşıya kalmalarını düşünmelerinden ziyade sistemin etkili ve sorunsuz bir şekilde ilerlemesi için tüm çalışanlarca gayret gösterilmesi gerekmektedir. İlaç hataların doğru bir şekilde raporlanması, ilaç hatalarının önlenebilmesi ile bağlantılıdır (Mayo ve Duncan, 2004; Yöntem, 2016).

Weant ve arkadaşları (2014), ilaç hatalarını önlemek için belirli güvenlik kontrolleri oluşturmuşlardır. Bunlar:

- Doğru hasta: Acil servislerdeki çoğu uygulayıcı aynı anda birden fazla hastaya bakım yaptığı için, doğru hastanın tedavi edilmesini sağlamak kritik öneme sahiptir.
- Doğru ilaç: İlacın doğru olup olmadığı iki kez kontrol edilmeli ve hastanın alerji geçmişi doğrulanmalı
- Doğru dozaj: Doğru dozajın, formun ve ilaç yolunun uygulandığı doğrulanmalı; ondalık noktaların uygun şekilde yerleştirildiği onaylanmalı

- Uygunluk: Uygulanan intravenöz (IV) ilaçların uyumlu olup olmadığının açıklığa kavuşturulması; bu konuda yardımcı olunması için bir eczacıyla görüşülmelidir.
- IV hatlarını iki kez kontrol edin: Hastanın IV uygulamasına yeterli erişime sahip olduğundan ve uygun hattın (merkeze karşı çevresel) kullanıldığından emin olunmalı
- Aritmetiği onayla: İkinci bir hemşire ya da eczacıya aritmetiğiniz iki kez kontrol ettirilmeli
- Doğru uygulama yolu: Uygun yolun kullanılmakta olduğu doğrulanmalı
- Doğru yönetim oranı: Uygun uygulama oranını bildiğinizden ve programlamayı iki kez kontrol ettiğiniz bir pompa programlıyorsanız, tekrar kontrol edilmeli
- Doğru hasta ağırlığı: Kilogram cinsinden hastanın ağırlığı doğrulanmalı

1.7.2. Hasta güvenliği açısından ameliyathane

Güvenliğin önemli olduğu alanlardaki çoğu hata, yetersiz iletişim ve zayıf ekip çalışmasına bağlanmakta ve hataları azaltma stratejileri ise bunu hesaba katmaktadır. Örneğin, havayolu uçuşlarından önce brifingler yapılmasının nedeni budur. Bilgilendirme, bir görevin ortak performansı için gereken tüm bilgilerin değiş tokuş edildiği ve kontrol edildiği bir ekip toplantısıdır. Ameliyathanede yapılan brifingler ekip iş birliğini, motivasyonu, disiplini ve sonuçları geliştirmektedir (Lingard ve ark., 2004; Helmreich, 2000; Degani ve Wiener, 1993; Makary ve ark., 2006; Fudickar ve ark., 2012).

1990'lı yıllardan beri hasta güvenliğinde büyük bir endişe haline gelen ameliyathane güvenliği, takım iletişiminin ve davranışının iyileştirilmesi, kurumsal düzeyde bir güvenliğin programlanması için popüler hedeftir. Bu çabalara rağmen ameliyathanelerde temel güvenlik boşlukları henüz tam anlamıyla giderilmemiştir (Jones ve ark., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl en az 7 milyon hastanın, müdahale sırasında veya hemen sonrasında ölen en az 1 milyon kişisinin, cerrahi komplikasyonlardan muzdarip olduğu ortaya çıkmıştır. Bu yaralanmaların yarısından fazlasının önlenebilir olduğu ise acı bir gerçektir (Mallouli ve ark., 2017).

Ameliyathaneler yüksek verimlilik, ekip çalışması, ileri teknoloji ve birden fazla problemi olan hasta popülasyonunun taleplerini içeren karmaşık bir ortamdır (Gaba ve ark, 1994; Göras ve ark., 2017).

Sağlık bakım kalite standartlarının geliştirilip iyileştirilmesi, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi adına ülkemizde, Sağlık Bakanlığınca oluşturulan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti (2016) rehberine göre ameliyathane alanları şu şekildedir:

- Steril (Birinci) Alan: Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanlardır.
- Temiz (İkinci) Alan: Steril ve steril olmayan alanlar arasında kalan alandır.
- Steril Olmayan (Üçüncü/Temiz Olmayan/Kirli) Alan: Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı alanlardır.

2004-2010 yılları arasında 4500 beklenmedik olayı inceleyen Uluslararası Birleşik Komisyonu (UBK) raporunda, yanlış hasta-yanlış taraf-yanlış işlem uygulanmasına bağlı hatalar %13,7, cerrahi ve cerrah sonrası komplikasyonlar %10,5, anesteziye bağlı hatalar %1,5 ve tedavinin ertelenmesi sonucu meydana gelen hatalar %12,2'dir (Akalın ve ark, 2012, s:63; Candaş ve Gürsoy, 2015).

Beuzekom ve arkadaşları (2012), ameliyathanelerde advers olayların oranını, bir hastane içindeki tüm advers olayların yaklaşık %50'si olduğunu savunmuştur. Aren (2008) ise, ameliyathanelerde çeşitli konuların hasta güvenliği konusuna girdiğini savunarak tablo 5'de detaylandırmıştır.

Tablo 5: Ameliyathanelerde Hasta Güvenliği Kapsamına Giren Konular

Yanlış taraf cerrahisi	Ameliyatlarda yabancı cisim unutulması
Tranfüzyon hataları	Kontamine ilaç veya kan kullanımı
Ameliyat komplikasyonları	Hava embolisi
Ölümcül düşmeler	Bebeğin yanlış aileye verilmesi
Hastane enfeksiyonları	İnfüzyon pompa sorunları
Cerrahi yanıklar	Hatalı gaz / gaz karımı verilmesi
Görünüşü okunuşu benzer ilaçlar	İğne-kesici alet yaralanmaları
Tehlikeli kısaltmalar	Ventilatörle ilişkili problemler

Kaynak: (Aren, 2008).

2007 yılında DSÖ, ameliyathanedeki brifingler için bir Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) hazırlamıştır. Üç bölümden oluşan kontrol listesi, anestezinin başlatılmasından hemen önce, ameliyat cilt kesisinden hemen önce ve hasta ameliyattan çıkmadan hemen sonra olmak üzere üç spesifik zamanda kesintiye uğraması gerektiğini, böylece önemli bilgiler kontrol edilerek tüm ekip üyelerine iletilebileceğini belirtmiştir. Anestezi uzmanı, anestezi hemşiresi ve hasta tarafından gerçekleştirilen ilk bölümde, hastanın kimliği, yapılacak işlem ve yapılması gereken taraf ve anestezi ile ilgili diğer noktaların kontrolünden oluşmaktadır. İkinci bölümde, hastanın kimliği tekrar kontrol edilir, tüm ekip üyelerinin adı ve rolleri, beklenen süresi ve beklenen kan kaybı da dahil olmak üzere operasyonun tüm önemli yönleri belirtilir ve iletilir. Son olarak, çıkışta, ana sonuç noktaları kontrol edilir, örneğin, son sünger sayısının doğruluğu ve ameliyat sonrası siparişlerin tamamlanması gibi (Wilson ve Walker, 2009; Lancet, 2008; Fudickar ve ark., 2012).

Daha sonralarında DSÖ, her kurumun kendi ihtiyaçları ve gereksinimleri doğrultusunda kendi kurumlarına entegre bir liste oluşturabileceğini ifade etmesiyle birlikte ülkemizde "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR- GCKLTR" adıyla kontrol listesi uyarlanmıştır. Üç bölümden oluşan kontrol listesine ek olarak "Hasta güvenliği hasta ameliyata gelmeden önce başlar" ifadesiyle hastanın klinik takibini de içeren dördüncü bölüm de eklenmiş ve 2009 da ülkemizde kullanılmaya sunulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı; Candaş ve Gürsoy, 2015).

GCKLTR bölümleri şu şekilde oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011);

1. Klinikten ayrılmadan önce
2. Anestezi verilmeden önce
3. Ameliyat kesisinden önce
4. Ameliyattan çıkmadan önce

DSÖ kontrol listesi, dünyanın farklı bölgelerinde bulunan sekiz hastanedeki bir çalışmada pilot olarak değerlendirilmiştir. Majör cerrahide mortalitenin istatistiksel olarak %1,5'ten %0,8'e, morbiditenin %11'den %7'ye düştüğü görülmüştür. Bu düşüş sonrasında DSÖ, kontrol listelerinin tüm işlemlerde kullanılmasını ve cerrahi eğitimlere entegre edilmesi gerektiğini tavsiye etmiştir (Fudickar ve ark., 2012).

1.7.3. Hasta güvenliği açısından acil hizmetler

1970 yıllarında gelişmiş ülkelerde, diğer sağlık hizmet dallarından ayrılarak yalnız bir klinik tıp uygulaması haline gelen Dünya Acil Tıp Hizmetleri, ülkemizde 1993 yıllarında kendini göstermiştir (Arnold jl, 103; Kılıçaslan ve ark., 2005; Esen ve ark., 2017, s:4).

Acil terimi, zaman geçirmeden bir an önce yapılması gereken durum olarak tanımlanırken (Kuğuoğlu ve Selimen, 2004), acil servis hizmetleri ise 20 şubat 2018 tarih ve 30338 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'de, "Kronik bir hastalığın akut atağı, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri, beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında, komplikasyon, morbidite, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, hayati tehlikesini ortadan kaldıracak tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması, ileri tanı ve tedavisi için diğer hizmetlere devrine kadar yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil sağlık hizmetleri" şeklindedir.

24 saat kesintisiz hizmet veren hastane öncesi acil tıp erken, kaliteli ve hedefe yönelik tedavi sağlamayı amaçlamaktadır. Kalp durması, kalp iskemisi, ağır travma, sepsis, solunum sıkıntısı, felç ve obstetrik gibi acil durumlar dahil olmak üzere çeşitli durumları kapsayan sağlık hizmetidir (Krüger ve ark., 2011).

Yapılan bir araştırmada, acil servis birimlerinde yapılan hatalardan kaynaklı hastaların %56'sının hastanede yatış sürelerinin uzadığı ve bu hataların ise, %22'sini asistan doktorlar, %33'nün hemşireler tarafından yapıldığı gözlemlenmiştir (Henneman ve ark., 2004; Cebeci, 2010). Başka bir çalışma verilerinde ise, acil birimlerde en çok ilaç uygulama hatalarının yapıldığını her 100.000 hastanın 78'inde bu hatanın olduğu tespit edilmiştir (Pham ve ark., 2011).

IOM, 2006 yılında "Acil Sağlık Hizmetlerinin Dönüm Noktası" başlıklı raporunda güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve adil şeklide kalite bakımın altı boyutunu yorumlamıştır. Bu ölçümler ile ulusal ve uluslararası karşılaştırmalar yaparak, standartlaştırılabilecek kanıta dayalı performans göstergelerinin geliştirilmesi gerektiğini önermiştir. Kalite bakım ölçümleri acil sağlık hizmetlerine uygulandığında ise, sağlık hizmetlerinin acil durumlarda yalnızca etkili ve koordineli bir şekilde sunulmasını

sağlamakla kalmayıp aynı zamanda yüksek kalitede uygun bakım sağlamak için işlev gören belirli bir personel, tesis ve ekipman düzenlemesine sahip bir sistem tasarımının gerekliliği ortaya çıkmaktadır (El Sayed, 2012).

Literatürde acil servislerde yaşanılan ve hasta güvenliğini tehdit edebilecek istenmeyen olayların bazıları tablo 6'daki gibidir (Kılıçaslan ve ark., 2005; Cebeci, 2010; Henneman ve ark., 2004).

Tablo 6: Acil Servislerde Yaşanılan Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar

Acil servislerde uzun süre bekleme	Acil servislerde yaşanan şiddet olayları
Sağlık çalışanlarının yorgun ve uzun süre ara vermeden çalışıyor olmaları	Hastane temizliği, kişisel temizlik veya hijyen hataları
Kontrol edilemeyen iş yükü, çok sayıda ve tahmin edilemeyen hasta akışı	İlaç hataları
Sağlık durumu ciddi olan hastaların tedavilerinde gecikme	Hemşire uygulama hataları
Ciddi akut hastalığı ya da yaralanması olan hastaların sağlık durumlarında her an ortaya çıkabilecek kötüleşme	Laboratuara gönderilen meteryallerdeki hatalar
Ekipman yetersizliği	Acil servislerde ilaç hataları
Kimlik bilgi hatası	Sağlık personelinin sayısında yetersizlik,
Çoklu tanı ve tedavi protokollerinin etkileşimi	Hastalar ile çalışanlar arasındaki iletişimin kısa süreli olması

Kaynak: (Kılıçaslan ve ark., 2005; Cebeci, 2010; Henneman ve ark., 2004).

1.7.4. Hasta güvenliği açısından yoğun bakım

Çeşitli bilgi, teknoloji, tanı ve tedavi yöntemleri alanlarını birleştiren yoğun bakım üniteleri, ciddi kritik hastalığı olan hastalarda mortaliteyi azaltmak ve morbiditeyi önlemek için hayati işlevlerin sürdürülmesidir (Carvalho ve ark., 2017; Mercadante ve ark., 2018). Yoğun bakımın ünitelerinin ekibini ise; başucu hemşiresi, doktor, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler ve fizyoterapistler gibi diğer yetenekli disiplinleri içerecek şekilde genişlemektedir (Despins, 2009).

28000 sayılı Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre yoğun bakım servisi; "Bir ya da daha fazla organ veya organ

sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibariyle hasta bakımı açısından özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 saat esasına dayalı olarak kesintisiz sağlandığı, fonksiyonel olarak, dahili yoğun bakım servisi, cerrahi yoğun bakım servisi, nöroyoğun bakım servisi, anestezi yoğun bakım servisi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım servisi, koroner yoğun bakım servisi, genel yoğun bakım servisi şeklinde adlandırılan erişkin, çocuk ve yenidoğan hasta birimleri" şeklinde tanımlanmıştır.

Yoğun bakımın temelinde; Ağır/kritik hasta, gelişmiş ve giderek pahalılaşan alt yapı ve teknik donanım, gerekli teknik donanımı bilen, kullanan ve onların yardımı ile hastaları tedavi edebilecek bilgi ve deneyime sahip kesintisiz görev yapan ekip olmak üzere üç kritik bileşen vardır. Bu ekip üyeleri saygı, bilim ve beceriye dayanan süreklilik temelli bir ilişki içerisinde olmaları hasta bakım ve güvenliği açısından oldukça önemlidir (Telci, 2002).

Yoğun bakım ünitelerinde, ekip üyeleri arasında takım iş birliğinin ve iletişimin kuvvetli olması, güçlü kararlar alabilmeye, alternatiflerin belirlenmesine veya hataları yakalamayı kolaylaştırarak hasta güvenliğini arttırmada en etkili yollardan biridir (American Association of Critical Care Nurses, 2005; Despins, 2009).

Valentin ve arkadaşları sentinel olayları değerlendirmek için dünya çapında 205 yoğun bakım ünitesi olaylarını gözlemsel olarak analiz etmiştir. Bu çalışmada, 136 hastada ilaç tedavisi ile ilgili çok sayıda hata meydana gelmiş, 158 hastada hatların, kateterlerin ve drenlerin uygunsuz şekilde ayrılması, 112 hasta da ekipman arızası, 47 hastada ise yapay hava yolunun kaybı, tıkanması veya sızması, alarmların 17 hasta da uygunsuz kapanması şeklinde çeşitli sentinel olaylar gözlemlenmiştir (Moreno ve ark., 2009).

Yoğun bakım üniteleri hastane koğuşuna kıyasla yüksek izlenen bir ortam ve daha fazla insan gücü bulunmasından dolayı teorik olarak hastanelerin en güvenilir yeri olması gerektiği anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, bakımın karmaşıklığı, yapılan çok sayıda müdahale ve hastaların hassas tıbbi durumları nedeniyle oluşabilecek advers olaylar için yüksek riskli bir alanı temsil etmektedir (Pagnamenta ve ark., 2012).

Somyürek ve Uğur (2016), yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalara ilişkin düşünce ve yaklaşımlarını belirmek amacıyla

yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin %89,9'unun hasta güvenliği hakkında eğitim aldıklarını, %51,5'inin tıbbi hataları hekimlerin yaptığını düşündükleri, %59,6'sının hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığına biraz güvendiklerini belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin %72,2'sinin mesleki yaşamı boyunca yoğun bakımda hasta güvenliğinin tehdit eden bir olaya tanık olduğunu belirtirken, %38,7'sinin tanık olduğu hatada durumu hastanın doktoruna bildirdiğini, %81,6'sının son bir yıl içerisinde hiç olay raporu yazıp vermediğini bildirmiştir.

Hastanelerde %20-40 oranında enfeksiyonlar el yolu ile bulaşmaktadır. Yapılan bir çalışmada, pediatri yoğun bakım ünitelerinde sağlık profesyonellerinin el hijyen uyumu değerlendirilmiş ve %8,8 oranı tespit edilmiştir. El temizliğine uyum meslek grupları açısından değerlendirildiğinde, %75 oran ile en yüksek hemşirelerde görülürken, asistan doktorlar da %5, uzman doktorlarda ise %20 oranı saptanmıştır (Sönmezer ve ark, 2014; Çınar ve Karadakovan, 2016).

Yoğun bakımda sık yapılan hatalar arasında; tanı, iletişim, ilaç, sistem, alarm, tedavi, profilaksi, uzun çalışma saatleri, yorgunluk, yanlış karar verme ve ekip hataları vardır. Bu ve bunun gibi istenmeyen hataların önlenmesi ve azaltılması için bazı stratejiler şu şekildedir (Karabıyık, 2012);

Problem alanlarının tanınması;

1. İlaç uygulama süreci
2. Yüksek riskli ilaçların tanınması
3. Yüksek riskli hastanın tanınması

- 65 yaş üstü
- Kadın
- Polifarmasi
- Organ disfonksiyonu

Tedavi süreçlerinin optimizasyonu;

1. Tedavilerin standardizasyonu
2. Doktor order girişi ve klinik kararların bilgisayarla desteklenmesi
3. Barkod teknolojisi kullanılması
4. Bilgisayarlı infüzyon pompalarının kullanılması
5. Disiplinler arası çatışan tedavilerin uzlaştırılması

Risk faktörlerinin eliminasyonu;

1. Aşırı ve kümülatif çalışma saatlerinden kaçınılması
2. Tedavi kesintilerinin minimal olmasının sağlanması
3. Eğitimin süpervizyonu

Hataların azaltılmasının sağlanması;

1. Yoğun bakım sorumlularının yeterli liyakate sahip olması
2. Yoğun bakım uzmanının görev yapması
3. Eczacının görev yapması

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Bu bölümde sağlık hizmetlerinin genel özellikleri, tarafları, profesyonellere ve hastalara düşen sorumluluklar ve sağlıkta bilinçlenme ile ilgili genel bilgiler yer almaktadır.

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri

En temel insan hakkı ve ihtiyacı olan sağlık, DSÖ'nün anayasasının önsözüne göre, "sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" şeklinde ifade edilmiş ve "ulaşılabilir en yüksek sağlık standardının kullanılması, her insanın ırk, din, politik inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapmaksızın temel haklarından biridir" vurgusu yapılmıştır (WHO, 1948).

Kamu veya özel sektörler tarafından sunulan sağlık hizmetleri, ülkemizde 12.01.1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da "insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler" şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık hizmetleri toplumun sağlık standardını yükseltmek, kişilerin hasta olmaması için gereken tedbirleri almak, hasta olanların ise en kısa sürede sağlıklarını kavuşmalarını sağlamak, sağlık talebi oluşturmak, hasta ve sakat olanların tedavi sonralarında uyum ve adaptasyonlarının sağlanması gibi amaçları içermektedir (Sözen, 2002, s:2; Yetginlioğlu, 2009).

Sağlık hizmetlerini diğer kurumlardan ayıran bazı özellikler vardır. Bunlar; yapı, süreç ve çıktı olarak şu şekilde ifade edilmiştir (Seçim, 1991; Kavuncubaşı, 2000; s:52):

Yapısal Özellikler:

1. Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
2. Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.

3. Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu işler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir.
4. Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde tam etkili olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulmamıştır.
5. Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır ve bu durum eşgüdümle, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.

Süreç:

6. Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
7. Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
8. Yapılan işlere hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans göstermez.

Çıktı:

9. Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür.

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Taraflar

1978'de Alma-Ata bildirgesinde temel sağlık hizmetlerinin üzerinde durulmuş, 1986 yılında Ottowa şartında sağlığın geliştirilmesine yönelik sorumlulukları yalnızca sağlık sektörüne çalışanların veya devletin gayretiyle değil toplumun da sahip çıkması ile başarının elde edileceği ısrarla vurgulanmış, 1988 Adelaide tavsiyelerinde ise sağlığın geliştirilmesinde tarafların önemine dikkat çekilerek bu tarafların birlikte çalışması gerektiği vurgusu yapılmıştır. 2005 yılında Bangkok sözleşmesinde sağlık ve sağlık hakkaniyetini iyileştirecek, toplumu güçlendirecek politika ve iş birliklerinin, küresel ve ulusal kalkınmanın merkezinde yer alması gerektiği belirtilmiştir. Kamu kurumları, özel, uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum ile iş birliği yapılarak ittifaklar kurulması gerektiği ifade edilmiştir. Başka bir deyişle, sağlığı geliştirme etkinliklerinin tüm tarafların katılımı ile başarılı olacağı vurgulanmıştır (Günay, 2014, s:26).

Sağlık hizmetinin taraflarını temel olarak şu şekilde sıralamak mümkündür (Erer, 2010; Tosun, 2018; Top, 2006; Tatar ve ark., 2003):

1.Devlet veya özel sektör: Sağlık hizmeti sunumunda harcamalar ve politikalar hakkındaki kararlar, ana yapı, eğitilmiş çalışanlar, ekipmanlar gibi hizmetlerin sağlanması.

2. Sağlık hizmeti sunanlar: Hekimler başta olmak üzere tüm diğer sağlık meslek grubunda çalışanlar.
3. Sağlık hizmeti alanlar: Sağlıklı/hasta tüm bireyler.

Tarafların ortak amaçlar etrafından bir araya gelerek iş birliği içerisinde olmaları; sorunların doğru tanımlanması, beceri ve kaynakların etkin şekilde kullanılması, uzmanlık, verimlilik, örgüt kültürü, güven, taraflar arasında sınırların kaldırılması ve toplum katılımı gibi çalışmayı güçlendirecek birçok etmen sağlayacaktır (Jones ve Barry, 2011; Günay, 2014, s:27)

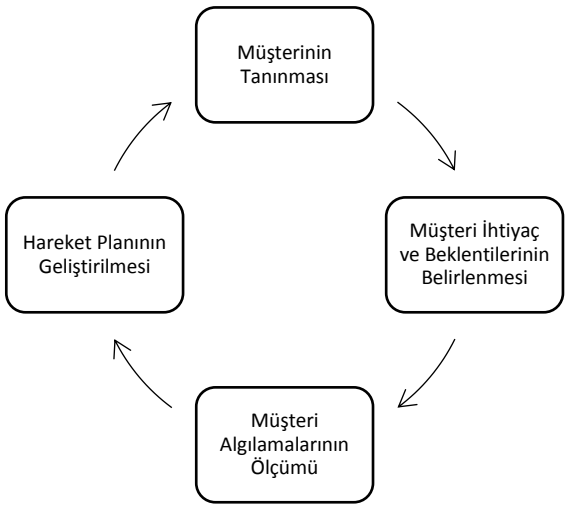
2.3. Hizmetlerde Kalite Açısından Profesyonellerin ve Hastaların Sorumlulukları

Üretimin ve tüketimin aynı anda gerçekleştiği sağlık hizmetlerinde sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan ve hastalar tarafından alınan bakım hizmetinin hastaların beklenti, algı ve talepleri doğrultusunda, doğru yer, doğru ekip, doğru ekipman ile zamanında ve minimum maliyetle hizmetin entegre bir şekilde sunulması hizmet kalitesini gerektirir. Son yıllarda özel sağlık kuruluşlarının sayısının ve niteliğinin artması bunun yanında hastaların hem özel hem kamu hizmetlerinden yararlanmasından dolayı artan bir rekabet söz konusudur. Bu rekabetin üstünlük ve süreklilik sağlayabilmesi için hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti kurumlarda vazgeçilmez bir unsur olmuştur (Korkmaz ve Çuhadar, 2017).

Grönroos hizmet kalitesini, ¨müşterinin algıları ile beklentilerini karşılaştıran süreci değerlendiren bir sonuçtur¨ şeklinde tanımlamıştır (Banar ve Ekergil, 2010; Çağlıyan, 2017). Öznel bir kavram olan hizmet kalitesi, bazı araştırmacılar tarafından performans algıları ile beklentilerinin kıyaslanmasından, bazılarına göre de sadece performansa bağlı algılardan meydana gelmektedir (Tengilimoğlu, 2013, s:33). Kısaca hizmet kalitesi, müşterilerin beklentilerinin karşılanması ile doğru orantılıdır.

Müşteri odaklılık, sürekli iyileşme ve takım iş birliği kalitenin amaçları arasında başta gelen unsurlardır (Tengilimoğlu, 2013, s:34). Hastanın memnun ve tatmin olabilmesi için öncelikle beklentilerinin karşılanması daha sonra aldığı hizmetin sürekliliğin sağlanması gerekmektedir (Korkmaz ve Çuhadar, 2017).

Şekil 5: Müşteri Memnuniyeti Yaratma Süreci



Kaynak: (Midilli, 2011; Tengilimoğlu, 2013, s:36).

Bir müşteri sağlık kuruluşuna bakım hizmetinden yararlanmak için gittiğinde tek yönlü değil çok yönlü hizmet gerçekleşmektedir. Hizmetin sağlanma aşamasında müşteri, hastanenin fiziksel özelliklerinden, hizmeti sunan sağlık profesyonellerinden ve gelişmiş teknolojik araç ve gereçler ile etkileşim halinde olarak yalnız hizmetten değil hizmet paketinden yararlanmış olacaktır. Örneğin bir hasta sağlık bakım hizmeti almak için gittiği kurumda, hekim ile sağlık durumunu görüşmesinin yanı sıra hastane ortamının temizliği, konforu, güvenliği, yemek hizmeti veya araç ve gereç hizmetinden de yararlanmış olacaktır. Bu durumda sağlık profesyonellerinin sunduğu hizmet kadar hastanede fiziksel araç ve gereçler de hizmet kalitesini belirlemede önemli bir etkendir (Sevim, 2006).

Hizmet kalitesinin soyut olmasından dolayı birtakım sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hizmet kalitesinin nasıl olduğunu daha iyi anlayabilmek adına müşteri memnuniyetinin yükseltilebilmesi için fiziksel ve fiziksel olmayan unsurları kapsayan çeşitli boyutlar geliştirilmiştir. Yaygın olarak literatürde Gronroos ve Parasuraman, Zeithaml ve Berry'in boyutları ele alınmaktadır (Avcı ve sayılır, 2006).

Parasuraman ve arkadaşları (1985) hizmet kalitesinin ölçümünde, hastanın hizmeti almadan önceki beklentisi ile hizmeti aldıktan sonraki algısının karşılaştırılmasını SERVQUAL ölçeğini kullanarak ölçmektedir. Bu ölçümde, beklentiler ile algılar birbirinden yüksek veya eşit ise hizmet kaliteli veya düşük ise hizmetin kalitesiz olduğu düşünülmektedir. Bu hizmet boyutları şu şekildedir (Papatya ve ark., 2012):

1. ¨Fiziksel özellikler: Hizmet sunum sırasında kullanılan, bina, araç-gereç, teçhizat ve personelin görünümü, hizmetin fiziki simgeleri, hizmeti alan ya da bekleyen diğer hastalar
2. Güvenilirlik: Hizmeti ilk seferde doğru olarak sunma yetisi, hizmetlerle ilgili kayıtların doğru ve tam tutulması, hizmeti söz edilen zamanda yerine getirebilme
3. İsteklilik: Personelin hizmet sunumundaki istekliliği, hastalara hızlı hizmet verme ve yardım konusunda gönüllülük, ödeme ve duyuruların zamanında postalanması, arayan hastalara hızlı cevap verme, randevuların hızlı ayarlanması
4. Yeterlilik: Hizmetleri gerçekleştirebilmek için gerekli bilgi ve deneyime sahip olma
5. Nezaket: Hastalarla doğrudan iletişim kuran personelin saygılı ve içten olması
6. İnanılabilirlik: Hizmet sunumu sürecinde hastaların çıkarlarının korunduğunun hissettirilip güvenlerinin kazanılması
7. Güvenilirlik: Verilen hizmetler konusunda tehlike, risk ve kuşkuların ortadan kaldırılması
8. Ulaşılabilirlik: Hizmete ulaşmak için gerekli fiziki koşulların sağlanması ve iletişim araçlarıyla hizmete kolay erişimin desteklenmesi
9. Anlayış: Hasta beklentilerini anlamak için çaba göstermesi, düzenli hizmet alan hastaların tanınması, hastaların kişiye özel taleplerinin giderilmesi
10. İletişim: Hastalar arasında kültür ve eğitim farklılıklarının dikkate alınması suretiyle hastaları bilgilendirme, sorunlarının dinlenip çözümlerinin sağlanması¨.

Grönroos ise hizmet kalitesini (1) teknik kalite; müşterilerin hizmeti aldıktan sonra elde ettikleri gerçek çıktılar ile (2) fonksiyonel kalite; müşteriye sağlanan hizmetin sunumunun nasıl olduğu ile alakalı olarak iki boyutta ifade etmiştir. Teknik kalite boyutunda sonuç objektif olacağı için değerlendirilmesi daha kolay olabilmektedir. Fakat fonksiyonel boyutta durum tam tersi sübjektif olduğundan, hastanın işletme ile arasındaki iletişim, algı, tutum gibi birçok unsuru içermesinden dolayı değerlendirmenin yapılması daha zor olacaktır (Avcı ve Sayılır, 2006).

Sağlık hizmetleri birbiri ile iç içe geçmiş halkalardan oluşan entegre bir yapıyı oluşturmaktadır. Hizmet kalitesinin artması için çalışanlarının iş birliği içerisinde olmaları ve yönetimin en iyi şekilde idare edilmesi gerekmektedir. İşlerin işleyişi hakkındaki her aşama net ve anlaşılır olmalıdır. Sürekli sağlanan eğitimler ve iyileştirmeler kalite için olmazsa olmaz unsurlar arasındadır. Sağlık hizmetlerinde herkes

bir bütünün parçasını oluşturmakta ve her süreçte iş birliği içerisinde olmaları gerekmektedir (Özgirgin, 1996; Aksel, 2005; Sevim, 2006).

Hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin giderilmesi uzun vadede gerçekleşebilen ve karlılık sağlayan bir durumdur. Sağlık kurumlarında yönetim dahil tüm sağlık profesyonellerine düşen bazı sorumluluklar vardır. Subaşı (2013), kurumların müşteri odaklı olabilmeleri için yapılması gerekleri şu şekilde belirlemiştir (Akbaş, 2014).

