

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

2 Sayı

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

CİLT: 22

SAYI: 2

2025

Yayın Sahibi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü adına
Genel Müdür Yardımcısı **Prof. Dr. Emre KORKUT**

Yönetim Yeri

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı

Yayın Türü

Süreli Yayın

Yayın Periyodu

Dergi; Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında olmak üzere üç kez yayımlanır.

*Dergimiz hakemli dergi olup,
yayınlanan makaleler en az 2 hakem tarafından okunmaktadır.*

Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı
Yayın Yönergesi'ne ve derginin Etik İlkeler ve Yayın Politikaları'na uygun yazılar kabul edilir.

Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı
anlamına gelmez.

Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

İletişim Adresi

T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı

Adres: Üniversiteler Mah. Şehit Mehmet Bayraktar Cad.
(Eski 6001. cadde) Bilkent Yerleşkesi No:9 Çankaya/ANKARA

web: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr>

e-posta: spkdergisi@saglik.gov.tr

Tel: (0312) 585 25 81



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

e-ISSN:2980-3640

Yayın Yılı - 2025

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

Genel Yayın Yönetmeni

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU

Baş Editör

Prof. Dr. Emre KORKUT

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Dil Editörleri

Gül YILDIRIM

Ayfer ERDOĞAN AYTEKİN

Çağlayan SARİOĞLAN

Gülây DİNÇ

Hacer ÇİL

Havva ÜNLÜER

Öznur ÖZEN

Sema KARADUMAN

Seval ÇİFTÇİ

Şakire ŞAHİNBAŞ

Şerife ENGELÖĞLU

Yeşim AKAR

Alan Editörleri

Çiğdem GÜNAY

Dr. Şule ÖZTÜRK

BU SAYININ HAKEM KURULU

Prof. Dr. Hacer Özgen NARCI	İstinye Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Anabilim Dalı
Prof. Dr. Sevgi ERGİN	İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER	Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Yönetimi Anabilim Dalı
Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK	Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Doç. Dr. Hilal AKSOY	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ	Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Tuğba KULA ATİK	Balıkesir Üniversitesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Zülfiye BIKMAZ	Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

62
89**SEBLA AK** (DERLEME MAKALESİ)

Türkiye'de ve Dünya'da Hasta Güvenliği Kültürü Anlayışı
Patient Safety Culture Understanding in Türkiye and the World

90
100**ERDOĞAN YAYLA - FATİH YOLDAŞ** (OLGU SUNUMU)

Lomber Disk Hernisini Taklit Eden Nadir Bir Brucella Spondilodiskit Olgusu
A Rare Case That is Brucella Spondylodiscitis Mimicking Lumbar Disc Herniation

101
119**KÜBRA GÜL** (ARAŞTIRMA MAKALESİ)

Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Dünden Bugüne Sağlıkta Dönüşüm Programı: Türkiye
An Example of Public Policy Analysis: Health Transformation Program from Past to Present: Türkiye

120
141**İLKUNUR ÖZTÜRK - BAHAR DÜNDAR KAVAKLI** (ARAŞTIRMA MAKALESİ)

Hasta Düşmelerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Retrospektif Tanımlayıcı Bir Çalışma
Investigation of Factors Affecting Patient Falls: A Retrospective Study

Etik İlkeler ve Yayın Politikası

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne yapılan yayın başvuruları; Yayın Kurulu tarafından uluslararası etik kurallara uygunluk açısından değerlendirilir.

Başvuru yapılan her çalışmada, “Araştırma ve Yayın Etiği”ne uyulduğuna dair ifadeye yer verilmelidir. Etik kurul izni gerektiren çalışmalarda, izinle ilgili bilgilere (kurul adı, tarih ve sayı no), yöntem bölümünde ve/veya ilk ya da son sayfada yer verilmelidir.

Gerekli durumlarda (hasta/hasta yakınına bire bir uygulanan çalışmalarda) bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formunun imzalatıldığına dair bilgiye makalede yer verilmelidir.

Yazar(lar), bilimsel etik sorunların başında gelen intihalden kesinlikle kaçınmalıdır.

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nde yayımlanacak bir çalışma için, kabul görmüş intihal değerlendirme programları ile elde edilmiş bir intihal raporu gönderilmesi beklenmektedir. İntihal raporunda %30'un üzerinde benzerlik bulunan çalışmalar, tüm aşamalardan geçmiş olsa dahi yayımlanmayacaktır.

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nin benimsediği Etik İlkeler ve Yayın Politikasına; <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/policy> adresinden erişim sağlanabilmektedir.

PATIENT SAFETY CULTURE UNDERSTANDING IN TÜRKİYE AND THE WORLD

Sebla AK¹

Geliş Tarihi:31.08.2024

Kabul Tarihi:27.01.2025

ABSTRACT

For the development of patient safety culture, which has a very important place in the success of health institutions, patient-focussed, safe, effective, technological equipment brought by the modern age and equal distribution of information bring along a number of norms. Today, patient safety is recognized as a priority issue in the field of health services worldwide. The aim of this study is to emphasize the importance of patient safety in the establishment of patient safety culture and practices in health service delivery in Türkiye and in the world, to examine the quality improvement strategies in this regard in detail and to emphasize the importance of patient safety in health institutions.

Keywords: Patient Safety, Patient Safety Culture, Health Services

1 Dr., Universidad Empresarial de Costa Rica, Political Science (PhD), Calle 41, San José, Costa Rica, e-mail: sebla.ak@gmail.com. Orcid: 0000-0003-4691-8100

1. INTRODUCTION

Patient safety culture is becoming a priority in healthcare organizations as a specific aspect of an organization's overall culture and is receiving increasing attention (Sorra and Dyer, 2010). Preventing medical errors and ensuring patient safety at every stage of health service delivery are among the main goals of the health system (Güven, 2007). As health services grow, the principle of quality in health service delivery comes to the fore. One of the most important principles in this regard is patient safety. The importance given to the concept of patient safety was first included in Hippocrates' principle of “Primum non nocere (First do no harm)”. However, every medical use and intervention in healthcare services brings along some risks. Patient safety is defined as the prevention of errors occurring in health services and the reduction or complete elimination of patient harms resulting from these errors. This issue, which has been of great importance for societies since ancient times, has been supported by various practices and measures in every period, and preventing medical errors and ensuring patient safety at every stage of health service delivery has been among the priorities of the health system. In recent years in Türkiye, the concept of patient safety culture has been an issue that quality standards management units have been meticulously emphasizing, and the increase in medical errors due to the high level of risk factors in healthcare institutions has made patient safety gain importance. Health managers and employees have primary duties and responsibilities in order to anticipate errors that may occur due to risks, to prevent errors due to these situations in advance, and to provide health services in a more qualified and safe manner. The aim of this study is to emphasize the importance of patient safety in the establishment of patient safety culture and practices in health service delivery in Türkiye and in the world, to examine quality improvement strategies in this regard in detail and to emphasize the importance of patient safety in health institutions.

2. HISTORY OF PATIENT SAFETY

Although patient safety has been discussed in the last fifty years, it has actually been an important issue in the earliest periods of history. In the 1760s, in the Hammurabi Code, one of the oldest laws in history, the 9th article clearly explains the harm that a doctor can cause to a patient during an operation and the penalties that they will receive in return (Karadağ, 2022). In addition, Article 218 of the same code stipulates that if a doctor injures a patient or

causes his death, his hands will be cut off as a punishment for the harm they have caused (Karadag, 2022).

Article 18 of the Regulation on the Execution of the Art of Municipal Pharmacology dated 1861 states that "When the prescribed drugs are prepared in the apothecary's shop together with the prescription and delivered to the person, the mouth of the drugs shall be sealed and the label of the drugs used shall be written as "It shall be used for this person in this way" and the "label of the drugs used shall be in orange", thus containing regulations regarding safe drug practices in today's understanding (Dilmen, 2016).

In 1883, by drawing attention to the principle that hospitals should not cause germs, which was included in Florence Nightingale's laws, attention was drawn to both patient safety and the infectious damage caused by hospitals (Topçu, and Tokaç, 2013).

The Institute of Medicine (IoM), known as the most influential organization guiding medical practices in The United States (USA), has defined patient safety as "Preventing harm that may develop in patients" (Aspeden, et al, 2004). The National Patient Safety Foundation (NPSF) has defined it as "reducing or eliminating patient confusion caused by errors in healthcare services" (The National Patient Safety, 2017). The World Health Organization (WHO) has defined patient safety as the ability to prevent or minimize preventable errors and hazards in healthcare services (The World Health Organization, 2017). According to the International Atomic Energy Agency (IAEA), it is defined as the joint effect of values, competence, attitudes and behaviors of top management, which guide the quality and institutional attitude of health and safety plans by institutions and the continuity of their application (Karadağ, 2022).

