



## Sağlık Hizmet Hatası Algısının İncelenmesi: Azerbaycan Örneği

### Investigation of The Perception of Health Care Failure: Azerbaijan Case

Nejat GULİYEV<sup>a</sup>, Furkan BİLBAY<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Dr., Azerbaycan Tıp Üniversitesi, nicatquliyev@gmail.com,  0000-0001-8830-5789

<sup>b</sup>(Sorumlu yazar/Corresponding author) Yüksek Lisans Öğrencisi, Düzce Üniversitesi Sağlık Yönetimi, frknblby1059@gmail.com,  0000-0003-2226-6881

**Makale Türü:** *Araştırma*

*Makalesi*

**ArticleType:** *Research Article*

**Makale Geçmiş/Article**

**History**

**Makale Geliş**

**Tarihi/Received:** 21/03/2024

**Makale Kabul**

**Tarihi/Accepted:** 09/07/2024

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık hizmet hatası, Azerbaycan sağlık sistemi, sağlık hizmet algısı.

**Keywords:** Health service errors, Azerbaijan health system, health service perception.

#### Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Azerbaycan'da sağlık hizmet hatalarının neler olduğunu incelemektir. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden tarama araştırma yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın evrenini Azerbaycan'da sağlık hizmeti almış 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Veriler anket tekniği ile kolayda örneklem yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Toplanan verilere SPSS paket programı kullanılarak frekans analizi uygulanmış ortalamalara bakılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların %49,8'i erkek, %50,2'si kadın olup, yaş ortalaması 26,87±7,65 yıldır. Katılımcıların %54,7'si sağlık hizmet hataları ile karşılaştığını bildirmiştir. Sağlık hizmet hatalarının en önemli nedenlerinin sırasıyla hizmet sunum hataları, fiziksel alt yapı ile ilgili hatalar, fiyat konusunda yapılan hatalar, hasta şikâyetlerinin üst merciler tarafından ciddiye alınmaması ile ilgili hatalar, mevzuat dışında ücret talep edilmesi ve acil hizmetlerinden ücret talep edilmesi ile ilgili olduğu görülmüştür. **Sonuç:** Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde iş deneyimi, hasta sayısı, vardiyalı çalışma ve sağlık çalışanlarının haklarının devlet tarafından yeterince ödenmemesi, oturmuş bir sağlık sigorta sisteminin olmaması sağlık hizmet hatalarına neden olan önemli konular olduğu söylenebilir. Sağlık çalışanlarının tıbbi bilgilerini geliştirmek için eğitim kursları ve eğitim-öğretim sürecinin değiştirilmesi, bakım verdikleri hasta sayısının azaltılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve devlet tarafından sağlık sisteminde çalışanların gelir düzeyinin iyileştirilmesi önerilir.

#### Abstract

**Purpose:** The aim of this study is to evaluate what healthcare errors are in Azerbaijan. **Material and Method:** In this study, survey research method, one of the quantitative research methods, was used. The population of the study consists of individual over the age of 18 who received health care services in Azerbaijan. Data were collected using the survey technique and convenience sampling method. Frequency analysis was applied to the collected data using the SPSS package program and the averages were examined. **Findings:** 49.8% of the participants are male and 50.2% are female, and the average age is 26.87±7.65 years. 54.7% of the participants reported that they encountered health care errors. It has been observed that the most important reasons for health care errors are service delivery errors, errors related to physical infrastructure, errors regarding prices, errors related to patient complaints not being taken seriously by higher authorities, requesting fees outside the legislation and charging fees for emergency services. **Results:** When the study results are evaluated, it can be said that work experience, number of patients, shift work, inadequate payment of the rights of health care workers by the state, and the lack of an established health insurance system are important issues that cause health care errors. In order to improve the medical knowledge of health care professionals, it is recommended to change the training courses and education-training process, reduce the number of patients they care for, regulate working hours, and improve the income level of employees in the health care system by the state.



Bu çalışma [Creative Commons Atf-Gayri Ticari 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)(CC BY-NC 4.0) kapsamında açık erişimli bir makedir.

**Bu yayına atıfta bulunmak için/Cite as:** Guliyev, N., & Bilbay, F. (2024). Sağlık hizmet hatası algısının incelenmesi: Azerbaycan örneği. *Güncel Pazarlama Yaklaşımları ve Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 66-82. <https://doi.org/10.54439/gupayad.1456355>

**Etik kurul beyanı/Ethics committee statement:** Bu çalışma Azerbaycan'da bilimsel araştırma ve yayın etiği izni gerektiren bir çalışma olmadığı için etik kurul onayı alınmamıştır.

## 1. Giriş

Günümüzde en yaygın kabul gören sağlık tanımı Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) aittir. Bu tanıma göre sağlık “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (WHO, 2011). Sağlık, yaşamın sürdürülmesinde ve korunmasında, yaşam kalitesinin oluşturulmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmet hatalarının önlenmesi sağlık hizmetlerinin her aşamasında öncelikler arasında yer almaktadır. Sağlık hizmet hataları, hastaların hastanede daha uzun süre kalmasına, sağlık harcamalarının artmasına ve sağlık sistemine ve sağlık çalışanlarına olan güvenin azalmasına neden olabilir. Ayrıca sağlık çalışanlarının moral ve motivasyonunu da olumsuz etkileyebilir (Al-Worafi, 2024).

Sağlık hizmet hataları, teşhis, tedavi, bakım ve bakım sonrası dönemde hekim ve diğer hasta ile birebir ilgilenen sağlık meslek gruplarının sorumluluğunda gelişen, hastanın hayatı ve sağlık durumuna direkt etki eden istenmeyen olaylardır. Amerika Birleşik Devletleri’nde “The Joint Commision on Accreditation of Healt Care Organizations” sağlık hizmet hatalarını şöyle tanımlamıştır; “Çoğunlukla halka sağlık hizmeti verilen merkezlerde bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranmasıdır” (JCAHO). Yapılan bir çalışmada sağlık hizmet sunucuları ile ilgili değerlendirmeye alınan 1274 şikâyetin analizi sonucunda; davranışsal şikâyetler, bekleme, sağlık hizmeti alamama, personel eksikliği ve bilgisizliği, fiziksel altyapı eksikliği, erişilebilirlik problemi, etik problemi, güvenlik zafiyeti, fiyat ve ödeme problemleri ile ilgili şikâyetlerin yapıldığı ortaya çıkmıştır (Öcel, 2020).

Sağlık hizmet hataları sağlık sistemi içerisinde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta güvenliği ihlalleri, hastaların hastanede daha uzun süre kalmasına, sağlık harcamalarının artmasına, sağlık sistemine ve bakıma olan güvenin azalmasına ve sağlık çalışanlarının moral ve motivasyonunun

düşmesine neden olabilir (WHO, 2023). Sağlık hizmeti sunanların hata yapması beklenmesi de birtakım hatalar meydana gelebilmekte ve bu hatalar ciddi yaralanma veya ölümlere neden olabilmektedir. Her yıl yaklaşık 1,3 milyon hasta hastanede yatış sırasındaki yapılan hatalar nedeniyle yaralanmakta ve önlenemez istenmeyen olaylar nedeniyle 100 binden fazla ölüm meydana gelmektedir (Scott vd., 2006).

Dünyada her yıl yatarak tedavi gören her on hastadan birinin aldığı sağlık hizmetine bağlı olarak zarar gördüğü tahmin edilmektedir. Her yıl on milyonlarca hastanın zarar görmesine yol açan hizmet hataları ve istenmeyen olaylar aynı zamanda milyar dolarlarla ifade edilen ekonomik zararlara da yol açmaktadır. Sağlık sektöründe, özellikle hekimler ve hemşireler gibi sağlık profesyonelleri ile hastaların, güvenliği tehlikeye atan uygulamalara karşı alınabilecek tedbirler konusunda belirli sorumlulukları bulunmaktadır. (Vural vd., 2014).

Avrupa’da yapılan çalışmalar hastanede yatan hastaların %19-28’inin ilaç uygulama hatalarıyla karşılaştığını göstermiştir. Yılda yaklaşık olarak 7 bin kişinin ilaç uygulama hatalarından dolayı hayatını kaybettiği tahmin edilmesine karşın bu tür hataların %50’si önlenmektedir (Bayazidi vd., 2012). Hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunda en sık karşılaşılan hataların başında yetersiz izlem, iletişim sorunları, ilaç hataları, düşmeler, malzeme kullanımına bağlı hatalar, hastane enfeksiyonlarının geldiği belirtilmektedir (Oktay, 2000). Yapılan araştırmalarda hataların sürekli olarak tekrar edildiği ve bu önlenemez hatalar nedeniyle hastaların zarar gördüğü belirtilmektedir (World Health Organization, 2004).

Uzmanlar Amerika’da her yıl ortalama 98 bin kadar insanın hastanelerde meydana gelen sağlık hizmet hatalarından öldüğünü tahmin ediyor. Bu trafik kazaları, göğüs kanseri veya AIDS’in ölüm oranından daha fazlasıdır. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1999 yılında Tıp Enstitüsünün (Institute of Medicine-IOM) yayınladığı bir raporda 44 ile 98 bin kişinin

her yıl bu hatalar nedeni ile yaşamını kaybettiği belirtilmiştir (Donaldson vd., 2000).

Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsünün yaptığı çalışmalar sonucunda 1992 ve 1997 yılları arasında Ontario Hastanelerinde hastaneye kabul edilen hastaların %3.3-5.0'i tedavi sırasında ve sonrasında hizmet hatalarına maruz kaldığı görülmüştür (Hunter & Brains, 1999). Almanya'da yapılan başka bir araştırmada her yıl ortalama 100 bin sağlık hizmet hatasının meydana geldiği ve bu hatalar sonucunda 25 bin kişinin öldüğü tespit edilmiştir (Özata & Altuncan, 2010). Bu hataların ülkemizde ne boyutlarda olduğu tam olarak bilinmemekle beraber dünya ülkeleri ile neredeyse paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Sağlık hizmet hataları ile ilgili şikâyetlerin Azerbaycan'da değerlendirilme makamı Yüksek Sağlık Şurasıdır. 1931-2004 yılları arasında Şura'da yaklaşık 10 binin üzerinde dosya görüşülmüş ve bunların yaklaşık yarısında sağlık hizmeti sunucuları az veya çok kusurlu bulunmuştur (Temel, 2005).