1. ¨İşletmede müşteriye olan eski davranış ve kuralların tamamen değiştirilmesi amaçlanmalı.
2. İşletme yapısının, tüm çalışanların ve müşterilerin ihtiyaçlarına cevap vermesi sağlanmalı.
3. Ürün ve hizmet kalitesinde gelişmenin sağlanması amaçlanmalı.
4. Elektronik bilgi iletişiminden yararlanılarak müşteriye daha hızlı hizmet sağlanmalı.
5. Müşteri ile yakın ilişkilerde olan çalışanların eğitimi sağlanmalı.
6. Üretim, dağıtım, pazarlama, satış vb. tüm süreçlerde bütünlük ve iletişim sağlanarak müşteriye daha iyi hizmet sunulmalı.
7. Müşteri ihtiyaçlarının yerinde ve zamanında karşılanması amaçlanmalı.
8. Kullanılan programlarının geliştirilmesi ile hizmetlerin daha iyi ve etkin bir şekilde karşılanması sağlanmalı.
9. Müşteri merkezli yönetim felsefesi işletmelerde ana ilkelerden biri olmalı¨.

Gordon ve Sterling ise, hekimlerin davranışlarına odaklanarak hastaların beklenti ve memnuniyetini arttırmak için yapılması gerekenleri şu şekilde sıralamışlardır (Öz, 2004; Narlı, 2009):

1. ¨Doktorun, hastayı sıcak, nazik, dostça, destekleyici ve güven verici tarzda davranması,
2. Doktorun, hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya koyacak biçimde yüreklendirici ve empatik bir yaklaşımla sorgulaması,
3. Doktorun, aldığı yanıtları açıklaması, özetlemesi ve hastanın anlayabileceği bir dille ona daha fazla bilgi vermesi,
4. Hasta odaklı görüşme olması ve doktorların etkileşimde baskın olmaması,
5. Hastalara tıbbi karşılaşma sonucu durumları ile ilgili karar vermede daha fazla fırsat tanınması,
6. Hasta ihtiyaçlarının ifade edilmesi,

7. Görüşmede hastaların psiko-sosyal sorunlarının tartışılması ve kaygılarının giderilmesi olarak saptanmıştır¨.

Sağlık hizmet sunumunda kalitenin artması için yalnız profesyonellere sorumluluklar düşmemektedir. Hastanın sağlık çalışanı ile uyum ve iş birliği içerisinde olması en az profesyonellere düşen sorumluluklar kadar önemlidir. Hastalara düşen sorumlulukların bazıları şunlardır (Akbaş, 2014):

1. Sağlık kuruluşlarında belirli kurallar vardır ve her hasta bu kurallara uymak zorundadır.
2. Hasta, bakanlıkça belirlenen sevk zincirine uyum sağlamalıdır.
3. Hasta, kayıt ve randevular ile ilgili kurallara titiz bir şekilde uymalıdır.
4. Sağlık profesyonelleri ile uyum ve iş birliği içerisinde olmalıdır.
5. Hasta, diğer hastaları önemsemeli ve onların haklarına saygı göstermelidir.
6. Hekimin vermiş olduğu ilaç vb. tedavileri önemsemeli ve doktorun verdiği talimatlara dikkatli bir şekilde uymalıdır.
7. Hasta, hekim veya diğer sağlık çalışanlarına anlamadığı noktaları sormalı, verilen tavsiye ve önerilere uyum göstermelidir.
8. Taburculuk işlemleri sonrasında bakım planında verilen talimatları anlayıp anlamadığını belirtmelidir.
9. Hasta, kamu malına ait olan hastane malzemelerine zarar vermemelidir.
10. Hasta, kendisine verilen öneri ve tavsiyelere uymaması veya verilen tedaviyi reddetmesi durumunda meydana gelecek tüm sonuçlardan kendisi sorumlu olacaktır.

2.4. Hastaların Hizmetlere Uyumu İçin Sağlıkta Bilinçlenme

Halk sağlığı problemlerinin başında gelen sağlıksız yaşam tarzı, geçmişten beri süregelen birçok sorunun ana noktasıdır. Tüm ülkelerin ortak arzusu, sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumdur. Ülkelerin bu özlem ve arzusuna ulaşabilmesi ve yaşam kalitesinin artması için Loring (1992) toplum fertlerinin fiziksel, zihinsel ve duygusal yeteneklerinden tam olarak yararlanabilmesi ve insanlarda bir "sağlık bilinci" oluşturulmasının gerekliliğini belirterek sağlık bilincini; "sağlığı koruyucu ve geliştirici, hastalıkları ve sakatlıkları önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyona yönelik tutum ve davranışların kazanılması ve geliştirilmesi ile oluşur" şeklinde tanımlamıştır (Yetkin, 2002; Türkoğlu, 2016).

Toplum sağlık bilincinin geliştirilmesi, yalnızca sağlık bilimindeki ilerlemeler ile değil toplumu ilgilendiren eğitim, medya, iş sektörü, sivil toplum kuruluşları gibi tüm sektörün katkısı ile mümkün hale gelecektir (Tunalı Çokluk, 2018).

İlk kez DSÖ tarafından Alma Ata'da gerçekleşen "birincil sağlık bakımı" konferansında ele alınan sağlığın geliştirilmesi kavramı, sonrasında 1986'da Ottowa'da "Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi" konferansında önemle üzerinde durulmuştur. Sağlığın teşviki ve gelişmesi tanımını, "insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci" şeklinde ifade edilmiştir. Sağlığın iyileşmesi; barış, barınak, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyet gibi bu temel ön şartların üzerine kurulu olması gerektiği vurgulanmıştır (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011).

Ottowa Bildirgesi'nde yalnızca sağlık sektörünün çabası ile sağlığın gelişemeyeceği belirtilerek, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi adına beş strateji belirlenmiştir. Bunlar (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011):

1. Sağlıklı halk politikası oluşturmak
2. Destekleyici çevreler yaratmak
3. Topluluk eylemini güçlendirmek
4. Kişisel beceriler geliştirmek
5. Sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek

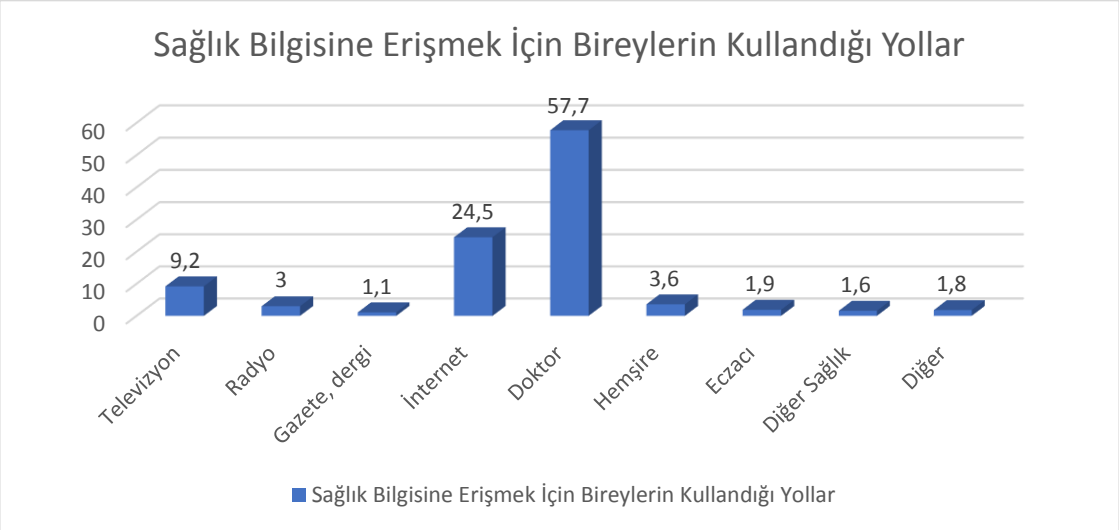
Bir toplumun herhangi bir alanda gelişiminin temeli, eğitime dayanmaktadır. Sağlık eğitiminin önemini ise Elmacı (2013), "uygarlığın gelişmesindeki en önemli etkenlerden biri insanları öğrenip uyguladıkları sağlık davranışlarıdır" sözüyle belirtmiştir (Özlü, 2017). DSÖ sağlık eğitimini, "bireylere, sağlıklı yaşam için alınması gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulatmaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak veya topluca karar aldırmaktır" şeklinde tanımlamıştır (Bayık, 1998).

Kişiler aldıkları eğitimler ile yalnızca bilgi edinmekle kalmayıp aynı zamanda sağlık hizmetlerinde istek ve düşüncelerini daha net ifade etmeye, sağlık bilinci ve okuryazarlık düzeyi kazanabilmelerine, sağlık bakım maliyetlerinin azalmasına, erken tanı ve tedavinin uygulanmasına, sağlık çalışanlarının tedavi aşamasında ve sonrasında kendilerinden istenilenleri yapabilme kabiliyetlerinin artmasına neden olacaktır. Böyle

bir durumda kişi aldığı eğitim ile yalnızca kendisine değil, çevresine de katkı sağlamış olacaktır.

Sağlık eğitimini topluma dolaylı veya dolaysız yollar ile vermek mümkündür. Dolaylı yollarla; gazete, dergi, internet, televizyon, makaleler, broşür veya el ilanları ile dolaysız olarak ise; yüz yüze eğitim, açık oturumlar, paneller, konferanslar ile bireylerin aktif katılımı sağlanarak verilebilir (Elmacı, 2013).

Şekil 6: Sağlık Bilgisine Erişmek için Bireylerin Kullandığı Yollar



Kaynak: (Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2016).

Şekil 6'da görüldüğü gibi hastalar %57,7 oranında doktorlardan bilgi almaktadır. Bilginin direk doktorlardan alınması olağan bir şeydir fakat burada asıl dikkat çekilmesi gereken nokta %24,5 oran ile ikinci sırada internetin sağlık edinimi için kullanılmasıdır. İnternet ve sosyal medya türevleri, bilginin en hızlı yayılmasını sağlayan araçların başında gelmektedir. Bu durum iyiye de kullanılabilir tam tersi kötüye de. Örneğin, başı ağrıyan sağlıklı bir kişinin internette bunu araştırması sonucunda kendisinin beyninde tümör olduğunun kanısına kadar varabilmektedir. Bu ve bunun gibi birçok nedenden ötürü sosyal medya, internet, televizyon, blog, köşe yazıları gibi araçların sistemli ve doğru bilgiyi yayabilmesi için eğitimli çalışanlar ile birlikte toplumu doğru yönlendirecek şekilde kullanılmalıdır.

Diğer bir araştırmaya göre Ersoy (2016), internet kullanımını en çok sosyal medya olarak (%80,9) daha sonra haberler için (%70,2) üçüncü sırada sağlık bilgi edinimi için (%66,3) kullanıldığını açıklamıştır. Böyle bir durumda haberlerin oluşumunda büyük katkısı olan muhabirlerin ve sonrasında haber müdürlerinin, yazı işleri müdürleri, internet editörleri ve genel yayın yönetmenlerinin işlerinde daha fazla özverili olmaları

gerektiğini belirtmiş ve Sağlık Bakanlığının televizyonlara çıkan hekimlere Hipokrat yemini ile ilgili on iki kıstas getirdiğini vurgulayarak bunlara uyumunun sağlanmasına dikkat çekmiştir.

Tek başına bilgi yetersizdir. Yalnızca odaklı mesaj yoluyla iletişim yaklaşımları (bilgilerin işlenmesi ve mesajların gönderilmesi) insanların tercihlerini olumlu yönde değiştirmede yeterli olamamaktadır. Davranış ekonomisi, sosyal pazarlama, sosyal psikoloji gibi bilimlerden elde edilen çalışma ve deneyimler sonucunda Sorensen ve arkadaşlarına göre (2012) insanların "hayatları boyunca kaliteli bir yaşam sürdürebilmelerini sağlamalarında ve yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesine ilişkin günlük yaşamda yargılarda bulunmalarında ve günlük genel kararları vermelerinde yardımcı olacak uygulamalı ve genellikle maliyet açısından da etkili çözümler sunmaktadır" (Kickbusch ve ark., 2013, s:60).

Sağlığın geliştirilmesi adına ülkemizde tamamlanan veya halen devam etmekte olan bazı kampanyalar mevcuttur. Bunların bazıları şu şekildedir (Pehlivan, 2014, s:47):

- Alo 182,
- Aşı kampanyası,
- Aile Hekimliği Tanıtım Kampanyası,
- El Yıkama Kampanyası,
- Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Kampanyası,
- Kene spotları,
- Tütün ve Tütün Mamülleriyle Mücadele Kampanyası,
- Okul Sütü Kampanyası,
- Kızılay Kan Bağışı Kampanyası.

Eski dönemlerden günümüze kadar toplumun sağlık düzeyini bozarak bireylerin yaşamlarını sonlandırmalarına kadar giden bulaşıcı hastalıklar ve bebek ölümleri, ilaç ve aşı olanaklarının gelişmesi ile birçok hastalığın tekrarlanması giderek azalmıştır. Teknolojinin ilerlemesi, eğitim düzeyinin artması, sağlık hizmetine erişimdeki gelişmeler, ekonomik olanakların artması dolaylı olarak insanların sağlığa olan ilgi düzeylerinde artış sağlanmıştır. Bu olumlu gelişmeler sonucunda bebek ölümlerinde azalma ve beklenen yaşam süresinin de uzadığı görülmüştür. Yaşlı nüfusunun artması ile bulaşıcı hastalıklar yerini, kronik akciğer hastalıkları, kalp hastalıkları, kanserler, diyabet

gibi kronik ve dejeneratif hastalıklara bırakmıştır. Uygun antibiyotiğin kullanımı, aşılama ve temiz su kullanımıyla bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınsa bile genetik, çevresel ve yaşam koşullarıyla alakalı meydana gelen kronik hastalıkların önlenmesi veya kontrol altına alınabilmesi için çeşitli yöntemlerin geliştirilmesi gerektiği gözlemlenmiştir. Bu yöntemleri sadece hükümetler veya belediyeler olarak değil kişilerin kendilerine düşen sorumlulukları yerine getirmeleri, eğitim kurumlarının ve sağlık hizmetlerinin de katkısı ile toplum fertlerinin sağlıklı yaşam biçimini kendilerine ilke edinmeleri gerekmektedir (Çiler Erdağ, 2015, s:6).

Sağlık sistemlerini iyileştirmek ve düşük/orta gelirli ülkelerde sağlık odaklı hedefler gerçekleştirmek amacıyla DSÖ tarafından 112 üye ülkenin de katıldığı "Mobil Sağlık 2010" adlı rapor yayınlanmıştır. Rapor kapsamında tüberküloz, anne bebek ölümleri, sıtma, HIV/AIDS gibi hastalıklar ile mücadele etme, hastayı uzaktan izleme, sağlık bilgisini arttırma, ilaca erişim ve uyum sağlama, klinik teşhis ve tedaviyi geliştirme gibi konularda çeşitli programlar geliştirilmiştir. Araştırma yapılan ülkeler arasında %75'inin mobil sağlık konusundaki araştırma girişimlerinin az olduğu saptanmıştır. Mobil sağlık kullanımında en az Afrika bölgesi, en fazla ise Kuzey Asya bölgesinin girişimde bulunduğu belirtilmiştir (Öney Doğanyiğit, 2015, s:107).

DSÖ (2013) toplumlarda sağlık bilincinin artması için bazı önerilerde bulunmuştur. Bunlar (Tunalı Çokluk, 2018):

1. Sağlık okuryazarlığı erken çocukluk döneminden itibaren yapılmalıdır.
2. Sağlığın geliştirilmesi kavramı okul eğitimi sırasında geliştirilmelidir.
3. Yetişkin dönemindeki eğitimdeki olası engellerle baş etme yolları geliştirilmelidir.
4. Bireylerin özelliklerine ve kapasitelerine uygun çok yönlü programlar yapılmalıdır.
5. Katılımcı eğitim yöntemleri kullanılmalıdır.
6. Sağlıklı olmak ve iyilik hali için yeni yöntemler geliştirilmelidir

2.5. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı basit bir ifade ile bireylerin sağlık hizmetlerinde kimsenin yardımına ihtiyaç duymadan kendi başına kayıt işlemleri de dahil olmak üzere tüm tahlil ve tetkik işlemlerini doğru ve sorunsuz bir şekilde yaptırabilmesi sonrasında ise hekimin söylediklerini anlayıp kendini de net bir şekilde ifade edebilmesidir. Bir hastanın tüm bu işlemleri bilinçli bir şekilde kendi başına yapabilmesi için okuryazarlığının olması

gerekmektir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığına değinmeden önce kısa bir şekilde okuryazarlığın tanımı yapılarak sonrasında detaylı olarak sağlık okuryazarlığı kavramı açıklanacaktır.

2.5.1. Okuryazarlık tanımı

Okuryazarlık, Türk Dil Kurumuna göre "okuryazar olma durumu" olarak ifade edilmektedir (TDK, 2019). Daha geniş tanımı ile harf ve sembollerin anlamlı bir şekilde bir araya getirilmesi ve sonrasında bunların seslendirilmesi ile başlayıp, bu becerinin kazanılması ile bireyin olgu ve olayları net bir şekilde anlayarak, yorumlaması ve topluma aktarmasıdır (Aşıcı, 2009).

Okuryazarlık günümüzde teknolojinin ilerlemesi, bireylerin istek ve ihtiyaçlarının çağa göre şekillenmesi, bilginin hızlı yayılması ile kısıtlı tanımların yetersiz olduğu düşünülerek sürekli gelişen bir kavram haline gelmiştir.

Okuryazarlık türlerini kısaca şu başlıklar altında sıralamak mümkündür (Potur, 2014; Tüzel, 2012; McLuhan, 2004; Altın, 2005; Buckingham, 2003; Değerli, 2018):

1. Alfabeye Dayalı Okuryazarlık: En temel okuryazarlık seviyesidir. Alfabe temelinde kod yazma ve çözme becerisidir.
2. İşlevsel Okuryazarlık: Sosyal çevrenin de dahil olması ile yazılı olan kaynakları okuyup, seslendirme, harf ve noktalama işaretlerini kullanarak kendini ifade edebilme seviyesidir.
3. Eleştirel Okuryazarlık: Bireylerin okumuş oldukları metinlerdeki bilgileri kendi akıl süzgeçlerinden geçirip, yaşam biçimlerini şekillendirmeleridir.
4. Yeni Okuryazarlıklar: Günümüz bilişim teknolojisinin temel oluşturduğu, yalnızca yazılı veya basılmış olan metinleri değil görsel imgeler, iletişim, sesler gibi dinamik bir hale bürünerek bunların anlanıp, yorumlanması ve üretilmesidir.

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu (UNESCO), yaşam boyu okuryazarlık becerileri ediniminin sağlanması ve bunun geliştirilmesinin eğitim hakkının temel parçalarından biri olduğunu, okuryazar olmanın insanları güçlendirdiğini, toplumun tam olarak katılmalarını sağladığını ve geçim kaynaklarının iyileştirilmesine katkıda bulunarak sürdürebilir kalkınma için itici bir güç olduğunu belirtmektedir (UNESCO, 2019).

2.5.2 Sağlık okuryazarlığının tanımı ve kapsamı

Sağlık hizmetini sunanların ve bu hizmeti alanların sisteme ve hizmetlere tam entegre edilebilmeleri için geçmişten beri bir döngü halinde sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi ve sağlık bilinci gibi kavramları ortaya çıkarmıştır. Günümüzde ise ihtiyaçlar doğrultusunda bunu sağlık okuryazarlığı kavramı ile görmekteyiz (Sur, 2014).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1974 yılında Scott Simond tarafından "Health Education as Social Policy" makalesinde kullanılmıştır. Yaklaşık olarak kavram 1990'lı yıllara kadar aktif olarak kullanılmasa da günümüzde birçok ülkenin halk sağlığı sorunlarından biri haline gelmiştir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde sağlık okuryazarlığını "bireylerin iyi sağlık halini korumak ve geliştirmek için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri" şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 1998).

Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) ise sağlık okuryazarlığı kavramını "bireylerin uygun sağlık kararlarını almak için gereken temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, işleme koyma ve anlama kapasitesine sahip olma dereceleri" olarak tanımlamıştır (Ratzan ve Parker, 2000; Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Yeterli derecede sağlık okuryazarlığı randevu fişlerini, reçeteleri, ilaçların üzerindeki veya kutuların içerisinde ilaç talimatlarını ve evde sağlık bakımı gibi çeşitli sağlık ile ilgili okuryazarlık becerilerinin kazanılmasının yanı sıra verilen sağlık bakımının riskli yanlarını tespit edebilme, bilgilerin analizinin yapılması ve sağlık çalışanlarına kendini ifade edebilme gibi birçok davranışı içermektedir. (Parker ve ark., 1995; Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazar düzeyi düşük olan bireylerin ise sıkıştıkları ilk anda doktora başvuru yapmaları, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları, evlerin gereksiz ilaçlarla doldurulması, eczanelerde herkesin rahat bir şekilde ilaçlara ulaşabilmesi, çeşitli yemekler yendikten sonra bilinçsiz hap kullanarak şişkinliğin alınması gibi kötü beslenme düzeni, bireylerin spor alışkanlıklarının olmaması, sigara gibi tütün ve alkol kullanımının gereğinden fazla olması, sağlık hizmeti denildiğinde ilk akla sadece hastane, doktor, hemşire dışında başka bir şeyin gelmemesi, koruyucu ve geliştirici sağlık

hizmetlerinden tamamen habersiz olma gibi bir çok madde sıralamak mümkündür (Sur, 2014).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin eğitim sistemlerini, sosyal ilişkilerini, toplumsal faktörleri, sağlık sistemlerini ve bireysel becerilerini etkilemekte ve şekillendirmektedir. Bu faktörler ise nihayetinde sağlık sonuçlarını ve maliyetleri etkilemektedir (Tanrıöver ve ark., 2014, s:18).

Sorensen ve arkadaşları (2012), tarafından sağlık okuryazarlığı hakkında literatürdeki 17 tanımın ve 12 kavramsal modelin analizi yapılmış ve sağlık okuryazarlığını "okuryazarlık ile ilişkilidir ve insanların yaşamları boyunca yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla günlük yaşam içerisinde sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi hakkında hedefler belirlerken ve kararlar verirken sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamaya yönelik bilgilerini, motivasyonlarını ve yeterliliklerini ifade etmektedir" tanımlaması yapılmıştır (Kickbusch ve ark., 2013, s:4).

Sorensen ve arkadaşlarının geliştirmiş oldukları bu tanım, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu tarafından da kullanılmaktadır. Halk sağlığı ile tıbbi yaklaşımların bütünleşmesini sağlayan bir model geliştirilmiştir. Bu modelde, üç etkinlik alanı ile dört boyuttan oluşan matriks yapı oluşturulmuştur. Bu yapı sonucunda sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutu tablo 7'de detaylı gösterilmiştir (Kickbusch ve ark., 2013, s:4).

Tablo 7: Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt Boyutu

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlık İle İlgili Bilgilere Erişim	Sağlık İle İlgili Bilgileri Anlama	Sağlık İle İlgili Bilgileri Değerlendirebilme	Sağlıkla İlgili Bilgileri Uygulama veya Kullanma
Sağlık Bakımı	1)Tıbbi bilgilere ulaşma becerisi	2)Tıbbi bilgileri anlama becerisi	3)Tıbbi bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	4)Tıbbi konularda karar verme becerisi
Hasatlıkların Önlenmesi	5) Risk faktörleri ile ilgili bilgilere ulaşma becerisi	6)Risk faktörleri ile ilgili bilgileri anlama becerisi	7)Risk faktörleri ile ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	8)Risk faktörlerinin ilgisi konusunda hüküm verme becerisi
Sağlığın Geliştirilmesi	9) Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleme becerisi	10) Sağlıkla ilgili bilgileri anlama becerisi	11)Sağlıkla ile ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	12) Sağlıkla ilgili konularda düşünce geliştirme becerisi

Kaynak: (Sorensen ve ark., 2012).

2.5.3. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması

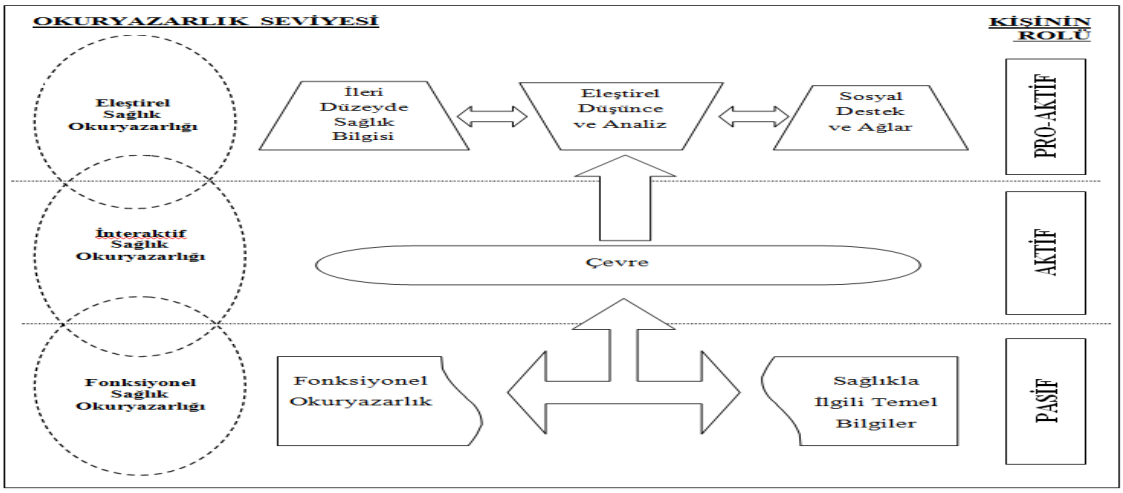
İstatistik, epidemiyoloji, demografi bilimleri gibi diğer sosyal bilimlerin yardımı ile sağlık politika belirleyicileri, eğitimciler, karar vericiler ve uygulayıcıların toplum sağlığının geliştirilmesi için sorunların gerçekçi olarak saptanması gerektiği ileri sürülmüş ve çeşitli ölçütler geliştirilmiştir (Bertan ve Akın, 1997, s:42). Ne yazık ki literatürdeki farklı ihtiyaç veya kriterler doğrultusunda oluşturulan tanımlarda hem fikir olunamadığı gibi sınıflandırmalar arasında da olunamamıştır. Bu sınıflandırmalar arasında en sık Nutbeam tarafından oluşturulan üç düzey vurgulanmaktadır. Bu düzeyler (Nutbeam, 2000):

1. Temel / Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık: Bireylerin günlük ihtiyaçları doğrultusunda temel okuma yazma becerilerine dayanmaktadır. Bu düzeyde birey reçeteleri ve ilaç talimatlarını okuyabilme, sağlık risklerini ne olduğunu saptama, randevu kartlarını anlayabilme gibi temel eğitim materyallerini okuyabilmektedir.

2. İnteraktif / Etkileşimli Sağlık Okuryazarlık: Sosyal becerilerle birlikte, günlük faaliyetlere aktif olarak katılmak, değişik türlerde anlam çıkarabilme ve değişmekte olan koşullara göre yeni sağlık bilgilerini uygulamayı içeren ileri düzey okuryazarlıktır.

3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlık: Bireyler edinilen sağlık bilgilerini eleştirel bir şekilde analiz ederek kendi yaşam koşullarını şekillendirmektedir. Bu düzeyde ileri seviyede bilişsel, sosyal becerilere ve eleştirel düşünebilme yeteneğine sahip olmak gerekmektedir. Edinilen beceriler sayesinde sağlığı bireysel, toplumsal, ekonomik ve politik olarak etkileyerek daha fazla gelişmesi sağlamaktadır.

Şekil 7: Sağlık Okuryazarlığının Basamakları ve Kişinin Rolü



Kaynak: (Kickbush, 2004; Güven, 2016).

Nutbeam'ın sınıflandırmalarında, farklı okuryazarlık düzeyleri arasında özerkliğin ve bireysel güçlenmenin üzerinde durulmaktadır. Ek olarak düzeyler arasında ilerleme yalnızca bilişsel gelişime değil, farklı bilgilere / mesajlara da maruz kalmaya bağlı olduğu belirtilmiştir (Nutbeam, 2000).

2.5.4 Sağlık okuryazarlığının önemi

Sağlık okuryazarlığı hasta bireyleri ilgilendiren bir konu olmanın yanı sıra sağlıklı kişileri, sağlık profesyonellerini, devleti, eğitimcileri, medya kuruluşlarını ve bunun gibi birçok mesleki grup dahil olmak üzere tüm toplumu yakından ilgilendiren bir konudur. En temel ihtiyaçlarımızın başında gelen sağlık günümüz teknolojisinin ilerlemesi, tıbbi terminolojinin kullanımı, ödeme sistemlerinde değişiklik, hizmet yelpazesi olarak çeşitlerin çoğalması, siyasi kararlar nedeniyle sürekli değişen hiyerarşi, yalnızca formal olarak değil informal bir şekilde bilinçsiz ve diplomasız kişilerin de tıbbi müdahale yapmaları, televizyon ve sosyal medya mecralarında sağlık hakkında doğru veya yanlış bilgilerin hızlıca yayılması sağlık sistemini karmaşık hale sokmaktadır. Bu durumda sağlık okuryazarlığın önemi daha net anlaşılmaktadır.

Williams ve arkadaşları 2659 hasta üzerinde kendilerinden istenilen temel okumaları ve hesaplamaları ne ölçüde yapabileceklerini içeren bir araştırma yapmışlar ve hastaların büyük bir kısmının yazılı temel bilgi talimatlarını okuyamadıklarını ve anlayamadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre %59,5'nin bilgilendirilmiş onam formunu, %26'sının bir sonraki randevu tarihini, %41,6'sının aç karnına ilaç alması gerektiğini anlayamadıklarını ifade etmişlerdir (Williams ve ark., 1995).

Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan dahil olmak üzere sekiz Avrupa ülkesinde sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan geniş kapsamlı bir çalışmaya göre ülkeler yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi düzeyde olmak üzere 4 grupta ele alınmıştır. Ülkeler arasında "yetersiz" puan alanların oranı %2-%27 arasında değişmiştir. Bulgaristan'da katılımcıların %62'si yetersiz ve sorunlu grupta yer alırken, Hollanda'da bu oran %29 olarak saptanmıştır. Yeterli ve çok iyi puanı alan ülkeler arasında İrlanda (%60) ve Hollanda (%72)'nın ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir (Sorensen ve ark., 2012).

Gazmararin ve arkadaşlarının (2003) yapmış oldukları çalışmaya göre, 65 yaş ve üstü 3260 İngilizce veya İspanyolca konuşan hastaların düşük işlevsel sağlık okuryazarlığı

prevelansı saptanmıştır. Sonuçlarda anadili İspanyolca olan hastaların %53'ünün, anadili İngilizce olan hastaların ise %33,9'unun yetersiz veya düşük okuryazarlık seviyesinde olduklarını vurgulanmıştır. Okuma yetisinin yaşa bağlı olarak ciddi oranda azaldığı ayrıca ırk, dil, yaş, çalışma mekânı, eğitim düzeyi, meslek ve bilinç zayıflığının yetersiz ve düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tanrıöver ve ark., 2014, s:22).