Looking at the history of Turkish medicine, it is seen that various rules have been applied from past to present regarding the professional responsibilities of physicians. During the Shamanism period, there are documents indicating that physicians who practiced wrong medical practices were punished. During the Seljuk period, it is known that people who did not have sufficient experience were prohibited from practicing medicine and physicians who were found to be at fault were subjected to various sanctions. Written in 1041 by Hekim

Ibn-i Şerif, “Yâdigâr-ı İbn-i Şerif” emphasizes the importance of knowledge and experience, discusses the issues to be considered in drug treatment and describes the qualities that a good physician should have. In the archives of Turkish medical history, there are many consent documents regarding patient safety. In these documents, especially before surgical procedures, the patient's condition and the operation process are explained in detail, the fee to be received by the physician is specified, and commitments are taken that the patient or his relatives will not make any claims against possible risks (Tokaç, 2008).

In the Ottoman Period, medical and pharmaceutical practices were regulated within the framework of certain rules, and those who did not comply with these rules were punished by sultan and physician chief edicts (Özgönül, 2010). The earliest court decisions on physician liability were recorded in Jerusalem court records in the 12th and 13th centuries. In Europe, the first example of such a decision is found in 1390. It is known that a physician working in Marseille was held responsible and penalized as a result of a mistake he made due to lack of knowledge. The concept that is now called “malpractice” was defined by William Blackstone in England in 1768. Afterwards, the rules regarding medical errors started to be included in written sources more clearly and the awareness of the issue increased (Özgönül, L. 2010).

Archive documents from the Ottoman Empire to the present also provide information about the understanding of patient safety in healthcare services. The most frequently encountered information regarding patient safety among archive documents is the consent document. It has been observed that the Ottoman state required doctors, especially surgeons, to have a declaration of consent for the operations they would perform, and therefore prevented the patient or their relatives from turning this situation into a blood feud or demanding an inheritance in the event of any negative developments (Tokaç, M. 2009).

3. PATIENT SAFETY

Patient safety culture is a part of the institutional culture and consists of the behaviors, ideas, perceptions and values of the individuals in the institution (Kaya, 2009). In order to create a patient safety culture in hospitals, it is necessary to raise awareness of not only hospital employees and managers but also patients about patient safety (Akalın, 2004). These are services aimed at preventing errors in healthcare services and eliminating the damage and deaths caused by these errors (Akalın, 2010).

According to the National Patient Safety Agency (NPSA), patient safety is the risk assessment in hospitals, the management and disclosure of patient-related risks, the reporting and analysis of repeated risks to minimize them, and the implementation of the solutions created, thus providing a safer care process for the patient (Gözlü and Kaya, 2012).

In recent years, it has been observed that studies on patient safety in developed countries, especially in England, Australia and Canada, have accelerated and progressed more compared to recent years (Topçu and Tokaç, 2013). The leading country in studies on patient safety culture is the USA. The most influential organization established in the USA and guiding medical studies, the “National Institute of Medicine (IoM)” published a report called “To err is human” in 1999. The report drew attention to patient safety and stated that 98,000 people die each year in the USA due to medical errors alone. The report stated that the cause of death is the 5th leading cause of death after heart disease, cancer, cerebrovascular diseases and COPD. As stated in the report, the issue of patient safety has a significant impact on patients and their relatives, then on the public and state finances. For this reason, in studies to be carried out on patient safety, it is very important to first ensure that health professionals successfully ensure the patient safety reporting process, and to report medical errors to the hospital management without anyone worrying about them, thus preventing preventable medical errors and preventing the harm caused to patients as a result of these errors. The main purpose of the patient safety culture is to prevent possible medical errors that may occur at each stage of healthcare delivery and to prevent them from harming the patient (Karadağ, 2022). In the 2003 report of the Institute of Medicine, three of the twenty areas named as priority in terms of quality in healthcare are related

to patient safety. These areas are generally smart medication management, hospital infections, and patient safety in hospital services are among the issues that need to be improved (Institute of Medicine, 2003).

Institutions providing health services are organizations that use many separate professional departments such as institutional infrastructure, physical conditions, human resources, technology, and have limited norms and are in matrix structures with continuous social purposes. Health institutions are among the high-risk businesses because they are based on human life. In our daily lives, almost everyone's births and deaths occur in hospitals. It is of vital importance for health institutions, which have an important place in our lives, to implement the patient safety process and necessary procedures while improving the service quality. According to NPSA, it is explained as the practices carried out in order to prevent or minimize the losses that may occur due to an unexpected or undesirable situation during the provision of health services. For this purpose, it continues the supported activities to minimize the events that endanger patient safety during the provision of health services and to improve safety and quality. The point emphasized here is that patients can receive treatment in a safe environment and be protected from preventable medical errors (The National Patient Safety Agency, 2021). Despite the fact that it has been the subject of many researches and initiatives aimed at developing applications for approximately twenty years, undesirable situations related to patient safety still continue (The National Patient Safety Agency, 2021). In the world, 80% of the damages that occur in patients receiving primary and outpatient healthcare services are preventable. It has been observed that 4 out of every 10 patients in developed and developing countries are harmed due to preventable medical errors. Some of the most harmful errors occur with diagnosis, prescription and medication use (Slawomirski, et al., 2018).

According to the WHO data, it was stated that more than 750 thousand people died due to preventable medical errors in Europe in 2019 (The World Health Organization, 2019). According to the "Patient Safety Economics Acute Care Technical" report conducted in Canada, the financial burden of preventable situations was recorded as approximately 397 million dollars in 2009-2010. This table includes the care after the patient is discharged from the hospital, as well as general financial processes such as functional losses and professional

productivity (Etchells, et al., 2012). A study conducted in the USA showed that preventable healthcare-based finances in 2010 were between 6.8 billion dollars and 27 billion dollars. As a result of the data obtained, the economic and social financial and public health services and other social institutions do not lose confidence. Economic and social finances include physical and psychological fatigue, pain and sadness, and reduced economic productivity. Financial losses due to harm to patients cause trillions of dollars in damage every year (Slawomirski, et al., 2018).

The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) has proposed 10 topics to prevent undesirable situations in hospitals (The Agency for Healthcare Research and Quality, 2018):

1. Preventing central catheter-related bloodstream infections.
2. Reorganizing hospital discharge processes.
3. Preventing preventable hospital deaths and the common cause of hospital-acquired venous thromboembolism (VTE).
4. Providing complete information to patients using blood thinners to use their medications correctly and safely.
5. Limiting shift times for health professionals and other hospital personnel.
6. Collaborating with organizations that work on patient safety.
7. Choosing good hospital design principles.
8. Providing training on effective communication among hospital personnel.
9. Measuring patient safety culture for evaluation.
10. Ensuring that chest tubes are placed safely and sterile.

4. PATIENT SAFETY CULTURE AND DEVELOPMENT IN THE WORLD

In 1955, American Doctor Ernest Cedman conducted research on patient outcomes. Later, in 1984, the Anesthesia Safety Foundation established the “Harvard Medical Practice” study in New York, USA. In 1922, the “Medical Practice Studies” were initiated in Colorado and Utah. In 1995, the 1st Annenberg Patient Safety Conference was held. In 1996, studies on patient safety gained momentum and politicians began to participate in regulations on the subject. Between 1997 and 1998, reports prepared with research results on the subject guided studies on patient safety and these reports were presented to the public. According to a series of reports published by the “Institute of Medicine (IoM)” under the “Quality Chasm” series since 1999, 98,000 people lose their lives each year in the United States due to medical errors. The majority of medical errors are due to errors in the system rather than personal errors. (Akalin, 2004). In 2000, norms related to quality and patient safety began to be established to increase the quality of patient service care. The National Patient Safety Task Force (FDA, AHRQ, CDC, CMS) was established in 2001. In 2002, health insurance companies also conducted studies showing that they care about patient safety. In 2003, the “Vision for Public Health Improvement Strategies” was announced in the new research process by the “Joint International Commission”, the International Health Organization (IOM) published the Priority Areas for National Action report, the FDA determined the criteria for drug coding, and the Health Development Institute developed interactive quality resources (Korkmaz, 2018). The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) first accepted national patient safety goals in the USA in 2003. These goals are determined for all departments providing healthcare services and the topics are reviewed annually. Patient safety goals are explained in detail below (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2010):

- Verify patient identity information.
- Maintain and improve communication between those providing patient care.
- Ensure the safety of smart and important medicines.