Sağlık hizmetlerindeki artan maliyetler, yüksek ve hızla değişen teknoloji, hasta haklarının gelişmesiyle birlikte yaygınlaşan iyi bakım talepleri ve hasta şikâyetlerindeki artış sağlık sistemlerinin daha karmaşık bir yapıya dönüşmesine neden olmuştur (Güleç & İntepeler, 2012). Sağlıkta kaliteli bakımın en önemli basamaklarından biri olan hasta güvenliği nitelikli sağlık sunumunun birincil ve vazgeçilmez koşuludur. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde hata olasılığını ortadan kaldıracak sistemlerin kurulmasıdır (Gökdoğan & Yorgun, 2010). Genellikle bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik ve kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan bu hatalar sonucu ölüm, yaralanma, sakatlık veya tedavinin gecikmesi gibi durumları ortaya çıkabilmektedir (Çırpı vd., 2009). Sağlık hizmetleri sunumunda meydana gelen hataları tanımlamak, yapılan hataların ve ramak kala olayların nedenlerini inceleyerek bunların tekrarlamasının önlenmesine yönelik çalışmalar yapmak, bu hatalar nedeniyle hastaların zarar görmesini engellemek ve/veya zararı azaltmak için hataların rapor edilmesi diğer bir deyişle

hata raporlama sisteminin oluşturulması önemlidir (Güleç & İntepeler, 2012).

Sağlık hizmetleri sunumunda meydana gelen hatalar, her yıl dünya genelinde milyonlarca kişinin zarar görmesine ve ciddi boyutlarda ekonomik hasara yol açmaktadır (Keleş & Aloğlu, 2022). Temel sağlık hizmetlerine erişim kesintisiz ve sorunsuz sağlanması en temel hak ve bunun üzerinde meydana gelebilecek bir aksaklık ve hata, sağlık hizmet işletmelerini etkilediği gibi ekonominin diğer sektörlerini de etkilemektedir. Kısacası bir hasta bir ulusun ekonomisine eşdeğer nitelik taşımaktadır (Oxford University Yayınları, 2000).

Türkiye'de son dönemde yapılan bazı yasal değişiklikler ile sağlık alanındaki hatalı uygulamalar daha fazla gündeme gelmiştir. Buna bağlı olarak zaman zaman bir panik havası yaşandığı da bilinmektedir. Özellikle yasalarla ilgili bilgi eksikliğine bağlı bazı durumlarda sağlık çalışanlarının uygulamaları zorlaşmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hatalı uygulamalarla ilgili temel ve hukuki bilgilere sahip olması önemlidir (Altun & Yorulmaz, 2010). Sağlık mevzuatının 3359 sayılı kanununda sağlık hizmetleri ile ilgili olarak temel esaslar düzenlenmiştir. Burada sağlık işletmelerinin birer hizmet işletmesi olduğu vurgulanmaktadır (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu). Sağlık hizmetlerinin esas konusunun insan hayatı olması ve en küçük bir hatanın kötü sonuçlara mal olabileceği düşünüldüğünde kalite, sağlanması zorunlu hale gelen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Literatürde sağlık hizmeti hatalarının türleri, nedenleri ve etkileri hakkında birçok araştırma yapılmıştır. Örneğin Gandhi vd. (2010) çalışmalarında hataların sıklığı ve türleri hakkında bir meta-analiz yaparak sağlık hizmeti hatalarının önemini vurguladılar. Sağlık hizmetlerindeki hataların önemli bir sorun olduğu ve bu hataların hastaların sağlığına zarar verebileceği bilinmektedir. Bir çalışmada sağlık hizmeti hatalarının önemine ve önlenmesine yönelik bir rapor sunmuştur. Hatalar, birçok nedenle meydana gelebilir. Örneğin sağlık hizmeti sunucularının

dikkatsizliği, eksik bilgi veya eğitim, yanlış teknikler veya hasta-faktörleri gibidir (Donaldson vd., 2000).

Hata algısı ise, sağlık hizmeti hatalarının önlenmesi ve iyileştirilmesi için son derece önemlidir. Bu hataların önlenmesi ve iyileştirilmesi için hata algısının ölçülmesi son derece önemlidir. Hata algısının ölçülmesi, sağlık hizmeti sunucularının hata ile başa çıkma becerilerini ve hastaların güvenliğini artırabilir. Sorra ve Dyer sağlık hizmeti hatalarının algılanması ve raporlanması üzerine yapılan çalışmaları inceleyerek, hata algısı konusundaki araştırmaların önemini vurgulamıştır (Sorra & Dyer, 2010).

Azerbaycan'da sağlık hizmeti sunucularının hata algısı ve hata oranları hakkında yapılmış araştırmaların sınırlı olduğunu belirtmek gerekir. Bu çalışmanın amacı, Azerbaycan'da sağlık hizmeti hatalarının algısı üzerine odaklanarak, bu alandaki bilgi boşluğunu doldurmaktır. Sağlık hizmet hataları, hastalara zarar verebilir ve sonuçları ölümcül olabilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerindeki hataların önlenmesi ve tedavisi, ülkenin sağlık sistemini güçlendirmeye yönelik önemli bir adım olarak görülmelidir. Bu çalışma, Azerbaycan'da sağlık hizmeti hatalarının algısını araştırarak, bu alandaki bilgi boşluğunu doldurmayı hedeflemekte ve sağlık hizmeti hatalarının azaltılması için önerilerde bulunulmasına yardımcı olacaktır.

## 2. Literatür

### 2.1. Sağlık Hizmeti Hatası

Sağlık hizmeti hatalarının tanımı, tıbbi hataların tanımından farklıdır. Tıbbi hata, "Hastalara sağlık hizmeti verilirken tıbbi müdahalenin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması" olarak tanımlanır (Karataş & Yakıncı, 2010). Sağlık hizmeti sırasında hastaların zarar görmesine neden olan hizmet hataları, insan hatası, teknolojik hatalar veya bu hataların oluşturduğu sistemlerin bir bütününe dayanabilir (Bernstein vd., 2003). Sağlık hizmetleri hataları hem hastalar hem de sağlık hizmeti sunucuları açısından önemli sonuçlar doğurabilir. Hatalar, hastaların sağlığına zarar

verebilir, tedavi sürecini uzatabilir, maliyetleri artırabilir ve sağlık hizmeti sunucularının güvenilirliği ve itibarı açısından da ciddi sorunlar yaratabilir. Birçok araştırma, sağlık hizmet hatalarının nedenlerini ve bu hataların azaltılması için alınabilecek önlemleri incelemektedir. Örneğin bir çalışma, sağlık hizmeti sunucularının iş yükünün fazla olması, hastaların sağlık durumlarına ilişkin yeterli bilgiye sahip olmamaları ve zaman yönetimi gibi faktörlerin sağlık hizmeti hatalarının nedenleri arasında yer aldığını belirtmektedir (Top vd., 2008).

Sağlık çalışanları hastalara bakım sağlarken sıkça hata yapabilmektedir. Hatalar bazen çok küçük çapta olmakla birlikte bazen de çok büyük sonuçlar doğurmaktadır (Kaya & Gündüz, 2022). Ayrıca sağlık hizmeti hatalarının önlenmesinde teknolojinin kullanımı da önemlidir. Örneğin elektronik sağlık kayıtlarının kullanımının, sağlık hizmeti hatalarının azaltılmasında etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Campanella vd., 2016). Diğer bir çalışma ise, hasta güvenliğinin sağlanması için sağlık hizmeti sunucularının hasta odaklı hizmet vermesi gerektiğini belirtmektedir. Hasta odaklı yaklaşımın, hataların azaltılmasında etkili olduğunu ve hasta memnuniyetini artırdığı göstermektedir (Tzeng vd., 2013).

Sağlık hizmeti sunucularının hata bildirim sistemlerinin kullanımının, sağlık hizmet hatalarının azaltılmasında etkili bir yöntem olduğu bilinmektedir. Bir çalışmada, sağlık hizmeti sunucularının hata bildirim sistemlerine daha fazla katılımının, hataların ortaya çıkma sıklığını azaltabileceğinden bahsedilmiştir (İntepeler & Dursun, 2012).

Sağlık hizmet hataları, farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Bu hataların türleri arasında ilaç hatası, cerrahi hata, teşhis hatası, iletişim hatası ve enfeksiyon gibi çeşitli hatalar yer alır. İlaç hatasının sağlık hizmetlerinde en sık görülen hatalardan biri olduğu belirtilmektedir. İlaç hatası, yanlış ilaç dozu, yanlış ilaç kullanımı veya yanlış ilaç reçetesi gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilir (Aştı & Acaroğlu, 2000).

Cerrahi hatalar da sağlık hizmet hataları arasında önemli bir yere sahiptir. Cerrahi hataların yaklaşık %50'si önlenebilir hatalardır ve en sık yapılan hatalar arasında yanlış ameliyat, yanlış bölgeye cerrahi müdahale ve cerrahi ekipman hatası yer almaktadır (Lingard vd., 2004). Teşhis hataları da sağlık hizmetlerinde sıkça karşılaşılan hatalardan biridir. Teşhis hatalarının %5-15 arasında bir oranda görüldüğünü ve bu hataların en sık nedeninin hasta faktörleri olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Singh vd., 2013). Sağlık hizmetleri sırasında iletişim hataları da sıkça karşılaşılan hatalar arasındadır. İletişim hataları hastaların bilgilendirilmemesi, hasta ile sağlık hizmeti sunucusu arasındaki iletişim eksikliği veya yanlış anlaşılma gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilir (Lingard vd., 2008). Enfeksiyonlar da sağlık hizmet hataları arasında yer almaktadır. Bir araştırmaya göre, hastanede yatış süresi uzadıkça enfeksiyon riski de artmaktadır. Enfeksiyonların en sık nedeni ise hijyen kurallarına uyulmamasıdır (Allegranzi vd., 2011).

Sağlık hizmet hatalarının ciddi etkileri olabilir. Bir çalışma, sağlıkla ilişkili enfeksiyonlar nedeniyle hastaların hastanede kalış sürelerinin önemli ölçüde uzadığını göstermektedir. Bu çalışmada, sağlıkla ilişkili enfeksiyonlara sahip hastaların hastanede kalış süresi ortalama 22 gün iken, enfeksiyonu olmayan hastaların kalış süresi sadece 5 gündür (Rong vd., 2023). Hataların neden olduğu kayıplar da önemlidir. Sağlık hizmet hatalarının Kanada sağlık sistemi için maliyetinin 2009-2010 yılları arasında 1,1 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde de benzer maliyetler bildirilmiştir (Boamah vd., 2018).