2003 yılında Amerika da yapılan "Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirme" çalışmasına göre toplumun yalnızca %12'sinin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Kutner ve ark., 2006).

Türkiye'de Avrupa Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kullanılarak 2014 yılında Tanrıöver ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya göre, 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilmiş 4924 kişinin katılımı ile gerçekleşmiştir. Araştırma sonucunda genel sağlık okuryazarlığı indeksinin 30,4 olduğu saptanmıştır. Toplumun %24,5'i yetersiz, %40'ı sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Türkiye erişkin nüfusu göze alındığında ise yaklaşık 35 milyon kişisinin yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmiştir.

Yukarıda verilen örnekler ile sağlık okuryazarlığının gelişmiş ülkelerde dahil olmak üzere tüm dünya genelinde büyük bir sorun teşkil ettiği ve bu çalışmalardan edilen bilgiler ile sağlık okuryazarlığının önemi bir kez daha anlaşılmaktadır.

Sağlık okuryazarlığının toplum açısından önemini Kanj ve Mitic (2009) altı madde ile şu şekilde ifade etmiştir:

1. Etkilediği insan sayısı: Yetersiz okuryazarlık becerilerinin gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de yaygın olduğu belirtilmiştir. Kadınların erkeklere göre bu durumdan daha fazla etkilendiği gözlemlenmiştir.
2. Olumsuz sağlık sonuçları: Yüksek mortalite oranları ile yetersiz sağlık okuryazarlığı arasında açık bir ilişkinin olduğu ileri sürülmektedir.
3. Kronik hastalık oranlarında artış: Kronik hastalıklar (%47) toplam hastalık yükünün neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalıkların kendi öz yönetiminde önemli kritik rol oymaktadır.
4. Sağlık bakım maliyetleri: Sınırlı sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakımı maliyetlerine %3 ila %5 arasında ek maliyet getirmektedir.

5. Sağlık bilgisi talepleri: Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlık ile ilgili materyalleri okuma düzeyi arasında bir uyumsuzluk vardır. Genellikle, sağlık ile ilgili kaynaklarda teknik terimlerin ve mesleki jargonun gereksiz yere kullanımı zorlaştırdığı belirtilmiştir.
6. Eşitlikçilik: Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri genellikle bireyin kendi sağlığını etkili bir şekilde yönetemedikleri, sağlık hizmetlerine erişememesi, mevcut sağlık bilgilerini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararları alamamasını ifade etmektedir.

2.5.5 Sağlık okuryazarlığının düşüklüğünde yaşanan sorunlar

Günümüzde insanlar, her geçen gün sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemeye çalışırken sağlık sistemleri ve karmaşık hale gelen çevre içerisinde kişisel ve ailevi yolculuklarını yönlendirmekte zorlanmakta ve yeterince destek alamamaktadırlar. Bilgi toplumları sağlık alanında karar verme ikilemleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Modern adı altındaki toplumlarda ise sağlıksız yaşam tarzları pazarlanmaktadır. Böyle bir durumda sağlık sistemlerinin içerisinde ilerlemek eğitim düzeyi yüksek olan insanlar için bile son derece güç hale gelmiştir. Eğitim sistemleri insanların ihtiyaçlarını gidermesine, sağlığın gelişmesine yardımcı olacak gerekli bilgiye erişmesine, anlamasına, değerlendirmesine ve kullanmasına yönelik becerileri sunamamaktadır. Bu ikilemler arasında toplumun sağlık okuryazar düzeyi düşmekte ve çeşitli istenmeyen olaylar ortaya çıkmaktadır (Kickbush ve ark., 2013, s:1).

Sağlık okuryazarlığı sağlık sonuçlarını üç kritik noktada etkilemektedir: (1) Sağlık hizmetlerine erişim (2) hasta ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki etkileşim (3) öz bakım (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007).

Sağlık okuryazarlığının düşük veya yetersiz olması eksik iletişim sorununu gündeme getirmektedir. Doktor-hasta ilişkisinde yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip hastaların utandıkları, kendini yeterince ifade edemedikleri, sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından verilen bilgileri anlayamadıklarını belirterek bu durum hastalıklarının kontrolünün ve sağlık sorunlarının kötüleşmesine neden olmaktadır. Yeterli okuryazarlık becerisine sahip olamamak ve bu yetersizliği doktorlardan gizlemek kısır bir döngü oluşturmaktadır (Liang ve ark., 2013).

On yıl boyunca raporlanan olay bildirimlerini inceleyen Pensilvanya Hasta Güvenliği Raporlama Siteminde 265 sağlık okuryazarlığı ile ilgili olay bildiriminin olduğu bunun

%3,8'inin ciddi olay olarak raporlandığı gözlemlenmiştir. Olayların gerçekleşme sebebini ise, hekimlerin verdikleri talimat ve bilgileri hastaların yeterince anlayamaması veya yanlış anlamasından kaynaklı olduğu belirtilmiştir. %33,7 oranında işlemin, ameliyatın, tedavinin veya testin ertelenmesi, iptal edilmesi sonucunda olduğu, %30,7 oranında hasta düşmeleri, %11,7 ilaç hataları, %7,2 pulmoner/gastrik/santral kateterinin erken çıkarılması, %4,2 hasta ve yakınlarının saldırgan davranışları, %1,5 yanlış işlem ve %11 diğer konular hakkında bildirim yapıldığı tespit edilmiştir (Gardner, 2016; Filiz, 2019, s:171).

Meme kanseri tedavisini tamamlamış kadınlarda ve tekrar meme kanserine yakalanma riskini algılama konusunda sağlık okuryazarlıkları ölçülen kadınlar hakkında yapılan bir çalışmada, yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip kadınların düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip kadınlara göre hastalığın tekrarlama riskini algılama oranının daha fazla olduğunu tespit edilmiştir. Ayrıca yetersiz okuryazarlığa sahip kadınların meme kanseri risklerine karşı daha az hassasiyet gösterdikleri görülmüştür (Brewer ve ark., 2009; Gönenç, 2015, s:65).

Sağlık Okuryazarlık düzeyi yetersiz olan bireylerin sağlık okuryazar düzeyi yüksek olan bireylere göre hastane yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz hastane masraflarının arttığı, gereksiz yapılan tahlil ve tetkik oranlarında da artış olduğu görülmektedir (Healty People, 2010). Ek olarak koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, hastaların kronik durumlarıyla ilgili bakımlarını yönetmede yetersiz oldukları, gereksiz acil servis kullanımının arttığı bu hastalar da tıbbi hatalar ve mortalite oranlarının da yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Baker ve ark., 1997; Howard, 2004; Çiler Erdağ, 2015, s:7).

Genel olarak sağlık okuryazarlığı bireylerde doğrudan ilaç kullanımında hatalar, tedavilere uyumsuzluk gibi birçok etki bırakırken, dolaylı yollarla ise sağlık sigortası ve prim konuları, sağlık davranışlarını geliştirmede yetersiz gibi daha zor ortaya konulan etkiler bırakmaktadır (Sur, 2014).

2.5.6. Sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi için yapılması gerekenler

Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı sağlığın gelişmesini etkileyen en önemli belirleyiciler arasında olmasına rağmen halk sağlığı tarafından ihmal edilen bir konu haline gelmiştir (Sorensen, 2012). Bir sağlık veya hastalık probleminin halk sağlığı tarafından problem olarak kabul etmesinde bazı kriterleri sağlaması gerekmektedir. İlk

olarak, bu sorunun toplumun çoğunluğunu mortalite, morbidite yaşam kalitesi ve maliyet açısından etkilemesi ve gelecekte de etkilemeye devam edecek olmasıdır. İkinci olarak sorunun herkesi aynı düzeyde etkilememesi, bazı dezavantajlı grupları daha fazla etkilemesidir. Üçüncü olarak, sorunun önlenebilir olması ve sorun ile ilgili önleyici birtakım stratejilerin geliştirilebilir olması, son olarak ise bu konu hakkında yapılan önleyici çalışmaların yetersiz olduğudur (Saaddine ve ark., 2003; Schoolwert ve ark., 2006).

IOM'a ait bir raporda Amerika'da ki yetişkin nüfusunun neredeyse yarısının sağlık bilgisi konusunda zorluk çekebileceği belirtilmektedir. Bu bulgu ise "sağlık okuryazarlığı salgını" olarak adlandırılmıştır. Bu sorun karşısında sağlık okuryazarlığı rehberleri oluşturularak daha iyi sağlık iletişiminin sağlanması, sağlık bilincinin geliştirilmesi, refahın artması adına birçok önlemler alınmış ve sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için disiplinler arası bir yaklaşım teşvik edilmiştir (Sorensen ve ark., 2012).

Etkin bir müdahale gerçekleştirmek için üç alana odaklanılmalıdır: (1) Zayıf sağlık okuryazarlığına sahip insanların desteklenmesi, (2) sağlık okuryazar kapasitesinin arttırılması ve (3) kurumsal, resmi, politik, sistematik uygulamaların iyileştirilmesi şeklindedir (Kickbusch ve ark., 2013, s:15).

Hastaların hastalık nedenleri ve sağlıklarını etkileyen faktörleri anlama, ilaç ve tedavi planlarına uyma, etkilerini ve belirtilerini izleme, hastalıkların tekrarlamaması için sağlık davranışlarını benimseme, güvenlik ile ilgili konularda farkında olma ve bildirme, sağlık çalışanlarıyla akut durumlarda iş birliği yaparak kendisi için en uygun tedavi yöntemini belirleme ve kronik hastalık semptomlarını yönetmeyi öğrenme gibi önemli bazı rolleri bulunmaktadır (Coulter ve ark., 2008, s:1).

Düşük düzey sağlık okuryazarı olan hastalar ile sağlık aktörlerinin kuracakları iletişimde nelere dikkat edilmesi gerektiğine dair kılavuz hazırlayan Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezi'nin (Centers for Disease Control and Prevention- CDC) maddeleri şu şekildir (Yılmaz, 2015, s:32-33):

1. Sağlık okuryazar düzeyi düşük olan hastalara tedavi süreçleri ve hastalıkları hakkında yazılı veya sözlü bilgilendirme yapılırken açık, net ifadeler kullanılmalı ve dokümanlar görseller ile desteklenmelidir.
2. İlaç kutuları üzerindeki talimatlar, tanıtım broşürleri ve kitapçıklarda ki bilgiler kolay ulaşılabilir olmalı ve okumaya teşvik edici şekilde hazırlanmalıdır.

3. Hastaların yakınları veya kendilerinin sağlık durumları riske girdiğinde hastalıkları doktor, hastane, tedavi süreci, tedavi türü, ilaç bilgileri gibi birçok bilgiyi kaynaklardan edinmek isterler, bu tür tanı ve tedavi sürecine katılmak isteyen hastalara verilecek okuma veya araştırma kaynaklarında ¨belirleyici başlıkları¨ söylemek işlerini kolaylaştırmaya yardımcı olacaktır.
4. Toplum sağlığını ilgilendiren veriler genellikle sayısal istatistikler yardımı ile ifade edilmektedir. Fakat, bu istatistiki verilerin toplumun bazı kesimleri için net ve anlaşılır olamaması durumu göz önüne alınarak toplumun ilgisini çekecek şekilde aktarmak daha etkili olacaktır. Örneğin, markaların tüketicilere ¨hikaye anlatma¨ yöntemi kullanılarak kurdukları iletişimi, topluma kendi sağlıklarıyla ilgili fayda sağlayacak bilgileri bu şekilde anlatmak daha çok akılda kalacaktır.
5. Hastaların hastalıklarıyla ilgili bir anda çok fazla bilgiye boğulmaması gerektiği belirtilmiştir. Çünkü insan beyninin ikna, iletişim ve tüketim de dahil olmak üzere dış dünya ile ilişkisini araştıran nörobilimciler, beynin en fazla üç enformasyonu anlayarak akılda tutabildiğini, daha fazla iletilen mesajların boşa gittiğini ifade etmişlerdir.
6. Kanıta dayalı tıp bilimlerinde risklerin zaman aralığı ve bu riskleri etkileyen faktörler arasında karşılaştırmalar yapılarak sözlü ifadeler yerine sayısal ifadelerle açıklanması tercih edilmektedir. Risk iletişiminde bilişsel olduğu kadar duygusal süreç de etkili olmaktadır. Bu süreçte dikkat çekilmek istenen noktalarda farkındalık yaratabilmek için kitlenin neyi nasıl bildiği kadar nasıl hissettiği de önem teşkil etmektedir.

Kickbusch ve arkadaşları (2013) ise, sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi bakımından şu önerileri sunmaktadır:

1. Sağlık okuryazarlığının ele alınmasına yönelik siyasetçiler, profesyoneller, sivil toplum ve özel sektör dahil hep birlikte katkı sağlanmalı
2. Hastalar daha fazla desteklenerek sürece dahil edilmeli
3. Uluslararası ve bölgesel kuruluşlar, ahlaki ve politik faaliyet platformları sunmalı
4. Sağlık ile ilgili haklar ve ihtiyaç duyulan bilgilere erişim
5. Sağlıkta eşitsizlikler azaltılmalı
6. Sosyal maliyetlerin azaltılması
7. Sağlık okuryazarlığını güçlendiren ulusal ve yerel stratejiler geliştirilmesi
8. Sağlık okuryazarlığı standartlarının kuruluşların kalite yönetimi ve kurumsal sosyal sorumluluklarının bir parçası haline getirilmesi

9. Sağlık okuryazarlığının oluşturulmasına yönelik çok boyutlu bir yaklaşımın benimsenmesi
10. Araştırılmalara yatırım yapılması
11. Tüm idari seviyelerde daha iyi ölçüm yapılmalı ve karşılaştırmamalı verilerin artması sağlanmalı
12. Avrupa kuruluşları, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının kapsamını genişletmek için iş birliği içerisinde hareket edilmeli
13. Avrupa mükemmellik merkezlerinin desteklenmesi
14. Öğrenilen bilgilerin alışverişinin desteklenmesi

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

RUH SAĞLIĞI

Bu bölümde, akıl ve ruh sağlığı tanımı ve kapsamı, akıl ve ruh sağlığı hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi için yapılması gerekenler, akıl ve ruh sağlığı hizmetlerinde hasta güvenliğini tehlikeye sokan durumlar ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.1. Akıl ve Ruh Sağlığı Tanımı ve Kapsamı

Bireyin sosyal, bedensel ve ruhsal olarak esenlik içerisinde bulunması sağlık olarak tanımlanmaktadır. Tanımda belirtildiği gibi sağlıktan bahsedildiğinde bedensel ve ruhsal sağlığın aynı anda ele alınması gerekirken beden sağlığının somut, gözle görülebilir anlam içermesi ve sürekli gelişmeye açık bir konu olması, ruh sağlığı kavramının ise tam tersi soyut anlam içermesinden dolayı uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine verilmesi gereken önem yeteri kadar verilememiş hep geri plana atılmıştır (Gödeş, 2015; Uğurlu ve Soydal, 2004; Ocaktan ve ark., 2004).

Bedensel bir hastalıktan bahsedildiğinde genellikle bireyin göz sağlığı, diş sağlığı, kalp sağlığı gibi herhangi bir organından bahsetmek mümkündür. Ruh sağlığı açısından bakıldığında bahsedilen şey "ruh" denilen varlığın sağlıklı olması mıdır? bunun anlaşılması için ruh kavramının tanımından bahsetmek gerekmektedir (Gödeş, 2015). Ruh kavramı, bireyin bedensel işlevlerini yerine getirirken kontrol mekanizmasının özü olarak ifade edilmektedir.

Beden ve ruhun insan ömrü boyunca birlikteliği devam etmektedir. Hatta insan yaşamının bir süre sonrasında beden yetilerini kaybetse bile ruh gelişimi devam etmektedir (Özgün, 2018).

Ruh, bu zamana kadar veri tabanlarında varlığı ispatlanamamış, ölçülemeyen ve gözlemlenemeyen doğaüstü bir kavramdır. Önceki yüzyıllarda insanlar beynin işlev ve fonksiyonlarını bilmemesinden dolayı duygu, düşünce ve davranışların kaynaklarını "ruhsal" veya başka görüşlere göre "kalpten" geldiğine inanmışlardır. Birçok atasözü ve deyim örneklerinde bu durum görülmektedir. Ruh sağlığı kavramı da bunlar biridir ve ruh sağlığından bahsedildiğinde asıl bahsedilmek istenilen ruhun sağlıklı olması değildir.

Bireyin duygu, düşünce ve davranışlarındaki iyilik hali, bunların hem birbirleriyle hem de toplum ile olan uyumluluğu ruh sağlığı olarak ifade edilmektedir. Tanımda dikkat çeken üç özellik duygular, düşünceler ve davranışlardır. Bu özellikler ise beynin içerisinde bulunan "zihin" veya "akıl" adı verilen bir nevi yazılımlar tarafından oluşturulmaktadır. Bu yüzden psikoloji ve psikiyatri biliminde ruh sağlığı kavramında bahsedilen şeyin aslında akıl sağlığı olduğu görülmektedir (Gödeş, 2015).

DSÖ akıl ve ruh sağlığını "her bireyin kendi yeteneklerinin farkında olması, yaşamın normal stresiyle baş edebilmesi, üretken ve verimli çalışabilmesi ve içinde bulunduğu topluma katkıda bulunabildiği refah hali" olarak tanımlamıştır (WHO, 2014). Ruh sağlığı ve psikiyatri alanında akla ilk gelen isimlerden biri olan Freud ise ruh sağlığını "sevmek ve çalışmaktır" şeklinde durumun özünü bildirerek ayrıntısız bir şekilde tanımlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, s:18).

Manwell ve arkadaşları (2015), akıl sağlığı girişimlerini küresel sağlık programlarına ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre etmenin önündeki en büyük engeli, akıl sağlığı konusunda fikir birliğinin olmamasından kaynaklı olduğu belirtmiştir. Ruh sağlığını ise, bireyin zihinsel durumuna ve çevrede çalışma yeteneğine katkıda bulunan biyolojik, psikolojik veya sosyal faktörleri de içeren bir durum olarak tanımlamıştır.

Bireylerin ruhsal gelişimi bakımından 8 çağın önemini vurgulayan Ericson, birbiri üzerine inşa edilmiş ve her insanın yaşamı için geçerli olan taban planının gelişim şeması şu şekildedir. (0-1 yaş) temel güven karşısında güvensizlik, (2-3 yaş) özerklik karşısında kuşku ve utanç, (3-6 yaş) girişkenlik karşısında durağanlık, (7-12 yaş) ispatcılık karşısında aşağılık duygusu, (13-20 yaş) kimlik geliştirme karşısında kimlik çözülmesi, (20-40 yaş) yakınlık kurma karşısında yalıtılma, (40-60 yaş) üretkenlik karşısında duraklama ve (60 yaş üzeri) ruhsal bütünleşme karşısında umutsuzluktur (Psikiyatri, 2009, s:51; Özgün, 2018).

Ruh sağlığı iyi olan bireylerin genel özellikleri Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Modülleri rehberinde (2018, s:19) şu şekilde sıralamıştır:

1. Kendini ve çevreyi gerçekçi bir biçimde algılayabilen, gerçekçi olarak değerlendirebilen, kendine güvenen, kendine saygı duyan, kendini seven ve kendisi ile barışık olan

2. Aynı şekilde başkalarını da anlayabilen, seven ve sayan, çevresine gerçekçi bir biçimde güvenen; kişiler arası ilişkilerden doyum sağlayabilen, gerektiğinde onlara ilişkin sorumluluklar yüklenebilen
3. Yaşadığı toplumun kültürel, sosyal, ekonomik normlarına uyabilen; uymadığında çevreyi rahatsız etmeden bunu çözmeyi başarabilen
4. Yaşama hevesi ile yaratıcı olabilen, kendisi için uygun planlamalar yapan, uygun amaçlar belirleyen, olaylara esnek olarak eğilebilen
5. Başarısızlıklarını, düş kırıklıklarını yani kendinin sınırlı yetilerini olumlu biçimde kabul edebilen; problemlerini çözümleyebilen
6. Değişen durumları değerlendirebilen, yeni seçenekler bulabilen; kendisi ve çevresi için en yararlıyı seçip uygulayabilen
7. Yeniliklere açık olan, farklılıkları anlayışla karşılayabilen, esneklik ve saygı gösterebilen
8. Gerektiğinde çevreyi biçimlendiren, biçimlenmiş çevreye uyum sağlayabilen
9. Tutum ve davranış eylemleri ile kendisine ve çevresine rahatsızlık değil huzur ve neşe verebilen
10. Karşı cinsle anlaşma, saygı ve sevgiye dayanabilen; heteroseksüel ilişki kurup onu sürdürebilen, kendine ve eşine doyum sağlayabilen
11. Güncel olaylardan zevk alabilen, yaptığından tat alan; gerektiğinde üzülebilen, sevinebilen
12. Uygun yer ve zamanda gereken kişilere bilgi, duygu, düşünce, inanç ve tutumlarını aktarabilen

Ruh hastalıkları bireylerin yaşamdan zevk alma, üretkenlik, iyi ve sağlıklı yaşama olanaklarının ortadan kaldıran, insanların yaşamlarını her düzeyde olumsuz etkileyen durumlardır. Böyle bir durumda kişi yalnızca kendisi acı çekmek ile kalmaz onunla birlikte aile ve yakın çevresinden başlayarak tüm toplumsal çevre olumsuz etkiler ile karşı karşıya kalır (Candansayar, 2001, s:81).

Ruh hastalıkları duygu durum bozuklukları, kaygı bozuklukları, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bedensel belirtili bozukluklar, organik nedenli ruhsal bozukluklar, alkol ve alkol dışı madde kullanım bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, yemek bozuklukları, uyku bozuklukları, kişilik bozuklukları, cinsel kimlik bozuklukları ve cinsel sapmalar gibi vb. hastalıklardan oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008, s:32-41).

İnsanların herhangi bir ruh hastalığı olmadan da ruh sağlıkları bozuk olabilmektedir. Bu durumu yalnızca ruhsal bir hastalığının olup olmaması olarak değerlendirmemek gerekir. Mesela hırçın, mutsuz, doyumsuz, çevresi ile iletişimi bozuk kişiler için bu tanım uygun olabilmektedir (Candandayar, 2001, s:81).

Dünya nüfusunun %85'den fazlası düşük veya orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Yoksulluk, gıda güvensizliği, eğitim, barınma, sosyoekonomik, finansal stres gibi değişkenler zihinsel hastalık yüküyle bağlantılı bulunmuştur (Lake ve Turner, 2017).

Dünya sağlık örgütüne göre tüm akıl hastalıklarının yarısı 14 yaşından itibaren başlamakta ve çoğu vaka tespit edilememekte ve tedavi edilememektedir. Depresyon ergenler arasında hastalık yükü bakımından üçüncü önde gelen ölüm nedenidir. İntihar ise 15-29 yaş arasındaki ikinci önde gelen ölüm nedeni olduğu saptanmıştır (WHO, 2018).

Avrupa birliği ve üye ülkelerinin yakın tarihli bir araştırmasına göre %38,2'sinin (yaklaşık 165 milyon kişi) psikiyatrik bir bozukluk için kriterleri karşıladığını ve bunun üçte birinden daha azının herhangi bir tedavi gördüğü tespit edilmiştir (Lake ve Turner, 2017).

Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre ülkemizde ruhsal bozukluk görülme sıklığı %10,9 oran ile 2-3 yaş grubu çocuklarda, %10,7 oran ile 4-18 yaş grubunda, %15,4 oranı ile de erişkinlerde görülmektedir (Kılıç var ark., 1997; Uğurlu ve Soydal, 2004).

Ruh sağlığı veya ruhsal bozukluk denildiğinde ne yazık ki "akıl hastalığı" ya da "delilik" gibi kavramlar akla gelmekte, insanlar her iki kavramdan uzak durmakta ve çekinip korktuğu "damgalanmalar" olarak anlaşılmaktadır. Ruh sağlığı konusu bu kadar önemliyken gerek tıp eğitiminde gerekse toplum üzerinde yeteri kadar üzerinde durulmadığı gözlemlenmiştir (Candansayar, 2001, s:80).

3.2. Akıl ve Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Kalitenin Yükseltimesi İçin Yapılması Gerekenler

Akıl hastalıkları, tüm yetişkin sağlığı sorunlarının yol açtığı dünyanın engelliliğinin yaklaşık üçte birini oluşturmakta ve bu da büyük kişisel acı ve sosyoekonomik maliyetlerle sonuçlanmaktadır. Ruh sağlığı sorunları tüm yaş guruplarını engellemekte ve ABD, Kanada, Avrupa Birliği ülkeleri ve diğer gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeler

de dahil tüm ülkelerde görülmektedir. Ayrıca zihinsel hastalıklar, 21. yüzyılın salgını olarak adlandırılmakta ve bir sonraki küresel sağlık sorunu olabileceği belirtilmektedir (Lake ve Turner, 2017).

Yaklaşık olarak otuz yıldır DSÖ, ülkelerin kaliteli ve yeterli ruh sağlığı hizmeti sunabilmesi için ana ve güçlü bir araç olan ruh sağlığı politika metinlerinin olması gerektiğini vurgulamıştır. DSÖ 2001 verilerine göre, ulusal ruh sağlığı politikalarının öneminin yaygın bir şekilde kabul edilmesine rağmen ülkelerin sadece %60'ında ruh sağlığı politika ve planlarının olduğu görülmekte ve birçoğunun içerik ve biçimlerinde büyük ölçüde farklılıklar bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s:2).

Toplumda yaygın olarak ruhsal hastalıkların görülmesi en az diyabet, hipertansiyon, artrit gibi bedensel hastalıklar kadar yeti kaybetmeleri ve kronikleşme eğilimi göstermelerinden dolayı maddi ve manevi birçok açıdan kayıplara neden olmakta ve önemle üzerinde durulması gereken hastalıklardan biri haline gelmektedir (Gurejo, 2000; Lecruibery, 2001; Ocaktan ve ark., 2004).

Ruhsal problemleri oluşmadan önleme ve ruhsal yönden sağlıklı yaşama yollarını geliştiren bilgi koluna koruyucu ruh sağlığı; ruh hastalıklarının çeşitleri, nedenleri, belirtileri ve tedavisiyle uğraşan bilim dalına ise psikiyatri denilmektedir. Diğer bir deyişle psikiyatri, kişilerin duygusal ve zihinsel yetilerinde, davranışlarında ve çevreye uyumunda görülen bozuklukları inceleyen tıp dalıdır. Ruh sağlığı sorunlarını yalnızca bir tıp dalı olan psikiyatrinin dar sınırları içerisinde ele almamak gerekir. Ruh sağlığı, kültürel, ekonomik, sosyal, siyasi, genel sağlık sorunları gibi pek çok alanı ilgilendiren bir kavramdır (Sağlık Bakanlığı, 2008, s:20).

Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğe artan uluslararası ilgiye rağmen, zihinsel sağlık bakımı hakkında yeterince araştırma yapılmadığı görülmektedir. Diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ruh sağlığı hizmetlerinde de hasta ve yakınlarına, uygun fiziki koşullarda, kabul görmüş yaklaşımlar ve bilimsel kurallar çerçevesinde standart bir bakım sunmak, hasta ve yakınların tedavi esnasında ve sonrasında rehabilitasyon programlarına katılımlarını sağlayarak, hastaların sosyal bir yaşama dahil olmalarına teşvik edilmesi gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016, s:267).

Londra'da 1948 yılında düzenlenen 3. Uluslararası Ruh Sağlığı Kongresinde ruh sağlığı tanımında hem bireyi hem de toplumu gözeten iki önemli nokta şu şekilde belirtilmiştir (Baltaş, 2000; Özgün, 2018):

- Bireyin ruh sağlığının geliştirilmesi için fiziki, duygu ve zihin açısından en uygun düzeyde gelişimin sağlanması için şartlar gereklidir.
- İyi bir toplumda ruh sağlığı varlığına yer verilmektedir. Kendini meydana getiren bireylerin gelişimine izin veren aynı zamanda kendi gelişmesini güven altına alarak diğer toplumlara karşı da hoşgörülü olan organizasyonlar iyi toplum olarak adlandırılmaktadır.

DSÖ ruh sağlığı hastalarına kapsamlı bakım ve tedavi verilebilmesi için ruh sağlığı hizmetlerinin optimal bileşenlerini gösteren "Ruh Sağlığı Organizasyon Piramidi"ni şekil 8'de görüldüğü gibi oluşturmaktadır (Songur ve Kıran, 2017).

Şekil 8: DSÖ Ruh Sağlığı Organizasyon Piramidi

Kaynak: (WHO, 2009, s:22; Songur ve Kıran, 2017).

Şekil 8'de görüldüğü üzere informal hizmetlerin önemi resmi hizmetlerin önemi kadar büyüktür. Hastaların kendi kendilerine verdiği bakım ile hastanın yakın çevresindeki kişilerin ve geleneksel şifacıların verdiği bakımları informal hizmetler kapsamaktadır. Ayrıca hastaların daha fazla ihtiyacı karşılanmakta ve diğer basamaklardaki hizmetlere göre maliyetinin daha az olduğu görülmektedir. Birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri resmi ruh sağlığı hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Son olarak piramidin tepe noktasında özellikli ruh sağlığı hizmetleri ile bu hizmetlerin sunulduğu dal hastanelerinin yer aldığı görülmektedir (Songur ve Kıran, 2017).

Tüm insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat yaşayabilmesi için yapılması gerekenleri DSÖ 1998 yılında Kopenhag'da yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi toplantısında "herkes için sağlık" yaklaşımını olgunlaştırarak "Sağlık 21" başlığı ile 21. yüzyıl için sağlık alanında 21 hedef belirlemiştir. Sağlıkta dayanışma,

hakkaniyet, yaşama sağlıklı başlanması, gençlerin sağlığı, yaşlıların sağlığı başlıklarından sonra 6. hedef ruh sağlığının geliştirilmesi olarak belirlenmiş ve ayrıntılı olarak şu şekilde ele alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011, s: 2-3):

"Hedef 6: Ruh sağlığının geliştirilmesi

2020 yılına kadar, insanların psikososyal iyilik hali geliştirilmeli ve ruh sağlığı sorunları olan insanların ulaşabileceği daha kapsamlı hizmetler oluşturulmalıdır. Özellikle:

6.1 Sağlığı kötü yönde etkileyen ruh sağlığı sorunlarının prevalansı azaltılması ve insanların stresli yaşam olayları ile başa çıkabilme yeteneğinin arttırılması gerektiği

6.2 Halen yüksek intihar hızlarına sahip olan ülkelerde ve nüfus gruplarında intihar hızının en az üçte bir oranında azaltılması gerektiği" şeklindedir.