- Eliminate or reduce wrong site, wrong patient, wrong surgical operations.
- Improve the safety of infusion pump use.
- Improve the adequacy of clinical alarm systems.
- Preventing infectious.

At the World Health Assembly in 2004, the “World Alliance for Patient Safety” was launched with the support of the WHO President and the Health Ministers of many countries. Subsequently, in 2005, the “World Alliance for Patient Safety 10 Actions”, “Global Patient Safety Challenges” and “Patient Safety Solutions” were announced by the WHO. With this movement pioneered by the WHO, this issue has become increasingly talked about in European countries and our country, and various legislative studies and regulations regarding patient safety have been put forward. Research and efforts conducted to date show that safety problems are much more complex and widespread than initially anticipated. (NPSF, 2015). Since 2004, three “Global Patient Safety Challenges” have been launched in collaboration with the World Alliance for Patient Safety (WHO):

1. “Clean Care is Safer Care” (2005) to prevent healthcare-associated infections.
2. “Safe Surgery Saves Lives” (2008) to reduce the risks associated with surgery.
3. “Medication Without Harm” (2017) to ensure medication safety.

The data obtained from the challenges are encouraging. For example, the “Clean Care Safe Care” movement has been secured by Ministerial commitments covering 85% of the world’s population. This campaign has taken on many of the characteristics of a social movement (Poulter, et al., 2017). The World Medical Association's "Patient Rights Declaration" was published in Santiago in 2005. Although the basis of this declaration is rights based on the principle of autonomy, the right to health education was also defined for the first time. In its most current form, patient rights include the following headings (Patient Rights Guide, 2013).

1. Patients' right to access quality health services.
2. Patients' right to choose health services.
3. Patients' right to determine their own roadmap.
4. The right to approach an unconscious patient.
5. The right to approach a patient who lacks legal capacity.
6. The right to intervention against the patient's wishes.
7. The patient's right to be informed.
8. The patient's right to privacy.
9. The patient's right to health education.
10. The patient's right to fulfill their religious obligations.
11. The patient's right to protect their dignity.
12. The patient's right to know, choose and change hospital personnel.
13. The right to determine priority.
14. Prohibition of euthanasia.

Joint Commission International (JCI) has taken an active role in some operational practices related to WHO Patient Safety Solutions. The International Patient Safety Goals have been published by JCI as follows (JCI, 2006):

- Goal 1: Identify patients correctly
- Goal 2: Improve effective communication
- Goal 3: Increase the safety of high-risk drugs
- Goal 4: Ensure safety in surgery
- Goal 5: Reduce the risk of healthcare-associated infections
- Goal 6: Reduce the risk of patient injuries from falls

In the international conference held in Geneva in 2007, the World Health Organization (WHO) stated that approximately 10 million people in the world are injured or die each year due to preventable medical errors, and therefore called on countries to conduct more research on patient safety (Tuncel, 2013). Patient Safety Solutions, published in 2007, aims to transform knowledge into practical solutions and disseminate these solutions internationally. Solutions are standardized tools for healthcare professionals to prevent risks from reaching the patient. In this context, 9 patient safety solutions have been published (WHO):

1. Communication in Healthcare.
2. Right Party Right Procedure.
3. Control of Concentrated Electrolytes.
4. Verification of Patient Identity.
5. Drug Safety.
6. Safety of Invasive Catheters and Tubes.
7. Use of Single-Use Syringes.
8. Safety of Medicines That Spell and Read Similar.
9. Hand Hygiene.

Over the years, many advances have been made in practices that support patient safety and in raising awareness of patient rights. For example, in 2009, the European Union published the report “Patient safety, including infection prevention and control” on healthcare, and in 2012, it launched the “European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PASQ)”, a network that aims to improve the safety of care by sharing knowledge, experience and implementing good practices. With the establishment of national plans, networks and organizations in many countries, the way has been paved for patient safety practices (Dhingra, et al., 2021). The importance of patient safety, which has been better understood in epidemics, was recognized as an important milestone in this regard by the 194 countries participating in the 72nd World Health Assembly held in Geneva in 2019 with a joint resolution titled “Global action on patient safety”. For the first time in history, “World

Patient Safety Day” was adopted on 17 September 2019 (World Health Organization, 2023).

In the “WHO Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 Information Meeting” organized by WHO on 27.11.2020, the strategic goals and objectives expected to be achieved between 2021-2030 were defined under the following headings (WHO)

- Strategic Goal 1: Policies to eliminate preventable harms in health services
- Strategic Goal 2: High reliability systems
- Strategic Goal 3: Safety of clinical processes
- Strategic Goal 4: Patient and family participation
- Strategic Goal 5: Education, skills and safety of healthcare professionals
- Strategic Goal 6: Knowledge, research, risk management and improvement
- Strategic Goal 7: Synergy, partnerships and solidarity

The activities expected from countries by 2030 in line with the global patient safety goals by WHO are listed below. (WHO):

- All countries will establish and implement a national patient safety policy.
- All countries will designate a national patient safety coordinator.
- All countries will conduct regular patient safety surveys in healthcare settings.
- Healthcare-associated infection (HAI) reduction.
- Serious preventable harm related to medication reduced by 50% (compared to baseline).
- Venous thrombo-embolism deaths reduced.
- Fall deaths reduced.
- Safer healthcare policies and guidelines will be developed with the participation of patient and family representatives.

- Patient safety curriculum will be implemented in all healthcare undergraduates.
- All countries will participate in annual Global Ministerial Summits on patient safety.
- All countries will have established a national patient safety network.

5. PATIENT SAFETY CULTURE AND DEVELOPMENT IN TÜRKİYE

The efforts of private hospitals to gain international certification and be accredited by “Joint Commission International (JCI)”, which they started in the 2000s in order to differentiate themselves by increasing their service variety in terms of quality and scale, have paid off and started a new era. Accreditation is not only for hospitals, but also with the addition of some laboratories and private ambulance companies, patient safety studies have spread to different areas. The public sector has also started to accompany the studies of the private sector (Sur and Say, 2013).

In Türkiye, studies on patient safety have been addressed within the scope of the Turkish Healthcare Quality System since 2005. The criteria determined to ensure patient safety in healthcare are included in the quality standards published by the Ministry and healthcare organizations are obliged to apply these standards compulsorily. In Türkiye, quality studies including patient and employee safety came to the agenda with the Health Transformation Program in 2003 and in this context, quality studies in health were initiated in 2005. In order to ensure patient and employee safety and satisfaction, quality criteria were first developed in 2005. With the revision made at the beginning of 2007, it became a set consisting of 150 questions. In 2009, the “Private Hospital Service Quality Standards” and the SKS Hospital (Version 5) Set published in 2015 were published. In the SKS Hospital (Version 6) set published in 2020 with the revision made later, patient and employee safety, patient and employee satisfaction, risk management, learning from mistakes and continuous quality improvement perspective were taken to the center of the set.

Apart from accreditation and quality management in Türkiye, an important development, especially in the field of patient safety, was the establishment of

the “Patient Safety Association” in 2006. The association, which achieved a first in Ankara, organized the “International Patient Safety Congress” twice in 2007 and 2008. According to the data of June 2024, there are a total of 38 healthcare institutions in Türkiye that have received JCI certificates. four of these are primary health services, three are ambulance services, one is a laboratory and 30 are hospitals (Joint Commission International, 2024). In Türkiye, practices related to patient safety are addressed in the “Quality Standards” structure published by the Ministry. In the dimensioning system, the Standards were placed on a model consisting of five dimensions, both vertical and horizontal, and designed to cover all parts of the organization. The vertical dimensions include Corporate Service Management, Health Service Management, Support Service Management, Indicator Management, while the horizontal dimension includes Patient and Employee Safety." This statement can be found in (General Directorate of Health Services Department of Quality, Accreditation and Employee Rights in Health, 2024). The “Communiqué on the Procedures and Principles Regarding the Ensuring and Protection of Patient and Employee Safety in Healthcare Institutions and Organizations” (Official Gazette, 2019) was published in the official gazette dated April 29, 2009 and numbered 27214 and put into effect.

The Ministry of Health has enacted the following legislation related to the Quality System in Health. Ministry of Health Inpatient Treatment Institutions Institutional Quality Improvement and Performance Evaluation Directive (2005).