Sağlık hizmet hatalarının bir diğer etkisi ise sağlık çalışanları üzerindeki stres ve baskıdır. Sağlık çalışanlarının bu tür hatalardan nasıl etkilendiğini ve bu stresin nasıl yönetilebileceğini ele alan bir çalışmada, hataların sadece hastalar üzerinde değil, aynı zamanda hatayı yapan sağlık çalışanları üzerinde de ciddi psikolojik etkiler yarattığını vurgulamaktadır. Hataların ortaya çıkması,

sağlık çalışanlarının kendilerini suçlu hissetmelerine ve mesleki kimliklerinde bir kriz yaşamalarına neden olabilir (Hawryluck & Styra, 2021). Hataların kaynaklarının tespiti ve düzeltilmesi süreci de zaman alıcı ve stresli olabilir. Hataların düzeltilmesi sürecinin, sağlık çalışanları arasında işbirliğini azaltabileceği ve iletişim problemlerine neden olabileceği görülmüştür (Lingard vd.,2002).

Hataların olası bir diğer etkisi de hastaların güvenini kaybetmesidir. Hataların neden olduğu kayıpların yanı sıra, hataların hastaların sağlık hizmeti sunucularına olan güvenini azalttığı belirtilmiştir (Prentice vd., 2019). Bu da sağlık hizmeti sunucuları için önemli bir sorun olabilir çünkü hastaların güveni, sağlık hizmeti kalitesi açısından önemli bir faktördür.

## 2.2. Hata Algısı

Hata algısı, sağlık hizmeti sunan kişilerin ve hastaların sağlık hizmeti hatalarına dair farkındalıklarını ifade eder. Sağlık hizmeti hataları; yanlış tanı, yanlış tedavi, yanlış ilaç kullanımı, enfeksiyonlar, yaralanmalar, cerrahi hatalar vb. gibi pek çok farklı şekilde ortaya çıkabilir. Sağlık hizmeti hatalarının algılanması hem sağlık hizmeti sunanların hem de hastaların bu hataların varlığı, nedenleri, sonuçları ve önlenmesi konusundaki bilgi düzeylerini ifade eder (Lippi vd., 2009).

Hata algısı, hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti üzerinde de önemli bir etkiye sahip olabilir. Bir araştırmada, sağlık hizmeti hataları nedeniyle hastaların sağlık kuruluşuna duydukları güvenlerinde azalma ve memnuniyetsizlik yaşandığı belirtilmiştir (Lewandowski vd., 2021). Ayrıca sağlık hizmeti sunanların hata algısı da önemlidir. Bir araştırmada, sağlık hizmeti sunanların hata algılarının düşük olduğu ve hataları açıkça raporlamadıkları tespit edilmiştir (Ahmed vd., 2019).

Hata algısının geliştirilmesi için ise eğitim ve farkındalık programlarının önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Bir çalışmada, sağlık çalışanlarına yönelik verilen eğitimlerin hata bildirim oranlarını ve hata algısını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Eğitimler

sonrasında sağlık çalışanlarının hata bildirme eğilimlerinin arttığı ve hataların önlenmesi konusunda daha bilinçli hale geldikleri gözlemlenmiştir (Wawersik & Palaganas, 2022). Ayrıca sağlık hizmeti hataları hakkında hastaların ve ailelerin bilgilendirilmesinin, bu hataların fark edilmesini ve önlenmesini artırdığı belirtilmiştir. Özellikle hasta ve aile katılımının artırılmasının, sağlık hizmeti sunucularıyla yapılan güvenlik iletişimini optimize edebileceği vurgulanmıştır. Eğitim programlarının, hastaların ve ailelerin sağlık bilgilerini daha iyi anlayarak hataları fark etme ve bildirme yeteneklerini geliştirdiği gözlemlenmiştir (Kim vd., 2020).

Sağlık hizmeti sunanların hata algısını ölçmek için anketlerin sağlık hizmeti sunanların çalışma ortamı ve hata algısı gibi çeşitli boyutları ölçmek için etkili araçlar olduğu belirtilmiştir (Norman & Sjetne, 2017). Odak grupları da hata algısı ölçümünde sıkça kullanılan bir yöntemdir. Bir çalışmada, sağlık hizmeti sunanların algularını ölçmek için odak grupların ve anketlerin etkili yöntemler olduğu vurgulanmıştır (Wong vd., 2020). Vaka incelemeleri de hata algısı ölçümünde kullanılan bir diğer yöntemdir. Bir çalışmada, hataların nedenlerinin analiz edilmesi ve belirlenmesinin, sağlık hizmeti sunanların hata algısını önemli ölçüde geliştirdiği belirtilmiştir. Bu analizler, sağlık çalışanlarının hataları daha iyi anlamalarını ve hata önleme stratejileri geliştirmelerini sağlamaktadır (Buljac-Samardzic vd., 2020). Simülasyon eğitimleri de sağlık hizmeti sunanların hata algısını geliştirmek için kullanılan bir yöntemdir. Bir çalışmada, simülasyon eğitimlerinin, hata bildirim oranlarını artırdığı ve hataları fark etme bilinç düzeyini geliştirdiği tespit edilmiştir (Kassabry, 2023).

Hata bildirim sistemleri de hata algısını ölçmek için kullanılan bir yöntemdir. Hata bildirim sistemleri, sağlık hizmeti sunanların ve hastaların hataları raporlamasını ve hata nedenlerini belirlemesini sağlamaktadır. Bir çalışmada, hata bildirim sistemlerinin, sağlık hizmeti sunanların hata algısını arttırdığı ve

hata oranlarını azalttığı belirtilmiştir (Chegini vd., 2020).

Sağlık hizmeti hatalarının hastaların sağlık durumunu olumsuz etkilediği, hastanede yatış süresini uzattığı ve maliyetleri artırdığı tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti hataları, sağlık hizmeti sunanlar arasında iş memnuniyetsizliği, stres ve psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Ahmed vd., 2019).

Hata algısının düşük olması da sağlık hizmeti hatalarının artmasına neden olabilir. Bir çalışmada, sağlık hizmeti sunanların hata algısının düşük olması durumunda, hataların raporlanmasının azaldığı ve gizlendiği tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının hataları raporlama konusunda çekinceler yaşadığını ve bunun sonucunda hasta güvenliğinin tehlikeye girdiğini vurgulamaktadır (Abry vd., 2022). Bu durum ise sağlık hizmeti kalitesini düşürebilir ve hataların tekrarlanmasına yol açabilir.

Sağlık hizmeti hatalarının azaltılması ve hata algısının yükseltilmesi için farkındalık oluşturmak ve eğitim vermek gerekmektedir. Bir çalışmada, sağlık hizmeti sunanlara yönelik verilen bir eğitimde, eğitim sonunda sağlık çalışanlarının hata algısını arttırarak hataları daha doğru ve etkili bir şekilde raporladıkları görülmüştür. Araştırma, eğitimlerin genel olarak hata oranlarının azalmasında başarılı olduğu ortaya koyulmuştur (Jaam vd., 2023).

### 3. Azerbaycan Sağlık Sistemi

Azerbaycan, Kafkasya bölgesinde yer alan bir ülkedir ve 9 milyondan fazla nüfusa sahiptir. Sağlık sistemi, Sovyetler Birliği döneminden kalma bir yapıya sahiptir ve sağlık hizmetleri ücretsizdir. Azerbaycan'da, sağlık sistemi üç seviyeli bir yapıya sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık merkezleri ve aile sağlığı merkezleri gibi yerel kuruluşlar tarafından sunulur. İkinci basamak sağlık hizmetleri; bölge hastaneleri ve bölgesel sağlık merkezleri gibi daha büyük kuruluşlar tarafından sunulur. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise; üniversite hastaneleri ve merkezi sağlık kurumları gibi en büyük sağlık

kuruluşları tarafından sunulur (İbrahimov vd., 2010).

Azerbaycan'da, sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet bütçesinden sağlanmaktadır. Sağlık harcamalarının büyük bir kısmı, tedavi edici hizmetlerin finansmanı için kullanılmaktadır. Bununla birlikte, önleyici sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri yönetimi için yeterli finansman sağlanmamaktadır (World Bank, 2005). Sağlık hizmetleri finansmanının yetersizliği, sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan ekipman ve ilaçların yetersizliğine ve kalite sorunlarına neden olmaktadır (Azerbaijan-Healthcare, 2023). Bu nedenle Azerbaycan'da sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği, özellikle kırsal kesimlerde düşük düzeydedir.

Azerbaycan'ın sağlık sistemi, önemli gelişmeler kaydetmiş olsa da hala birçok zorlukla karşı karşıyadır. Sağlık hizmetleri sunumunda kalite sorunları ve erişimdeki eşitsizlikler, sağlık hizmetleri hatası algısı için bir zemin oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri hatası algısını artıran bir diğer sorun ise, yeterli eğitim ve denetim mekanizmalarının yetersizliğidir. Azerbaycan'daki sağlık sistemi hakkında yapılan araştırmalar, sağlık hizmeti sunumunun kalitesini artırmak ve hata oranlarını azaltmak için eğitim ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda, yeterli finansman sağlanması ve etik ilkelerin daha sıkı bir şekilde uygulanması önerilmektedir (WHO, 2021).

Azerbaycan'da sağlık hizmeti hatası algısının ölçümü için çeşitli yöntemlerin kullanıldığı belirtilmiştir. Bu yöntemler arasında anketler, hasta memnuniyeti ölçümleri, şikâyet sistemleri, medikal hata raporlama sistemleri ve medikal dava dosyalarının analizi yer almaktadır. Ayrıca tıbbi kayıtların incelenmesi ve sağlık çalışanlarına yönelik yapılan anketler de hata algısının ölçülmesinde kullanılmaktadır. Bir araştırmada, hasta memnuniyeti ve deneyim ölçüm araçlarının düşük ve orta gelirli ülkelerdeki geçerlilik ve güvenilirlik sorunlarına dikkat çekilmiştir. Bu araçların, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için

önemli olduğu, ancak iyileştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Banda vd., 2023).

Hasta memnuniyeti ölçümü, hasta deneyimleri hakkında önemli bir geri bildirim sağlayarak sağlık hizmetlerindeki iyileştirmeler için ipuçları sunabilir. Ancak hasta memnuniyeti tek başına hata algısı hakkında yeterli bilgi sağlamayabilir. Bir çalışmada, hasta şikayetlerinin hasta güvenliğini izleme ve iyileştirme aracı olarak değerli olduğu, şikayetlerin detaylı bir şekilde analiz edildiği ve kodlama taksonomisi geliştirildiği belirtilmiştir (Reader vd., 2014).