Ruh sağlığının geliştirilmesi, ruhsal hastalıklar konusunda yanlış bilgi, görüş ve tutumların değiştirilmesi bakımından hem ruh sağlığı politikalarını belirleyenlere hem de psikiyatristlere sorumluluklar düşmektedir. Psikiyatristlerin sorumlulukları (Özmen ve Taşkın, 2007):

1. Psikiyatristler ruh sağlığı politikalarının belirlenmesinde etkin olmalıdır.
2. Psikiyatristler ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi konularıyla da ilgilenmeli yalnızca ruhsal hastalıklara odaklanılmamalıdır.
3. Psikiyatristler ruhsal hastalıklardan kaynaklanan ayrımcılık ve damgalanma ile mücadele etmelidir. Öncelikle kendi tutum ve davranışlarını gözden geçirmeli ve toplum içerisinde ruhsal hastalığı olanların ayrımcılık ve damgalanmadan nasıl etkilendiklerini günlük uygulamalarda sağaltım sürecinin bir bileşeni olarak değerlendirmelidir.
4. Psikiyatristler medyayı olumlu yönde kullanmaya çaba göstermeli ve toplum önüne daha çok çıkmalıdır.
5. Toplumun hastayı ve hastalığı daha iyi anlaması için hastalar kendi deneyimlerini anlatarak veya yazarak düşüncelerini ifade etmesi sağlanmalıdır.
6. Ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile ilgili eğitim programlarına psikiyatristler aktif olarak katılım sağlamalıdır.
7. Hastaların yaşam kalitesini arttırmanın yollarını bulmaya odaklanmalıdır.
8. Ruhsal hastalığı olan kişilerin haksız uygulamalara maruz kaldıklarında savunuculuğu üstlenilmelidir.

Tedavi ihtiyacı olanların toplumdan dışlanmadan eşit ve hakkaniyetli ruh sağlığı hizmeti alabilmelerinin sağlanması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için tüm sivil toplum örgütlerinin bilinçli, örgütlü ve programlı bir birliktelik içinde olmaları gerekmektedir. Toplumdaki tüm bireylerin DSÖ'nün tanımladığı anlamda sağlıklı olabilmesi ancak bu yollar ile bulanabilecektir (Candansayar, 2001, s:84).

3.3. Akıl ve Ruh Sağlığı Hizmet Süreçlerinde Hasta Güvenliğini Tehlikeye Sokan Durumlar

Psikiyatristler, diğer tıp uzmanları gibi hastanın refahı konusunda endişe duymakta ve sorumluluklarını yerine getirirken doğru olanı, doğru zamanda ve doğru şekilde yapmayı amaçlamaktadır. "İlk önce zarar verme" ilkesini temel alarak hastalar için en iyisini yapmak ve hastaların güvenliğini tehlikeye sokan durumları saptamak ruh sağlığı hizmetlerinde gün geçtikçe önem kazanmıştır (Herzog ve ark., 2002, s:18).

Dünya Psikiyatri Birliği insan haklarını gözeterek insanın değerini ve psikiyatri alanında danışanların, hastaların ve ailelerin haysiyetini korumayı amaçlamaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda mevcut tanı ve tedavi geliştirmek, hastalara ayrımcılık yapılmaması için mücadele etmek ve ruh hastalarının haklarını korumak da dahil olmak üzere birçok hedef geliştirilmiştir (Keleş, 2017).

Dünya Ruh Sağlığı Kongresi'nin 1989 yılında Yeni Zelanda'da düzenlenen toplantısında Dünya Ruh Sağlığı Bildirgesinde yer alan 4.maddesi malpraktis konusuna dikkat çekerek şu ifadelere yer verilmiştir; "Ruhsal ya da emosyonel hasta olarak damgalanan, tanı konan, tedavi edilen hastalar diğer tüm yurttaşların sahip olduğu temel haklara sahip olmalıdır. Bu haklar: zorlamanın olmadığı, onurlu, insanca yaşam ve kaliteli bir tedavi görme hakkı; tedavide ayrım yapılmaması ya da politik, sosyoekonomik, kültürel, etnik, ırksal, dinsel, cinsiyet, yaş durumu ya da cinsel yönelimle ilgili konularda baskıların olmaması hakkı, mahremiyet ve gizlilik hakkı; kişisel mülkiyetin korunması hakkı, fiziksel ya da psikolojik kötüye kullanımdan korunma hakkı, profesyonellerin veya diğerlerinin ihmal ve ilgisizliğinden korunma hakkı, herkes için klinik durumundan yeterince bilgi sahibi olma hakkını kapsar. Tedavi hakkı hastaneye yatırılmayı ve ayaktan tedavi görmeyi ya da uygun psikososyal tedavileri içermektedir. Tıbbi, ahlaki ve yasal kurallar işlemelidir. Kendi isteği dışında tedaviye

alınan hastalara da tüm haklar tanınmalıdır" şeklindedir (Sevinçok, 1992; İlnem ve İlnem, 1999).

Güvenlik, her türlü tehdit veya zararlardan korunmaktır. Sağlık hizmetleri literatüründe hasta güvenliği anlayışının büyük kısmı ise, akut bakım tıbbi ortamlardan gelmiştir. Tıbbi ortamlarda var olan hasta güvenliği risk faktörlerinin çoğu zihinsel sağlık ortamları için geçerli olsa da zihinsel sağlıkta tıbbi bakımlardakinden farklı olan benzersiz hasta güvenliği sorunları da vardır (Brickell ve ark., 2009, s:6).

Amerika'da güvenilir bir gazete olan Hartford Courant'ın 1988 ve 1998 yılları arasında ülke genelinde 142 ölümün gerçekleştirdiğini bunun ise psikiyatride uygulanan tecrit ve kısıtlamalar nedeniyle meydana geldiğini yayınlaması ruh sağlığında tıbbi hatalar ile ilgili olarak dikkatleri çekmiştir. Diğer tıbbi hata raporları gibi bu raporda psikiyatri tarafından da şüpheyle ve önüne geçilemez bir durum algısıyla karşılanmıştır (Herzog ve Shore, 2003, s:3). Başka bir araştırmada ise 1980 ve 1985 yılları arasında psikiyatristlere yönelik %21 suisid (intihar), %18 çeşitli tıbbi durumlara tanı koyamama, %20 medikasyon (yüksek doz ve bağımlılık), %14 psikozun yetersiz tedavisi, %14 psikoterapi, %6 seksüel temas ve %7 akıl hastanesinde tutma gibi çeşitli davaların açıldığı gözlemlenmiştir (İlnem ve İlnem, 1999).

Akıl ve ruh sağlığı hizmetleri, psikiyatri hastaneleri ve yatan hasta ünitelerinin ötesinde çok sayıda ortamı kapsamaktadır. Akıl hastalığı olan hastaların bakımı giderek artmaktadır. Bu tedavilerin birçoğu, toplum ruh sağlığı merkezlerinde, bakım evlerinde, huzurevlerinde ve ayakta tedavi bölümlerinde sağlanmaktadır (Brickell ve ark., 2009, s:10).

Haw ve Stubbs'ın (2003) çalışmasına göre İskoçya'da adli psikiyatri hastanesinde çalışan eczacılar tarafından 311 hata tespit edilerek %87 ile en büyük oran reçetelerde yazım hatalarının olduğu saptanmıştır.

Hasta güvenliği olayları için yüksek riskli bir bölge olan acil servis aynı zamanda psikiyatrik veya madde kullanımı olan kişiler içinde yüksek riskli bir alanı temsil etmektedir. Akıl sağlığı hasta güvenliği vakalarının oranı ve türü bu ortamlara göre değişiklik göstermektedir. Örneğin, ters ilaç olayları ve kendine zarar verme en sık bildirilen özel ev olayları arasındadır. Evde hemşire bakımı gibi ortamlarda yüksek hasta kazaları bildirilirken, özel ev ortamlarında ölüm ve ağır hasar oluşma olasılığı daha yüksek görülmektedir (NPSA, 2005; Brickell ve ark., 2009, s:10).

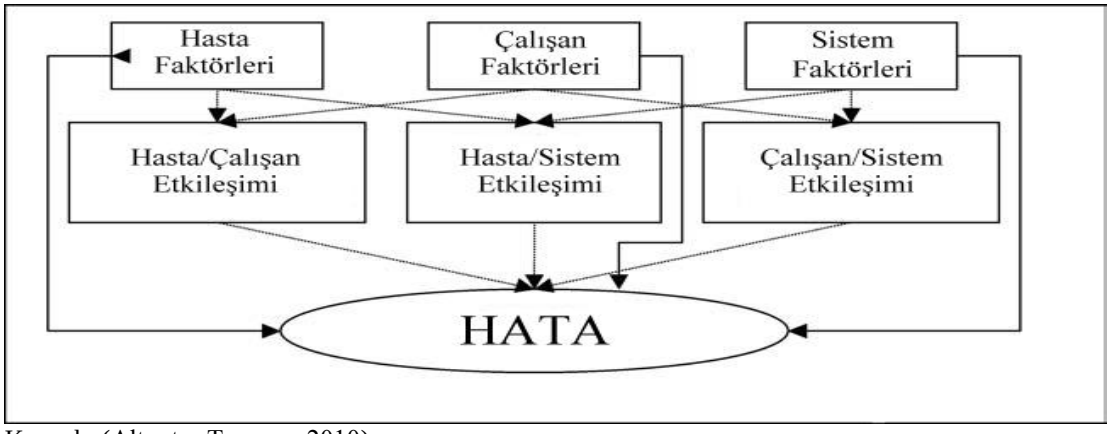
ABD Gıda ve İlaç İdaresi'nin (FDA) çalışmasına göre ilaç hatalarından dolayı yılda 6894 ölüm rapor edildiği bunların; antineoplastik/immünosüpresif ilaçlar, kardiyovasküler ilaçlar ve üçüncü en büyük ilaç kategorisini temsil eden psikotropik ilaçlar nedeniyle 848 ölümün görüldüğü tespit edilmiştir (Chyka, 2000).

Brickell ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ruh sağlığı hizmetlerinde yaşanılan olumsuz olayları şu şekilde saptamıştır:

1. İntihar veya kendine zarar verme
2. İlaç güvenliği
3. Saldırganlık ve şiddet
4. Cinsel güvenlik
5. Kaymalar ve düşmeler
6. Hastanın kaçması
7. Tecrit ve kısıtlama kullanımı
8. Madde kullanımı
9. Sigara içmek (yaygın)

Hastanın güvenliğini tehlikeye sokan bir hatanın oluşumunda genellikle bir faktörün değil birden fazla faktör rolünü vardır. Havacılık sektöründe geliştirilen ve diğer sektörleri de kapsayan hasta, çalışan ve sistem faktörleri ile şekil 9'da hataları en temel şekilde açıklayan tıbbi hata kavramsal modeli yer almaktadır. Bu model davranışsal sağlık bakım için geçerli kuralları içerse bile psikiyatri ortamlarında da bu faktörlerin varlığı göz ardı edilmemelidir (Nath ve Marcus, 2006; Altuntaş Turasan, 2010).

Şekil 9: Psikiyatride Tıbbi Hatalara Kavramsal Bir Bakış



Kaynak: (Altuntaş Turasan, 2010).

Literatür araştırmaları sonucunda hasta, çalışan ve sistem faktörleri psikiyatri hastalarını yüksek oranda aktif ve gizli hatalara maruz bıraktığı gözlemlenmiştir. Psikiyatri hizmetlerinde meydana gelen bu hataları anlamak ve hata oranının düşürülmesi için hizmet süreçlerinin anlaşılması gerekmektedir. Hizmet süreçleri şu şekilde ele alınmıştır (Nath ve Marcus, 2006; Altuntaş Turasan, 2010):

1. Hasta Faktörleri:

- Psikiyatri hastalarındaki bozukluklar sağlık çalışanlarına semptomların doğru aktarılmasını engelleyebilir.
- Akut psikiyatrik semptomlar yanlış tedavi planlamasına veya doğru planın uygulanmamasına neden olabilir.
- Madde kullanımı bozukluğu olan ve buna ek olarak başka tıbbi hastalıkları bulunan hastalara hatalı dozlarda antipsikotik ilaçlar yazılabilir.
- Ajitasyon ve kişilik bozukluğu olan hastalar kendileri veya başkalarına şiddet eğiliminde bulunmalarına yol açabilir.
- Doktorlar veya hemşirelerin dozaj talimatlarından haberdar olmasına rağmen hastanın ajite ya da saldırgan olduğu durumlarda fazla doz uygulanabilmektedir.

2. Çalışan Faktörleri

- Sağlık hizmeti sunan profesyonellerin bilgi eksiklikleri bakım kalitesini ciddi oranda etkilemektedir.
- Hizmet sunulan psikiyatri kurumlarında istihdam yetersizliği hastalara uygun tedavinin sağlanmasını engelleyen etmenlerden bir diğeridir.
- Psikiyatri kliniği dışında çalışan sağlık personelleri ruh sağlığı bozuk olan kişilere yaklaşım konusunda yeterli bilgi donanımına sahip olmayabilir veya ruh hastalığı olan hastalara karşı tabuları olabilir.
- Psikiyatri doktorları sık görülen komorbidite (eş tanı) durumlarının teşhis veya tedavi etme durumunda yeterince eğitimli olmayabilir.

3. Sistem Faktörleri

- Sağlık hizmetinin verildiği kurumların yapısı, donanımı, uygulamaları ve prosedürleri hatalara neden olabilmektedir. Sistemin iyi şekilde tasarlanması hata oranlarının önlenmesi veya azaltılması konusunda büyük öneme sahiptir.

Ruh sağlığı bakımından risk etmenlerinin yeterince incelenmemesi, hastalık potansiyelinin ve nedenlerinin giderilmesi noktasında yapılması gereken çalışmaların tam

olarak bilinmemesi, hastane temelli anlayış ile hareket edilmesi, koruyucu önlem çalışmalarının tam olarak istenilen düzeyde ilerlememesi, hizmet sunumunu yapacak kurumun tesis eksikliği, nitelikli personel yetersizliği, kurumlar arasında koordinasyon eksikliğinin giderilmemesi, ruh sağlığının korunması durumunda gerekenlerin dile getirilmemesi ve olası olağan üstü durumlar ile karşı karşıya kalındığında ruhsal anlamda yapılması gerekenler bakımından genel bir ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmaması gibi nedenlerde ötürü politikaların uygulanabilirliğinde bir çok soruna sebep olmaktadır (Özgün, 2018).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde yapılan araştırmanın tipi, amacı, hipotezleri, evren ve örneklemi, etik durumu, kapsam ve sınırlılıkları, veri toplama araçları ve verilerin analizleri ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma NP İstanbul Beyin Hastanesi erişkin psikiyatri polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yapılan kesitsel bir araştırmadır.

4.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı erişkin psikiyatri alanında verilen klinik hizmetler çerçevesinde hizmet alanların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi irdelemek ve öneri geliştirmektir.

4.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amaçları çerçevesinde ortaya konulan hipotezleri şu şekildedir:

Birinci Hipotez:

H0: Sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının birbirleri ile arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

İkinci Hipotez:

H0: Hasta güvenliği skoru ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Üçüncü Hipotez:

H0: Hasta güvenliği skoru ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Dördüncü Hipotez:

H0: Hasta güvenliği skoru ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Beşinci Hipotez:

H0: Hasta güvenliği skoru ile sağlıkta ilgili bilgiyi kullanma ve uygulama arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Altıncı Hipotez:

H0: Hasta güvenliği skoru ile tedavi ve hizmetler arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Yedinci Hipotez:

H0: Hasta güvenliği skoru ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

4.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini NP İstanbul Beyin Hastanesi erişkin psikiyatri polikliniklerine başvuran 18 yaşından büyük psikotik hastalıklar haricindeki psikiyatri hastaları arasında araştırmaya katılmayı kabul eden yetişkin hastalar oluşturmaktadır.

Tesadüfi olmayan örneklem yöntemlerinden iradi örneklem kullanılmıştır. Araştırmada 20 Mayıs 2019- 20 Haziran 2019 tarihleri arasında koşulları sağlayan ve katılmayı kabul eden herkes yer almaktadır. Dönem sonunda örneklem boyutu 170 kişiye ulaşmıştır. Katılımcılara ayrı ayrı iki anket uygulanmıştır. Konuşabileceğimiz hastalar klinisyenler tarafından belirlenmiştir.

Hastane bilgi işlem merkezinden alınan bilgilere göre 2019 yılının aynı döneminde söz konusu polikliniklere toplam 990 hasta başvurmuştur.

4.5. Araştırmanın Etik Durumu

Bu çalışmanın yapılabilmesi için gerek Üsküdar Üniversitesinden gerekse NP İstanbul Beyin Hastanesinden gerekli etik kurul izinleri alınmıştır.

4.6. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırma NP İstanbul Beyin Hastanesi erişkin psikiyatri polikliniklerine başvuran 18 yaşından büyük psikotik hastalıklar haricindeki psikiyatri hastaları arasında araştırmaya katılmayı kabul eden yetişkin hastaları kapsamaktadır. Bu dahil edilme kriterlerini taşımayan hastaların araştırmaya dahil edilmemesi araştırmanın sınırlılığıdır.

4.7. Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak 3 ayrı bölüme ayrılan toplamda 69 sorudan oluşan anket formu hazırlanmıştır. 6 soru içeren ilk bölümde, katılımcıların demografik özelliklerini ölçmek amaçlanmaktadır. 31 soruluk ikinci bölüm Palteki, Sur ve Baktır tarafından 2018 yılında geliştirilen "Hasta Güvenliğinde Hastaların Tutum ve Davranışları Anket Formu" kullanılmış, üçüncü bölümde Okyay ve Abacıgil tarafından 2016 yılında geliştirilen toplamda 32 sorudan oluşan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)" kullanılmıştır.

4.7.1. Demografik bilgi formu (Ek 1)

Araştırmacının amacına uygun olarak hazırlanan kişisel bilgi formu katılımcılara ait yaş, cinsiyet, eğitim bilgileri, mesleki özellikleri, son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine başvuru sayısını ve ekonomik gelirleri ile ilgili toplam 6 soru bulunmaktadır.

4.7.2. Hasta güvenliğinde hastaların tutum ve davranışları anket formu (Ek 2)

Erişkin psikiyatri polikliniklerinde hastalara uygulanan Hasta Güvenliğinde Hastaların Tutum ve Davranışları Anket Formu, 2018 yılında Palteki, Sur ve Baktır tarafından hazırlanmıştır. Anket formunda 1. soru, sağlığıyla ilgili sorunlarda kişilerin kendi kendine çözüm bulamadığı takdirde ne yapacağını sorgulayan 4 seçenekli kapalı uçlu bir sorudur. 2. soru, sağlık profesyonellerin hizmetle ilgili konularda kendisinin görüşünü sormasıyla ilgili algıyı ölçmektedir. 3. soru, görüşü sorulmadığını düşünenlere bunun ne nedenle olabileceğine ilişkindir. Bunların dışında evet/ hayır/ bazen şeklinde 3 kategorili bulunan 4 tane daha soru bulunmaktadır. Bunlar hasta güvenliği skorunun hesaplanmasına dahil edilmemişlerdir. Toplam 31 sorunun 7'si çıkarıldıktan sonra geri kalan 24 tanesi ise 2 seçenekli (evet/hayır) sorulardan oluşmaktadır. Hasta güvenliğinde

hastaların tutum ve davranış skoru bu iki seçenekli 24 sorunun toplam puanı ile elde edilmiştir. Bu sorular olumlu önerme şeklinde düzenlenmiş evet 1, hayır 0 puan verilmiştir. Böylelikle 0 ile 24 arasında bir skala üzerinde skorlar ortaya çıkmaktadır.

Anket formunun değerlendirmesinde ise 1. sorunun derecelendirmesini 0. Geleneksel/tamamlayıcı veya bitkisel yöntemleri denerim, 1.Sağlık kuruluşuna başvururum, 3. Sağlıkçı (doktor/hemşire vb.) yakınımdan yüz yüze/telefonla veya bilgisayar ortamında bilgi alırım 4. Eczaneden yardım alırım şeklinde, evet/hayır/bazen sorularının derecelendirmesini 0. Hayır 1. Evet 3. Bazen şeklinde, 24 tane evet/hayır sorularının derecelendirmesini 0. Hayır 1. Evet şeklinde, okurum/okumam sorusunun derecelendirmesini 0. Okumam 1. Okurum şeklinde ve sorarım/sormam sorusunu ise 0. Sormam 1.Sorarım şeklinde derecelendirmesi yapılmıştır.

4.7.3. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) (Ek 3)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, on beş yaş üzeri ve okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını ölçmek amacıyla 2016 yılında Okyay ve Abacıgil tarafından geliştirilmiştir. TSOY-32 ölçeği, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. Orijinal ölçekten farklı olarak üç değil iki temel boyut ele alınmıştır. 2x4'lük bir matrise dayandırılarak, matris iki boyutu (tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplamda sekiz bileşenden oluşmaktadır. Bileşenlere denk gelen madde numaraları tablo 10'da verilmektedir.

Tablo 8: TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma / uygulama
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Kaynak: (Okyay ve Abacıgil, 2016).

TSOY-32 ölçeğinin kapsam ve geçerlilik indeksi (geneli için) 0,6625, iç tutarlılık katsayısı ise 0.927'dir. Birinci boyut olan "Tedavi ve Hizmet" boyutunun Cronbach Alfa katsayısı 0,880, "Hastalıklardan korunma ve Sağlığın geliştirilmesi" olan ikinci boyutun Cronbach Alfa katsayısı 0.863'dür.

Ölçek, 1. Çok kolay, 2. Kolay, 3. Zor, 4. Çok zor, 0. Fikrim yok şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin değerlendirmesi 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığı, 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığı şeklinde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

İndeks = (ortalama-1) x (50/3)

Sağlık okuryazarlığı düzeyi elde edilen puan dört kategoride sınıflandırılmıştır. 0 en düşük sağlık okuryazarlığı, 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) puan: sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) puan: yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

4.8. Verilerin Toplanması

Araştırma 20 Mayıs 2019- 20 Haziran 2019 tarihleri arasında hem NP İstanbul Beyin Hastanesinden hem de erişkin psikiyatri poliklinikleri doktorlarından kişisel izinleri de alınarak polikliniklerine başvuran, psikotik olmayan yetişkin hastalara araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapılarak, gönüllülük esasına dayalı katılım sağlanmıştır. Anketler bizzat katılımcılar tarafından doldurulmuş araştırmacı gerektiğinde sorulan soruları cevaplamıştır. Her hasta demografik ve ekonomik özelleri içeren bilgi formunu, hasta güvenliği anketi ve son olarak sağlık okuryazarlığı anket formunu doldurmuştur. Toplamda dağıtılan 400 anket içerisinden yalnızca 340 tanesi geri dönmüştür. Anket formlarının uygulanma süresi 15-30 dakika arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Araştırmacı bir aylık süre zarfındaki çalışma günleri dahilinde bizzat kendisi anketleri dağıtmış ve toplamıştır.

4.9. Verilerin Analizi

Araştırma sonucu elde edilen veriler kâğıt ortamdan elektronik ortama SPSS 22.0 bilgisayar paket programında aktarılmış ve analiz edilmiştir. Analizlerde sıklık dağılımlarının belirlenmesi yanında Pearson'un Ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları kullanılmıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların tanımlayıcı özellikleri, hasta güvenliği anket formu ve sağlık okuryazarlığı TSOY-32 ölçeği ile ilgili analiz bulgularına yer verilmiştir.

5.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini cinsiyet, yaş, eğitim bilgisi, meslek, son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine başvuru sayısı ve gelirleri oluşturmaktadır.

Tablo 9: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sıklık	Yüzde (%)
Kadın	96	56,5
Erkek	74	43,5
Toplam	170	100,0

Katılımcıların % 56,5'i kadınlardan oluşmaktadır (Tablo 9).

Tablo 10:Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Dağılımı

Yaş	Yüzde (%)
Ortalama	31,11
Ortanca	28,00
Standart Sapma	10,26
En Küçük Değer	18
En Büyük Değer	65
25. Persantil (1.Çeyreklik)	23,00
75. Persantil (3.Çeyreklik)	38,00

Katılımcılar en düşük 18, en yüksek 65 yaşındadır (Tablo 10).

Tablo 11: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Sıklık	Yüzde (%)
İlkokul	11	6,5
Ortaokul veya lise	44	25,9
Üniversite	85	50,0
Yüksek lisans veya doktora	30	17,6
Toplam	170	100,0

Katılımcıların %50'si üniversite, %17,6'sı lisansüstü eğitim derecesine sahiptir. Geri kalan grup lise ve daha alt düzey eğitim grubundadır (Tablo 11).

Tablo 12: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Dağılımı

Meslek durumu	Sıklık	Yüzde (%)
Ev Hanımı	19	11,2
Emekli	10	5,9
Öğrenci	30	17,6
Entelektüel Meslekler	36	21,2
Esnaf	17	10,0
Diğer	43	25,3
Eksik Veri	15	8,8
Toplam	170	100,0

Katılımcıların %25,3'ü diğer meslek gruplarında, %21,2'si ise entelektüel mesleklerde yer almaktadır (Tablo 12).

Tablo 13: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Dağılımı

Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısı	Sıklık	Yüzde (%)
Hiç	25	14,7
1-4	94	55,3
5-9	29	17,1
10 ve üzeri	22	12,9
Toplam	170	100,0

Katılımcılar son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine %55,3 oranında 1-4 kez başvuruda bulunmuşken, %14,7'si hiç başvuru yapmamıştır (Tablo 13).

Tablo 14: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Gelir Durumu	Sıklık	Yüzde (%)
Yetersiz Düzeyde	51	30,3
Yeterli Düzeyde	106	62,4
Fazlasıyla Yeterli Düzeyde	13	7,6
Toplam	170	100,0

Katılımcıların gelir durumlarına bakıldığında %62,4'ünün yeterli gelir durumuna sahip olduğu, %30,3'ünün gelir durumlarının ise yetersiz düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 14).

5.2. Araştırma Grubunun Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Hasta Güvenliği Anket Formuna İlişkin Bulguları

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi için TSOY-32 ölçeğinin yorumlanmasında elde edilen puan dört kategoride sınıflandırılmıştır. 0 en düşük sağlık okuryazarlığı, 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir (Okyay ve Abacıgil, 2016).

- **(0-25) puan**: yetersiz sağlık okuryazarlığı
- **(>25-33) puan:** sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- **(>33-42) puan:** yeterli sağlık okuryazarlığı
- **(>42-50) puan:** mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır

Yapılan analizler sonucunda sağlık okuryazarlığı genel skoru p=0,20 ile sağlık okuryazarlığı indeks puanı ise p=0,20 ile normal dağılıma uygun bulunmuştur (p>0,05). Analizde bir ölçek Kolmogorov- Smirnov testi uygulanmış ve dağılımın normal olmadığı bulunmuştur.

Tablo 15: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puan İndeksine İlişkin Skor Dağılımı

Son İndeks kategorik	Sıklık	Yüzde (%)
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	148	87,1
Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	13	7,6
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	6	3,5
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	3	1,8
Toplam	170	100,0

Katılımcıların %87,1'inin yetersiz sağlık okuryazarlığına, %7,6'sının sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına, %3,5'inin yeterli sağlık okuryazarlığına ve %1,8'i ise mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir (Tablo 15).

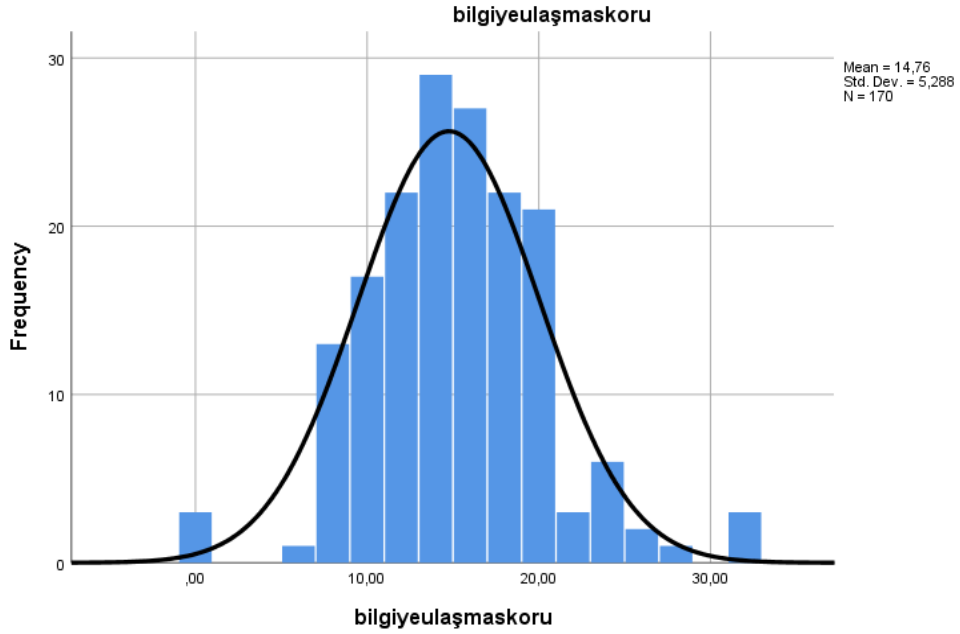
Tablo 16: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği Skorların / Alt Skorların Ortancası ve İlgili Yaygınlık Ölçütleri

Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği Skorları	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	25.Persantil (1.Çeyreklik)	75.Persantil (3.Çeyreklik)
Hasta Güvenliği Skoru	170	3,00	24,0	18,35	3,7	19,0	17,0	21,0
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Skoru	170	,00	32,0	14,76	5,2	14,5	11,0	18,0
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Skoru	170	,00	32,0	15,08	5,6	15,0	11,0	18,0
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Skoru	170	,00	32,0	16,92	5,5	17,0	14,0	20,25
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Skoru	170	,00	32,0	15,41	5,1	16,0	13,0	18,0
Tedavi ve Hizmet Skoru	170	,00	64,0	30,31	9,7	30,0	24,0	36,0
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Skoru	170	,00	64,0	31,86	10,8	10,8	24,0	38,0
Sağlık Okuryazarlığı Genel Skoru	170	,00	4,0	1,94	0,6	1,98	1,56	2,28
Sağlık Okuryazarlığı İndeksi	170	,00	50,0	16,00	9,6	16,0	9,37	21,4

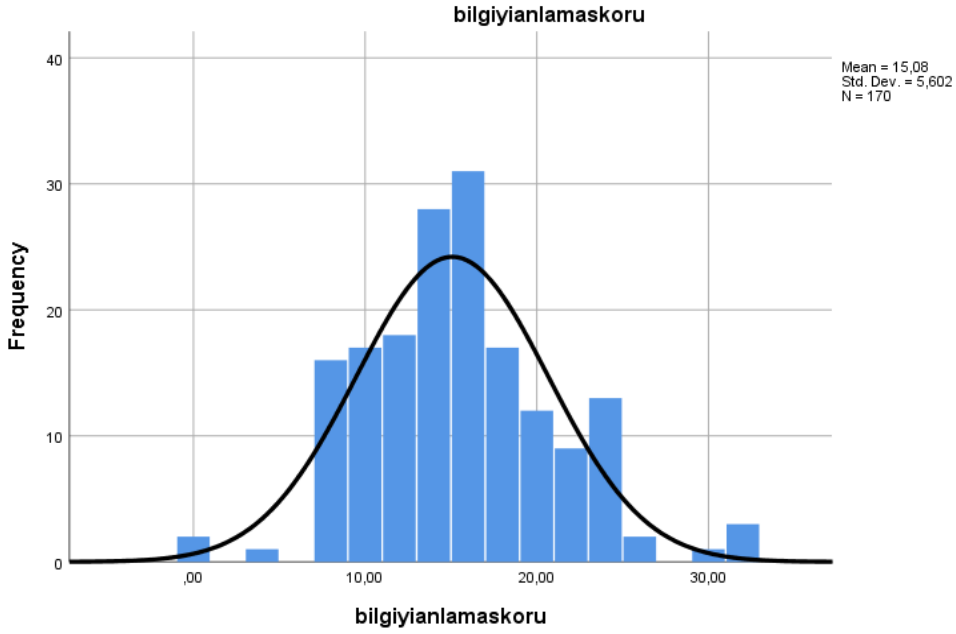
Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, *en düşüğü* 14,7±5,2 ortalama ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma olduğu, *en yükseğinde* 16,92±5,5 ortalama ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri dört kategoride değerlendirilmiştir. Bu kategorilerin hepsi 0-25 puana denk gelmekte yani yetersiz sağlık okuryazarlığı skalasında yer almaktadır. Hasta güvenliği ortalaması ise 24 üzerinden 18,35±3,7 bulunmuştur. Tedavi ve hizmetler ortalaması 30,31±9,7 ile, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi 31,86±10,8 ortalama ile 25-33 puana denk gelmekte ve sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı skalasında yer aldığı görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı genel skoru 4 üzerinden 1,94±0,6 ortalama ile katılımcıların orta değerden daha düşük bir yerde sağlık okuryazarlığının kümelendiğini göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı indeks ortalamalarının ise 16,00±9,6 olduğu belirlenmiştir (Tablo 16).