- Directive on Quality Improvement and Performance Evaluation in Health Institutions and Organizations Affiliated to the Ministry of Health (2007)
- Directive on Performance and Quality in Health (2009)
- Regulation on Ensuring Patient and Employee Safety (2011)
- Regulation on the Improvement and Evaluation of Health Service Quality (2013)
- Regulation on the Improvement and Evaluation of Quality in Health (2015)

Among the duties of the General Directorate of Health Services under Article 355 of the Presidential Decree No. 1, the following issues are related to patient safety are as follows:

- a) To plan all kinds of preventive, diagnostic, therapeutic and rehabilitative health services, to make technical arrangements, to set standards, to classify these services and providers, and to carry out related works and procedures.
- b) To make arrangements for patient rights and patient and employee safety.
- c) To supervise the compliance of health institutions and organizations with the policies and regulations determined by the legislation, and to impose the necessary sanctions.
- d) To Establish the necessary commissions for planning and establishing standards.
- e) To Determine and ensure the implementation of quality and accreditation rules in health services Quality Standards in Health (QSS) and Implementation Guidelines published within the scope of these duties are given below (Healthcare Quality, Accreditation and Employee Rights website):

- SKS Hospital
- SKS ADSH
- SKS Dialysis
- SKS 112
- SKS Medical Center
- Safe Surgery Implementation Guide
- Safe Delivery Process Implementation Guide
- Medication Management Guide
- Document Management Implementation Guide
- Survey Implementation Guide
- Indicator Management Guide

- COVID- 19 Diagnostic Laboratories in Light of SKS Clinical Microbiology Laboratories Quality Management Guidelines
- Clinical Microbiology Laboratory Quality Management Guidelines
- Clinical Quality Measurement and Evaluation Guidelines
- Clinical Quality Implementation and Data Quality Improvement Guidelines
- Guidelines for Appropriate Oxygen Therapy in Newborns
- Guidelines for the Prevention of Hospital-Associated Venous Thromboembolism
- SKS Hospital Risk Management Guidelines

The topics addressed related to patient safety within the scope of the HCS are as follows (Healthcare Quality, Accreditation and Employee Rights website:

- Control and prevention of infections
- Drug safety
- Correct identification of the patient
- Strengthening communication between patients and healthcare professionals
- Patient participation in the care process
- Prevention of falls
- Safe surgery
- Information security
- Radiation safety
- Transfusion safety
- Medical device safety
- Waste safety
- Facility safety

6. PATIENT SAFETY TOOLS

In order to increase patient safety and improve the quality of healthcare services, processes that help to predict and eliminate problems can be developed or the root cause of the problems can be investigated and prevented to prevent recurrence. The tools used in this direction are a bridge integrated with the system approach.

Retrospective Event Analysis: These methods are based on remedial activities and are detailed below.

Critical Incident/Root Cause Analysis: It is a tool that helps to examine and document the cause, causal effects or root causes of the problem that occurred. In cases that affect important or harmful patient harms, an in-depth examination is needed to determine the true root causes. Thus, in the event of an error, current improvements in the processes can be made by going from general causes in organizational processes to specific causes in clinical processes. In any emergency situation, health care organizations need to measure the results or activities of initiatives that have implemented risk reduction strategies based on root causes in the situation (Wu, et al., 2009).

Pareto Charts: After collecting the necessary data about the problem, it is used to help determine the first improvement initiatives and to focus on the activities in the areas that provide high returns (Wu, et al., 2009).

Fishbone Diagram: Also known as the cause-effect diagram, this tool is used to organize and define the causes of the problem in the structural process (Wu, et al., 2009).

Prospective Event Analysis - Proactive Methods: It is based on preventive activities rather than corrective activities.

Failure Mode and Effects (FMEA): It is a meta-system in the process to help before problems occur. The main purpose of FMEA is to prevent known or potential errors before they reach the user. (Chin, S., et al., 2009) For this reason, each error risk is thoroughly evaluated and prioritized (Fracica, et al., 2010).

7. PATIENT SAFETY THREATS

They are at the heart of health services and should be addressed as a primary issue by every health institution and health professional. Nevertheless, there are some dangers and risks during the provision of health services. Patient safety risks and dangers are detailed as follows:

- **Medication Errors:** These are the most common and risky patient safety problems among patients. Incorrect drugs, incorrect dosages or drugs administered in the wrong way can cause serious errors. These errors can seriously harm the health of patients and it is of great importance for professionals to be careful and receive training in drug management (Aslan, 2020).
- **Infection Control Problems:** They pose a very serious danger for patients. Infections can cause serious consequences, especially in cases such as surgical interventions or diseases that weaken the immune system. For this reason, health institutions should develop comprehensive policies and methods specific to infection control (Doğanyigit, 2021).
- **Surgical Errors:** They are one of the most important problems encountered in the hospital area. Wrong surgical operations may occur for similar reasons such as wrong-site surgery, surgery performed on the wrong patient or lack of communication between surgical team members. These errors can seriously affect the lives of patients. In order to increase surgical safety, training and communication channels of surgical teams should be kept open (Ergen and Tank, 2023).
- **Communication Problems:** Inadequate and incorrect communication between healthcare professionals can make the coordination of patient care delicate and can cause errors. In addition, communication problems between patients and healthcare professionals can also affect patient safety (Arslanoğlu, 2019).
- **Infrastructure and Technology Problems:** Inadequacies in technological systems or infrastructure used in healthcare services can endanger patient safety. For example, defective patient record systems or failure of medical devices can cause patients to receive incorrect treatment. Investments should be made and revised to eliminate technological problems with infrastructure systems in healthcare institutions and organizations (Shaw, A., et al., 2020).

- **Patient Identity Confusion:** Patient identity confusion is a serious factor that causes treatment to be administered to the wrong patient. Identity verification processes may be inadequate or incomplete. For this reason, patient identity information should be fully checked and directly verified at every stage (İpek and Tonkuş, 2020).
- **Device and Equipment Errors:** The problem of power outages in the error-free operation of very important devices such as life support devices is an important factor that undermines patient safety. Healthcare workers should be aware of the correct and effective use of devices and ensure that their maintenance is carried out at regular intervals. Routine maintenance of devices should be carried out, and control and calibration processes should be carried out regularly and monitored (Gökkaya, 2023)
- **Healthcare Worker Inadequacy and Human Factors:** Human factors such as health care workers being weak, exhausted, stressed or overworked can negatively affect patient safety. Strategies should be developed to minimize the inadequacy of personnel or employees working on shifts and to coordinate the workload of employees (Kaya and Gündüz, 2022).
- **Lack of Patient Companionship:** Approaches to healthcare service delivery partnership aim to place people using the services at the center of care, support them in the decision-making process to understand their service experiences, and include them in the design and delivery of care. Stages such as patients not being involved in treatment processes and decisions or incomplete information being provided pose a threat to patient safety (Ocloo, et al., 2021).
- **Inadequate Emergency Preparedness:** Inadequate preparations by healthcare institutions and organizations, long stays of patients, medical errors due to frequency and intensity, and inappropriate interventions can pose a risk to patient safety. Establishing emergency plans for healthcare institutions, having qualified staff, suitable infrastructure, and organizing drills at certain periods are important approaches in this regard. (Mckenna, et al., 2019)
- **Radiologic Imaging and Radiation-Specific Risks:** Since the functions of radiology are primarily related to diagnosis, many errors performed in radiology departments disrupt diagnosis and treatment. Such errors result

from the application of theoretical aspects of imaging, inadequacy or misperception, misinterpretation of imaging findings, and inadequate and timely communication of imaging findings to the desired person for action (Larson, et al., 2015).

- Dissatisfaction of Healthcare Workers and Inadequate Job Satisfaction: Improved job satisfaction is an important factor that positively affects the success of healthcare professionals and the care experience of patients. Job satisfaction is a factor that increases institutional and professional commitment and creates motivation. Increased job satisfaction and contentment contribute to the provision of safe and significant quality care (Facts About Speak Up, 2010).

8. CONCLUSION AND SUGGESTIONS

Healthcare institutions are risky organizations that involve many disciplines and generally involve high-risk business processes. Within such a structure, it is possible for different errors to occur that affect and harm the patient. Efforts to prevent medical errors and make healthcare institutions safer continue with error reporting processes developed by patient and employee safety centers of many countries.

In preventing or minimizing errors, the first step is to know the errors and prevent them from being repeated. Designing automations that allow hospital employees to report errors safely and without fear of punishment or humiliation and learning from the errors that occur can create a positive safety culture.

Creating awareness that safe patient care is the responsibility of all hospital personnel and ensuring that healthcare managers embrace this issue, supporting effective communication among personnel, providing training to all personnel, especially on reporting near-miss errors, and developing user-friendly reporting automations are very important.

There is a general disconnect between the communication skills of doctors and healthcare personnel and their ability to understand patients in terms of health literacy. Each healthcare professional should be able to analyze the patient's receiver characteristics in communication and change the signals as

a sender towards a different target.