Öte yandan, medikal dava dosyalarının analizi, hata algısı hakkında faydalı bilgiler sağlayabilir. Sağlık çalışanlarının davranışlarını ve hasta güvenliğine yönelik tutumlarını olumlu yönde etkileyebilir. Medikal dava dosyalarının incelenmesi, medikal hataların tespiti ve bunların nedenlerinin belirlenmesine yardımcı olabilir. Bu sayede, benzer hataların tekrarlanması önlenerek, sağlık hizmeti sunumunun iyileştirilmesine büyük ölçüde katkı sağlamaktadır (Renkema vd., 2014).

#### 4. Sağlık Hizmet Hatalarının Önlenmesine Yönelik Uygulamalar

Sağlık hizmet hatalarının önlenmesi için dünya genelinde çeşitli ülkelerde başarılı uygulamalar hayata geçirilmiştir. Bu bölümde, sağlık hizmet hatalarının azaltılması ve hasta güvenliğinin artırılması amacıyla uygulanan bazı başarılı ülke örneklerinden bahsedilecektir.

Amerika Birleşik Devletleri, sağlık hizmet hatalarının önlenmesi konusunda öncü ülkelerden biridir. 'The Joint Commission' tarafından geliştirilen ulusal hasta güvenliği hedefleri, sağlık kuruluşlarının hasta güvenliğini artırmak için uygulaması gereken standartları belirlemektedir. Elektronik sağlık kayıtları (EHR) ve hasta takip sistemleri, hataların tespit edilmesi ve önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (The Joint Commission, 2023).

İngiltere'de sağlık hizmet hatalarının önlenmesi amacıyla Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) tarafından çeşitli programlar

uygulanmaktadır. NHS, sağlık hizmet hatalarının bildirilmesi ve analiz edilmesi için özel bir sistem kurmuştur. Bu sistem sayesinde, hataların nedenleri tespit edilmekte ve benzer hataların tekrarlanmasını önlemek amacıyla gerekli önlemler alınmaktadır (NHS, 2023).

Avustralya, sağlık hizmet hatalarının önlenmesi ve hasta güvenliğinin artırılması için kapsamlı stratejiler geliştirmiştir. Avustralya Sağlık Hizmetleri Güvenliği ve Kalite Komisyonu (ACSQHC), hasta güvenliği standartlarını belirleyerek sağlık kuruluşlarının bu standartlara uymasını sağlamaktadır. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve sağlık çalışanlarının eğitimi konularında da önemli adımlar atılmaktadır (ACSQHC, 2023).

Hollanda'da sağlık hizmet hatalarının önlenmesi amacıyla hasta güvenliği programları uygulanmaktadır. Hollanda Sağlık ve Gençlik Müfettişliği, sağlık hizmetlerinin kalitesini denetlemekte ve sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği standartlarına uymasını sağlamaktadır. Sağlık çalışanlarının eğitimine önem verilmekte ve sağlık hizmet hatalarının raporlanması teşvik edilmektedir (Health and Youth Care Inspectorate, 2023).

Bu ülkelerde uygulanan başarılı programlar, sağlık hizmet hatalarının önlenmesi ve hasta güvenliğinin artırılması konusunda diğer ülkelere örnek teşkil edebilir. Azerbaycan'da da benzer uygulamaların hayata geçirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırarak sağlık hizmet hatalarının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

## 5. Yöntem

### 5.1. Araştırmanın Amacı, Yöntemi ve Araştırma Soruları

Bu çalışmanın temel amacı Azerbaycan sağlık hizmetlerinde gerçekleşen hizmet hatası algılarının incelenmesidir. Bu doğrultuda en uygun çalışma yönteminin nicel araştırma yöntemlerinden tarama araştırma desenini uygun olduğu düşünülmüştür. Tarama araştırma deseni; "bir konuya ya da olaya ilişkin katılımcıların görüşlerinin ya da beceri, yetenek, tutum vb. özelliklerinin belirlendiği araştırmalardır" (Büyüköztürk vd., 2018).

Bu çalışma çerçevesinde aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

**Araştırma sorusu-1:** Azerbaycan sağlık hizmet sunumunda ortaya çıkan hata türleri nelerdir?

**Araştırma sorusu-2:** Azerbaycan sağlık hizmet sunumunda karşılaşılan en fazla ve en düşük hatalar nelerdir?

**Araştırma sorusu-3:** Azerbaycan sağlık hizmet sunumunda ortaya çıkan hataların ortalamaları ne düzeydedir?

### 5.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Çalışmanın evrenini, Azerbaycan'ın Bakü şehri oluşturmaktadır. Bakü'de 18 yaş üstü kişilerden veriler kolayda örneklem yöntemi ile toplanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından 2022 yılı Aralık ve 2023 Şubat tarihleri arasında çevrimiçi anket formunun dağıtılıp yanıtlanması yoluyla elde edilmiştir. Örneklem aralığı, örnekleme eleman sayısının evrendeki eleman sayısına oranıdır (Neuman & Robson, 2014). Bu tarih aralığında toplamda 438 katılımcı anket formunu doldurmuştur. Bunlardan 32 anket formu bazı eksik bilgiler içermesi dolayısıyla araştırmadan çıkarılmıştır. Geriye kalan 406 veri analize dâhil edilmiştir. Bu çalışmada toplanan verilere SPSS paket programı kullanılarak frekans analizi uygulanmıştır.

### 5.3. Örneklemin Evreni Temsil Kabiliyeti

Bu çalışmada kullanılan örneklem, Azerbaycan'daki genel nüfusun demografik yapısını temsil etmektedir. Katılımcıların cinsiyet, yaş ve eğitim durumu gibi demografik özellikleri, Azerbaycan'ın genel nüfus profiline benzerlik göstermektedir. Çalışmaya katılanların %50.2'si kadın, %49.8'i erkek olup, bu oranlar Azerbaycan'ın genel cinsiyet dağılımına oldukça yakındır (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan, Ministry of Health, & MEASURE DHS, ICF International, 2011).

Örneklem seçim yöntemi olarak kullanılan kolayda örneklem yöntemi, literatürde benzer çalışmalarda yaygın olarak kullanılan ve geçerli bir yöntem olarak kabul edilmektedir



(Büyüköztürk, 2018). Bu yöntem, geniş bir katılımcı kitlesine ulaşmayı ve veri toplama sürecini kolaylaştırmayı amaçlar. Ancak, bu yöntemin sınırlılıkları da göz önünde bulundurulurken, sonuçların genellenebilirliği konusunda dikkatli olunmalıdır.

Literatürde, sağlık hizmet hataları konusundaki benzer çalışmalarda da benzer örneklem seçim yöntemleri kullanılmış ve bu yöntemlerin çalışmanın geçerliliği üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (Gandhi vd., 2010). Dolayısıyla, bu çalışmada kullanılan örneklem, Azerbaycan'daki sağlık hizmet hatalarını incelemek için uygun ve geçerli bir örnek oluşturmaktadır.

#### 5.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Araştırmada sağlık hizmet hatalarını ölçmek için Öcel vd. (2022) tarafından geliştirilen "Sağlık-Hizmet-Hatası Ölçeği: Sağlık Hizmet Hatalarının Belirlenmesine Yönelik Bir Ölçek Geliştirilmesi" çalışmasından faydalanılmıştır. Öcel vd. (2022) yaptığı çalışmada sağlık hizmet hatalarını birçok boyutta olacak şekilde ele almıştır. Bu boyutlar; "fiyatlandırma ile ilgili hatalar", "hak ihlali ile ilgili hatalar", "hizmet sunum hataları", "davranışsal hatalar", "fiziksel altyapı ile ilgili hatalar", "e-hizmet hatası", "mahremiyet ile ilgili hatalar" ve "erişilebilirlik" ile ilgili hatalardır. 5'li Likert ölçek yapısının kullanıldığı araştırmada ölçek maddeleri "1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde oluşturulmuştur. Anket formu, toplamda iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, demografik özellikleri ölçmeye yönelik 9 ifade yer almaktadır. Demografik bilgi formunda, katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve gelir durumu gibi temel demografik özellikleri belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Araştırmanın katılımcı kitlesinin demografik yapısını analiz etmek ve bulguların daha iyi anlaşılmasını sağlamak amacıyla kullanılmıştır. İkinci

bölümde 52 önermeden oluşan sağlık hizmet hatası algısını ölçmeye yönelik ifadeler bulunmaktadır.

#### 5.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmada toplanan verilere SPSS paket programı kullanılarak frekans analizi ve ortalamalara bakılmıştır. Öncelikle demografik değişkenlerin frekans ve yüzdelik dağılımları hesaplanmıştır. Daha sonra, sağlık hizmet hatası algısına yönelik ifadelerin ortalama ve standart sapma değerleri belirlenmiştir. Ayrıca belirli değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için korelasyon analizleri yapılmıştır. Bu analizler, sağlık hizmet hatalarının türleri ve sıklıkları hakkında detaylı bilgi sağlamak amacıyla kullanılmıştır.

#### 6. Bulgular

##### 6.1. Demografik Bulgular

Bu bölümde katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili analiz bulguları yer almaktadır. Tablo 1'de sonuçlar gösterilmektedir.

Tablo 1 incelendiğinde Azerbaycan'da sağlık hizmet hatasına ait demografik bilgiler yer almaktadır. Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (204 kişi). Bu ise oransal olarak %50,2'ye denk gelmektedir. Katılımcıların 202'i ise erkek olup, oransal olarak %49,8'e denk gelmektedir. Yaş düzeyleri incelendiğinde 18-29 yaş oranı 108 kişi ile en fazla katılım aralığını göstermektedir. Bu ise çalışmada %26,6'ya tekabül etmektedir. En az oranı ise 40-49 yaş aralığına sahip 70 kişi oluşturmaktadır. Eğitim oranları incelendiğinde ise en fazla oranı lise, en az oranı ise okuryazar olmayan kişiler oluşturmaktadır. Medeni ve gelir durumlarına bakıldığında 218 kişi ile %53,7'sini bekârlar ve 96 kişi ile %23,6'sını 650 manat ve üzeri gelir grubuna sahip kişiler oluşturmaktadır. Hata durumları incelendiğinde ise çoğunluğu 103 kişi ile herhangi bir yerde çalışmayanlar oluşturmaktadır. Bu ise çalışmamızda %25,4'lük kısmına denk gelmektedir.