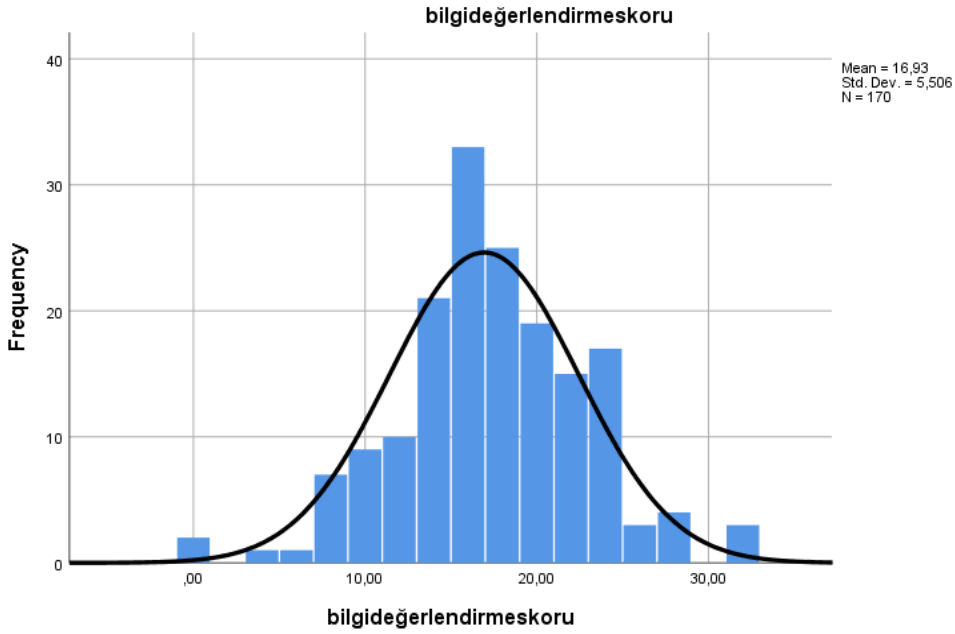
Şekil 10: Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Skoru



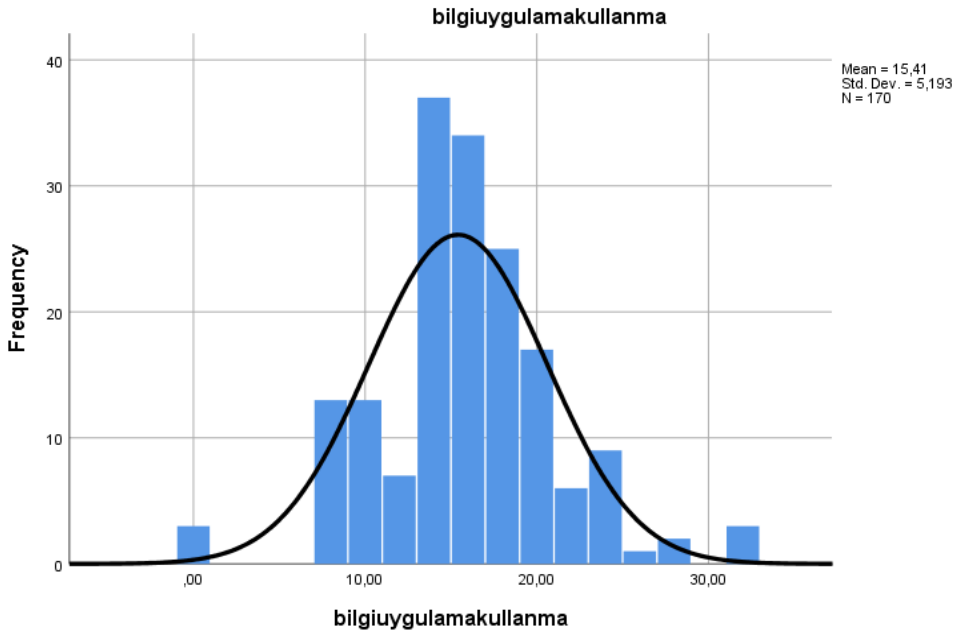
Şekil 11: Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Skoru



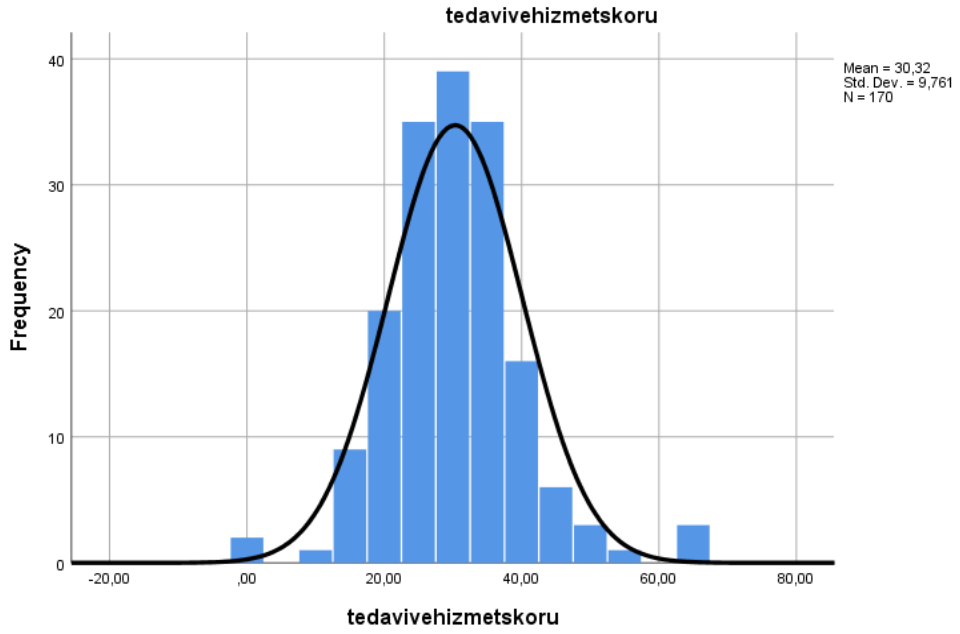
Şekil 12: Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Skoru



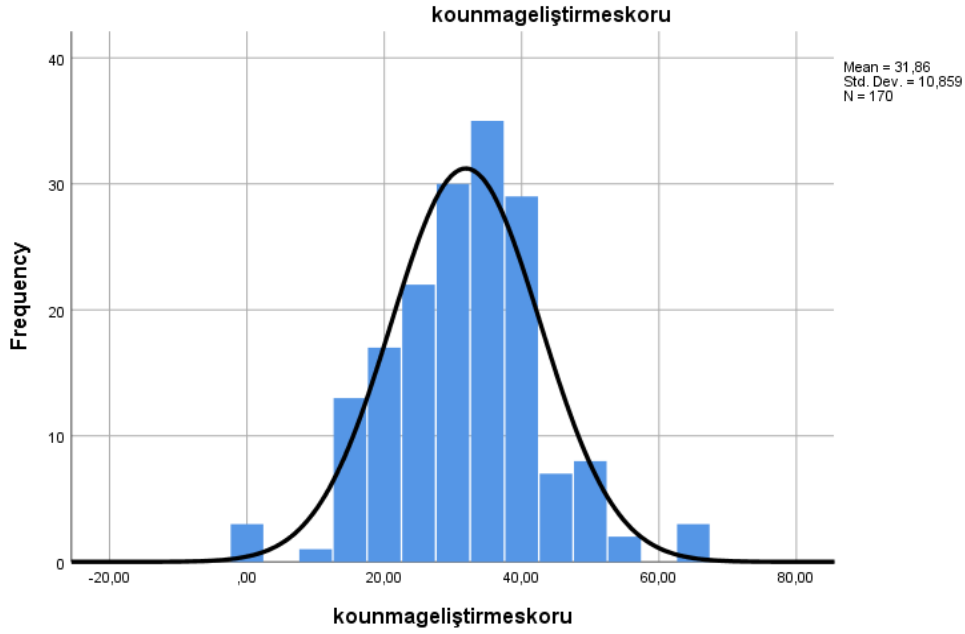
Şekil 13: Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Skoru



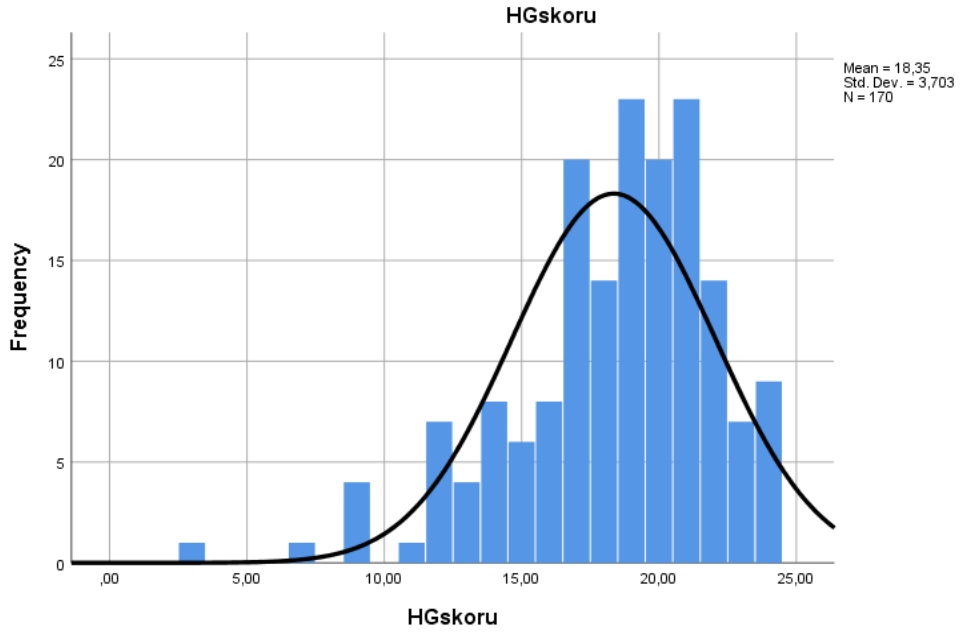
Şekil 14: Tedavi ve Hizmet Skoru



Şekil 15: Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Skoru



Şekil 16: Hasta Güvenliği Skoru



Şekil 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16' da ki histogramlarda görüldüğü üzere, hasta güvenliği ve sağlık okuryazarlığı TSOY-32 ölçeğinin alt boyutları normal dağılımdan gelmediği tespit edilmiş analize parametrik olmayan testlerle devam edilmiştir.

5.3 Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği Skorları Arasında Korelasyon Analizi

Tablo 17'deki değişkenler arası ilişkiler şu kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2016: 116).

r	İlişki
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

Tablo 17: Sağlık Okuryazarlığı Boyutları ile Hasta Güvenliği Skorları Arasında Korelasyon Analizi Sonuçları

Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği Alt Boyutların	p	Rho (Spearman'ın Korelasyon Katsayısı)
Tedavi Hizmetleri Skoru ile Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın geliştirilmesi	**0,000**	0,788
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma ve Bilgiyi Anlama	**0,000**	0,794
Sağlıkla İlgili Bilye Ulaşma ve Bilgiyi Değerlendirme	**0,000**	0,771
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma ve Bilgiyi Kullanma/Uygulama	**0,000**	0,708
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama ve Bilgiyi Değerlendirme	**0,000**	0,719
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama ve Bilgiyi Uygulama	**0,000**	0,728
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme ve Bilgiyi Kullanma/Uygulama	**0,000**	0,679
Hasta Güvenliği Skoru ile Bilgiye Ulaşma	**0,030**	-0,166
Hasta Güvenliği Skoru ile Bilgiyi Anlama	**0,032**	-0,165
Hasta Güvenliği Skoru ile Bilgiyi Değerlendirme	**0,006**	-0,210
Hasta Güvenliği Skoru ile Bilgiyi Uygulama/Kullanma	**0,016**	-0,185
Hasta Güvenliği Skoru ile Tedavi ve Hizmet	**0,015**	-0,186
Hasta Güvenliği Skoru İle Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	**0,013**	-0,191

Tablo 17'de görüldüğü üzere, yapılan korelasyon analizi sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı alt boyutları ile hasta güvenliği skorları arasında ilişkiler bulunmuştur. Buna göre, katılımcıların sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının birbirleri ile arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş *birinci hipotez HO reddedilmiştir.*

Korelasyon tablosuna bakıldığında katılımcıların hasta güvenliği skoru ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş ($r=-0,166$; $p<0,05$) *ikinci hipotez H0 reddedilmiştir.* Katılımcıların hasta güvenliği skoru ile sağlıkla ilgili bilgiyi anlama arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş ($r=-0,165$; $p<0,05$) *üçüncü hipotez H0 reddedilmiştir.* Katılımcıların hasta güvenliği skoru ile sağlıkla ilgili

bilgiyi değerlendirme (r=-0,210; p<0,05) ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama (r=-0,185; p<0,05) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş *dördüncü ve beşinci hipotez H0 reddedilmiştir.* İlgili korelasyon tablosunda hasta güvenliği skoru ile tedavi ve hizmet (r=-0,186; p<0,05) ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi arasında (r=-0,191; p<0,05) negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş *altıncı ve yedinci hipotez H0 reddedilmiştir.*

5.4. Hasta Güvenliği Anket Formunda Skor Hesaplamasına Dahil Edilmeyen Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı

Tablo 18: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız?" Sorusuna Verilen cevapların Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Geleneksel/Tamamlayıcı Yönteme Başvururum	31	18,2
Sağlık Kuruluşuna Başvururum	119	70,0
Yüz yüze/Telefonla Bilgi Alırım	12	7,1
Eczaneden Yardım Alırım	8	4,7
Toplam	170	100,0

Katılımcıların "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız?" sorusuna %70'inin sağlık kuruluşuna başvuru yaptığı, %18,2'sinin geleneksel/tamamlayıcı yönteme başvuru yaptığı, %7,1'inin yüz yüze/ telefonla bilgi aldığı ve %4,7'sinin ise eczaneden yardım aldığı cevabını vermiştir (Tablo 18).

Tablo 19: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Hayır	38	22,4
Evet	77	45,3
Bazen	52	30,6
Eksik Veri	3	1,8
Toplam	170	100,0

Katılımcılara "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız İle İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" sorusuna %45,3'ü evet, %30,6'sı bazen, %22,4'ü hayır şeklinde cevap vermiştir (Tablo 19).

Tablo 20: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı? " Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Bilgim yetersiz olduğu için anlamakta zorlanıyorum	16	9,4
Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanlarının Zaman Azlığı Nedeniyle Yeterince Görüşemiyorum	37	21,8
Bilgi Almak İstemiyorum	6	3,5
Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Bana Görüşümü Sormuyor	37	21,8
Eksik Veri	74	43,5
Toplam	170	100,0

Katılımcıların "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız İle İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı?" sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı verenlerin bunun ne nedenle olabileceğine ilişkin %21,8'i sağlık çalışanları ile zaman azlığı nedeniyle görüşemediği, %21,8'inin sağlık çalışanlarının görüşünü sormadığı, %9,4'ünün bilgisinin yetersiz olduğu için anlamakta zorlandığını ve %3,5'i bilgi almak istemediği şeklinde cevap vermiştir (Tablo 20).

Tablo 21: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Hayır	16	9,4
Evet	96	56,5
Bazen	58	34,1
Toplam	170	100,0

Katılımcıların "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) Okur Musunuz? " sorusuna %56,5'i evet, %34,1'i bazen ve %34,1'i hayır şeklinde cevap vermiştir (Tablo 21).

Tablo 22: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyet Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Okumam	30	17,6
Okurum	79	46,5
Eksik Veri	61	35,9
Toplam	170	100,0

Katılımcıların "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz? " sorusuna %46,5'i okurum, %17,6'sı okumam şeklinde cevap vermiştir (Tablo 22).

Tablo 23: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Sormam	9	5,3
Sorarım	100	58,8
Eksik Veri	61	35,9
Toplam	170	100,0

Katılımcıların "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız? " sorusuna %58,8'i sorarım, %5,3'ü sormam şeklinde cevap vermiştir (Tablo 23).

Tablo 24: Katılımcıların Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanzo/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

	Sıklık	Yüzde (%)
Hayır	70	41,2
Evet	46	27,1
Bazen	53	31,2
Eksik Veri	1	,6
Toplam	170	100,0

Katılımcıların "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız" sorusuna %41,2'i hayır, %27,1'i evet şeklinde cevap vermiştir (Tablo 24).

5.5. Hasta Güvenliği Anket Formunda Skor Hesaplamasına Dahil Edilmeyen Sorulara Verilen Cevapların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Tablo 25: Katılımcıların Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Kadın	Erkek	Toplam
Geleneksel/Tamamlayıcı		19	12	31
Yöntemleri Denerim	**Yüzde (%)**	19,8	16,2	18,2
Sağlık Kuruluşuna Başvururum		67	52	119
	Yüzde (%)	69,8	70,3	70,0
Yüz yüze/Telefonla Bilgi Alırım		5	7	12
	Yüzde (%)	5,2	9,5	7,1
Eczaneden Yardım Alırım		5	3	8
	Yüzde (%)	5,2	4,1	4,7
Toplam		96	74	170
	Yüzde (%)	100	100	100
			X^2= 1,483	**P= 0,686**

Tablo 25'de görüldüğü gibi, katılımcıların cinsiyetleri ile hasta güvenliği anket formundaki "Hastalandığınız zaman kendi kendinize çözüm bulamayacağınızı düşündüğünüzde ilk yaptığınız" sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 26: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Okuma Yazma Biliyor	İlkokul	Ortaokul veya Lise	Üniversite	Yüksek Lisans/ Doktora	Toplam
Geleneksel/Tamamlayıcı		0	2	12	13	4	31
Yöntemleri Denerim	**Yüzde (%)**	0,0	20,0	27,3	15,3	13,3	18,2
Sağlık Kuruluşuna		1	5	28	61	24	119
Başvururum	**Yüzde (%)**	100,0	50,0	63,6	71,8	80,0	70,0
Yüz yüze/Telefonla Bilgi		0	1	4	6	1	12
Alırım	**Yüzde (%)**	0,0	10,0	9,1	7,1	3,3	7,1
Eczaneden Yardım Alırım		0	2	0	5	1	8
	Yüzde (%)	0,0	20,0	0,0	5,9	3,3	4,7
Toplam		1	10	44	85	30	170
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100

Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 26).

Tablo 27: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Ev Hanımı	Emekli	Öğrenci	Entelektüel Meslekler	Esnaf	Diğer	Toplam
Geleneksel/Tamamlayıcı		1	4	9	4	7	5	30
Yöntemleri Denerim	**Yüzde (%)**	5,3	40,0	30,0	11,1	41,2	11,6	19,4
Sağlık Kuruluşuna		14	4	17	29	8	34	106
Başvururum	**Yüzde (%)**	73,7	40,0	56,7	80,6	47,1	79,1	68,4
Yüz yüze/Telefonla		1	2	3	1	1	3	11
Bilgi Alırım	**Yüzde (%)**	5,3	20,0	10,0	2,8	5,9	7,0	7,1
Eczaneden Yardım		3	0	1	2	1	1	8
Alırım	**Yüzde (%)**	15,8	0,0	3,3	5,6	5,9	2,3	5,2
Toplam		19	10	30	36	17	43	155
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100	100

Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 27).

Tablo 28: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Hiç	1-4	5-9	10 ve Üzeri	Toplam
Geleneksel/Tamamlayıcı		4	21	2	4	31
Yöntemleri Denerim	**Yüzde (%)**	16,0	22,3	6,9	18,2	18,2
Sağlık Kuruluşuna		15	62	25	17	119
Başvururum	**Yüzde (%)**	60,0	66,0	86,2	77,3	70,0
Yüz yüze/Telefonla Bilgi		5	6	1	0	12
Alırım	**Yüzde (%)**	20,0	6,4	3,4	0,0	7,1
Eczaneden Yardım Alırım		1	5	1	1	8
	Yüzde (%)	4,0	5,3	3,4	4,5	4,7
Toplam		25	94	29	22	170
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100

Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 28).

Tablo 29: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Yetersiz Düzeyde	Yeterli Düzeyde	Fazlasıyla Yeterli Düzeyde	Toplam
Geleneksel/Tamamlayıcı		11	17	3	31
Yöntemleri Denerim	**Yüzde (%)**	21,6	16,0	23,1	18,2
Sağlık Kuruluşuna		30	82	7	119
Başvururum	**Yüzde (%)**	58,8	77,4	53,8	70,0
Yüz yüze/Telefonla Bilgi		6	4	2	12
Alırım	**Yüzde (%)**	11,8	3,8	15,4	7,1
Eczaneden Yardım Alırım		4	3	1	8
	Yüzde (%)	7,8	2,8	7,7	4,7
Toplam		51	106	13	170
	Yüzde (%)	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 29).*

Tablo 30: Katılımcıların Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar mı? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Kadın	Erkek	Toplam
Hayır		23	15	38
	Yüzde (%)	24,0	21,1	22,8
Evet		43	34	77
	Yüzde (%)	44,8	47,9	46,1
Bazen		30	22	52
	Yüzde (%)	31,3	31,0	31,1
Toplam		96	71	167
	Yüzde (%)	100	100	100
			X^2=0,230	**p=0,892**

Tablo 30'da görüldüğü gibi, katılımcıların cinsiyetleri ile hasta güvenliği anket formundaki "Doktor/Hemşire veya diğer sağlık çalışanları tedaviniz ve bakımınız ile ilgili konularda sizin görüşünüzü sorar mı?" sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Okuma Yazma Biliyor	İlkokul	Ortaokul veya Lise	Üniversite	Yüksek Lisans/ Doktora	Toplam
Hayır		0	2	7	18	11	38
	Yüzde (%)	0,0	20,0	17,1	21,2	36,7	22,8
Evet		1	6	22	36	12	77
	Yüzde (%)	100,0	60,0	53,7	42,4	40,0	46,1
Bazen		0	2	12	31	7	52
	Yüzde (%)	0,0	20,0	29,3	36,5	23,3	31,1
Toplam		1	10	41	85	30	167
		100	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 31).*

Tablo 32: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Ev Hanımı	Emekli	Öğrenci	Entelektüel Meslekler	Esnaf	Diğer	Toplam
Hayır		2	4	7	8	6	9	36
	Yüzde (%)	11,1	5,0	23,3	22,2	35,3	20,9	23,7
Evet		11	3	11	11	7	23	66
	Yüzde (%)	61,1	37,5	36,7	30,6	41,2	53,5	43,4
Bazen		5	1	12	17	4	11	50
	Yüzde (%)	27,8	12,5	40,0	47,2	23,5	25,6	32,9
Toplam		18	8	30	36	17	43	152
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 32).*

Tablo 33: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Hiç	1-4	5-9	10 ve Üzeri	Toplam
Hayır		5	24	6	3	38
	Yüzde (%)	20,8	26,1	20,7	13,6	22,8
Evet		10	37	18	12	77
	Yüzde (%)	41,7	40,2	62,1	54,5	46,1
Bazen		9	31	5	7	52
	Yüzde (%)	37,5	33,7	17,2	31,8	31,1
Toplam		24	92	29	22	167
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100
					X^2= 6,390	**p=0,381**

Tablo 33'de görüldüğü gibi, katılımcıların son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine başvuru sayısına göre hasta güvenliği anket formundaki "Doktor/Hemşire veya diğer sağlık çalışanları tedaviniz ve bakımınız ile ilgili konularda sizin görüşünüzü sorar mı?" sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 34: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Yetersiz Düzeyde	Yeterli Düzeyde	Fazlasıyla Yeterli Düzeyde	Toplam
Hayır		14	23	1	38
	Yüzde (%)	28,6	21,9	7,7	22,8
Evet		21	50	6	77
	Yüzde (%)	42,9	47,6	46,2	46,1
Bazen		14	32	6	52
	Yüzde (%)	28,6	30,5	46,2	31,1
Toplam		49	105	13	167
	Yüzde (%)	100	100	100	100
				X^2= 3,282	**p=0,512**

Tablo 34'de görüldüğü gibi, katılımcıların gelir durumuna göre hasta güvenliği anket formundaki "Doktor/Hemşire veya diğer sağlık çalışanları tedaviniz ve bakımınız ile ilgili konularda sizin görüşünüzü sorar mı? " sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 35: Katılımcıların Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar mı? " Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı

		Kadın	Erkek	Toplam
Bilgi Yetersiz Olduğu için		8	8	16
Anlamakta Zorlanıyorum	**Yüzde (%)**	14,8	19,0	16,7
Sağlık Çalışanlarının Zaman Azlığı		24	13	37
Nedeniyle Görüşemiyorum	**Yüzde (%)**	44,4	31,0	38,5
Bilgi Almak İstemiyorum		2	4	6
	Yüzde (%)	3,7	9,5	6,3
Sağlık Çalışanları Bana Görüşümü Sormuyor		20	17	37
	Yüzde (%)	37,0	40,5	38,5
Toplam		54	42	96
	Yüzde (%)	100	100	100
			X^2= 2,723	**p=0,436**

Tablo 35'de görüldüğü gibi, katılımcıların cinsiyet durumuna göre hasta güvenliği anket formundaki "Doktor/Hemşire veya diğer sağlık çalışanları tedaviniz ve bakımınız ile ilgili konularda sizin görüşünüzü sorar mı? " sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 36: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı? " Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı*

		İlkokul	Ortaokul veya Lise	Üniversite	Yüksek Lisans/Doktora	Toplam
Bilgi Yetersiz Olduğu		1	5	9	1	16
için Anlamakta	**Yüzde (%)**	25,0	20,0	18,4	5,6	16,7
Zorlanıyorum						
Sağlık Çalışanlarının		1	13	18	5	37
Zaman Azlığı Nedeniyle	**Yüzde (%)**	1	2	3	0	6
Görüşemiyorum						
Bilgi Almak İstemiyorum		25,0	8,0	6,1	0,0	6,3
	Yüzde (%)	1	5	19	12	37
Sağlık Çalışanları Bana Görüşümü Sormuyor		25,0	20,0	38,8	66,7	38,5
	Yüzde (%)	4	25	49	18	96
Toplam		4	25	49	19	96
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştı (Tablo 36).*

Tablo 37: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda 2. Soru Olan "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız ile İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı? " Sorusuna ¨Hayır veya Bazen¨ Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı*

		Ev Hanımı	Emekli	Öğrenci	Entelektüel Meslekler	Esnaf	Diğer	Toplam
Bilgi Yetersiz Olduğu için Anlamakta Zorlanıyorum		4	0	7	0	1	3	15
	Yüzde (%)	44,4	0,0	38,9	0,0	11,1	13,0	16,3
Sağlık Çalışanlarının Zaman Azlığı Nedeniyle Görüşemiyorum		1	7	6	8	3	12	37
	Yüzde (%)	11,1	77,8	33,3	33,3	33,3	52,2	40,2
Bilgi Almak İstemiyorum		2	0	2	1	0	0	5
	Yüzde (%)	22,2	0,0	11,1	4,2	0,0	0,0	5,4
Sağlık Çalışanları Bana Görüşümü Sormuyor		2	2	3	15	5	8	35
	Yüzde (%)	22,2	22,2	16,7	62,5	55,6	34,8	38,0
Toplam		9	9	18	24	9	23	92
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 37).*

Tablo 38: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız İle İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı? " Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı*

		Hiç	1-4	5-9	10 ve Üzeri	Toplam
Bilgi Yetersiz Olduğu için Anlamakta Zorlanıyorum		0	11	3	2	16
	Yüzde (%)	0,0	19,3	25,0	18,2	16,7
Sağlık Çalışanlarının Zaman Azlığı Nedeniyle Görüşemiyorum		8	22	5	2	37
	Yüzde (%)	50,0	38,6	41,7	18,2	38,5
Bilgi Almak İstemiyorum		2	3	0	1	6
	Yüzde (%)	12,5	5,3	0,0	9,1	6,3
Sağlık Çalışanları Bana Görüşümü Sormuyor		6	21	4	6	37
	Yüzde (%)	37,5	36,8	33,3	54,5	38,5
Toplam		16	57	12	11	96
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 38).*

Tablo 39: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Doktor/Hemşire veya Diğer Sağlık Çalışanları Tedaviniz ve Bakımınız İle İlgili Konularda Sizin Görüşünüzü Sorar Mı? " Sorusuna "Hayır veya Bazen" Cevabı Verenlerin Ne Nedenle Olabileceğine İlişkin Dağılımı*

		Yetersiz Düzeyde	Yeterli Düzeyde	Fazlasıyla Yeterli Düzeyde	Toplam
Bilgi Yetersiz Olduğu için Anlamakta Zorlanıyorum		6	8	2	16
	Yüzde (%)	20,0	13,3	33,3	16,7
Sağlık Çalışanlarının Zaman Azlığı Nedeniyle Görüşemiyorum		16	20	1	37
	Yüzde (%)	53,3	33,3	16,7	38,5
Bilgi Almak İstemiyorum		1	5	0	6
	Yüzde (%)	3,3	8,3	0,0	6,3
Sağlık Çalışanları Bana Görüşümü Sormuyor		7	27	3	37
	Yüzde (%)	23,3	45,0	50,0	38,5
Toplam		30	60	6	96
	Yüzde (%)	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 39).*

Tablo 40: Katılımcıların Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Kadın	Erkek	Toplam
Hayır		6	10	16
	Yüzde (%)	6,3	13,5	9,4
Evet		67	29	96
	Yüzde (%)	69,8	39,2	56,5
Bazen		23	35	58
	Yüzde (%)	24,0	47,3	34,1
Toplam		96	74	170
	Yüzde (%)	100	100	100
			X^2= 15,944	**p=0,000**