The responsibility in providing healthcare services does not end with providing treatment services only. It is important to educate patients and their relatives and to know the ways to stay healthy. Health literacy is recommended to "ask the necessary questions before applying to the doctor and leave with the answers after preparing" due to any problem.

Under these conditions, the importance of the "Speak Up" study supported by the Joint Commission is seen;

- Speak up: Ask your questions to the other party out loud.
- Pay attention: Focus on the care service provided. Make sure that you are getting the right medicines from the right healthcare professional.
- Educate yourself: Improve yourself, research, learn.
- Ask: Ask your questions to the people around you that you trust.
- Know: Know which medicine you are taking and why you are having the examination done.
- Use: Use a hospital, clinic, surgery center, or other type of health care organization that has been carefully checked out
- Participate: Be sure to accompany all treatment results.

The priority order of the Speak Up study is as follows;

- Help prevent mistakes during your health care.
- Help prevent mistakes during surgery.
- Learn detailed information about organ donation.
- Know what you can do to prevent infections.
- Help prevent mistakes regarding the medications you are using.
- Organize what you need after medical care.
- Support in preventing medical care examination errors.
- Learn your rights.

- Support in preventing medical care, research, examination, learning errors.
- Learn about the doctors and other healthcare personnel who are caring for you.
- Support in preventing mistakes in medical care with your children.
- Stay healthy and support others in this regard.
- You should know what to do before consulting a doctor.

Intensive work is being carried out in Türkiye to spread patient safety awareness and develop its culture at an international level. Thanks to these studies, the preferability, continuity, continuity of health institutions and the satisfaction of service areas are also ensured. It cannot be ignored that patient safety benefits the health care worker and the institution beyond patient satisfaction.

Conflict of Interest Statement: There is no financial conflict of interest with any institution, organization or person related to this study and there is no conflict of interest between the authors.

Funding: The author declared that they received no financial support for this study.

REFERENCES

- Akalın, H. E. (2004). Patient safety culture: How can we improve it. *Ankem Journal*, 18(2), 12-13.
- Akalın, H. E. (2010). Patient safety culture. *Health Pulse*, 7(25), 10-13. Ankara University Institute of Health Sciences, Department of Medical History and Ethics, PhD Thesis, Ankara.
- Arslanoğlu, A. (2019). The effect of effective communication on patient safety culture and the mediating role of intrapreneurship: A private hospital application. *Human and Human*, 6(21), 431-451.
- Aslan, Y. (2020). Evaluation of medication-related medical error incident reports according to the World Health Organization's "International patient safety classification". *Journal of Health Sciences and Medicine*, 3(1), 20-25.
- Aspden, P., Corrigan J. M., Wolcott J., Erickson, S. M. (2004). Patient safety: Achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press.
- Cağatay, A., Tuzemen, A. (2022). Management date in health sevice. Gazi bookstore.
- Chin, S., Wang, M., Poon, K., Yang, B. (2009). Failure mode and effects analysis using a group-based evidential reasoning approach. *Computers & Operations Research*, 36(6), 1768-79.
- Dhingra, K. N., Brusaferrro, S., Arnoldo, L. (2021). Patient safety in the world. In: Donaldson L., Ricciardi, W., Sheridan, S., Tartagli, R. (eds). Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management Springer, Cham. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_8.
- Dilmen, B. (2016). Evaluation of nursing students' and nurses' perceptions of patient safety culture (doctoral dissertation). Ankara: Hacettepe University Institute of Health Sciences.
- Doganyigit, P. B. (2021). Infection control in health care institutions. *Journal of Health and Management*, 1(1), 57-71.
- Ergen, B., Tank, D. Y. (2023). A vital list in the operating room: The safe surgery checklist. *Journal of Health Professionals Research*, 5(2), 146-151.
- Etchells, E., Koo, M., Daneman, McDonald, A., Baker, M., Matlow. A. (2012). Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 21(6), 448-456.
- Fracica, J., Wilson, S., Chelluri, P. (2010). Patient safety. In: Varkey P, editor. Medical quality management theory and practice. London: Jones and BartlettPublishers; p. 43-73.

- General Directorate of Health Services Department of Quality, Accreditation and employee rights in Health. (2024). Available from: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-12681/arsiv-sks-standartlari.html>.
- Gökkaya, D. (2023). Patient and staff safety. Health Management in Emergency Situations, 247.
- Gözlü, K., Kaya, S. (2012). Evaluation of patient safety culture in a hospital with accreditation certificate. 6th National Health and Hospital Administration Congress, Isparta, pp, 175-182.
- Güven, R. (2007). Patient safety in disinfection and sterilization applications concept. 5th National Sterilization Disinfection Congress, 4-8 April, Antalya, pp. 411-422.
- Institute of Medicine. (2000). To err is human: Building a safer health system. National Academies Press, Washington, DC.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, National Academies Press, Washington, DC.
- Institute of Medicine. (2003). Priority areas for national action: transforming health care quality. Washington DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2004). Patient safety: Achieving a new standard for care. National Academies Press, Washington, DC.
- Institute of Medicine. (2015). Improving diagnosis in health care. National Academies Press, Washington, DC.
- İpek, M. B and Tonkus, D. (2020). Investigation of nursing students' attitudes and knowledge levels regarding identity verification required for patient safety in their practice areas. Journal of Medical Sciences, 1(5), 27-35.
- Joint Commission International (JCI). (2006). International Patient Safety Goals. Available from: <http://tr.jointcommissioninternational.org>.
- Joint Commission International Accreditation Standarts for Hospital.(2014). Joint commission resource, updated international patient safety goals text now, on jci Web Site. Available from: <http://tr.jointcommissioninternational.org>.
- Joint Commission International Accreditation Standarts for Hospital. (2024). Available from: <https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#sort=%40aoname%20ascendingjointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>.

- Karadağ, Z. (2022). Patient safety. Health Services Management Journal. Gazi bookstore.
- Kaya, E., Gündüz, S. (2022). Compassion fatigue and the importance of patient safety in health institutions. *Journal of Applied Social Sciences and Fine Arts*, 4(8), 46-61.
- Kaya, S. (2009). What is patient safety culture and how can it be developed?. *Journal of Quality, Accreditation and Patient Safety in Healthcare*, 1(1), 32-34.
- Korkmaz, A. Ç. (2018). Patient safety from past to present. *Journal of Inonu University Health Services Vocational School*, ISSN: 2147-7892, Volume 6 Issue 1(2018)10-19.
- Larson, D. B., Kruskal, J. B., Krecke, K. N., Donnelly, L. F. (2015). Key concepts of patient safety in radiology. *Radiographics*, 35(6), 1677-1693.
- McKenna, P., Heslin, S. M., Viccellio, P., Mallon, W. K., Hernandez, C., Morley, E. J. (2019). Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 6(3), 189.
- NPSF. (2015). Free from harm accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human, Boston.
- Ocloo, J., Garfield, S., Franklin, B. D., Dawson, S. (2021). Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: A systematic review of reviews. *Health Research Policy and Systems*, 19, 1-21.
- Özgönül, L. (2010). The concept of medical error in terms of medical ethics and law in Türkiye.
- Öztürk, K., Aydın, A. K. (2021). Factors affecting patient safety culture and job satisfaction of nurses: A comparative study. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 11(3), 381-389.
- Patient rights guide. (2013). Available from: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=984:hasta&catid=26etik&Itemid=65.
- Poulter, N, R., Lackland, D, T. (2017). Comment on “Medication without harm:WHO’s third global patient safety challenge”. *The Lancet*, Vol 389.
- Shaw, A., Flott, K., Fontana, G., Durkin, M., Darzi, A. (2020). No patient safety without health worker safety. *The Lancet*, 396(10262), 1541-1543.
- Slawomirski, L., Auraaen, A., Klazinga, N.(2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind. Paris. Organisation for economic co-operation and Development. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/the-economics-of-patient-safety-in-primary-and-ambulatory-care-april2018>.