Tablo 1.  
Demografik Özellikler

|                  |                  | f    | %               |                           |               | F    | %    |
|------------------|------------------|------|-----------------|---------------------------|---------------|------|------|
| Cinsiyet         | Erkek            | 202  | 49,8            | Meslek                    | İşçi          | 53   | 13,1 |
|                  | Kadın            | 204  | 50,2            |                           | Devlet Memuru | 53   | 13,1 |
| Yaş              | 18-29            | 108  | 26,6            | Özel Sektör Çalışanı      | 41            | 10,1 |      |
|                  | 30-39            | 75   | 18,5            | Ev Hanımı                 | 28            | 6,9  |      |
|                  | 40-49            | 70   | 17,2            | Serbest Meslek            | 66            | 16,3 |      |
|                  | 50-59            | 72   | 17,7            | Öğrenci                   | 18            | 4,4  |      |
|                  | 60 yaş ve üzeri  | 81   | 20,0            | Çalışmıyor                | 103           | 25,4 |      |
| Eğitim           | Okuryazar değil  | 5    | 1,2             | Yaşanılan Hata            | Emekli        | 44   | 10,8 |
|                  | İlkokul          | 64   | 15,8            | Evet                      | 222           | 54,7 |      |
|                  | Ortaokul         | 87   | 21,4            | Hayır                     | 184           | 45,3 |      |
|                  | Lise             | 115  | 28,3            | Üniversite Hast.          | 71            | 17,5 |      |
|                  | Üniversite       | 77   | 19,0            | Tercih Edilen Kurum       | Özel Hast.    | 190  | 46,8 |
| Medeni Durum     | Lisansüstü       | 58   | 14,3            | Devlet Hast.              | 1             | 0,2  |      |
|                  | Evlü             | 188  | 46,3            | Aile Hekimlikleri         | 69            | 17,0 |      |
| Gelir            | Bekâr            | 218  | 53,7            | Dal Hast.                 | 75            | 18,5 |      |
|                  | 200 AZN ve aşağı | 87   | 21,4            | Karşılaşılan Hata Miktarı | 1-3 defa      | 100  | 26,6 |
|                  | 200-350 AZN      | 79   | 19,5            |                           | 4-6 defa      | 85   | 20,9 |
|                  | 350-500 AZN      | 81   | 20,0            |                           | 7-9 defa      | 69   | 17,0 |
|                  | 500-650 AZN      | 63   | 15,5            |                           | 10-12 defa    | 78   | 19,2 |
| 650 AZN ve Üzeri | 96               | 23,6 | 13 defa ve üstü |                           | 74            | 18,1 |      |

Katılımcılara yaşanan hata olup olmadığı sorulduğunda 222'si evet hata var derken,184'ü ise hayır hata yok dediğini görmekteyiz. Bu ise oransal olarak %54,7 ile evet, %45,3 ile hayır diyenleri oluşturmaktadır. Son olarak karşılaşılan hata miktarı incelendiğinde çoğunluğu 100 kişinin katılımıyla 1-3 defa hata miktarı diyenler oluştururken, en az ise 74 kişinin katılımıyla 13 ve üstünde hata miktarı diyenler

oluşturmaktadır. Bu ise çalışmamızda oransal olarak 1-3 defa diyenlerin %26,6'ya, 13 ve üstü diyenlerin %18,1'e denk gelmektedir.

## 6.2. Frekans Analizi Bulguları

Bu bölümde katılımcıların sağlık hizmet hatası algısına yönelik yapılan frekans analizi bulguları yer almaktadır. Analiz çıktıları Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2.  
Sağlık Hizmet Hatası Algısı Frekans Analizi Bulguları

| İfadeler  | Ortalama | Standart Sapma | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---|----------|----------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
| Hastane ücret alınmaması gereken hizmetler için hastalardan ücret talep etmektedir.                               | 4,82     | 0,59           | 9                       | 9            | 14         | 358         | 15                     |
| Sağlık çalışanları ilgisiz davranmaktadır.  | 4,80     | 0,69           | 4                       | 9            | 13         | 14          | 366                    |
| Gerekli görüldüğünde hastanenin web sitesinden sonuçlara ulaşamamaktadır.   | 4,77     | 0,73           | 5                       | 8            | 17         | 15          | 361                    |
| Gerekli görüldüğünde yetkili kişilere fiziksel olarak ulaşamamaktadır.  | 4,77     | 0,70           | 4                       | 7            | 20         | 13          | 362                    |
| Sağlık çalışanları mesai saatlerine dikkat etmemektedir.  | 4,74     | 0,79           | 5                       | 12           | 20         | 11          | 357                    |
| Hasta şikâyetleri hastane yönetimi tarafından ciddiye alınmamaktadır.   | 3,93     | 0,51           | 5                       | 9            | 11         | 367         | 14                     |
| Gerekli görüldüğünde telefonla çalışanlara ulaşamamaktadır.   | 3,92     | 0,47           | 4                       | 7            | 16         | 367         | 11                     |
| Sağlık çalışanları kaba davranmaktadır.   | 3,90     | 0,55           | 8                       | 7            | 15         | 365         | 11                     |
| Yapılmayan işleme ücret talep edilmektedir.   | 3,90     | 0,56           | 7                       | 10           | 14         | 361         | 12                     |
| Aynı işlemler (tahlil, tetkik, tedavi vb.) için farklı fiyat uygulanmaktadır.                                     | 3,10     | 0,55           | 5                       | 7            | 359        | 12          | 22                     |
| Mevzuat dışında ücret talep edilmektedir.   | 3,09     | 0,51           | 3                       | 9            | 361        | 13          | 19                     |
| Acil servise muayene için gelen acil hastalarının çok fazla bekletilmesinden kaynaklı tedavi süreci aksamaktadır. | 3,08     | 0,50           | 4                       | 7            | 363        | 16          | 16                     |
| Hastalar arasında ayrımcılık yapılmaktadır.   | 3,08     | 0,51           | 5                       | 6            | 361        | 16          | 16                     |

Tablo 2. (devamı)

|   |      |      |     |     |     |    |    |
|---|------|------|-----|-----|-----|----|----|
| Aynı ilaçlar için farklı fiyat uygulanmaktadır.   | 3,08 | 0,51 | 4   | 6   | 366 | 10 | 19 |
| Hastanede yeterli sayıda hasta yatağı bulunmamaktadır.  | 3,07 | 0,48 | 5   | 6   | 366 | 15 | 14 |
| Verilecek sağlık hizmetleri hakkında (ameliyat, ilaç, muayene vb.) yeterli bilgi verilmemektedir.   | 3,07 | 0,49 | 3   | 9   | 364 | 13 | 16 |
| Aynı işlem (tahlil, tetkik, tedavi vb.) için tekrar ücret talep edilmektedir.   | 3,07 | 0,55 | 8   | 5   | 361 | 13 | 18 |
| Randevu saatine uyulmamaktadır.   | 3,06 | 0,44 | 4   | 5   | 369 | 18 | 10 |
| Adil olmayan muayene sıraları oluşturulmaktadır.  | 3,06 | 0,50 | 5   | 8   | 363 | 12 | 15 |
| Gerekli görüldüğünde tahlil ve tetkik sonuçlarına ulaşılamamaktadır.  | 3,06 | 0,54 | 6   | 11  | 360 | 10 | 18 |
| İptal edilen randevular bildirilmemektedir.   | 3,05 | 0,46 | 5   | 7   | 367 | 16 | 11 |
| Yapılması gereken tedavi hizmetleri tam olarak yapılmamaktadır.   | 3,04 | 0,46 | 5   | 10  | 365 | 15 | 10 |
| Yanlış tahlil/tetkik yapılmaktadır.   | 3,03 | 0,44 | 5   | 9   | 365 | 15 | 9  |
| Hastaya ödeyeceği ücret/ek ücret hakkında gerekli bilgi verilmemektedir.  | 3,03 | 0,44 | 5   | 10  | 369 | 13 | 9  |
| Bazı tıbbi cihazlar etkin çalışmamaktadır.  | 3,02 | 0,44 | 6   | 8   | 372 | 10 | 9  |
| Gereksiz birime sevk etmekten kaynaklı zaman kaybı yaşanmaktadır.   | 3,02 | 0,49 | 6   | 14  | 362 | 12 | 12 |
| Hastanın sağlık hizmeti alma (muayene, tedavi vb.) sürecinde mahremiyet duygusuna dikkat edilmemektedir.                                      | 3,02 | 0,46 | 6   | 11  | 369 | 8  | 11 |
| Kişisel veriler izinsiz kullanılmaktadır.   | 2,69 | 0,48 | 12  | 13  | 364 | 9  | 6  |
| Gereksiz yere muayene sırası beklenmektedir.  | 2,23 | 0,75 | 5   | 354 | 14  | 13 | 20 |
| Acil hizmetlerinden ücret talep edilmektedir.   | 2,23 | 0,74 | 7   | 359 | 16  | 14 | 8  |
| Tedavi sonuçlandırılmamaktadır.   | 2,22 | 0,68 | 3   | 355 | 14  | 21 | 12 |
| Otomasyon sistemi etkin çalışmamaktadır.  | 2,22 | 0,74 | 6   | 356 | 9   | 14 | 19 |
| Tıbbi cihaz dışındaki diğer ekipmanlartekin çalışmamaktadır (asansör, havalandırma, yatak, kapı vb.).   | 2,22 | 0,69 | 5   | 358 | 13  | 13 | 15 |
| Yeterli şekilde temizliğe dikkat edilmemektedir (lavabo, oda, koridor, poliklinik vb.).   | 2,21 | 0,69 | 5   | 355 | 17  | 14 | 15 |
| Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) ile hastane kayıtları uyusmamaktadır.  | 2,21 | 0,71 | 4   | 359 | 11  | 16 | 16 |
| Randevu iptal edilmektedir.   | 2,21 | 0,69 | 5   | 355 | 14  | 18 | 13 |
| Randevulu muayenede gecikme yaşanmasından dolayı tedavi süreci aksamaktadır.  | 2,20 | 0,68 | 5   | 356 | 15  | 16 | 13 |
| Tedavi sırasında sert davranılmaktadır.   | 2,19 | 0,70 | 7   | 357 | 16  | 9  | 17 |
| İhtiyaç duyulduğunda gerekli olan tıbbi malzemeler (ilaç, tıbbi sarf vb.) hastanede bulunmamaktadır.  | 2,17 | 0,64 | 7   | 359 | 15  | 12 | 12 |
| Yiyecek ve içecek hizmetleri hastalara uygun verilmemektedir.   | 2,16 | 0,62 | 5   | 363 | 15  | 12 | 11 |
| Yanlış teşhis konulmaktadır.  | 2,15 | 0,63 | 9   | 362 | 11  | 12 | 11 |
| E-Devlet sistemi ile hastane kayıtları uyusmamaktadır.  | 2,15 | 0,56 | 6   | 358 | 23  | 11 | 7  |
| Fiziksel ortam mahremiyete uygun değildir (lavabo, odalar, poliklinik vb.).   | 2,15 | 0,66 | 8   | 363 | 12  | 5  | 16 |
| Hasta muayene sırasına dikkat edilmemektedir.   | 2,14 | 0,56 | 6   | 360 | 20  | 11 | 7  |
| Hasta bilgileri üçüncü kişilerle paylaşılmaktadır.  | 2,09 | 0,54 | 13  | 363 | 15  | 5  | 8  |
| Yeterli sağlık çalışanının bulunmayışından kaynaklı hastalar mağduriyet yaşamaktadır.   | 1,35 | 1,01 | 355 | 7   | 12  | 13 | 18 |
| Doktor sağlık hizmetlerinin sunumuna maddi yönden bakmaktadır (para kazanma düşüncesi).   | 1,33 | 0,98 | 356 | 8   | 11  | 16 | 15 |
| Cinsiyet yönünden hastaya istediği sağlık çalışanı ile ilgili (doktor, sağlık memuru, hemşire, hastabakıcı vb.) tercih hakkı verilmemektedir. | 1,30 | 0,89 | 357 | 7   | 20  | 10 | 11 |
| Yanlış ilaç kullanılmaktadır.   | 1,29 | 0,85 | 355 | 11  | 17  | 13 | 8  |
| Yanlış tedavi uygulanmaktadır.  | 1,27 | 0,80 | 356 | 11  | 18  | 12 | 6  |