Tablo 40'da görüldüğü gibi, katılımcıların cinsiyet durumuna göre hasta güvenliği anket formundaki "İlaç Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) okur musunuz? " sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 41: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kâğıdı) Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Okuma Yazma Biliyor	İlkokul	Ortaokul veya Lise	Üniversite	Yüksek Lisans/ Doktora	Toplam
Hayır		0	1	7	6	2	16
	Yüzde (%)	00	10,0	15,9	7,1	6,7	9,4
Evet		1	7	24	46	18	96
	Yüzde (%)	100,0	70,0	54,6	54,1	60,0	56,5
Bazen		0	2	13	33	10	58
	Yüzde (%)	0,0	20,0	29,5	18,8	33,3	34,1
Toplam		1	10	44	85	30	170
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 41).*

Tablo 42: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kâğıdı) Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Ev Hanımı	Emekli	Öğrenci	Entelektüel Meslekler	Esnaf	Diğer	Toplam
Hayır		1	2	2	3	1	6	15
	Yüzde (%)	5,3	20,0	6,7	8,3	5,9	14,0	9,7
Evet		16	7	14	17	9	26	89
	Yüzde (%)	84,2	70,0	46,7	47,2	52,9	60,5	57,4
Bazen		2	1	14	16	7	11	51
	Yüzde (%)	10,5	10,0	46,7	44,4	41,2	25,6	32,9
Toplam		19	19	39	36	17	43	155
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 42).*

Tablo 43: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kağıdı) Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Hiç	1-4	5-9	10 ve Üzeri	Toplam
Hayır		2	12	0	2	16
	Yüzde (%)	8,0	12,8	0,0	9,1	9,4
Evet		10	53	20	13	96
	Yüzde (%)	40,0	56,4	69,0	59,1	56,5
Bazen		13	29	9	7	58
	Yüzde (%)	52,0	30,9	31,0	31,8	34,1
Toplam		25	94	29	22	179
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100
					X^2= 8,690	**p=0,192**

Tablo 43'de görüldüğü gibi, katılımcıların son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine başvuru sayısına göre hasta güvenliği anket formundaki "İlaç Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kâğıdı) okur musunuz? " sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 44: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "İlaçların Prospektüsünü (İlaç Kutusundaki Açıklayıcı Kâğıdı) Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Yetersiz Düzeyde	Yeterli Düzeyde	Fazlasıyla Yeterli Düzeyde	Toplam
Hayır		5	9	2	16
	Yüzde (%)	9,8	8,5	15,4	9,4
Evet		29	64	3	96
	Yüzde (%)	56,9	60,4	23,1	56,5
Bazen		17	33	8	58
	Yüzde (%)	33,3	31,1	61,5	34,1
Toplam		51	106	13	170
	Yüzde (%)	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 44).*

Tablo 45: Katılımcıların Cinsiyetine Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Kadın	Erkek	Toplam
Okumam		16	14	30
	Yüzde (%)	25,4	30,4	27,5
Okurum veya Yakınıma Okuturum		47	32	79
	Yüzde (%)	74,6	69,6	72,5
Toplam		63	46	109
	Yüzde (%)	100	100	100
			X^2= 0,338	**p=0,561**

Tablo 45'de görüldüğü gibi, katılımcıların cinsiyet durumuna göre hasta güvenliği anket formundaki ¨Ameliyat olduysanız ameliyat bilgi formunu okur musunuz? ¨ sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 46: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		İlkokul	Ortaokul veya Lise	Üniversite	Yüksek Lisans/ Doktora	Toplam
Okumam		3	8	15	4	30
	Yüzde (%)	33,3	29,6	26,8	23,5	27,5
Okurum veya Yakınıma		6	19	41	13	79
Okuturum	**Yüzde (%)**	66,7	70,4	73,2	76,5	72,5
Toplam		19	27	56	17	109
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100
					X^2= 0,364	**p=0,948**

Tablo 46'da görüldüğü gibi, katılımcıların eğitim durumuna göre hasta güvenliği anket formundaki "Ameliyat olduysanız ameliyat bilgi formunu okur musunuz? " sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 47: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Ev Hanımı	Emekli	Öğrenci	Entelektüel Meslekler	Esnaf	Diğer	Toplam
Okumam		3	5	2	5	4	10	29
	Yüzde (%)	18,8	62,5	13,3	19,2	44,4	38,5	29,0
Okurum ve		13	3	13	21	5	16	71
Yakınıma Okuturum	**Yüzde (%)**	81,3	37,5	86,7	80,8	55,6	61,5	71,0
Toplam		16	8	15	26	9	26	100
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 47).*

Tablo 48: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Hiç	1-4	5-9	10 ve Üzeri	Toplam
Okumam		4	15	8	3	30
	Yüzde (%)	25,0	25,0	47,1	18,8	27,5
Okurum veya Yakınıma		12	45	9	13	79
Okuturum	**Yüzde (%)**	75,0	75,0	52,9	81,3	72,5
Toplam		16	60	17	16	109
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 48).*

Tablo 49: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olduysanız Ameliyat Bilgilendirme Formunu Okur Musunuz? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Yetersiz Düzeyde	Yeterli Düzeyde	Fazlasıyla Yeterli Düzeyde	Toplam
Okumam		10	19	1	30
	Yüzde (%)	30,3	27,9	12,5	27,5
Okurum veya Yakınıma		23	49	7	79
Okuturum	**Yüzde (%)**	69,7	72,1	87,5	72,5
Toplam		33	68	8	109
	Yüzde (%)	100	100	100	100
				X^2= 1,039	**p=0,595**

Tablo 49'da görüldüğü gibi, katılımcıların gelir durumuna göre hasta güvenliği anket formundaki "Ameliyat olduysanız ameliyat bilgi formunu okur musunuz? " sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 50: Katılımcıların Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Kadın	Erkek	Toplam
Sormam		3	6	9
	Yüzde (%)	4,7	13,3	8,3
Sorarım veya Yakınım Sorar		61	39	100
	Yüzde (%)	95,3	86,7	91,7
Toplam		64	45	109
	Yüzde (%)	100	100	100
			X^2= 2,607	**p=0,106**

Tablo 50'de görüldüğü gibi, katılımcıların cinsiyet durumuna göre hasta güvenliği anket formundaki "Ameliyat olacağınız zaman anlamadığınız noktaları doktorunuza sorar mısınız? " sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05)

Tablo 51: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		İlkokul	Ortaokul veya Lise	Üniversite	Yüksek Lisans/ Doktora	Toplam
Sormam		2	2	4	1	9
	Yüzde (%)	22,2	7,4	7,1	5,9	8,3
Sorarım veya Yakınım		7	25	52	16	100
Sorar	**Yüzde (%)**	77,8	92,6	92,9	94,1	91,7
Toplam		9	27	56	17	109
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 51).*

Tablo 52: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Ev Hanımı	Emekli	Öğrenci	Entelektüel Meslekler	Esnaf	Diğer	Toplam
Sormam		2	0	1	3	0	3	9
	Yüzde (%)	12,5	0,0	6,7	11,5	0,0	12,0	9,0
Sorarım veya		14	9	14	23	9	22	91
Yakınım Sorar	**Yüzde (%)**	87,5	100,0	93,9	88,5	100,0	88,0	91,9
Toplam		16	9	15	26	9	25	100
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 52).*

Tablo 53: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Hiç	1-4	5-9	10 ve Üzeri	Toplam
Sormam		4	3	0	2	9
	Yüzde (%)	25,0	5,0	0,0	12,5	8,3
Sorarım veya Yakınım		12	57	17	14	100
Sorar	**Yüzde (%)**	75,0	95,0	100,0	87,5	91,7
Toplam		16	60	17	16	109
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 53).*

Tablo 54: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Ameliyat Olacağınız Zaman Anlamadığınız Noktaları Doktorunuza Sorar Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Yetersiz Düzeyde	Yeterli Düzeyde	Fazlasıyla Yeterli Düzeyde	Toplam
Sormam		6	2	1	9
	Yüzde (%)	18,2	2,9	12,5	8,3
Sorarım veya Yakınım Sorar		27	66	7	100
	Yüzde (%)	81,8	97,1	87,5	91,7
Toplam		33	68	8	109
	Yüzde (%)	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 54)*

Tablo 55: Katılımcıların Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Kadın	Erkek	Toplam
Hayır		37	33	70
	Yüzde (%)	36,9	44,6	41,4
Evet		29	17	46
	Yüzde (%)	30,5	23,0	27,2
Bazen		29	24	53
	Yüzde (%)	30,5	32,4	31,4
Toplam		95	74	169
	Yüzde (%)	100	100	100
			X^2= 1,240	**p=0,538**

Tablo 55'de görüldüğü gibi, katılımcıların cinsiyet durumuna göre hasta güvenliği anket formundaki "Sağlık makamları tarafından önerilen aşı/tarama (grip/tetanoz/zatüre vb. aşılar, kolon/meme/rahim ağzı kanseri vb. taramalar) uygulamalara ve programlarına katılır mısını? " sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 56: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Okuma Yazma Biliyor	İlkokul	Ortaokul veya Lise	Üniversite	Yüksek Lisans/ Doktora	Toplam
Hayır		1	5	18	33	13	70
	Yüzde (%)	100,0	50,0	40,9	38,8	44,8	41,4
Evet		0	2	13	23	8	46
	Yüzde (%)	0,0	20,0	29,5	27,1	27,6	27,2
Bazen		0	3	13	29	8	53
	Yüzde (%)	0,0	30,0	29,5	34,1	27,6	31,4
Toplam		1	10	44	85	29	169
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 56).*

Tablo 57: Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı*

		Ev Hanımı	Emekli	Öğrenci	Entelektüel Meslekler	Esnaf	Diğer	Toplam
Hayır		7	4	13	17	10	14	65
	Yüzde (%)	36,8	44,4	43,3	47,2	58,8	32,6	42,2
Evet		4	5	8	8	0	15	40
	Yüzde (%)	21,1	55,6	26,7	22,2	0,0	34,9	26,0
Bazen		8	0	9	11	7	14	49
	Yüzde (%)	42,1	0,0	30,0	30,6	41,2	32,6	31,8
Toplam		19	9	30	36	17	43	154
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100	100

**Dağılım analize uygun olmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır (Tablo 57).*

Tablo 58: Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Sağlık Hizmetine Başvuru Sayısına Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Hiç	1-4	5-9	10 ve Üzeri	Toplam
Hayır		11	34	18	7	70
	Yüzde (%)	44,0	36,6	62,1	31,8	41,4
Evet		6	29	4	7	46
	Yüzde (%)	24,0	31,2	13,8	31,8	27,2
Bazen		8	30	7	8	53
	Yüzde (%)	32,0	32,3	24,1	36,4	31,4
Toplam		25	93	29	22	169
	Yüzde (%)	100	100	100	100	100
					X^2= 7,454	**p=0,281**

Tablo 58'de görüldüğü gibi, katılımcıların son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine başvuru sayısına göre hasta güvenliği anket formundaki ¨Sağlık makamları tarafından önerilen aşı/tarama (grip/tetanoz/zatüre vb. aşılar, kolon/meme/rahim ağzı kanseri vb. taramalar) uygulamalara ve programlarına katılır mısını?¨ sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 59: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Hasta Güvenliği Anket Formunda "Sağlık Makamları Tarafından Önerilen Aşı/Tarama (Grip/Tetanoz/Zatüre vb. Aşılar, Kolon/Meme/Rahim Ağzı/Prostat Kanseri vb. Taramalar) Uygulamalara ve Programlara Katılır Mısınız? " Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı

		Yetersiz Düzeyde	Yeterli Düzeyde	Fazlasıyla Yeterli Düzeyde	Toplam
Hayır		19	48	3	70
	Yüzde (%)	38,0	45,3	23,1	41,4
Evet		10	33	3	46
	Yüzde (%)	20,0	31,1	23,1	27,2
Bazen		21	25	7	53
	Yüzde (%)	42,0	23,6	53,8	31,4
Toplam		50	106	13	169
	Yüzde (%)	100	100	100	100
				X^2= 9,159	**p=0,057**

Tablo 59'da görüldüğü gibi, katılımcıların gelir durumuna göre hasta güvenliği anket formundaki "Sağlık makamları tarafından önerilen aşı/tarama (grip/tetanoz/zatüre vb. aşılar, kolon/meme/rahim ağzı kanseri vb. taramalar) uygulamalara ve programlarına katılır mısını? " sorusunun cevapları analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgurlar tartışılmış, ardından çalışmadan çıkarılabilecek bazı sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

6.1. Tartışma

Hasta güvenliği, sağlık kuruluşları ve çalışanları tarafından sağlık bakım hizmeti alan kişilere hatasız bir şekilde sağlık hizmetinin verilmesi ve meydana gelebilecek zarara yönelik gerekli önlemlerin alınması şeklinde tanımlanmaktadır (Sarp, 2019). Sağlık kuruluşları içerisinde anlaşılması ve doldurulması güç formlar, yanlış yönlendirmeler, tıbbi terminolojinin kullanımı ve kötü hazırlanmış sağlık bilgi materyalleri hizmetten yararlananlar için sıkıntı oluşturmaktadır. Böyle karmaşık yapı içerisinde kaliteli ve güvenli bir şekilde hizmet alınabilmesi için kişilerin ileri düzey sağlık okuryazarlığına sahip olmaları gerekmektedir (Kickbusch ve ark., 2013).

Sağlık okuryazarlığı basit bir ifade ile bireylerin sağlık hizmetlerinde kimsenin yardımına ihtiyaç duymadan kendi başına kayıt işlemleri de dahil olmak üzere tüm tahlil ve tetkik işlemlerini doğru ve sorunsuz bir şekilde yaptırabilmesi sonrasında ise hekimin söylediklerini anlayıp kendini de net bir şekilde ifade edebilmesidir. Hastayı sisteme ve karar mekanizmasına maliyet bilinçli ve yüksek kaliteli bir sağlık sistemi için dahil etmek hedeflenirken, hastaların böyle bir durumda kendilerini ne kadar hazır hissettikleri çoğu zaman bilinmemektedir. Bu sorumlulukları yeterince hazır olmayan hastalara veya kişilere yüklemek, sistemi ve hastayı korumak yerine sistemin sürdürülebilirliğini ve hasta güvenliğini tehdit etme riskini oluşturmaktadır. Toplumdaki kişilerin kendi sağlık bakım hizmetinde söz ve sorumluluk alma becerisi ve motivasyonu değerlendirilirken bununla birlikte sağlık sistemine katılmasında öncelikle toplumun ve kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin saptanması gerekmektedir (Tanrıöver ve ark., 2014; Tunalı Çokluk, 2018).

DSÖ'nün raporlarında dünyada yetişkin insanların her dört kişiden en az birinin depresyon düzeyinde ruh sağlığı sorunu yaşadığı ve bu sıklığın somut bir şekilde görülmediği, soyut kaldığı için her zaman sağlık sistemleri tarafından ruh sağlığı

uygulamalarının ihmal edildiği belirtilmektedir. Beden sağlığına aşırı önem verilmesi, ruh sağlığının ihmal edilmesinden başka bir sorunu gündeme getirmektedir. Bu bağlamda yaptığımız çalışmada erişkin psikiyatri hastalarının SOY düzeyleri belirlendi ve hasta güvenliği açısından sağlık okuryazarlığının önemi araştırıldı.

Tanrıöver ve arkadaşlarının (2014) yaptığı Türkiye SOY araştırmasında, Türkiye toplumunun %40,1'i sorunlu-sınırlı, %7,6'sı mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu, Ergün'nün (2017) Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerine yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %34,0'ı sorunlu-sınırlı, %13,1'i mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu, Muslu ve arkadaşlarının (2017) Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü öğrencilerine yaptığı çalışmada, %49,6'sının yetersiz ve sınırlı-sorunlu, %43,4'ünün yeterli SOY düzeyine sahip olduğu, Güven'nin (2016) dahiliye polikliniklerinde yaptığı çalışmada, hastaların %77,89'unun yeterli sağlık okuryazarlığa sahip olmadığını, Okyay ve arkadaşlarının (2016) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkiye uyarlaması çalışmasında, toplumumuzun %39,6'sının sınırlı-sorunlu, %14,5'inin mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu, Kaya ve Uludağ'nın (2017) kronik hastalığa sahip yaşlı hastalarda yaptığı çalışmada, %27,0'ı sorunlu-sınırlı, %40'ının yeterli düzeyde SOY düzeyinde olduğu, Malatyalı'nın (2018) 4 enstitü, 16 fakülte, 3 yüksekokul ve 14 meslek yüksekokulunda yaptığı çalışmada, %27,2'sinin sorunlu-sınırlı, %38,9'sının yeterli SOY düzeylerine sahip olduğu, Berens ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, adölesan yaş grubunun (15-29 yaş) %40,5'i problemli, %42,5'i sorunlu-sınırlı SOY düzeylerine sahip olduğu, aynı şekilde Değerli (2018), Filiz (2015), Ölmez ve Barkan (2015), Yılmazel (2014), Özdemir ve arkadaşları (2010), Lee ve arkadaşları (2015), Smith ve arkadaşları (2015), Klassen (2008), Von Vagner ve arkadaşları (2007), Morrison ve arkadaşları (2015), Palumbo ve arkadaşları (2016) ve Sorensen (2015) çalışmalarında farklı araçlar ve çeşitli örneklemler ile elde ettikleri bulgularda kişilerin sınırlı-sorunlu SOY düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır. Yaptığımız çalışmada Erişkin Psikiyatri Hastalarının %87,1'inin yetersiz, %7,6'sının sorunlu-sınırlı, %3,5'inin yeterli, %1,8'i ise mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar Türkiye SOY araştırması ve Avrupa SOY araştırması Türkçe uyarlaması ve diğer birçok çalışmanın çok altında olduğu görülmektedir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı sorunu, gelişmiş veya gelişmekte olan tüm ülkelerde hâlâ devam etmekte olan halk sağlığı sorunlarından biridir. Kişilerin bilgiye erişim,

bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama konularında becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Okyay ve arkadaşlarının (2016) TSOY-32 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı 29,5, Güven'in (2016) dahiliye polikliniklerde yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı ortalama indeks puanı 29,68, Tunalı Çokluk'un (2018) Eczacılık Fakültesi ve Okul Öncesi Öğretmenliği bölümlerinde yaptığı çalışmasında genel indeks puanı 28,18, Ergün'ün (2017) Sağlık Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada genel puan indeksini 28,18, Tanrıöver ve arkadaşlarının (2014) Türkiye SOY araştırmasında Türk toplumunun genel okuryazarlık indeksi 30,4, Kaya ve Uludağ (2017) Mersin ili Mut ilçesinde yaptığı çalışmada genel indeks puanı 35,99, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile sekiz Avrupa ülkesinde yapılan çalışmada genel puan indeksleri Bulgaristan'ın 30,50, Avusturya'nın 31,95, İspanya'nın 32,88, Yunanistan'ın 33,57, Polonya'nın 34,45, Almanya'nın 34,49, İrlanda'nın 35,16 ve Hollanda'nın 37,06 puan aldığı ve sekiz ülkenin genel indeks puan ortalamasının 33,78 olduğu bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada sağlık okuryazarlığı ortalama indeks puanı 16,00'dır. Çalışma sonucunda ki ortalama indeks puanın bu kadar düşük olması örneklem sayımızın diğer çalışmaların çok altında bir sayı olmasından kaynaklandığını söylemek mümkündür.

Sağlık okuryazarlığı alt boyutların ortalamaları incelendiğinde, Tunalı Çokluk'un (2018) Eczacılık Fakültesi ve Okul Öncesi Öğretmenliği bölümlerinde yaptığı çalışmada, en düşük ortalamaya sahip boyut "sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme" en yüksek ortalama "sağlıkla ilgili bilgiyi ulaşma" boyutudur. Güven'in (2016) dahiliye polikliniklerde yaptığı çalışmada, en düşük ortalamaya sahip alt boyut "sağlık bilgisine erişim" en yüksek ortalamaya sahip boyut "sağlık bilgisini uygulama" boyutudur. Okyay ve arkadaşlarının (2016) SOY-SEN geliştirilmesi ön çalışmasında en düşük ortalamaya sahip boyut "bilgiyi anlama" en yüksek ortalama "bilgiye ulaşma" boyutudur. Çalışmamızda en düşük ortalamaya sahip boyut "sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma" en yüksek "sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme" boyutu olduğu bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı boyutlarının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterip/göstermemesi incelendiğinde, Ergün'nün (2017) Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada, Değerli'nin (2018) Isparta ilinde yaptığı çalışmada, Güven'in (2016) dahiliye polikliniklerde yaptığı çalışmada, Malatyalı'nın (2018) 4 enstitü, 16 fakülte, 3 yüksekokul ve 14 meslek yüksekokulunda yaptığı çalışmada, Okyay

ve Abacıgil'in (2016) TSOY-32 Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ve aynı şekilde Tanrıöver ve arkadaşları (2014), Özdemir ve arkadaşları (2010), Sorensen ve arkadaşları (2015), Berens ve arkadaşları (2016) çalışmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiğini saptanmıştır. Çalışmamızda, yaş ile sağlık okuryazarlığı boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Yaş ile SOY arasındaki ilişkinin anlamlı fark saptanamamasının sebebini çalışmamızda yaş dağılımlarının dağınık olmasına bağlamak mümkündür.

Katılımcıların hastalandıkları zaman ilk yaptıkları alışkanlıklar incelendiğinde Tanrıöver ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında %54,7'sinin doktora gitmek, %16,8'inin evdeki ilaçları kullanmak ve %12,9'unun hastaneye gitmek olduğu bulunmuştur. Tunalı ve Çokluk'un (2018) çalışmasında katılımcıların %61,9'u doktora giderim, %35,6'sı evdeki ilaçları kullanırım ve %28,9'u hiçbir şey yapmam cevabını vermiştir. Çalışmamızda katılımcıların "Hastalandığınız Zaman Kendi Kendinize Çözüm Bulamayacağınızı Düşündüğünüzde İlk Yaptığınız? " sorusuna %70'inin sağlık kuruluşuna başvuru yaptığı, %18,2'sinin geleneksel/tamamlayıcı yönteme başvuru yaptığı, %7,1'inin yüz yüze/ telefonla bilgi aldığı ve %4,7'sinin ise eczaneden yardım aldığı cevabını vermiştir. Katılımcıların diğer çalışmalara benzer şekilde hastalandıkları zaman sağlık kuruluşuna başvuru yaptığı görülmüştür. Ayrıca cinsiyete göre hastalandıkları zaman kendi kendine çözüm bulamayacağını düşündüklerinde ilk yaptıkları arasında anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Katılımcılara ¨Son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine başvuru sayısını¨ sorulduğunda, Türkoğlu'nun (2016) Isparta ilinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %40,2'si 4 kez ve üstü, %19,2'si 2 kez, %18,7'si 3 kez, , %11,1'i 1 kez ve %10,8'i 1'den az olarak yanıtlamış, Tanrıöver ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada katılımcılara "Son 12 ay içerisinde herhangi bir doktora veya hastane hizmetlerine başvuru sayısı" sorulduğunda, %28,1'i 3-5 kez, %26,7'si 6 ve üzeri, %26,3'ü 1-2 kez, %19,0'ı yok şeklinde cevap vermiş, Demirli'nin (2018) Edirne ilinde yaptığı çalışmada katılımcıların yılda başvuru sayısı incelendiğinde, 158 kişinin 1 veya 2 kez, 119 kişinin 3 veya 5 kez, 66 kişinin neredeyse hiç, 61 kişinin 5 ve üzeri, 28 kişinin sayısını hatırlamıyorum ve 22 kişi neredeyse her ay başvuru yaptığı cevabını vermiştir. Çalışmamızda, katılımcıların son bir yıl içerisinde sağlık hizmetlerine %55,3'ünün 1-4 kez, %17,1'inin 5-9 kez, %14,7'sinin hiç ve %12,9'unun 10 ve üzeri şeklinde başvuru yaptığı cevabını vermiştir. Diğer çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Katılımcıların ¨Reçete edilen ilaçlar hakkında yan etkileri de dahil olmak üzere bilgi edinmeye çalışma¨ sorusuna verdikleri cevaba göre Demirli'nin (2018) çalışmasında %29,1'in her zaman, %26'sının sıklıkla, %21,8'inin bazen, %14,3'ünün nadiren ve %8,8'inin hiçbir zaman bilgi edinmediği cevabını vermiş ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Tanrıöver ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında "İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak¨ sorusuna %42,9'u kolay olduğu cevabını vermiştir. Çalışmamızda katılımcıların ¨İlaç prospektüsünü (ilaç kutusundaki açıklayıcı kâğıdı) okur musunuz? " sorusana %56,5'i evet, %34,1'i bazen ve %9,4'ü hayır cevabını vermiştir. Her iki çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğunun ilaçlar ile ilgili bilgi edinme konusunda farkındalığının olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyete göre ilaç kutusundaki açıklayıcı kâğıdı okumaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş, kadınların %69,3'ü ilaçların içerisindeki açıklayıcı kâğıdı erkeklere göre (%39,2) daha fazla okuduğu saptanmıştır. Katılımcıların son bir yıl içerisinde sağlık hizmetlerinde başvuru sayısı ile ilaçların içerisinde ki açıklayıcı kâğıdı okumaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışma kapsamında katılımcıların "Doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanları tedaviniz ve bakımınız hakkında size görüşünüzü sorar mı" sorusuna %45,3'ü evet, %30,6'sı bazen ve %22,4'ü hayır cevabını vermiştir. Cinsiyete, son bir yıl içerisinde sağlık başvuru sayısına veya gelir duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların "Doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanları tedaviniz ve bakımınız ile ilgili konularda sizin görüşünüzü sorar mı? " sorusuna "Hayır veya Bazen" cevabı verenlerin ne nedenle olabileceğine ilişkin %21,8'i doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanları ile zaman azlığı nedeniyle yeterince görüşemediği, %21,8'i doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanları görüşümü sormadığını, %9,4'ünün bilgisinin yetersiz olduğunu ve %3,5'inin bilgi almak istemediği cevabını vermiştir. Ayrıca cinsiyete göre Doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanları tedaviniz ve bakımınız ile ilgili konularda sizin görüşünüzü sorar mı?¨ sorusuna ¨Hayır veya Bazen¨ cevabı verenlerin ne nedenle olabileceğine ilişkin cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Katılımcılar "Ameliyat olduysanız ameliyat bilgilendirme formunu okur musunuz? " sorusuna %46,5'i okurum, %17,6'sı okumam şeklinde cevap vermiştir. Cinsiyete, eğitim ve gelir durumuna göre ameliyat bilgilendirme formunu okuyup okumamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Aynı şekilde katılımcılara

“Ameliyat olacağınızda anlamadığınız noktaları doktorunuza sorar mısınız? ” sorusuna %58,8’i sorarım, %53,3’ü sormam şeklinde cevap vermiştir. Cinsiyete göre anlamadıkları noktaları doktora sorup sormamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların yarısının anlamadıkları noktaları doktorlarına sormaması hasta güvenliğini riske eden bir olaydır. Ameliyatla ilgili gerekli bilgilerin sorgulanması ameliyata karar verme ve ameliyatın başarılı olması yolunda hastanın sürece katılımı son derece önemlidir (Chan ve ark., 2002; Katz ve ark., 2005; Batte ve Adone, 2006; Katz ve Habley, 2007).

Çalışmamız kapsamında katılımcılar “Sağlık makamları tarafından önerilen aşı/ tarama (grip/ tetanoz/ zatüre vb aşılar, kolon/ meme/ rahim ağzı/ prostat kanseri vb. taramalar) uygulamalara ve programlara katılır mısınız? ” sorusuna %41,2’si hayır, %31,2’si bazen ve %27,1’i evet şeklinde cevap vermiştir. Cinsiyete, son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine başvuru sayısına veya gelir durumuna göre sağlık makamları tarafından önerilen uygulamalara ve programlara katıp katılmamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sonuçlar incelendiğinde bir yıl içerisinde 5-9 kez sağlık hizmetine başvuru yapanların (%62,1) sağlık makamları tarından önerilen uygulama ve programlara katılmadığı, hiç başvuru yapmayan (%32,0) kişilerinde bazen programlara katıldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca Tanrıöver ve arkadaşlarının (2014) Türkiye SOY araştırmasında halkın sadece %13,5’inin Sağlık Bakanlığı kampanyalarından haberdar olduğu bulunmuştur. Buna göre uygulamalar ve programlar hakkında sağlık makamlarının daha fazla kişinin katılabilmesi, bilinç ve duyarlılık düzeyinin artması için gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında ilişkiler saptanmıştır. Buna göre katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ile bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların sağlık ile ilgili edindikleri bilgileri anlamaları ile değerlendirip uygulayabilmelerinin paralel bir şekilde pozitif yönde artmasının sebebi sağlık okuryazarlığının sadece sağlıkla ilgili bilgileri anlamak değil aynı zamanda bu bilgileri kişinin ihtiyacı doğrultusunda değerlendirip uygulayabilmesidir. Kişilerin sağlıkla ilgili anladıkları bilgileri uygulayabilmeleri sağlık sistemi içerisinde kolaylıkla karar alabilmeleri ve rahat hareket edebilmeleri anlamına gelmektedir.

Çalışma kapsamında elde edilen bir diğer bulgu sağlık okuryazarlığı alt boyutları ile hasta güvenliği arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğudur. Katılımcıların hasta

güvenliği skoru ile bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi uygulama/kullanma, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kısacası hastaların hasta güvenliği puanları arttıkça sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi uygulama/kullanma, tedavi ve hizmet alma, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik pozitif algıları azalmaktadır. Hasta güvenliği sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet alanlara hatasız bir şekilde hizmetin verilmesidir. Bu hizmetlere yönelik algıların hasta güvenliği düzeyi arttıkça azalması, kaliteli ve güvenli olmayan hizmet sunumundan kaynaklandığı söylemek mümkündür.

6.2. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada İstanbul NP Beyin Hastanesi erişkin psikiyatri polikliniklerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma erişkin psikiyatri polikliniklerine başvuran 18 yaşından büyük psikotik hastalıklar haricindeki psikiyatri hastaları arasında araştırmaya katılmayı kabul eden yetişkin hastaları kapsamaktadır.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu ve hasta güvenliği düzeyinin ise kabul edilebilir olmakla birlikte daha iyi hale getirilebiliceği sonucuna varılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, en düşük ortalamanın sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma olduğu, en yükseğinin ise sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme olduğu bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında ilişkiler saptanmıştır. Buna göre katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ile bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Öte yandan hasta güvenliği skoru ile bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi uygulama/kullanma, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi için şu önerilerde bulunulabilir:

- Yetersiz sağlık okuryazarlığı gelişmiş veya gelişmekte olan tüm ülkelerin halk sağlığı sorunlarından biridir. Elde edilen bulgularda sağlık okuryazarlığı düzeyinin çok düşük olduğu ve geliştirilmesi gerektiğidir. Bireylerin sağlık hakkında

aldıkları eğitim hem kendisini hem de toplumu yakından ilgilendirmektedir. Öncelikle toplumumuzdaki bölgelerde sağlık okuryazarlık araştırmaları yapılmalı ve sağlık okuryazar düzeyinin çok düşük olduğu bölgelerde çalışmalara başlanılarak yükseltilmesi adına projeler geliştirilmelidir.