- Sorra, J. S., Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10(199), 1-13. doi:10.1186/1472-6963-10-199.
- Sur, H., Ozsarı, S. H., Say, B. (2013). Hospital administration. Nobel Press.
- The Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ (2018). 10 Patient safety tips for hospitals. Content last reviewed June. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available from: <https://www.ahrq.gov/patients-consumers/diagnosis-treatment/hospitals-clinics/10-tips/index.html>.
- The Joint Commission, facts about speak up™ (2010). Available from: Initiatives. http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/Speak+Up/about_speakup.htm.
- The National Patient Safety Agency- NPSA (2021). Patient safety. Available from: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/>.
- The National Patient Safety Foundation-NPSF. (2017). Agenda for research and development in patient safety. Available from: www.npsf.org/pdf/r/researchagenda.pdf.
- The World Health Organization. (2017). Patient Safety: Making health care safer. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>.
- The World Health Organization. (2019). Patient safety. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>.
- The World Health Organization. (2023). World patient safety day 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023--engaging-patients-for-patient-safety#:~:text=World%20Patient%20Safety%20Day%202023%20will%20be%20observed%20on%2017,the%20safety%20of%20health%20care>.
- Tokaç, M. (2008). Patient safety in documents of Turkish medical history. Available from: www.sdplatform.com/Dergi/120/Turk-tip-tarihine-ait-belgelerde-hastaguvenciligi.aspx.
- Tokac, M. (2009). Patient safety in documents belonging to Turkish medical history in: Sur H, editor. Approaches to patient safety. Istanbul: Medipolitan Education and Health Foundation Publications.
- Topcu, İ., Tokac, M. (2013). Hospital management. Medical Deontology. Nobel Press.
- Tunçel, K. (2013). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve hasta güvenliği uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

- WHO. World Health Organization, Available from: <http://www.who.int/>.
- Wu ,W., Lipshutz, M., Pronovost, J.(2009). Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *JAMA*, 299(6), 685-7.

Lomber Disk Hernisini Taklit Eden Nadir Bir Brucella Spondilodiskit Olgusu

Erdoğan YAYLA¹Fatih YOLDAŞ²

Geliş Tarihi: 03.12.2024

Kabul Tarihi: 21.04.2025

ÖZ

Giriş ve Önemi: Bruselloz dünyada, özellikle sanayileşmiş ve az gelişmiş ülkelerde en sık görülen zoonotik hastalıklardan biridir. Klinik tablo genellikle lokal olmakla birlikte multisistemik olgular da görülebilmektedir. Multisistemik vakalarda, genellikle brusellozlu hastaların %2 ila %53'ünde spondilit gelişir ve en sık etkilenen yaş grubu 50 ila 60 yaş arasındaki kişilerdir. Bu klinik tablo çoğunlukla lomber vertebraları (L4 ve L5) ve torakal vertebraları etkilemektedir.

Vaka Sunumu: Olgudan bir ay önce (Bruselloz tanısı konulduğu gün itibariyle) Lomber Disk Hernisi (LDH) nedeniyle beyin cerrahı tarafından ameliyat edilen 55 yaşındaki erkek hasta, şiddetli bel ve sağ bacak ağrısı şikayetiyle tekrar beyin cerrahi kliniğine başvurdu. İleri derecede hareket kısıtlılığı bulunan hastaya yapılan serolojik Bruselloz testlerinde pozitif sonuç tespit edildi. Hastanın öyküsünde son dört haftadır hareket kabiliyetinde azalma ve alt ekstremitede güçsüzlük olduğu öğrenildi. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) lomber kolonlarda, tanısız olarak önemli olan bölgeler (granümatöz alanlar) ve lomber diskitin bulunduğu yerler anlamlıydı.

Klinik Tartışma: Bruselloz spesifik seroloji testlerinde pozitif tarama testi sonucu ve yüksek titrede anti-brusella antikorları bulundu. Hastaya klinisyen tarafından uygun antibiyotik tedavisi (üçlü antibiyotik tedavisi) uygulandı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Bruselloz; lokal (eklem ağrısı, artrit gibi) veya sistemik bulgularla (spondilodiskit, tenosinovit gibi) karşımıza çıkabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu olguda olduğu gibi; benzer klinik ve semptomatik özelliklere sahip hastalarda bruselloz gibi zoonotik bir hastalığın varlığının mutlaka araştırılması gerektiği hatırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Brusellozis, Laboratuvar Testleri, Spondilodiskitis

1 Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanı., Karacabey Devlet Hastanesi, Bursa, Türkiye. e-mail: erdoganyayla2005@gmail.com.
Orcid: 0000-0002-7322-7842

2 Op. Dr., Karacabey Devlet Hastanesi, Bursa, Türkiye. e-mail: drfatihyoldas@gmail.com. Orcid: 0000-0003-4782-1319

A Rare Case That is Brucella Spondylodiscitis Mimicking Lumbar Disc Herniation

ABSTRACT

Introduction and Importance: Brucellosis is one of the most common zoonotic diseases in the world, especially in industrialized and underdeveloped countries. Although the clinical picture is usually local, multisystemic cases can also be seen. In multisystemic cases, generally, 2% to 53% of patients with brucellosis develop spondylitis and the most commonly affected age group is people between 50 and 60 years of age. This clinical picture mostly affects the lumbar vertebrae (L4 and L5) and thoracic vertebrae.

Case Presentation: A 55 years old male patient, who was operated on by a neurosurgeon for Lumbar Disc Herniation (LDH) 1 month before the case (the day of Brucellosis diagnosed), was re-admitted to the neurosurgery clinic with complaints of severe waist and right leg pain. A positive result was detected in the serological Brucellosis tests performed on the patient with severe mobility limitations. The patient's history included decreased mobility and lower extremity weakness for the past 4 weeks. In Magnetic Resonance Imaging (MRI), diagnostically important regions (granulomatous areas) and locations of lumbar discitis in the lumbar columns were significant.

Clinical Discussion: In Brucellosis specific serology tests, a positive screening test result and high titer anti-brucella antibodies were found. Appropriate antibiotic treatment was given to the patient by the clinician (triple antibiotic therapy). The patient was discharged with full recovery.

Conclusion: Brucellosis is an infectious disease that may present with local (such as joint pain, arthritis) or systemic findings (such as spondylodiscitis, tenosynovitis). As in this case; it should be remembered that the presence of a zoonotic disease such as brucellosis should be investigated in patients with similar clinical and symptomatic features.

Keywords: Brucellosis, Laboratory Tests, Spondylodiscitis

1. INTRODUCTION

Brucellosis is an infectious zoonotic disease caused by *Brucella* sp., which are Gram-negative coccobacilli, and characterized by a granulomatous reaction in the reticuloendothelial system. Multisystemic effects of Brucellosis may variable due to vary clinical table so that clinical manifestations of brucellosis may vary. Osteoarticular involvement in brucellosis can present as spondylodiscitis, sacroiliitis, arthritis, bursitis, and/or tenosynovitis. This study reports a case of brucellar spondylodiscitis with inflammatory low back and right leg pain (Alton, 1996).

Human brucellosis is a major public health concern in several regions, mainly the Mediterranean region, the Middle East, and parts of Central and South America. Brucellosis affects organs with abundant mononuclear phagocytes, such as the liver, spleen, lymph nodes, and bone marrow. Given its unique pathogenic characteristics of *Brucella* sp., it frequently causes various complications. One serious complication of Brucellosis is spinal involvement (Al Jindan, 2021; Laine, 2023;).

Approximately 2%–53% of patients with brucellosis demonstrate spinal involvement. A retrospective study in Türkiye reported that 39% of patients with brucellosis presented with spondylodiscitis. Brucellar spondylitis typically occurs in men aged >40 years. On average, patients with spinal involvement are significantly older than those without spinal involvement (Alhusseini, 2024).

Spondylitis mostly affects the lumbar spine, followed by thoracic and cervical regions. The most common complaints of spondylitis include fever, malaise, sweating, back pain, and anorexia (Ali Adam, 2022).

2. CASE PRESENTATION

A 55 years old male patient comes to the neurosurgery clinic with a complaint of lumbar region pain for about one month. For diagnostic purposes; biochemical tests and radiological examinations were requested from the patient. The patient was diagnosed with lumbar disc herniation and a surgical procedure was performed. The patient, who was followed up in the post-operative period, was sent home with full recovery after being monitored in the ward for 3 days.

2.1. Laboratory Findings of the Patient

Parameters typical for brucellosis were studied and evaluated in the patient's serum. Among these parameters, there were CRP (C-reactive protein), ALT (Alanine aminotransferase), AST (Aspartate aminotransferase), GGT (Gamma-glutamyltransferase), creatinine and sedimentation parameters typical for brucellosis.

In the pre-operative period (undiagnosed Brucellosis stage); CRP levels in order; 59, 98 and 125 mg/L, (reference range: 0-5 mg/L), Sedimentation value 109 mm/Hg (reference range: 0-20 mm/Hg), AST values respectively; 58, 28 and 17 U/L (reference range: 0-50 U/L), ALT values respectively; 62, 28 and 11 U/L (reference range: 0-50 U/L), Creatinine values are; It was measured as 0.59 and 0.57 mg/dL (reference range: 0.7-1.3 mg/dL).