Tablo 2 incelendiğinde 4.82 ortalama ile “Hastane ücret alınmaması gereken hizmetler için hastalardan ücret talep etmektedir” konusunda rahatsızlıklarını dile getirmiştir. 1,27 ortalama ile “Yanlış tedavi

uygulanmaktadır” konusunda az rahatsız olduklarını dile getirmiştir.

Tablo 3’te katılımcıların sağlık hizmet hatası algısına yönelik katılım göstermedikleri ifadelerin ortalamaları ve standart sapmaları analiz bulguları yer almaktadır.

Tablo 3.  
Sağlık Hizmet Hatası Algısı Düşük İfadeleri

| İfadeler  | Ortalama | Standart Sapma | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---|----------|----------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
| Tedavi sırasında sert davranılmaktadır.   | 2,2      | 0,70           | 7                       | 357          | 16         | 9           | 17                     |
| Yanlış teşhis konulmaktadır.  | 2,2      | 0,63           | 9                       | 362          | 11         | 12          | 11                     |
| İhtiyaç duyulduğunda gerekli olan tıbbi malzemeler (ilaç, tıbbi sarf vb.) hastanede bulunmamaktadır.  | 2,2      | 0,64           | 7                       | 359          | 15         | 12          | 12                     |
| Tedavi sonuçlandırılmamaktadır.   | 2,2      | 0,68           | 3                       | 355          | 14         | 21          | 12                     |
| Yeterli şekilde temizliğe dikkat edilmemektedir (lavabo, oda, koridor, poliklinik vb.).   | 2,2      | 0,69           | 5                       | 355          | 17         | 14          | 15                     |
| Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) ile hastane kayıtları uyusmamaktadır.  | 2,2      | 0,71           | 4                       | 359          | 11         | 16          | 16                     |
| E-Devlet sistemi ile hastane kayıtları uyusmamaktadır.  | 2,2      | 0,56           | 6                       | 358          | 23         | 11          | 7                      |
| Otomasyon sistemi etkin çalışmamaktadır.  | 2,2      | 0,74           | 6                       | 356          | 9          | 14          | 19                     |
| Tıbbi cihaz dışındaki diğer ekipmanlar etkin çalışmamaktadır (asansör, havalandırma, yatak, kapı vb.).  | 2,2      | 0,69           | 5                       | 358          | 13         | 13          | 15                     |
| Yiyecek ve içecek hizmetleri hastalara uygun verilmemektedir.   | 2,2      | 0,62           | 5                       | 363          | 15         | 12          | 11                     |
| Gereksiz yere muayene sırası beklenmektedir.  | 2,2      | 0,75           | 5                       | 354          | 14         | 13          | 20                     |
| Randevulu muayenede gecikme yaşanmasından dolayı tedavi süreci aksamaktadır.  | 2,2      | 0,68           | 5                       | 356          | 15         | 16          | 13                     |
| Randevu iptal edilmektedir.   | 2,2      | 0,69           | 5                       | 355          | 14         | 18          | 13                     |
| Acil hizmetlerinden ücret talep edilmektedir.   | 2,2      | 0,74           | 7                       | 359          | 16         | 14          | 8                      |
| Fiziksel ortam mahremiyete uygun değildir(lavabo, odalar, poliklinik vb.).  | 2,2      | 0,66           | 8                       | 363          | 12         | 5           | 16                     |
| Hasta muayene sırasına dikkat edilmemektedir.   | 2,1      | 0,56           | 6                       | 360          | 20         | 11          | 7                      |
| Hasta bilgileri üçüncü kişilerle paylaşılmaktadır.  | 2,1      | 0,54           | 13                      | 363          | 15         | 5           | 8                      |
| Yeterli sağlık çalışanının bulunmamasından kaynaklı hastalar mağduriyet yaşamaktadır.   | 1,4      | 1,01           | 355                     | 7            | 12         | 13          | 18                     |
| Yanlış tedavi uygulanmaktadır.  | 1,3      | 0,80           | 356                     | 11           | 18         | 12          | 6                      |
| Yanlış ilaç kullanılmaktadır.   | 1,3      | 0,85           | 355                     | 11           | 17         | 13          | 8                      |
| Doktor sağlık hizmetlerinin sunumuna maddi yönden bakmaktadır (para kazanma düşüncesi).   | 1,3      | 0,98           | 356                     | 8            | 11         | 16          | 15                     |
| Cinsiyet yönünden hastaya istediği sağlık çalışanı ile ilgili (doktor, sağlık memuru, hemşire, hastabakıcı vb.) tercih hakkı verilmemektedir. | 1,3      | 0,89           | 357                     | 7            | 20         | 10          | 11                     |

Tablo 3 incelendiğinde en düşük oranla 7 kişi olmakla “Yeterli sağlık çalışanının bulunmamasından kaynaklı hastalar mağduriyet yaşamaktadır” ve “Cinsiyet yönünden hastaya istediği sağlık çalışanı ile ilgili (doktor, sağlık memuru, hemşire, hastabakıcı vb.) tercih hakkı verilmemektedir” ifadelerine katılmadığı anlaşılmaktadır.

Bu bölümde katılımcıların sağlık hizmet hatası algısına yönelik kararsız kaldıkları ifadelerin ortalamaları ve standart sapmaları analiz bulguları yer almaktadır. Analiz çıktıları Tablo 4’te gösterilmektedir.

Tablo 4 incelendiğinde 3.10 ortalama ile en yüksek “Aynı işlemler (tahlil, tetkik, tedavi vb.) için farklı fiyat uygulanmaktadır.”

konusunda katılım gösterdikleri görülmektedir. 3.09 ortalama ile en yüksek “Mevzuat dışında ücret talep edilmektedir” konusunda katılım gösterdikleri görülmektedir. 3.08 ortalama ile en yüksek “Acil servise muayene için gelen acil hastalarının çok fazla bekletilmesinden kaynaklı tedavi süreci aksamaktadır.” konusunda katılım gösterdikleri görülmektedir. 3.08 ortalama ile en yüksek “Hastalar arasında ayrımcılık yapılmaktadır.” konusunda katılım gösterdikleri görülmektedir. 3.08 ortalama ile en yüksek “Aynı ilaçlar için farklı fiyat uygulanmaktadır.” konusunda katılım gösterdikleri görülmektedir.

Tablo 4.  
Sağlık Hizmet Hatası Algısı Kararsızlık İfadeleri

| İfadeler  | Ortalama | Standart Sapma | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---|----------|----------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
| Aynı işlemler (tahlil, tetkik, tedavi vb.) için farklı fiyat uygulanmaktadır.                                     | 3,10     | 0,55           | 5                       | 7            | 359        | 12          | 22                     |
| Mevzuat dışında ücret talep edilmektedir.   | 3,09     | 0,51           | 3                       | 9            | 361        | 13          | 19                     |
| Acil servise muayene için gelen acil hastalarının çok fazla bekletilmesinden kaynaklı tedavi süreci aksamaktadır. | 3,08     | 0,50           | 4                       | 7            | 363        | 16          | 16                     |
| Hastalar arasında ayrımcılık yapılmaktadır.   | 3,08     | 0,51           | 5                       | 6            | 361        | 16          | 16                     |
| Aynı ilaçlar için farklı fiyat uygulanmaktadır.   | 3,08     | 0,51           | 4                       | 6            | 366        | 10          | 19                     |
| Hastanede yeterli sayıda hasta yatağı bulunmamaktadır.  | 3,07     | 0,48           | 5                       | 6            | 366        | 15          | 14                     |
| Verilecek sağlık hizmetleri hakkında (ameliyat, ilaç, muayene vb.) yeterli bilgi verilmemektedir.                 | 3,07     | 0,49           | 3                       | 9            | 364        | 13          | 16                     |
| Aynı işlem (tahlil, tetkik, tedavi vb.) için tekrar ücret talep edilmektedir.                                     | 3,07     | 0,55           | 8                       | 5            | 361        | 13          | 18                     |
| Randevu saatine uyulmamaktadır.   | 3,06     | 0,44           | 4                       | 5            | 369        | 18          | 10                     |
| Adil olmayan muayene sıraları oluşturulmaktadır.  | 3,06     | 0,50           | 5                       | 8            | 363        | 12          | 15                     |
| Gerekli görüldüğünde tahlil ve tetkik sonuçlarına ulaşamamaktadır.  | 3,06     | 0,54           | 6                       | 11           | 360        | 10          | 18                     |
| İptal edilen randevular bildirilmemektedir.   | 3,05     | 0,46           | 5                       | 7            | 367        | 16          | 11                     |
| Yapılması gereken tedavi hizmetleri tam olarak yapılmamaktadır.   | 3,04     | 0,46           | 5                       | 10           | 365        | 15          | 10                     |
| Yanlış tahlil/tetkik yapılmaktadır.   | 3,03     | 0,44           | 5                       | 9            | 365        | 15          | 9                      |
| Hastaya ödeyeceği ücret/ek ücret hakkında gerekli bilgi verilmemektedir.  | 3,03     | 0,44           | 5                       | 10           | 369        | 13          | 9                      |
| Bazı tıbbi cihazlar etkin çalışmamaktadır.  | 3,02     | 0,44           | 6                       | 8            | 372        | 10          | 9                      |
| Gereksiz birime sevk etmekten kaynaklı zaman kaybı yaşanmaktadır.   | 3,02     | 0,49           | 6                       | 14           | 362        | 12          | 12                     |
| Hastanın sağlık hizmeti alma (muayene, tedavi vb.) sürecinde mahremiyet duygusuna dikkat edilmemektedir.          | 3,02     | 0,46           | 6                       | 11           | 369        | 8           | 11                     |
| Kişisel veriler izinsiz kullanılmaktadır.   | 2,69     | 0,48           | 12                      | 13           | 364        | 9           | 6                      |

Tablo 5'te katılımcıların sağlık hizmet hatası algısına yönelik katılım sağladıkları yani daha çok hata olarak kabul ettikleri ifadelerin

ortalama, standart sapmaları ve analiz bulguları yer almaktadır.