- Literatürdeki bilgiler ve çalışma bulguları kapsamında önemli olan noktalardan biri de sağlık makamları tarafından sunulan uygulama ve programlar hakkında toplumun bilgisinin olmaması veya katılmamasıdır. Bireylerin hastalıklardan korunmak ve sağlığın geliştirilmesi için düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırması ve gerekli olan eğitimlere katılması gerekmektedir.
- Eğitim erken çocukluk döneminde başlamalı, ilkokul, lise ve üniversitede doğru ve standartlara dayalı bir şekilde müfredata sağlık okuryazarlığı konusu dahil edilmelidir.
- Sağlık okuryazarlığı yalnızca hastaları değil sağlık kurumlarında çalışanları da yakından ilgilendiren bir konudur. Hasta kendisini ne kadar iyi ifade ederse etsin sağlık çalışanının sağlık okuryazarlığının düşük olması, olası hasta güvenliği sorunlarının da doğuracaktır. Böyle bir durumda sağlık çalışanları belirli aralıklar ile sağlık okuryazarlığı eğitimleri almalıdır.
- Sağlık hizmet sunumunda eşitsizlikler en aza indirilmelidir.
- Sağlık okuryazarlığının yükselmesi adına medyanın rolü büyüktür. Bireylerin bilgi edinme konusunda sıklıkla başvuru yaptığı internet, çok küçük yaş gruplarına kadar düşmüştür. Bu nedenle internet, televizyon ve sosyal medya mecralarında sağlık hakkındaki haberlerin güvenirliği ve doğruluğu teyit edilmelidir.
- Sağlık okuryazarlığı eğitimleri sıkıcı olmamalı, görsel ve işitsel araçlar kullanılarak öğrenilmesi kolay hale getirilmelidir.
- Sağlık eğitimi ve bilinci tüm toplumu yakından ilgilendiren bir konudur. Gerek kamu gerek özel, tüm eğitim kurumlarında ki çalışanlara sağlık okuryazarlık eğitimleri verilmeli, öğrencilerin ise müfredatlarına sağlık okuryazarlık eğitimleri eklenmelidir.
- Sağlık hizmetlerinde uygulamaya giren değişiklikler konusunda tüm toplumu sağlık uygulamaları, e-posta gönderimi, telefon mesajları, televizyon veya internet

iletişim araçları tarafından doğru ve güvenilir bir şekilde bilgilendirilmelerin yapılması bireylerin yeni hizmetlere adaptasyonu sağlanmalıdır.

- Sağlık okuryazarlığı sağlık profesyonellerini, bireyi, eğitimcileri, politikacıları ve diğer tüm meslek gruplarını yakından ilgilendiren bir konudur. Bu kapsamda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi adına birçok paydaş sisteme dahil edilmeli ve politika, prosedür ve girişimler geliştirilmelidir.
- Aile hekimliklerinde temel sağlık okuryazarlığın kazandırılması noktasında eğitimler düzenlenmelidir. Çocukların ve üniversite öğrencilerinin ders müfredatlarında ki aldıkları bilgileri anne ve babalar veya yaşlılar veya yaşam kalitesi düşük olanlar şartlar doğrultusunda veya zaman sıkıntısından dolayı alamamaktadır. Bu nedenle bireylerin kayıtlı olduğu aile hekimliğinden sağlık okuryazarlığı hakkında eğitimler alması hem tedavi ve hizmet açısından hem de sağlığın geliştirilmesi bakımından bireylere katkılar sağlayacaktır.
- Sağlıklı hizmetlerinde araştırma ve ölçümlere yatırım yapılmalı, girişimler desteklenmelidir.
- Hastaların maliyeti yüksek olan acil hizmetlere gereksiz başvuruları azaltmak, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirmek adına kamu spotları düzenlenmelidir.
- Hekim-hasta iletişimi, sağlık profesyonellerinin birbirleri ile iletişimi gibi iletişim ve sağlık okuryazarlık eğitimleri verilmeli iyi iletişim kurmanın yolları aranmalıdır.
- Aile hekimlikleri, eczaneler, hekimler ve hemşireler hastalara ilaçların nasıl kullanılması gerektiğini, yan etkilerinde ne yapmaları gerektiği gibi ilaç kullanımı hakkında hastalara bilgilendirme yapmaları gerekmektedir.
- Kamu ve Özel sağlık kuruluşlarında ki hastaların bekleme salonlarında, ara katlarda, hasta odalarında ki televizyonlarda kısacası toplu halde bulunulan bölgelerde televizyonlar aracılığı ile sağlık hakkında bilgilendirme spotları yayınlanmalıdır.
- Göçmenlere yönelik sağlık okuryazarlığı kaynakları dağıtılmalı ve eğitim programları yapılmalıdır.

Hasta güvenliği düzeyinin güçlendirilmesi için şu önerilerde bulunulabilir:

- Hasta güvenliğinin sağlanmasından hastaların hangi süreçlerde ne şekilde katılmalarının gerektiğine dair görev ve sorumluluk bilincinin yükseltilmesi gerekmektedir.
- Sağlık profesyonellerine belirli aralıklar ile hasta güvenliği eğitimlerinin verilmesi ve eğitimin verilmesi ile sınırlı kalmayıp sonuçlar doğrultusunda plan, program ve prosedürler geliştirilmelidir.
- Yöneticiler hata bildirimleri konusunda çalışanları cesaretlendirmelidir.
- Hasta güvenliği ölçeği geliştirilmelidir.
- Son olarak, DSÖ'nün raporlarında dünyada yetişkin insanların her dört kişiden en az birinin depresyon düzeyinde ruh sağlığı sorunu yaşadığı ve bu sıklığın somut bir şekilde görülmediği, soyut kaldığı için her zaman sağlık sistemleri tarafından ruh sağlığı uygulamalarının ihmal edildiği belirtilmektedir. Beden sağlığına aşırı önem verilmesi, ruh sağlığının ihmal edilmesinden başka bir sorunu gündeme getirmektedir. Bu açıdan yapılacak yeni çalışmalarda hasta güvenliği ve sağlık okuryazarlığı anketlerinin daha büyük bir örnekleme yapılarak ruh sağlığı hizmetlerinde güvenlik kültürünün ölçülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

AVCI U, SAYILIR A. (2006) Hizmet Kalitesi Çerçevesinde Çalışanların Rolüne ve Yeterliliklerine İlişkin Karşılaştırmalı Bir İnceleme. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1: 121-136

ALTİNDİŞ S. (2009) Bilgi Yönetimi Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Etkilerine İlişkin Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar

ARNOLD JL. (1999) International Emergency Medicine and the Recent Development of Emergency Medicine Worldwide. *Ann Emerg Med*. 33: 97-103.

AREN A. (2008) Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*, 3:141-145

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. (2003) Prevention of Medication Errors in the Pediatric Inpatient Setting. Sayı: 2

ALSULAMI Z, CONROY S, CHOONARE I. (2013) Medication Errors in The Middle East Countries: a Systematic Review of The Literature. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69:995-1008

ASPDEN P, CORRIGAN J, WOLCOTT J, ERICKSON SM. (2004) Patient Safety: Achieving A new Standard for Care, *DC: National Academies Press*, 29-40

AKGÜN S, AL-ASSAF AF. (2007) Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürünü Nasıl Oluşturabiliriz?. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, sayı:4

AŞTI T, ACAROĞLU R. (2000) Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 4:22-27

ALTUNTAŞ TURASAN B, (2010). Bir Psikiyatri Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi ve Güvenlik Raporlamanın İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

AKBAŞ E, (2014) Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

AKARÇAY D, (2013) Türkiye'de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES. (2005) Standards for Establishing and Sustaining Health Work Environments: a Journey to Excellence. *Aliso Viejo*, CA:AACN

AVCI K. (2019) İnsan Hataları ve Sistem Düşüncesi. H. SUR, T. PALTEKİ, G. YAZICI, *Hasta Güvenliği*, Palme Yayınevi, Ankara, s:41-56

AVCI K, AKTAN T. (2015) Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2):48-54

AHMADI M, DAMANABI S, SADOUGHI F. (2014) A Comparative Study of The Proposed Models Fort He Components of The National Health Information System. *Acta Informatica Medica Journal of Academy of Medical Sciences of Bosnia Herzegovina*, 22:115-119

ANAMERİÇ H. (2005) Bilgi Merkezlerinin Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Rolü, *Bilgi Dünyası*, 6:15-35

ALOTAIBI YK, FEDERICO F. (2017). The Importance of Health Information Technology on Patient Safety. *Saudi Med J.* 38(12):1173-1180

ANAVER T, FEDAİ R. (2017) Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme: Sağlık Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Kullanılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22:1544-1542

ASSIRI GA, SHEBL NA, MAHMOUD MA, ALOUDAH K, GRANT E, ALJADHEY H, SHEIKH A. (2018) What is The Epidemiology of Medication Errors, Error-Related Adverse Events and Risk Factors for Errors in Adults Managed in Community Care Contexts? A Systematic Review of The International Literatüre. *BMJ Open*, Voluma 8, Issue, 5

AKALIN E. (2004) Hata Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz? *AKDEM Dergisi* 18:12-13

AKALIN E. (2005) Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi* 3;141-146

AKALIN E. (2014) Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 32:64-67

AKALIN Z, TEKİN DE, CİVİL SO. (2012) Hasta Güvenliği-Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. 1.Baskı. Nobel Tıp Kitapevi. İstanbul. s:63-81

ABDEL-LATİF MM. (2016) Knowledge of Healthcare Professionals About Medication Errors in Hospital. *Journal Basic and Clinical Pharmacy*, 7:87-92

ASHCROFT DM, MORECROFT C, PAKER D, NOYCE PR. (2005). Safety Culture Assesment in Community Pharmacy: Development, Face Vilidity, and Feasibility of The Manchester Patient Safety Assessment Framework, *Qualitty and Sfety in Health Care*, 14:417-421

AŞIÇI M. (2009) Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık, *Değerler Eğitimi Dergisi*, 17:9-26

ASLANTEKİN F, YUMRUTAŞ M. (2014) Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13:4

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QALTY. (2019) Culture of Safeyt. Erişim Tarihi: 07.06.2019 https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/Culture-of-Safety

BANAR K, EKERGİL V. (2010) Muhasebe Meslek Mensuplarının Hizmet Kalitesi: Sunulan Hizmetlerin Kalitesi ile Müşteri Memnuniyeti İlişkisi Eskişehir Uygulaması. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 1:39-60

BAYIK A. (1998) SAĞLIK EĞİTİMİ. Ed. İnci Erefe. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. 1.Baskı. Birlik Ofset. İstanbul

BATES DW, GAWANDE AA. (2003) Improving Safety With Information Technology. *N Engl Med.* 19;343(25):2526-34

BAYRAKTUTAN Y, ARSLAN İ, BAL V. (2010) Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hastane Performanslarına Etkisinin Veri Zarflama Analizi ile İncelenmesi: Türkiye'de Göğüs Hastalıkları Hastanelerinde Bir Uygulama. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 16:13-18

BATES DW, ONEIL AC, BOYLE D, TEICH J, CHERTOW GM, KOMAROFF AL, el. all. (2003) Potential Identifiability and Preventability of Adverse Events Using Information-Systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 1(5), 404-411.

BAYAT AH. (2016) Tıp Tarihi. 3.Baskı, s:52

BALIK H. (2014) Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

BALIK H. (2014) Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları, Yüksek Lisan Tezi, İstanbul BERENS E-M, VOGT D, MESSER M, HURRELMANN K, SCHAEFFER D. (2016) Health Literacy Among Different Age Groups in Germany: Results of a Cross-Sectional Survey. *BMC public health*, 16(1):1151

BERTAN M, AKIN L. (1997) Halk Sağlığında Temel Bilgiler. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. s: 42

BERWICK DM, LEAPE LL. (1999) Reducing Errors in Medicine. *BMJ Open*, 17:136-137

BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD NM, HEBERT L, LOCALIO AR, LAWTHERS AG, NEWHOUSE JP, WEILER PC, HIATT HH. (2004) Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of The Harvard Medical Practive Study I, *Qual Saf Health Care*, 13:145-152

BRICKELL TA. NICHOLLS TL. PROCYSHYN RM. MCLEARN C. DEMPSTER RJ. LAVOIE JAA. SAHLSRROM MA. TOMITA TM. WANG E. (2009) Patient Safety in Mental Health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association

.

BEUZEKOM M, BOER F, AKERBOOM S, HUDSON P. (2012). Patient Safety in The Operating Room: an Intervention Study on Latent Risk Factors. *BMC Surgey*, 12:10

BUDAK M. (2008) Hasta Güvenliği Kültürü, *Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi*,

BOHLMAN NL, PANZER AM, KINDIG DA. (2004) Helath Literacy A Presiption to End Confusion, Institute of Medicine, *The National Academies Press*, Washington D.C.

BÜKEN E, ORNEK BÜKEN N, BÜKEN B. (2004) Obstetrik ve Jinekolojik Malpraktis İçinde Türkiyede: İnsidansı, darbe, Nedenleri ve Önleme, *Journal of Forencis and Legal Medicine*, 11:233-47

CANDANSAYAR S. (2001) İnsan Yaşamında Ruh Sağlığının Önemi, *MİSED*, s:80-84

CEBECİ F. (2010) Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerin Rolü. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2:57-63

CHYKA PA. (2000) How Many Deaths Occur Annually From Adverse Drug Reactions in The United States? *Am J Med*. 1;109(2):122-30

CANDAŞ B, GÜRSOY A. (2015) Cerrahide Hasta Güvenliği: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3:40-50

CARVALHO AGR, MORAES APP, TANAKA LMS, GOMES RV, SILVA AAM. (2017) Quality in Intensive Care Units: Proposal of an Assessment Instrument, *BMC Res Notes*, 26:222

COULTER A, PARSONS S, ASKHAM J. (2008) Where are The Patient in Decision-Making About Their Own Care? *Health System and Policy Analysis*, 1-14

CSIKI IE, MARCU A, UNGUREN C. (2003) Description of The National Health Information System in Romania, *The Institute of Public Health*, Bucharest

ÇAĞLIYAN V. (2017) Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi Analizi: Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği, *Selçuk üniversitesi Bil. Ens. Der.* 37:254-264

ÇAKMAK C, TELEŞ M, KONCA M. (2018) Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21:423-448

ÇAKIR A. (2007) Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir

ÇAKMAKCI M, AKALIN E. (2010) Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları, 1.Bakı, Ankara

ÇINAROĞLU S, AVCI K. (2013) Yönetim Biliminde Sistem Yaklaşımı ve Sağlık Alanı Özelinde Bir Değerlendirme, *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 17:83-101

ÇINAR D, KARADAKOVAN A. (2016) Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 20:116-22

ÇİLER ERDAĞ G. (2015) Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. F. YILDIRIM, A. KESER, *Sağlık Okuryazarlığı*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi s:6

DESHPANDE R, FREDERICK E, WEBSTER JR. (1989) Organizational Culture and Marketing: Defining The Research Agenda, *Journal of Marketing*, 53:3-15

DEĞERLİ H. (2018) Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Algılarına Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta

DEMİRLİ P. (2018) Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne

DEIMAZAR G, KAHOUEI M, ZAMANI A, GANJI Z. (2018) Health Information Technology in Ambulatory Care In a Developing Country. *Electronic Physician Excellence in Constructive Peer Review*, 10:6319-6326

DESPINS LA. (2009) Patiret Safety and Collaboration of The Intensive Care Unit Team. *Critical Care Nurse*, 29.85-91

DEGANI A, WIENER EL. (1993) Cockpit Checklists: Concepts, Desing, and Use, *SAGE Journals*, 35:345-359

DHILLON BS. (2003) Human Reliability and Error in Medical System. *Series on Industrial&System Engineering*, 2:10-108

DURUSU TANRIÖVER M, YILDIRIM H, DEMİRAY READY FN, ÇAKIR B, AKALIN E. (2014) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası

DIZON-WOODS M, PRONOVOST PJ. (2016) Patient Safety and The Problem of Many Hands. *BMJ Qual Saf.* 25(7):485-8

ERER S. (2010) Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36:33-38

ERSOY İ. (2016) Sağlığın Geliştirilmesinde Medyanın Sorumluluğu. SASAM Enstitüsü ve Sağlık-Sen Araştırmalar Merkezi Enstitüsü. Ankara

ERGÜN S. (2017) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı, *Kocaeli Tıp Dergisi*, 6(3):1-6

ELMACI N. (2013) Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. PPT Sunum, erişim tarihi 12.05.19 http://www.dicle.edu.tr/Contents/e2631764-fea8-4059-b97e-b0a01a453d9c.pdf

ESEN H, DURMUŞ S, KİRAZ K. (2017) Acil Servisden Kliniğe Yatırılan Hastaların Bekleme Sürelerinin Belirlenmesi, *Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı kongre Bildiri Kitabı*, s:4-7

EL SAYED MJ. (2012) Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators, *Emerg Med International*, 161630

EVANS RS, PESTOTNIK SL, CLASSEN DC, CLEMMER TY, WEAVER LK, ORME JF, LLOYD JF, BURKE JP. (1998) A Computer- Assisted Management Program for Antibiotics and Other Antiinfective Agents. *The New England Journal of Medicine*, 338:232-238

FARMAKOVIJILANS DERNEĞİ. (2019) Tarihçesi Erişim Tarihi: 01.06.2019 http://farmakovijilansdernegi.org/tarihce.php

FLEMING M, WENTZELL N. (2008) Patient Safety Culture Improvement Tool: Develoment and Guidelines for Use, *Healtcare Quarterly*, 11:10-15

FİLİZ E. (2015) Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı ile İlişkisi, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya

FİLİZ E. (2019) Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği, SUR H, PALTEKİ T, YAZICI G, *Hasta Güvenliği,* Palme Yayınevi, s:171

FLIN R, YULE S. (2004) Leadership for Safety: Industrial Experience, *Qual Saf Health Care* 13:ii45-ii51

FUDİCKAR A, HORLE K, WILTFANG J, BEIN B. (2012) The Effect of The WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication, *Deutsches Arzteblatt International*, 109:695-701

FRACICA PJ, WILSON S, CHELLURI LP. (2010) Patient Safety, Varkey P (eds): Medical Quality Management Theory and Practice, 2.Ed. *Jones and Bartlett Publishers*, London, 43-74

GORAS C, UNBECK M, NILSSON U, EHRENBERG A. (2017) Interprofessional Team Assessments of the Patient Safety Climate in Swedish Operating Rooms: A Crosssectional Survey, *BMJ Open*, 7:1-8

GÖNENÇ İM. (2015) Kadın Sağlığı Açısından Sağlık Okuryazarlığı. YILDIRIM F. KESER A. *Sağlık Okuryazarlığı*. Ankara Sağlık Bilimleri Fakültesi. s:65

GÖDEŞ M. (2015) Ruh sağlığı nedir? Nasıl bozulur? Erişim Tarihi: 07.05.19 https://www.tavsiyeediyorum.com/makale_14361.htm

GABA DM, HOWARD SK, JUMP B. (1994) Production Pressure in The Work Environment, California anesthesiologists attitudes and experiences. *Anesthesiology*, 81:488-500

GÜLER HS. (2014) Özel Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

GİRGİN A. (2014) Hipokrat ve Galen. Erişim Tarihi: 03.02.2018 http://www.felsefetasi.org/hipokrat-ve-galen/

GÜVEN A. (2016) Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

GÜNAY T, (2014), Stratejik hedefler- Taraflar, Türkiye Sağlık Raporu, ERTEM M, ÇAN G, HASUDER, s:26

GÜNDOĞMUŞ ÜN, ERDOĞAN MS, SEHİRALTI M, KURTAŞ Ö. (2005) Türkiye'deki Tıbbi Uygulama Hatası Vakalarının Tanımlayıcı Bir Çalışması, 25:404-408

HAW C, STUBBS J. (2003) Prescribing Errors At a Psychiatric Hospital, *Pharmacy in Practice*, 13:64-66

HERZOG A, SHORE MF, BEALE RR, PADRINO SL, VOGEL AV, FRASHMAN M, STAFF CH. (2002) Recommendations to The Board of Trustees of The American Psychiatric Association, by the Assembly Executive Committee

HELMREICH RL. (2000) On Error Management: Lessons from Aviation, *BMJ Open*, 18:781-785

HENNEMAN EA, GAWLINSKI AA. (2004) ¨Near-miss¨ Model for Describing The Nurse's Role in The Recovery of Medical Errors. *J Pof Nurs* 20:196-201

HELLRIGEL D, SLOCUM J, WOODMAN RW. (1995) Organizational Behavior, 7th.Edition, *West Publishing Co*, USA

HAYRAN O. (2019) Tıbbi Hataların Azaltılmasında Hekimin Rolü, SUR H, PALTEKİ T, YAZICI G. *Hasta Güvenliği*. s:130-132

HADJI B, DEGOULET P. (2016) Information System End-User Satisfaction and Continuance Intention: A Unified Modeling Approach *Journal of Biomedical Informatics*, 61:185-193

INSTITUTE OF MEDICINE. (2000) To Err Is Human: Builging A Safer Health System. *National Academy Press*, Washington

ISMP. (2014) 18 Yaş altı Çocuklarda Advers İlaç Olayları. Erişim Tarihi: 04.04.2019 (https://www.ismp.org/system/files/resources/2019-02/2013Q1-Kids-Special.pdf)

İLNEM C, İLNEM M. (1999) Psikiyatri Pratiğinde Hatalı Uygulamalar. *Düşünen Adam,* 12:4-15

JOHNSTONE MJ, KANITSAKI O. (2006) Culture, Language, and Patient Safety: Making The Link. *International Journal for Quality in Health Care*, 18:383-388

JONES SB, MUNRO MG, FELDMAN LS, ROBINSON TN, BRUNT LM, SCHWAITZBERG SD, JONES DB, FUCHSHUBER PR. (2017) Fundamental Use of Surgical Energy (FUSE): An Essential Educational Program for Operating Room Safety. *The Permanente Journal*, 21:16-050

JONES J, BARRY MM. (2011) Exploring The Relationship Between Synergy and Partnership Functioning Factors in Health Promotion Partnerships. *Health Promotion Int,*. 26:408-20

KATZ SJ, HAYLEY ST. (2007).From Policy To Patients And Back: Surgical Treatment Decision Making For Patients With Breast Cancer. *Health Affairs,* 26(3), pp: 761-769.

KAYA ŞD, ULUDAĞ A. (2017) Relationship Between The Health and Media Literacy- Sağlık ve Medya Okuryazarlık Arasındaki İlişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitü Dergisi*, 9(22):194-206

KAVUNCUBAŞI Ş. (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitapevi, Ankara, s:52

KELEŞ Ş. (2017) XVII.Dünya Psikiyatri Kongresi. Berlin, *Türkiye Biyotik Dergisi,* 4:108-110

KÖSE T. (2010) Hastane Bilgi Sistemlerinin Analizi. Doktora Tezi, Ankara

KAYA EROĞLU E. (2011) Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara

KALAYCI Ş. (2016) SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli istatistik Teknikleri. 7.Baskı, Ankara, Asil Yayınevi

KARABULUT K, YAPRAKLI Ş. (2001) Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi - Erzurum'da Bir Uygulama. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi / Journal of Economics and Administrative Sciences*, Cilt: 15, Sayı: 1-2 s.117-130

KARABIYIK L. (2012) Yoğun Bakımda Sık Yapılan Hatalar. *Yoğun Bakım Dergisi,* 10:40-49

KORKMAZ A. (2018) Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 1:10-19

KELLEY R, CAPLAN J. (1993) How Bell Labs Creates Star Performers. *Harvard Business Review*, 71:128-139

KILIÇASLAN D, BOZAN H, OKTAY C, GÖKSU E. (2005) Türkiye'de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri. *Turk J Emerg Med.* 5:5-13

KRUGER AJ, LOCKEY D, KUROLA J, DI BARTOLOMEO S, CASTREN M, MIKKELSEN S, LOSSIUS HM. (2011) A Consensus-Based Template for Documenting and Reporting in Physician-Staffed Pre-Hospital Srvices. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 19:71

KOHN LT, CORIGAN JM, DONALDSON MS. (2000) To Err Is Human: Building A Safer Health System. *DC: National Academt Press*, 210:17-69

KORKMAZ S, ÇUHADAR U. (2017) Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi,* 3:72-87

KUĞUOĞLU S, SELİMAN D. (2004) Acil Bakım. 3.Baskı, Yüce Yayın, s:3-10

KUTNER M, GREENBERG E, JIN Y, PAULSEN C. (2006) The Health Literacy of America's Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. *U.S. Department of Education*

KANJ M, MITIC W. (2009) Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. Nairobi, Kenya

KLASSEN K. (2008) Health Literacy in Canada a Health Understanding. *Canadian Council on Learning*

KICKBUSCH I, PELIKAN JM, APFEL F, TSOUROS AD. (2013) Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, Çeviri, 2015

KÖSE T. (2010) Hastanelerde Bilgi Sistemlerinin Yönetim Fonksiyonlarına Katkısı. Uluslararası 8. Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildirileri, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, s:609-621

KORKMAZER F, YILDIZ A, EKİNGEN E. (2016) Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 4:141-154

LEE HY, RHEE TG, KIM NK, AHLUWALIA JS. (2015) Health Literacy As a Social Determinant of Health in Asian American immigrants: Findings From a Population-Based Survey in California. *Journal of General Internal Medicine,* 30(8):118-1124

LEONARD M, GRAHAM S, BANACUM D. (2004) The Human Factor: The Critical Importance of Effective Teamwork and Communication in Providing Safe Care. Qual Saf Health Care, 13:i85-i90

LENA W, THIN Y, (2018), Swiss cheese tragedy case study, Journal of Gastroenterology and Hepatology, volüme: 33

LEAVITT M. (2001) Medscape's Response to the Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *Medscape General Medicine*, 5;3(2):2

LINGARD L, ESPIN S, RUBIN B, WHYTE S, COLMENARES M, BAKER G, DORAN D, GROBER E, ORSER B, BOHNEN J, REZNICK R. (2004) Communication Failures in The Operating Room: An Observational Classification of Recurrent Types and Effects. *Quality and Safety in Health Care,* 13:330-334

LIANG CY, WANG KY, HWANG SJ, LIN KC, PAN HH. (2013) Factors Affecting The Physician-Patient Relationship of Older Veterans With Inadequate Health Literacy: An Observational Study. *Br J Gen Pract*, 63:e354-360

LAKE J, TURNER MS. (2017) Urgent Need for Improved Mental Health Care and A More Collaborative Model of Care, 21:17-024

LORING K. (1992) Patient Education. St. Lois: A Practical Approach. *Mosby Company.*

LOUDON J, LOUDON K. (2006) Management Information Systems Managing The Digital Firm. Newyork: Prentice-Hall International Inc

MALATYALI İ. (2018) Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas

MERCADANTE S, GREGORETTI C, CORTEGIANI A. (2018) Palliative Care in Intensive Care Units: Why, Where, What, Who, When, How. *BMC Anesthesiology*, 18:106

MATTINGLY R. (1997) Management of Health Information (A Volume in The Delmar Health Information Management Series). 1st. Edition

MANWELL LA, BARBIC SP, ROBERTS K, DURISKO Z, LEE C, WARE E, MCKENZIE K. (2015) What Is Mental Health? Evidence Towards A New Definition From A Mixed Methods Multidisciplinary International Survey. *BMJ Open*, 5:e007079

MOUNCHERAUD C, SCHWITTERS A, BOUDREAUX C, GILES D, KILMARC PH, NTOLO N, BANGANI Z, ST. LOUIS ME, BOSSERT TJ. (2016) Sustainability of Health Information System: A Three-Country Qulitative Study in Southern Africa. *BMC Health Services Research*, 17:23

MAYO AM, DUNCAN D. (2004) Nurse Perception of Medication Errors. *J Nurse Care Qual*, 19:209-217

MORENO RP, RHODES A, DONCHIN Y. (2009) Patient Safety in Intensive Care Medicine: The Declaration of Vienna. *Intensıve Care Medicine*, 35:1667-1672

MUSLU K, ÇİFTÇİ Ş, AKTAŞ EN. (2017) Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 6(3):277-285

MİDİLLİ Ö. (2011) Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Pazarlamaya Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

MAKARY MA, HOLZMUELLER CG, THOMPSON D, ROWEN L, HEITMILLER ES, MALEY WR, BLACK JH, STEGNER K, FREISCHLAG JA, ULATOWSKI JA, PRONOVOST PJ. (2006) Operating Room Briefings: Working on The Same Page. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32:351-355

MARK S, LITTLE J, GELLER S, et al. (2011) Principles and Practices of Medication Safety : DiPiro JT TR, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey L., Pharmacotherapy: a Pathophysiologic Approach. New York: *McGraw-Hill,*

MALLOULI M, TLILI MA, AOUICHA W, REJEB BM, ZEDINI C, SALWA A, MTIRAOUI A, DHIAB MB, AJMI T. (2017) Assessing Patient Safety Culture in Tunisian Operating Rooms: A Multicenter Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 29:176-182

MORRISON AK, BROUSSEAU DC, BRAZAUSKAS R, LEVAS MN. (2015) Health Literacy Affects Likelihood of Radiology Testing in The Pediatric Emergency Department. *The Journal of pediatrics*, 166(4):1037-1041

NARLI Y. (2009) Sağlık Sektöründe Hasta Memnuniyetini Arttırıcı Süreç İyileştirme Çalışmaları Üzerine Örnek Bir Uygulama: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği,.Yüksek Lisans Tezi, Konya

NIELSEN-BOHLMAN L, PANZER AM, KINDIG DA. (2004) Health Literacy A Prescription to End Confusion. *The National Academies Press.* Washington, D.C.