In the postoperative period, approximately 40 days after the patient was discharged, the patient applied to the neurosurgery clinic again because her complaints did not improve, hence again, the patient's laboratory tests are requested.

Important laboratory findings of this patient measured consecutively in the post-operative period; CRP: 105.6, 98.6, 125 mg/L respectively, Sedimentation measurement: 109, 114 mm/h respectively, ALT measurement: 28, 11, 23 U/L respectively, AST measurement: 28, 17, 31 U/L respectively, Creatinine measurement: 0.57, 0.56, 0.5 mg/dL, respectively, GGT measurement: 66 and 78 U/L, respectively.

In the post-operative period were; the remarkable findings were that the patient's complaints continued to increase and his ability to walk freely decreased. During clinical examination, abscess formation was observed in the surgical operation area. Samples were taken from this abscess sample by the clinician for culture tests and sent to the laboratory. When there was no growth in aerobic and anaerobic culture tests, it was thought that this case might be Brucellosis and Brucella tests were requested for the patient.

Approximately 1,5 months after the date of surgery, brucellosis tests requested from the patient gave positive results; Rose-bengal test (Seromed Laboratory Diagnostics kit) was positive and agglutination test (Coombs serum

agglutination test, TULIP Diagnostics kit) was positive at 1/640 titer. This patient, who lives in an area endemic for brucellosis, was the first patient encountered with this clinic table in our hospital.

The patient was transferred from the neurosurgery clinic to the Infectious Diseases Clinic and Brucellosis treatment was planned (triple antibiotic therapy: Streptomycin, Rifampicin and Doxycycline). At the end of medical treatment, the patient was discharged with full recovery.

2.2. Radiological Findings of the Patient

Within the scope of pre-operative and post-operative radiological examinations, the patient's MRI evaluation results are presented below.

Figure 1. Lumbar T2 sagittal MRI showed a right paracentral extruded disc herniation at the L4-5 intervertebral disc space, and the patient complained of sciatica and low back pain, so lumbar microdiscectomy surgery was performed (pre-operative stage). There is no inflammatory area visible in this image (below).



Figure 1. The right paracentral extruded disc herniation at the L4-5 intervertebral disc space (marked area).

Figure 2. One month after the lumbar microdiscectomy, the patient developed severe back and right leg pain. Contrast-enhanced lumbar MRI showed contrast enhancement in the L4-5 intervertebral disc space and a location showing contrast enhancement in the epidural area. Reoperation was planned for the patient and peroperative abscess drainage was provided and culture tests were taken (below).



Figure 2. The Contrast enhancement in the L4-5 intervertebral disc space and a location showing contrast enhancement in the epidural area (marked area).

Figure 3. Discitis and epidural abscess location are also observed in the T2 sagittal MRI of the same patient (post-operative stage) (below).



Figure 3. Discitis and epidural abscess location (marked area).

Figure 4 and 5. Since the patient's pain continued in the postoperative period and there was no clinical response to antibiotic therapy, Brucella specific serological tests was performed. After he tested positive, medical treatment was arranged and he was hospitalized for a month. In the first month follow-up lumbar MRI, it was observed that the existing inflammatory lesions had spread from the L4-5 intervertebral disc space and invaded the L3, L4 and L5 vertebral bodies (below).

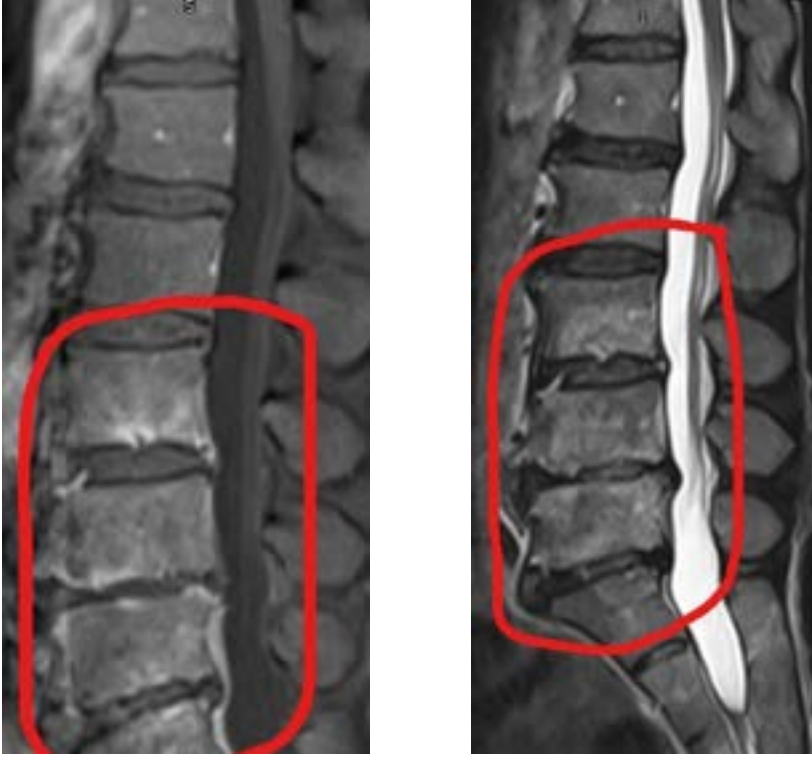


Figure 4 and 5. The spread of existing inflammatory lesions from the L4-5 intervertebral disc space to the L3, L4 and L5 vertebral bodies (marked area).

3. DISCUSSION

Human brucellosis remains a significant health problem worldwide due to its complications. Serious complications such as spondylodiscitis reduce people's quality of life and threaten their health. In this study, it was aimed to reach the correct diagnosis by evaluating the laboratory and radiological examinations of the patient with suspected lumbar disc herniation and the delayed Brucellosis laboratory tests together (Spernovasilis, 2024).

Diagnosis of brucellosis infections is made by isolating the microorganism from blood, bone marrow, body fluids or tissues. Many laboratories choose to use rapid isolation methods to speed up blood cultures. However, to isolate *Brucella* sp. in this way, these cultures must be maintained for at least 12-15 days. It is known that the blood culture positivity rate is not very high in special clinical conditions such as spinal brucellosis. Because; the use of the *Brucella*-specific serum agglutination test, especially in endemic areas, is

still the well-standardized and most widely used serological method for the diagnosis of Brucellosis (Di Bonaventura, 2021).

Spinal brucellosis is caused by the hematogenous route spread of microorganisms, and the infection usually begins in the anterior superior end plate of the vertebral body due to the rich blood supply in this area. The inflammation can then spread to the entire vertebral body or intervertebral disc, causing spondylodiscitis. Complications such as epidural abscess, granuloma or discitis secondary to vertebral body involvement of brucellosis have been reported in the literature regarding nerve root compression in brucellar spondylodiscitis (Rizkalla, 2021).

Epidemiological studies on lumbar or spinal brucellosis cases are currently limited, but Brucella-specific serological tests should be taken into consideration in places where endemic Brucellosis cases are observed. In this case study, the patient being over 40 years of age was an independent risk factor for spinal involvement in brucellosis. Generally, the risk of spinal involvement in patients with brucellosis over the age of 40 was shown to be 5.42 times higher than in patients aged ≤ 40 years (Yagupsky, 2019).

As a result, in areas where brucellosis are endemic, brucellosis discitis and spondylitis should be considered in the differential diagnosis of long-standing back pain in suspected cases. In such cases of brucellosis, only antibiotic therapy may be sufficient and provide recovery. It has also been reported that brucellosis may be the cause of LDH only in rare cases. Therefore, serological tests before surgical interventions for Lumbar discitis and spondylitis are important options in the diagnosis of Brucellosis and should never be overlooked.

Conflict of Interest Statement: There is no financial conflict of interest with any institution, organization or person related to this study and there is no conflict of interest between the authors.

Ethics Statement: This study includes studies that do not require ethics committee approval; data collection from data obtained through surveys, group studies, focus studies, observations, experiments, interviews, all kinds of research conducted with qualitative or beautiful treatments, humans and animals (including material data) are used with universal or scientific data,

parts performed on humans are not within the scope of those performed on animals, and are included in retrospective transactions in accordance with Data Protection), and it has been declared that no ethical transactions have been carried out regarding this personal law.

Funding: The authors declared that they received no financial support for this study.