Tablo 5.  
Sağlık Hizmet Hatası Olarak Kabul Edilen İfadeler

| İfadeler  | Ortalama | Standart Sapma | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---|----------|----------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
| Hastane ücret alınmaması gereken hizmetler için hastalardan ücret talep etmektedir. | 4,82     | 0,67           | 9                       | 9            | 14         | 358         | 15                     |
| Sağlık çalışanları ilgisiz davranmaktadır.  | 4,80     | 0,69           | 4                       | 9            | 13         | 14          | 366                    |
| Gerekli görüldüğünde hastanenin web sitesinden sonuçlara ulaşamamaktadır.           | 4,77     | 0,73           | 5                       | 8            | 17         | 15          | 361                    |
| Gerekli görüldüğünde yetkili kişilere fiziksel olarak ulaşamamaktadır.              | 4,77     | 0,70           | 4                       | 7            | 20         | 13          | 362                    |
| Sağlık çalışanları mesai saatlerine dikkat etmemektedir.                            | 4,74     | 0,79           | 5                       | 12           | 20         | 11          | 357                    |
| Hasta şikâyetleri hastane yönetimi tarafından ciddiye alınmamaktadır.               | 3,93     | 0,51           | 5                       | 9            | 11         | 367         | 14                     |
| Gerekli görüldüğünde telefonla çalışanlara ulaşamamaktadır.                         | 3,92     | 0,47           | 4                       | 7            | 16         | 367         | 11                     |
| Sağlık çalışanları kaba davranmaktadır.   | 3,90     | 0,55           | 8                       | 7            | 15         | 365         | 11                     |
| Yapılmayan işleme ücret talep edilmektedir.   | 3,90     | 0,51           | 7                       | 10           | 14         | 361         | 12                     |

Tablo 5 incelendiğinde 4.82 ortalama ile "Hastane ücret alınmaması gereken hizmetler için hastalardan ücret talep etmektedir"

konusunda rahatsızlıklarını dile getirmiştir. 4.80 ortalama ile "Sağlık çalışanları ilgisiz davranmaktadır." konusunda rahatsızlıklarını

dile getirmiştir. 4.77 ortalama ile “Gerekli görüldüğünde hastanenin web sitesinden sonuçlara ulaşamamaktadır.” konusunda rahatsızlıklarını dile getirmiştir. 4.77 ortalama ile “Gerekli görüldüğünde yetkili kişilere fiziksel olarak ulaşamamaktadır.” konusunda rahatsızlıklarını dile getirmiştir. 4.74 ortalama ile “Sağlık çalışanları mesai saatlerine dikkat etmemektedir.” konusunda rahatsızlıklarını dile getirmiştir.

## 7. Sonuç ve Tartışma

Sağlık hizmetlerindeki hataların incelenmesi, son yıllarda Azerbaycan’da önemli bir gündem maddesi haline gelmiştir. Bu çalışma, Azerbaycan’daki sağlık hizmet hatalarının incelenmesi üzerine odaklanarak, sağlık hizmetlerindeki hata algıları, sonuçları ve önlenmesi için alınması gerekenler hakkında bir değerlendirme sunmayı amaçlamaktadır. Azerbaycan’da sağlık hizmetleri son yıllarda önemli bir geliştirme göstermiştir. Ancak sağlık hizmet hatalarının artması bu gelişmeyi gölgelemektedir. Bu çalışmada Azerbaycan’da sağlık hizmet hatalarına yönelik düşük katılım, kararsızlık ve yüksek katılım oranları saptanmıştır. Azerbaycan’da sağlık hizmet hatalarının yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının tıbbi bilgilerini geliştirmek için eğitim kursları ve eğitim öğretim sürecinin değiştirilmesi, bakım verdikleri hasta sayısının azaltılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve devlet tarafından sağlık sisteminde çalışanların gelir düzeyinin iyileştirilmesi önerilmektedir.

Ayrıca, hataların önlenmesi için sürekli kalite kontrol ve izleme yapılması gerekmektedir. Sonuç olarak Azerbaycan’daki sağlık hizmetleri sektörü, önemli gelişmeler kaydetse de hizmet hataları gibi zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu çalışma, sağlık hizmet hatalarının nedenleri, sonuçları ve önlenmesi hakkında bir analiz sunarak sağlık hizmetleri sektöründeki hataları azaltmak için önerilerde bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri sektörü, en kısa sürede sağlık hizmetlerindeki hatalara yönelik tedbirler almalı ve bunları en aza indirmek için sürekli bir çaba sarf etmelidir.

Sağlık hizmet hataları alanında yapılabilecek gelecek çalışmalarda, sağlık hizmeti sektöründe faaliyette bulunan işletmeler sağlık hizmet hataları karşısında uygun telafi stratejileri uygulamaları gerekmektedir. Yapılan literatür incelemesinde sağlık hizmet hatası ve hizmet telafisi konusunda Türkçe literatürde yapılan çalışmaların yabancı literatüre göre oldukça kısıtlı olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak Azerbaycan’ın sağlık sistemi, kalite sorunları ve erişimdeki eşitsizlikler nedeniyle sağlık hizmetleri hatası algısını arttırmaktadır. İnsan kaynaklarının geliştirilmesi, teknolojik araçların kullanımının artırılması, sağlık hizmetleri finansmanının artırılması ve eğitim ve denetim mekanizmalarının geliştirilmesi gibi önlemler alınarak, sağlık hizmetleri hatası algısı azaltılabilir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılabilir.

Bu çalışma bulguları, Azerbaycan’daki sağlık hizmet hatalarının yüksek oranda olduğunu göstermektedir. Bu durum, sağlık hizmet sunumunda çeşitli zorluklarla karşılaşıldığını ortaya koymaktadır. Sağlık hizmet hatalarının en önemli nedenlerinden biri, sağlık çalışanlarının yetersiz eğitimi ve bilgi eksikliğidir. Eğitim programlarının ve sürekli mesleki gelişim kurslarının eksikliği, bu hataların artmasına neden olabilir. Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve iş yüklerinin azaltılması, hata oranlarının düşürülmesinde önemli rol oynayabilir.

Çalışma bulguları, sağlık hizmet hatalarının önlenmesi için gerekli olan sistematik değişikliklere de işaret etmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için düzenli kalite kontrol ve izleme mekanizmalarının kurulması gerekmektedir. Hasta şikayetlerin ciddiye alınması ve çözüme kavuşturulması, hasta memnuniyetinin artırılması açısından öneme sahiptir.

Bu çalışma, Azerbaycan’daki sağlık hizmet sisteminin mevcut durumu hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Ancak, çalışmanın sınırlamaları da göz önünde bulundurulmalıdır. Örneklem yalnızca Bakü şehri ile sınırlı olduğundan, sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır. Gelecek araştırmaların, daha geniş bir

örnekleme ve farklı bölgelerde yapılması önerilmektedir. Sağlık hizmet hatalarının önlenmesi ve hizmet kalitesinin artırılması için daha fazla nicel ve nitel araştırmaya ihtiyaç vardır.

#### 8. Sınırlılıklar ve Gelecek Çalışmalar

Bu çalışma Azerbaycan Bakü şehri ile sınırlıdır. Ayrıca bu çalışma 2022 ve 2023 yılları ile sınırlıdır. Gelecekte sağlık hizmet hataları ile telafi stratejilerinin ilişkilendirilebileceği nicel çalışmalar yapılabilir.

#### 9. Araştırma ve Yayın Etiği Beyanı

Bu çalışma Azerbaycan'da bilimsel araştırma ve yayın etiği izni gerektiren bir çalışma olmadığı için etik kurul onayı alınmamıştır.

#### Kaynakça

- Abry, S., Mehrabian, F., Omidi, S., Karimy, M., Kasmaei, P., & Haryalchi, K. (2022). Investigation of factors related to the behavior of reporting clinical errors in nurses working in educational and medical centers in Rashtcity, Iran. *BMC Nursing*, 21(1), 348. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01134-3>
- Ahmed, Z., Saada, M., Jones, A. M., & Al-Hamid, A. M. (2019). Medical errors: Healthcare professionals' perspective at a tertiary hospital in Kuwait. *PloS One*, 14(5), e0217023. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217023>
- Al-Worafi, Y. M. (2024). Medical errors: Overview. In: Al-Worafi, Y.M. (eds) *Handbook of medical and health sciences in developing countries*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-74786-2\\_276-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-74786-2_276-1)
- Allegranzi, B., Bagheri, Nejad, S., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L., & Pittet, D. (2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: Systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 377(9761), 228-241. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61458-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61458-4)
- Altun, G., & Yorulmaz, A. C. (2010). Yasal değişiklikler sonrası hekim sorumluluğu ve malpraktis. *Balkan Medical Journal*, 2010(1), 7-12.
- Aştı, T., & Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 22-27.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, (2023). *National Safety and Quality Health Service Standards (second edition)*. Retrieved from: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-safety-and-quality-health-service-standards-second-edition> Retrieved date: 27.06.2024.

#### 10. Yazarların Makaleye Katkı Oranları

Bu çalışma Nejat GULİYEY ve Furkan BİLBAI tarafından tasarlanarak hazırlanmıştır. Literatür incelemesinde her iki yazarın katkısı bulunmaktadır. Saha araştırmasında Nejat GULİYEY'in katkısı bulunmaktadır. Analizlerin yapılmasında Furkan BİLBAI'nın katkısı bulunmaktadır.

#### 11. Çıkar Beyanı

Bu araştırma herhangi bir çıkar çatışmasına konu değildir.