NUTBEAM D. (2000) Health Literacy as A Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into The 21st Century. *Health Promotion International*, 15:259-267

OKYAY P, ABACIGİL F. (2016) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, Sağlık Bakanlığı

OVALI F. (2010) Hasta Güvenliği Yaklaşımları, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,* 33-43

ODUKOYA OK, STONE JA, CHUI MA. (2014) How Do Community Pharmacies Recover From E-Prescription Errors?. *HHS Public Access*, 10:837-852

OLSEN J, BAISCH MJ. (2014) An Integrative Reiew of Information Systems and Terminologies Used in Local Health Departments. *Jamia A Scholarly Journal of Informatics In Health and Bıomedicine*, 21:e20-e27

OCAKTAN EM, ÖZDEMİR O, AKDUR R. (2004) Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi,* 12:63-73

ÖZDEMİR H, ALPER Z, UNCU Y, BILGEL N. (2010) Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. *Health Education Research*, 25(3):464-77

ÖZGİRİN K. (1996) Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimine Geçiş Projesi. 5. Ulusal Kalite Kongresi Özgeçmişler ve Tebliğler 3, Kalder, İstanbul

ÖZGÜN B. (2018) Sivas Numune Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Hizmet Alan Hasta ve Ailelerinin Memnuniyet Düzeyinin Araştırılması. Yüksel Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas

ÖLMEZ EH, BARKAN OB. (2015) Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8):121-127

ÖZMEN E, TAŞKIN O. (2007) Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkisi. *META Basım Matbaacılık,* 193-208

ÖMÜRBEK N, DEMİRGUBUZ MÖ, TUNCA MZ. (2013) Hastanelerdeki Bilişim Sistemlerinden Klinik Bilgi Sistemlerinin Kullanımına Yönelik Bir Araştırma: Denizli ve Isparta Örneği. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,* 25:301-328

ÖZKAN T, LAJUNEN T. (2003) Güvenlik Kültürü ve İklimi. PİVOLKA, 2(10): 3-4

ÖNEY DOĞANYİĞİT S. (2015) Mobil Sağlık ve Sağlık Okuryazarlığı. YILDIRIM F, KESER A, *Sağlık Okuryazarlığı,* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi s:107

ÖZLÜ CÇ. (2017) Sağlık Eğitiminde Toplum Bilinci. SESAN, Erişim tarihi: 05.01.2019 http://sesanltd.com.tr/saglik-egitiminde-toplum-bilinci/

ÖZ M. (2004) Hasta Memnuniyeti ve SSKB Ankara Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Ankara

PAASCHE ORLOW MK, WOLF MS. (2007) The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1):19-26

PAGNAMENTA A, RABITO G, AROSIO A, PERREN A, MALACRİDA R, BARAZZONI F, DOMENIGHETTI G. (2012) Adverse Event Reporting in Adult Intensive Care Units and The Impact of a Multifaceted Intervention on Drug-Related Adverse Events. *Annals of Intensice Care,* 2:47

PAPATYA G, PAPATYA N, HAMŞIOĞLU AB. (2012) Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir araştırma. *Sosyal bilimler,* 2:87-108

PARASURAMAN A, BERRY LL, ZEITHAML VA. (1985) A Conceptual Model of Service Quality and It's Implication for Future Researc. *Journal of Marketing*, 49:41-50

PAYNE TH, BATES DW, BERNER ES, BERNSTAM EV, COVVEY HD, FRISSE ME, GRAF T, GREENE'LER RA, HOFFER EP, KUPERMAN G, LEHMANN HP, LIANG L, MIDDLETON B, OMENN GS, OZBOLT J. (2013) Healthcare Information Technology and Economics. *Jamia A scholarly Journal of Informatics In Health and Biomedicine,* 2:212-217

PALUMBO R, ANNERUMMA C, ADINOLFI P, MUSELLA M, PISCOPO G. (2016) The Italian Health Literacy Project: Insights From The Assessment of Health Literay Skills in Italy. *Health Policy*, 120(9):1087-1094

PITT D, AUBIN JM. (2012) Joseph Lister: Father of Modern. *Surgey Can J Sug*, 55(5): E8- E9

PHAM JC, STORY JL, HICKS RW, SHORE AD, MORLOCK LL, CHEUNG DS, KELEN GD, PRONOVOST PJ. (2011) National Study on The Frequency,Types, Causes, and Consequences of Voluntarily Reported Emergency Department Medication Errors. *American Academy of Emergency Medicine*, 40:485-492

PEHLİVAN E. (2014) Durum (Uygulamalar). ERTEM M, ÇAN G. *TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU*. Trakya Üniversitesi Matbaası

PELZANG R, HUTCHUNSON AM. (2018) Patient Safety Issues and Concerns in Bhutan's Healthcare System: A Qualitative Exploratory Descriptive Study. *BMJ Open*, 8:E022788

PREFFER J. (1998) Human Equation: Building Profits by Putting People Firs. *Mass Harvard Business School Press*, s:345

PERNEGER TV. (2005) The Swiss Cheese Model of Safety Incidensts: Are There Holes in The Metaphor?. *BMJ Health Serv. Res.* 9:5-71

RICHARD WS, TUMBLIN TF. (2002) The Power of Servant Learship to Transform Health Care Organizations Fort he 21st-Century Economy. *JAMA Network*, 137:1419-1427

REASON J. (1995) Understanding Adverse Events: Human Factors. *Quality in Health Care*, 4:80-89

REASON J. (2000) Human Error: Models and Management. *BMJ Open*, 18:768-770

PRONOVOST P, SEXTON B. (2005) Assessing Safety Culture: Guidelines and Recommendations. *Qual Saf Health Care*, 14:231

RUSSO E, SITTIG DF, MURPHY DR, SINGH H. (2016) Challenges in Patient Safety Improvement Research in The Era of Electronic Health Records. *Healthcare*, 4:285-290

SAADDINE JB, VENKAT NARAYAN KM, VINICOR F. (2003) Vision Loss: A Public Health Problem?. *Ophthalmology*, 110:253-54

SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI. (2016) SASAM Enstitüsü Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü Halk Sağlığı Günleri, Sağlık Okuryazarlığı. Ankara.

SALUVAN M. (2015) Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi ile Hastane Bilgi Sistemleri İlişkisi. Doktora Tezi, Ankara

SEVİM S. (2006) Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, İzmir

SONGUR C, SAYLAVCI E, KIRAN Ş. (2017) Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırılmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal,* 3:276-289

SORENSEN K. VAN DEN BROUCKE S. FULLAM JÇ DOYLE G. PELIKAN J. SLONSKA Z. BRAND H. (2012) Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMJ Public Health.* 25;12:80.

SMITH SG, O'CONOR R, CURTIS LM, WAITE K, DEARY IJ, PAASCHE-ORLOW M, WOLF MS. (2015) Low Health Literacy Predicts Decline in Physical Function Among Older Adults: Findings From The Litcog Cohort Study. *Journal of Epidemiol Community Health*, 69:474-480

SCHOOLWERTH AC, ENGELGAU MM, RUFO KH, VINICOR F, HOSTETTER TH, CHIANCHIANO D, WARNOCK DG. (2006) Chronic Kidney Disease: A public Health Problem That Needs a Public Health Action Plan. Preventing chronic disease. Centers for Disease Control and Prevention Erişim Tarihi: 04.07.2019 https://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05_0105.htm

SITTIG DF, SINGH H. (2010) Anew Socio-Technical Model for Studying Health Information Technology in Complex Adaptive Healthcare System. *Qual Saf Health Care*, 19:i68-i74

SUBAŞI İT. (2013) Müşteri İlişkileri Yönetimine Bakış. Çağrı Merkezinde Müşteri İlişkileri Yönetimi (Ed.M.E.Mutlu), Eskişehir

SUR H. (2014) Gene Bir Moda: Sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi,* sayı:31

SEVİM FÖ. (2011) Hasta Güvenliği Uygulamalarından, SPEAK UP Programı, Hastanın Teşhis, Tedavi ve Bakım Süreçlerine Katılımın İncelenmesine Yönelik Alan Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara

SESHIA SS, YOUNG GB, MAKHINSON M, SMITH PA, STOBART K, CROSKERRY P. (2018) Gating The Holes in The Swiss Vheese (part I): Expanding Professır Reason's model for patient safety. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24:1

SORENSEN K, PELIKAN JM, ROTHLIN F, GANAHL K, SLONSKA Z, DOYLE G, FULLAM J, KONDILIS B, AGRAFIOTIS D, UITERS E, FALCON M, MENSING M, TCHAMOV K, BROUCKE S, BRAND H. (2015) Health Literacy in Europe: Comparative Results of The European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of public health,* 25(6):1053-8

SORENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, FULLAM J, DOYLE G, PELIKAN J, SLONSKA Z, BRAND H. (2012) Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health,* 25:12-80

SÖNMEZER MÇ, GÜLHAN B, OTUZOĞLU M, YAKUT Hİ, TEZER H. (2014) Pediatri Yoğun Bakım Ünitesindeki Sağlık Personelinin El Hijyenine Uyumunun Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hast Dergisi,* 2:75-78

SOMYÜREK N, UĞUR E. (2016) Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma: Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* 1:1-7

SHUMBA CS, KEILMANN K, WITTER S. (2017) Health Workers' Poerceptions of Private-Not-For-Profit Health Facilities' Organizational Culture and Its Influence on Retention in Uganda. *BMC Health Services Research,* 6;17(1):809

SESHIA SS, BRYAN YOUNG G, MAKHINSON M, SMITH PA, STOBART K, CROSKERRY P. (2018) Gating The Holes in The Swiss Cheese (part I): Expanding Professor Reason's Model for Patient Safety. *Journal of Evaluation in Clinical Practice,* 24(1): 187-197

SÖZEN C. (2002) Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim. Nobel Yayım Dağıtım, Ankara, s:2

SARP N. (2019) Hasta Güvenliğinde Hastanın Rolü ve Katılımının Sağlanması. *Hasta Güvenliği*, SUR H, PALTEKİ T, YAZICI G, 1.Baskı, Palme Yayınevi

SUR H. (2019) Hasta Güvenliği ile İlgili Kavramların Ortaya Çıkışı, *Hasta Güvenliği*, SUR H, PALTEKİ T, YAZICI G, 1.Baskı, Palme Yayınevi

SMITH SA, YOUNT N, SORRA J. (2017) Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture and Consumaer Reports Safety Scores. *BMC Health Services Research,* 17:143

SINGER S, LIN S, FALWELL A, GABA D, BAKER L. (2009) Relationship of Sefety Climate and Safety Performance in Hospitels. *Health Services Research,* Cilt:22 Sayı:2p1

SALMASI S, KHAN TM, HONG YH, MING LC, WONG TW. (2015) Medication Errors in The Southeast Asian Countries: A Systematic Review, Plos One A Peer-Reviewed, *Open Access Journal,* 10:e0136545

T.C. RESMİ GAZETE. (2009) Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. Erişim Tarihi: 05.03.2018 http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BİLGİ İŞLEM DAİRE BAŞKANLIĞI. (2004) Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2016) Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. 1.Revizyon 2.Baskı, Ankara

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2015) İlaç Güvenliği Rehberi. 2.Baskı, Ankara

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (1992) Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, BAŞKANLIK DEVLET PİLANLAMA TEŞKİLATI. (2007) Dokuzuncu 2007-2013 Kalkınma Planı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2007).

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (1961) Sayısı: 224 R.G. Tarihi:12.01.1961 R.G. Sayısı: 10705 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanın Erişim tarihi: 01.05.19 https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI VE AKREDİTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI. (2011) Güvenli cerrahi. Erişim Tarihi: 09.06.2019 https://kalite.saglik.gov.tr/TR,9085/guvenli-cerrahi.html

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2011) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara, s:2

T.C. KALKINMA BAKANLIĞI. (2003) 58. Hükümet Acil Eylem Planı. Erişim Tarihi: 10.06.2019 https://docplayer.biz.tr/3890419-T-c-58-hukumet-acil-eylem-plani-aep.html

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2018) Eğitimciler için Eğitim Rehberi Ruh Sağlığı Modülleri. Ankara, s:18

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (1982). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Erişim Tarihi: 04.05.2019http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20tedav

T.C. DOKUZUNCU KALKINMA PLANI. (2013) Erişim Tarihi: 10.05.2019 http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Dokuzuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2007-2013%E2%80%8B.pdf

T.C. SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ EYLEM PLANI. (2004) Erişim Tarihi: 13.06.2019 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf

T.C. 224 SAYILI SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ HAKKINDAKİ KANUN. Erişim Tarihi: 05.06.2019 https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html

TANRIÖVER M, YILDIRIM H, READY N, ÇAKIR B, AKALIN E. (2014) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık-Sen Yayınları

TATAR M, ŞAHİN İ, BÜYÜKKAYIKÇI H. (2003) Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 1:3-20

TAPAN B. (2019) Tıbbi Hata ve Komplikasyon, Güvenli ilaç uygulamaları, *Hasta Güvenliği,* SUR H, PALTEKİ T, YAZICI G, Palme Yayınevi, 1.Baskı s:117-128

TAK B. (2010) Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Örneği. 1:72-113

TEZCAN M. (1991) Sosyolojiye Giriş- Temel Kavramlar. Bilgi Basım Merkezi. Ankara

TDK. (2019) Okuryazar Tanımı. Erişim Tarihi: 23.06.2019 https://sozluk.gov.tr/

TDK. (2019) Kültür Tanımı. Erişim Tarihi: 05.05.2019 https://sozluk.gov.tr/

TDK. (2019) Bilgi Tanımı. Erişim Tarihi: 05.05.2019 https://sozluk.gov.tr/

TELCİ L. (2002) Yoğun Bakım Nasıl Olmalı. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 1:1

TERZİ AR. (2000) Örgüt Kültürü. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s:43

TOKAÇ M. (2008) Türk Tıp Tarihine Ait Belgelerde Hasta güvenliği, *Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi,* Sayı:7

TOP M. (2006) Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirlenmesi: Türkiye'de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 1:93-123

TOSUN C. (2018) Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara

TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ (TTB). (2009) Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara

TENGİLİMOĞLU D. (2013) Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti. KAYA S, TENGİLİMOĞLU D, IŞIK O, AKBOLAT M, YILMAZ A. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Anadolu Üniversitesi 1.Baskı, s:33-36

TÜRKOĞLU Ç. (2016) Sağlık kuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta

TUNALI ÇOKLUK S. (2018) Sağlık Okur-Yazarlığı Müdahale Çalışması: Eczacılık ve Eğitim Fakültesi Örneği. Yüksek Lisan Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2011) Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları, Global Konferanslardan Bildiriler, 1.Baskı, Ankara,

UNESCO. (2019) Literacy. Erişim Tarihi: 24.07.2019. https://en.unesco.org/themes/literacy

UĞURLU M, SOYDAL T. (2004) Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitim Programı. *Kriz Dergisi*, 12:41-45

ÜSTÜNER TOP F, ÇAM HH. (2016) Hastanede Çalışan emşirelerin İlaç Uygulama Hataları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15:213-219

VANGEEST JB, CUMMINS DS. (2003) An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety, National Patient Safety Foundation, White Paper Report 3, http://www.npsf.org/download/EdNeedsAssess.pdf

VELDE RV, DEGOULET P. (2003) Clinical Information System: A Component- Based approach. Newyork: Springer-Verlag

VON WAGNER C, KNIGHT K, STEPTOE A, WARDLE J. (2007) Functional Health Literacy and Health-Promoting Behaviour in a National Sample of British Adults. *Journal of Epidemiology & Community Health,* 61(12):1086-90

VINCENT C. (2010) Patient Safety, 2nd edition, Wiley-Blackwell Publishing, *Oxford,* 119-40

YAZICI G, YILMAZ K. (2019) Güvenli İlaç Uygulamaları. *Hasta Güvenliği,* SUR H, PALTEKİ T, YAZICI G, Palme Yayınevi, 1.Baskı s: 293-304

YETGİNLİOĞLU Ö. (2009) Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Konya

YALÇIN İ, BAYRAM A. (2014) Örgüt Kültürünün Kurumsal İtibara Etkilerinin Tespit Edilmesine Yönelik Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 28:105-133

YILMAZ C, DOĞAN A, TOPAL E. (1988) Yönetim Bilgi Sistemi. *Erciyes Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi,* 8:39-48

YILMAZ C, YILMAZ N. (2006) Osmanlılarda Sağlık, 2.cilt, İstanbul

YILMAZEL G. (2014) Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri

YILMAZ E. (2015) Hastaların Güçlendirilmesi ve Sağlık Okuryazarlığı. YILDIRIM F. KESER A. *SAĞLIK OKURYAZARLIĞI*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. s:32-33

YETKİN A. (2002) Hemşirelerin Hasta ve Ailesinin Eğitimi ile İlgili Görüş ve Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 5:53-59

YÖNTEM S. (2016) Hemşirelerin İlaç Hatalarına Yönelik Bilgi ve Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, İzmir

YELKİN ALP F. (2011) Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir

ZHANG J, PATEL VL, JOHNSON TR. (2002) Medical Error: Is the Solution Medical or Cognitive?. *J Am Med Inform Assosc.* 9(6 Suppl 1): s75-s77

ZWIJNENBERG NC, HENDRIKS M, HOOGERVORST-SCHILP J, WAGNER C. (2016) Healthcare Professionals' Views on Feedback of a Patient Safety Culture Assessment. *BMC Health Services* Research, 16:199

WAGER KA, LEE FW, GLASER PJ. (2009) Healthcare Information Systems a Pratical Approach for Healthcare Management. San Francisco: Jossey-Bass

WILSON I, WALKER I. (2009) The WHO Surgical 141 Safety Checklist: The Evidence. *SAGE Journals*, 19:362-364

WHO. (1998) Health Promotiın Glossary

WEANT KA, BAILEY AM, BAKER SN. (2014) Strategies for Reducing Medication Errors in The Emergency Department. *Open Access Emergency Medicine*, 6:45-43

WARING J, ALLEN D, BRAITHWAITE J, SANDALL J. (2015) Healthcare Quality and Safety: A Review of Policy, Prative and Research Sociology of Health & Illness, Sociology of Health & Illness 38:2

WALKER PH, CARLTON G, HOLDEN L, STONE PW. (2006) The Intersection of Patient and Nursing Research, in JJ Fitzpatrick P, Stone and WALKER PH, Annual Rewiew Of Nursing Research Volume: 24 Springer Publishing Company: New York

WHO. (2007) Call For More Researche On Patient Sfety. http://www. who.int/mediacentre/news/releases/ 2007.

WHO. (2009) Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. http://www.who.int/

WHO. (2018) World Mental Health Day 2018. Erişim Tarihi 22.07.2019 https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/en/

WHO. (2014) Mental Health: A State of Well-Being. Erişim Tarihi: 04.07.2019 https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

WHO. (1948) Erişim Tarihi: 04.06.2019 http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1

WILLIAMS MV, PARKER RM, BAKER DW, PARIKH NS, PITKIN K, COATES WC, NURSS JR. (1995) Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals. *JAMA Network*, 274:1677-1682

WELLER J, BOYD M, CUMIN D. (2014) Teams, Tribes and Patient Safety: Overcoming Barriers to Effective Teamwork in Healthcare. *Centre for Medical and Health Sciences Education*, 90:149-154

EKLER

Ek 1: Demografik Bilgi Formu

Ek 2: Hasta Güvenliği

HASTA GÜVENLİĞİNDE HASTALARIN TUTUM VE DAVRANIŞLARI ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,
Aşağıda sunulan anket formu Prof. Dr. Haydar Sur danışmanlığında gerçekleştirilecek "Hasta Güvenliği Açısından Sağlık Okuryazarlığının Önemi" isimli yüksek lisans tezinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Anket sonuçları bu akademik çalışma dışında başka hiçbir amaç için kullanılmayacaktır. Katılımcılardan isim istenmeyecektir. Anketin uygulanabilirliği hususunda hastane yönetiminden gerekli izinler alınmıştır. Lütfen aklınıza takılan soruları anket yetkilisine danışmaktan çekinmeyin. Desteğiniz için teşekkür ederiz.

Eda Nur MAYUNCUR

BİRİNCİ BÖLÜM

1.	**Cinsiyet**	Kadın ( )	Erkek ( )			
2.	**Yaş**	.....				
3.	**Eğitim Bilgisi**	Okuma yazma bilmiyor ( )	Okuma yazma biliyor ( )	İlkokul ( )	Ortaokul Lise ( )	Üniversite ( )	Yüksek Lisans / Doktora ( )
4.	**Meslek**	.....				
5.	**Son bir yıl içerisinde sağlık hizmetine başvuru sayısı**	Hiç ( )	1-4 ( )	5-9 ( )	10 ve üzeri ( )		
6.	**Geliriniz hakkındaki düşünceniz**	Yetersiz düzeyde ( )	Yeterli düzeyde ( )	Fazlasıyla yeterli düzeyde ( )		

İKİNCİ BÖLÜM

1. **Hastalandığınız zaman kendi kendinize çözüm bulamayacağınızı düşündüğünüzde ilk yaptığınız aşağıdakilerden hangisidir?**

a) Sağlık kuruluşuna başvururum.
b) Geleneksel/tamamlayıcı veya bitkisel yöntemleri denerim.
c) Sağlıkçı (doktor/hemşire vb.) yakınımdan yüz yüze/telefonla veya bilgisayar ortamında bilgi alırım.
d) Eczaneden yardım alırım.

Bu bölümde hastalandığınız ya da hekime/sağlık kuruluşuna başvurduğunuz zaman tutum ve davranışlarınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek amacıyla çeşitli sorulara yer verilmiştir. Lütfen konuyla ilgili düşüncelerinizi net belirtiniz. Bu sorulara düşünceleriniz doğrultusunda; **1-Evet, 2-Bazen, 3-Hayır** seçeneklerinden birini seçiniz.

2.	Doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanları tedaviniz ve bakımınız ile ilgili konularda sizin görüşünüzü sorar mı?	Evet ☐	Hayır ☐	Bazen ☐
3.	Bir önceki (2.) soruya cevabınız **hayır veya bazen** ise nedeni aşağıdakilerden hangisidir? Bir önceki (2.) soruya cevabınız **evet** ise 4. soruya geçiniz! ○ Doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanlarının zaman azlığı nedeniyle yeterince görüşemiyorum.			

1

4.	Doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanlarına kullandığınız ilaçlarla ilgili tam/eksiksiz bilgi verir misiniz?		Evet ☐	Hayır ☐
5.	Destek hapları, yağları, vitaminleri, bitkisel maddeleri vb. kullanıyorsanız doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanlarını bilgilendirir misiniz?		Evet ☐	Hayır ☐
6.	Sizde var olduğunu bildiğiniz alerjileri doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanlarıyla paylaşır mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
7.	Sizde var olduğunu bildiğiniz herhangi bir ilaç yan etkisini doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanlarıyla paylaşır mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
8.	İlaç veya tedavinizle ilgili herhangi bir işlem hakkında anlamadığınız kısımları doktorunuza rahatça sorabilir misiniz?		Evet ☐	Hayır ☐
9.	Size açıklamadığı takdirde doktorunuza ilacınızı hangi dozda kullanacağınızı sorar mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
10.	Size açıklamadığı takdirde doktorunuza ilacınızı ne kadar süre kullanacağınızı sorar mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
11.	Size açıklamadığı takdirde doktorunuza ilacınızı hangi yolla (nasıl) kullanacağınızı sorar mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
12.	Size açıklamadığı takdirde doktorunuza ilacınızla birlikte gıda/besin takviyelerini vb. kullanıp kullanmayacağınızı sorar mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
13.	Size açıklamadığı takdirde doktorunuza ilacınızın hangi yan etkileri olabileceğini sorar mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
14.	Size açıklamadığı takdirde doktorunuza ilacınızın öğünlere göre ne zaman alınacağını (aç, tok, yemekten önce, arasında, sonrasında) sorar mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
15.	Size açıklamadığı takdirde doktorunuza hangi ilacı ne için verdiğini sorar mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
16.	Eczaneden aldığınız ilacın reçetede yazan ilaç olup olmadığını eczacıya sorar mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
17.	İlaçların prospektüsünü (ilaç kutusundaki açıklayıcı kâğıdı) okur musunuz?	Evet ☐	Hayır ☐	Bazen ☐
18.	Bir önceki (17.) soruya cevabınız **evet** ise bu soruyu cevaplayınız. **Hayır veya bazen** ise 19. soruya geçiniz!			
	Prospektüsünü okuduğunuz ilaçla ilgili sizin için sorun olacağını düşündüğünüz şeyleri doktorunuza danışır mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
19.	Doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanlarının bir başka hastaya müdahale ettikten sonra ellerini yıkamadığını fark ederseniz ellerini yıkamasını/dezenfektanla veya temizleyici ile temizlemesini söyler misiniz?		Evet ☐	Hayır ☐
20.	Hastaneden taburcu edilmeden doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmezseniz, taburculuk sonrasında uygulamanız gereken tedaviyi/bakımı sorar mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
21.	**Şayet ameliyat olduysanız** 21 ve 22. soruları cevaplayınız! **Olmadıysanız** 23. soruya geçiniz!			
	Ameliyat bilgilendirme formunu okur musunuz?	Okurum veya yakınıma okuturum ☐	Okumam ☐	
22.	Ameliyat olacağınız zaman anlamadığınız noktaları doktorunuza sorar mısınız?	Sorarım veya yakınım sorar ☐	Sormam ☐	

1

23.	Sağlığınız ve hastalığınızla ilgili aklınıza takılan hususları doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanlarına çekinmeden sorar mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
24.	Bir önceki sorudaki hususlarla ilgili endişeleriniz varsa doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanlarıyla konuşur musunuz?		Evet ☐	Hayır ☐
25.	Kişisel bir doktorunuz/aile hekiminiz var mı?		Evet ☐	Hayır ☐
26.	Bakım ve tedavinizden sorumlu sağlık çalışanlarının önemli sağlık bilgilerinize (ilaç/besin alerjileri, ilaç yan etkileri, ameliyatlar vb.) sahip olmalarını ister ve yardımcı olur musunuz?		Evet ☐	Hayır ☐
27.	Sağlık hizmetlerine ulaşma, işlemleri yerine getirme ve hizmeti alma aşamalarında tek başınıza yeterli olduğunuzu düşünür müsünüz?		Evet ☐	Hayır ☐
28.	Bir önceki (27.) soruya cevabınız **hayır** ise bu soruyu cevaplayınız. **Evet** ise 29. soruya geçiniz!			
	Sağlık kuruluşlarına giderken yanınıza bir yakınınızı/güvendiğiniz bir insanı alır mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
29.	Hekimlerin önerileri dışında tamamen kendi isteğinizle sağlık hizmeti/işlemi talebinde (röntgen, ilaç, laboratuvar tetkiki vb.) bulunur musunuz?		Evet ☐	Hayır ☐
30.	Sağlık durumunuz ve tedaviniz hakkında doktor/hemşire veya diğer sağlık çalışanlarından bilgi alır mısınız?		Evet ☐	Hayır ☐
31.	Sağlık makamları tarafından önerilen aşı/tarama (grip/tetanoz/zatüre vb. aşılar, kolon/meme/rahim ağzı/prostat kanseri vb. taramalar) uygulamalara ve programlarına katılır mısınız?	Evet ☐	Hayır ☐	Bazen ☐

Anketimize katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

1

Ek 3: Sağlık Okuryazarlığı TSOY-32 Ölçeği

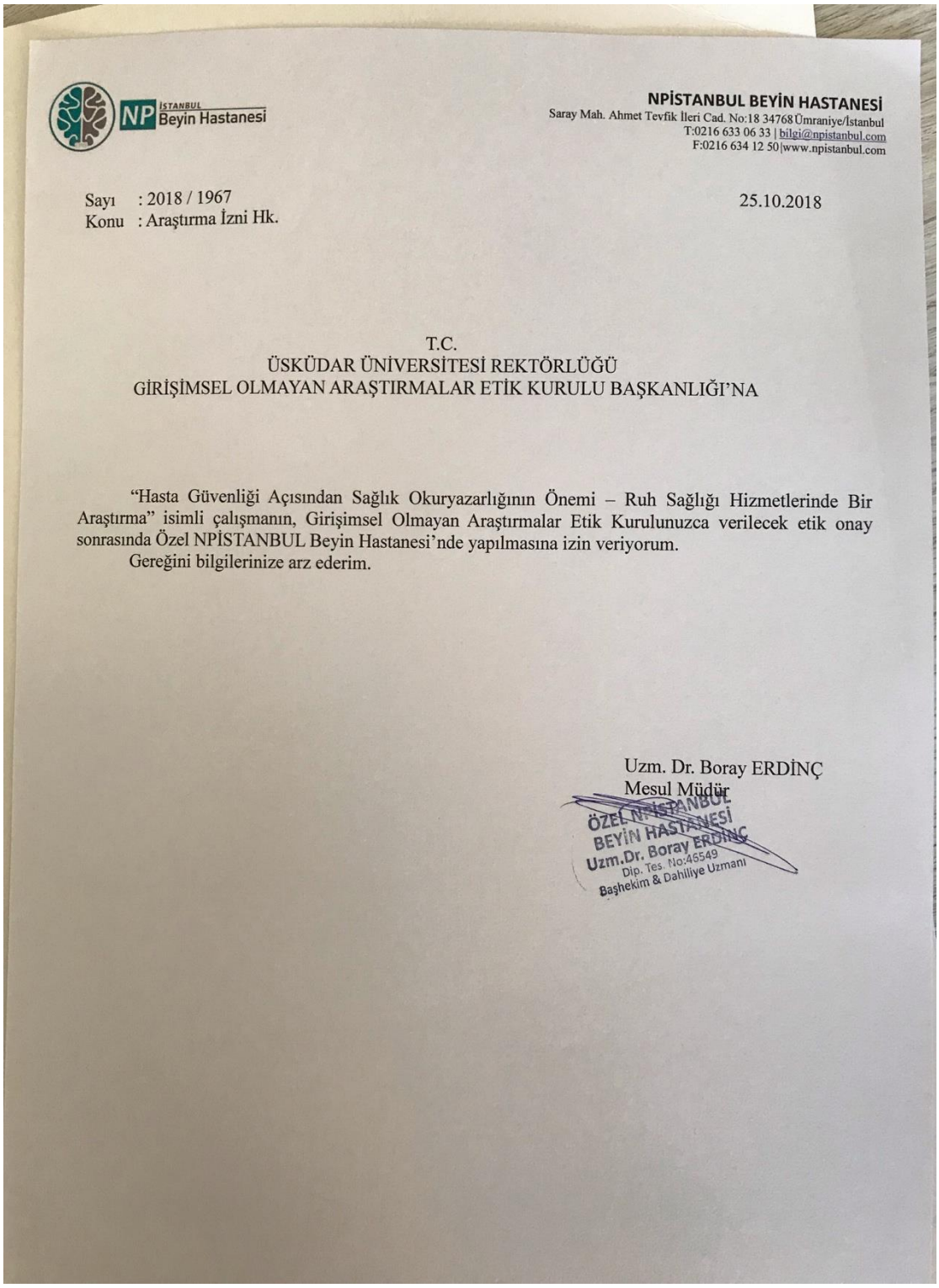
TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32

(TSOY-32)

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini "çok zor/zor/kolay/çok kolay" seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

Ek 4: Etik Kurul Kararı



NP İSTANBUL Beyin Hastanesi

NPİSTANBUL BEYİN HASTANESİ
Saray Mah. Ahmet Tevfik İleri Cad. No:18 34768 Ümraniye/İstanbul
T:0216 633 06 33 | bilgi@npistanbul.com
F:0216 634 12 50 |www.npistanbul.com

Sayı : 2018 / 1967
Konu : Araştırma İzni Hk.

25.10.2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

"Hasta Güvenliği Açısından Sağlık Okuryazarlığının Önemi – Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Bir Araştırma" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Beyin Hastanesi'nde yapılmasına izin veriyorum.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ
Mesul Müdür

ÖZEL NPİSTANBUL BEYİN HASTANESİ
Uzm.Dr. Boray ERDİNÇ
Dip. Tes. No:46549
Başhekim & Dahiliye Uzmanı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Eda Nur MAYUNCUR

Doğum Yeri ve Tarihi: Kahramanmaraş- 1995

İletişim (e-posta): edamayuncur@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

2017- Halen: Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü

2013-2014: İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

2014- 2017: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Sağlık Yönetimi Bölümü

2008-2012: Kahramanmaraş Anadolu Lisesi

Yabancı Dil ve Düzeyi

1. İngilizce: Orta **(**YÖKDİL-50.00)

Bilimsel Yayınlar:

Bildiri

- Mayuncur E. & Hamza S. (2019) The Critical Importance of Communication in Providing The Patient Safety, 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetim Kongresi, 20-23 Haziran, İstanbul
- Hamza S. & Mayuncur E. (2019) Management of Health Care Services in Terms of Patient Satisfaction, 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetim Kongre, 20-23 Haziran, İstanbul