#### 12. Finansman

Bu çalışma için herhangi bir kurumdan destek alınmamıştır. Çalışma için gereken harcamalar yazarlar tarafından karşılanmıştır.

- Azerbaijan-Healthcare, (2023, 30 Ocak). *International Trade Administration*. Retrieved from: <https://www.trade.gov/country-commercial-guides/azerbaijan-healthcare> Retrieved date: 01.06.2024
- Banda, S., Nkungula, N., Chiumia, I. K., Rylance, J., & Limbani, F. (2023). Tools for measuring client experiences and satisfaction with health care in low-and middle-income countries: A systematic review of measurement properties. *BMC Health Services Research*, 23(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09129-9>
- Bayazidi, S., Zarezadeh, Y., Zamanzadeh, V., & Parvan, K. (2012). Medication error reporting rate and its barriers and facilitat or samong nurses. *Journal of Caring Sciences*, 1(4), 231. <https://doi.org/10.5681/jcs.2012.032>
- Bernstein, M., Hebert, P. C., & Etchells, E. (2003). Patient safety in neurosurgery: Detection of errors, prevention of errors, and disclosure of errors. *Neurosurgery Quarterly*, 13(2), 125-137. <https://www.doi.org/10.1097/00013414-200306000-00008>
- Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180-189. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
- Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D., & vanWijngaarden, J. D. (2020). Interventions to improve team effectiveness with in health care: A systematic review of the past decade. *Human Resources for Health*, 18, 1-42. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Büyükoztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2018). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (24. baskı). Ankara: Pegem Yayınları.

- Campanella, P., Lovato, E., Marone, C., Fallacara, L., Mancuso, A., Ricciardi, W., & Specchia, M. L. (2016). The impact of electronic health records on health care quality: A systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 60-64. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv122>
- Chegini, Z., Kakemam, E., Asghari Jafarabadi, M., & Janati, A. (2020). The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: A cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00472-4>
- Çırpı, F., Merih, Y. D., & Kocabay, M. Y. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-34.
- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Gandhi, T. K., Weingart, S. N., Borus, J., Seger, A. C., Peterson, J., Burdick, E., ... & Bates, D. W. (2010). Adverse drug events in ambulatory care. *The New England Journal of Medicine*, 363(21), 2061-2065. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa020703>
- Gandhi, T. K., Kachalia, A., Thomas, E. J., Puopolo, A. L., Yoon, C., Brennan, T. A., & Studdert, D. M. (2006). Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: A study of closed malpractice claims. *Annals of Internal Medicine*, 145(7), 488-496. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-145-7-200610030-00006>
- Gökdoğan, F., & Yorgun, S. (2010). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 53-59.
- Güleç, D., & Seren-İntepeler, Ş. (2013). Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3), 26-41.
- Hawryluck, L., & Styra, R. (2021). Coping with the psychological impact of medical errors: Some practical strategies. Health Management.org. Retrieved from: <https://healthmanagement.org/c/icu/IssueArticle/coping-with-the-psychological-impact-of-medical-errors-some-practical-strategies> Retrieved date: 25.06.2024.
- Health and Youth Care Inspectorate. (2023). *Monitoring the quality of healthcare*. Retrieved from: <https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/monitoring-and-quality-requirements/monitoring-the-quality-of-healthcare> Retrieved date: 27.06.2024.
- Hunter, D., & Bains, N., (1999). Rates of adverse events among hospitalad missions and day surgeries in Ontariofrom1992 To 1997. *Canadian Medical Association Journal*. 160(11), 1585-1596.
- Ibrahimov, F., Ibrahimova, A., Kehler, J., Richardson, E., & World HealthOrganization. (2010). *Azerbaijan: Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies*. Retrieved from: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/azerbaijan-health-system-review-2010> Retrieved date: 03.06.2024
- İntepeler, Ş. S., & Dursun, M. (2012). Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 129-135.
- Jaam, M., Naserallah, L. M., Hussain, T. A., & Pawluk, S. A. (2023). Correction: Pharmacist-led educational interventions provided to health care providers to reduce medication errors: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 18(11), e0294195. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294195>
- Karataş, M., & Yakıncı, C. (2010). Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 17(3), 233-236.
- Kassabry, M. F. (2023). Theeffect of simulation-based advanced cardiac life support training on nursing students' self-efficacy, attitudes, and anxiety in Palestine: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 22(1), 420. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01588-z>
- Kaya, E., & Gündüz, S. (2022). Sağlık kurumlarında merhamet yorgunluğu ve hasta güvenliğinin önemi. *Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi*, 4(8), 46-61.
- Keleş, B., & Aloğlu, E. (2022). *Hastanelerde olay bildirimi*. Ankara: İksad Yayınevi.
- Kim, Y. S., Kim, H. S., Kim, H. A., Chun, J., Kwak, M. J., Kim, M. S., ... & Kim, H. (2020). Can patient and family education prevent medical errors? A descriptive study. *BMC Health Services Research*, 20, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05083-y>
- Lewandowski, R., Goncharuk, A. G., & Cirella, G. T. (2021). Restoring patient trust in health care: medical information impact case study in Poland. *BMC Health Services Research*, 21(1), 865. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06879-2>
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., ... & Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 14(4), 240-246. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.008425>
- Lingard, L., Regehr, G., Orser, B., Reznick, R., Baker, G. R., Doran, D., ... & Whyte, S. (2008). Evaluation of a preoperative check list and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Archives of Surgery*, 143(1), 12-17. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2007.21>
- Lingard, L., Reznick, R., Espin, S., Regehr, G., & DeVito, I. (2002). Team communications in the operating room: Talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Academic Medicine*, 77(3), 232-237. <https://doi.org/10.1097/00001888-200203000-00013>
- Lippi, G., Blanckaert, N., Bonini, P., Green, S., Kitchen, S., Palicka, V., ... & Plebani, M. (2009). Causes, consequences, detection, and prevention of identification errors in laboratory diagnostics. *Clinical Chemistry & Laboratory Medicine*, 47(2), 143-153. <https://doi.org/10.1515/CCLM.2009.045>
- Norman, R. M., & Sjetne, I. S. (2017). Measuring nurses' perception of work environment: A scoping review of questionnaires. *BMC Nursing*, 16, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0256-9>



- NHS England, (2023). *The NHS patient safety strategy*. Erişim adresi: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/> Erişim Tarihi: 27.06.2024
- Oktaç, C. (2000). Acil serviste hasta memnuniyeti. *Aktüel Tıp Dergisi*, 5(9), 54.
- Oxford University Press, (2000). *American National Biography Online*. Oxford University Press. Retrieved from: <https://www.anb.org> Retrieved date: 03.06.2024
- Öcel, Y. (2020). Evaluation of complaints in health services in Turkey. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(1), 55-80.
- Öcel, Y., Çatı, K., Yorgun, S., & Bayraktar, M.F. (2022). Health-service-failure scale: developing a scale to determine health service failures. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(2), 389-408.
- Özata, M., Altunkan H., (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100-111.
- Prentice, J. C., Bell, S. K., Thomas, E. J., Schneider, E. C., Weingart, S. N., Weissman, J. S., & Schlesinger, M. J. (2020). Association of open communication and the emotional and behavioural impact of medical error on patients and families: state-wide cross-sectional survey. *BMJ Quality & Safety*, 29(11), 883-894. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010367>
- Reader, T. W., Gillespie, A., & Roberts, J. (2014). Patient complaints in health care systems: A systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, 23(8), 678-689. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002437>
- Renkema, E., Broekhuis, M., & Ahaus, K. (2014). Conditions that influence the impact of malpractice litigation risk on physicians' behavior regarding patient safety. *BMC Health Services Research*, 14, 1-6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-38>
- Rong, R., Lin, L., Yang, Y., Zhao, S., Guo, R., Ye, J., ... & Liu, D. (2023). Trending prevalence of healthcare-associated infections in a tertiary hospital in China during the COVID-19 pandemic. *BMC Infectious Diseases*, 23(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07952-9>
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. (1983, 29 Haziran). 3359 sayılı Kanun. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 3.06.2024
- Scott L. D., Rogers A. E., Hwang W. T., & Zhang Y. (2006). Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 30-37. <https://doi.org/10.4037/ajcc2006.15.1.30>
- Singh, H., Giardina, T. D., Meyer, A. N., Forjuoh, S. N., Reis, M. D., & Thomas, E. J. (2013). Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Internal Medicine*, 175(2), 286-295. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2777>
- Sorra, J. S., & Dyer, N. (2010). Multi level psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10, 199. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-199>
- State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan, Ministry of Health, & MEASURE DHS, ICF International, (2011). *Azerbaijan Demographic and Health Survey 2011*. Retrieved from: <https://ghdx.healthdata.org/record/azerbaijan-demographic-and-health-survey-2011> Retrieved date: 27.06.2024
- Temel, M. (2005). Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forum Dergisi*, 3(1), 84-90.
- The Joint Commission, (2002). *National patient safety goals fact sheet*. Retrieved from: <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/fact-sheets/facts-about-national-patient-safety-goals/> Retrieved date: 03.06.2024
- The Joint Commission, (2023). *National Patient Safety Goals*. Erişim adresi: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/> Erişim tarihi: 27.06.2024
- Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., & Çimen, S. (2008). Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmeleri: Kocaeli ilinden bir alan çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 161-200.
- Vural, F., Çiftçi, S., Şükran, F. İ. L., AYDIN, A., & Vural, B. (2014). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanmasını. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 152-157.
- Wawersik, D., & Palaganas, J. (2022). Organizational factors that promote error reporting in healthcare: A scoping review. *Journal of Healthcare Management*, 67(4), 283-301. <https://doi.org/10.1097/jhm-d-21-00166>
- WHO, (2011). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf> Erişim tarihi: 03.06.2024
- WHO, (2021, 12 Ekim). *Azerbaijan strengthens its health work force to boost primary health care*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/azerbaijan-strengthens-its-health-workforce-to-boost-primary-health-care>
- WHO, (2023). *Patient safety*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> Retrieved date: 01.06.2024
- Wong, E., Mavondo, F., & Fisher, J. (2020). Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: a systematic review of the evidence. *BMC Health Services Research*, 20, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05383-3>
- World Bank, (2005). *Azerbaijan: Health sector review note, Volume 2, Background papers*. Washington, DC: World Bank Group. Retrieved from: <https://hdl.handle.net/10986/8691> Retrieved date: 03.06.2024
- WHO, (2004). *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005*. World Health Organization. Retrieved from: <https://iris.who.int/handle/10665/43072> Retrieved date: 03.06.2024