REFERENCES

- Al Jindan, R. (2021). Scenario of pathogenesis and socioeconomic burden of human brucellosis in Saudi Arabia. *Saudi J Biol Sci*, Jan, 28(1), 272-279. doi: 10.1016/j.sjbs.2020.09.059. Epub 2020 Oct 9. PMID: 33424306; PMCID: PMC7783673.
- Alhusseini, A., Hamsho, S., Sleiy, M., Alsmoudi, H., Frzat, A., Alabdullah, H., Tawashi, Y. (2024). Brucella spondylodiscitis that affected both cervical and lumbar spines: A rare case report from Syria. *Ann Med Surg (Lond)*, Jan 11, 86(4), 2154-2157. doi: 10.1097/MS9.0000000000001715. PMID: 38576911; PMCID: PMC10990348.
- Ali Adam, A., Sheikh Hassan, M., Adam Osman, A. (2022). Spinal brucellosis causing spondylodiscitis. *Ann Med Surg (Lond)*, Sep 23, 82, 104782. doi: 10.1016/j.amsu.2022.104782. PMID: 36268353; PMCID: PMC9577941.
- Alton, G, G., Forsyth, J, R, L. (1996). Brucella, In: Baron S, editor. Medical Microbiology. 4th edition. Galveston (TX): University of Texas Medical Branch at Galveston; 1996. Chapter 28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK8572/>.
- Di Bonaventura, G., Angeletti, S., Ianni, A., Petitti, T., Gherardi, G. (2021). Microbiological laboratory diagnosis of human brucellosis: An overview. *Pathogens*, Dec, 14; 10(12), 1623. doi: 10.3390/pathogens10121623. PMID: 34959578; PMCID: PMC8709366.
- Laine, C, G., Johnson, V, E., Scott, H, M., Arenas-Gamboa, A, M. (2023). Global estimate of human brucellosis incidence. *Emerg Infect Dis*, Sep, 29(9), 1789-1797. doi: 10.3201/eid2909.230052. PMID: 37610167; PMCID: PMC10461652.
- Rizkalla, J, M., Alhreish, K., Syed, I. Y. (2021). Spinal brucellosis: A case report and review of the literature. *J Orthop Case Rep*, Mar, 11(3),1-5. doi: 10.13107/jocr.2021.v11.i03.2060. PMID: 34239818; PMCID: PMC8241257.
- Spervasilis, N., Karantanas, A., Markaki, I., Konsoula, A., Ntontis, Z., Koutserimpas, C., Alpantaki, K. (2024). Brucella spondylitis: Current knowledge and recent advances. *J Clin Med*, Jan, 19, 13(2), 595. doi: 10.3390/jcm13020595. PMID: 38276100; PMCID: PMC10816169.
- Yagupsky, P., Morata, P., Colmenero, J. D. (2019). Laboratory diagnosis of human brucellosis. *Clin Microbiol Rev*, Nov 13, 33(1), e00073-19. doi: 10.1128/CMR.00073-19. PMID: 31722888; PMCID: PMC6860005.

Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Düünden Bugüne Sağlıkta Dönüşüm Programı: Türkiye

Geliş Tarihi:17.01.2025

Kabul Tarihi:08.05.2025

Kübra GÜL¹

ÖZ

Sağlık politikaları, bir ülkede sağlık hizmetlerinin kimler tarafından üretileceğinin, üretilen hizmetin nasıl sunulacağıının, nasıl finanse edileceğinin ve hizmet ücretlerinin nasıl ödeneceğinin belirlenmesi gibi konularda hükümetlerin aldıkları kararlar, yaptıkları tercihler ve ortaya koydukları hukuki metinlerdir. Sağlık politikaları oldukça geniş bir alanı etkileyip düzenlemektedir. Türkiye’de sağlık politikaları ve sağlık reformu sürekli gündemde olmuş bir konudur. Reformlardan sonuncusu ve en kapsamlısı Sağlıkta Dönüşüm Programıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminin tüm alanlarında yaygın ve ciddi değişiklikler öngören bir içeriğe sahiptir. Burada öncelikle kısaca kamu politikası, kamu politikası analizi ve süreç modeli hakkında bilgi verilecektir. Ardından bir kamu politikası olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ele alınıp süreç modeli doğrultusunda analiz edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Kamu Politikası, Politika Analizi, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Süreç Modeli

1 Öğrenci., Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Burdur, Türkiye. e-mail adresi: kubrademir641@gmail.com. Orcid: 0009-0002-4148-6871

An Example of Public Policy Analysis: Health Transformation Program from Past to Present: Türkiye

ABSTRACT

Health policies can be explained, these are the decisions taken by governments, the choices they make and the legal texts they put forward on issues such as determining who will produce health services in a country, how the service will be provided, how it will be financed and how service fees will be paid. Here, health policies affect and regulate a very wide area. Health policies and health reform have always been on the agenda in Türkiye. The last and most comprehensive reform here is the Health Transformation Program. The Health Transformation Program has a content that envisages widespread and serious changes in all areas of the health system. Here, briefly information will be given about public policy, public policy analysis and process model. Then, the Health Transformation Program will be discussed as a public policy and analyzed in line with the process model.

Keywords: Public Policy, Policy Analysis, Health Transformation Program, Process Model

1. GİRİŞ

Sağlık, toplumların yaşam kalitesini ve standartlarını doğrudan etkileyen bir unsurdur. Hem bireyler üzerinde hem de genel olarak toplum üzerinde göz ardı edilemeyecek etkilere sahiptir. Dolayısıyla ülkelerin sağlık standartlarını yükseltmek hükümetlerin öncelikli ve mühim görevleri arasında yer almaktadır. Aynı zamanda hükümetler tarafından sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve hizmetlerin kalitesini yükseltmek amacıyla sağlık politikaları geliştirilmektedir (Birkland, 2011). Aynı zamanda beraber sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi sağlık reformlarının sadece belli bir bölümünü oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı, sağlıkta görev alacak insan gücüne yönelik düzenlemelerin de yer aldığı önemli bir unsurdur (Memişoğlu, 2018). Sağlık reformları ve sağlık politikaları dünyadaki tüm ülkelerin sürekli gündeminde olmuştur. Nitekim dünya üzerinde değişen siyasi, sosyal ve ekonomik şartlar hükümetleri bu alanda yeni düzenlemeler yapmaya yönlendirmektedir. Bütün bu süreçte alınan kararlar ve hayata geçirilen politikalarda ülkenin içinde bulunduğu koşullar ve dünya koşulları etkili olmaktadır. Kısacası küreselleşmenin etkileri, ülkelerin sağlık politikaları, ekonomik krizler, sağlık insan gücünün nitelik, nicelik açısından yetersizliği ülke genelinde sağlık hizmetlerinin yeterli derecede olmayan sunumu, insanların çeşitli ve sürekli artan beklentileri, nüfus yapısındaki değişimler gibi etmenler hükümetlerin sağlık politikaları üzerinde etkili olmaktadır.

Türkiye’de de sağlık politikaları, cumhuriyetin kuruluşundan itibaren önem arz etmiş ve neredeyse her dönemde sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, sağlık kurumlarının düzenlenmesi gibi amaçlar gündemde olmuştur. Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık hizmetleri açısından önemli adımlar atılmış, sağlık hizmetlerine ilişkin önemli kanunlar yasalaşmıştır (Akdur, 2016).

1. Sağlık hizmetleri devletin asli görevleri arasında kabul edilmiş ve sağlık hizmetlerinin planlanması, idaresi tek merkezden sürdürülsün istenmiştir (Ağırbaş vd., 2011).
2. Planlı dönem ile birlikte I. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda halk sağlığı hizmetlerinin önemi belirtilmiş ve onarıcı hizmetler yaygınlaştırılarak koruyucu hizmetleri tamamlar bir nitelik kazanmıştır (Akdur, 1998).

3. 1960'ların sonunda ve 70'lerin başında Genel Sağlık Sigortasının (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014) oluşturulmasına ilişkin ilk düzenlemeler yapılmış ancak herhangi bir sonuca varılamamıştır.

1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile genel bir sağlık sigortasının hayata geçirilmesi, kamu hastanelerinin merkezîyetçi yapıdan çıkarılması, hastanelerin kendi işletme ve personel politikalarını belirleyebilmelerini amaçlamıştır (Savaş, 2002). Ancak kanunun uygulanmasını sağlayacak düzenlemeler yapılamamış ve kanunun bazı maddeleri de Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Sonuç olarak, kanun bir bütün olarak uygulamaya geçirilememiştir. 1990'lı yıllarda Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı öncülüğünde sağlık reformu çalışmaları hız kazanmaya başlamıştır. Bu çalışmaların sonucunda 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Ulusal Sağlık Politikası" hazırlanmıştır. 1990'larda gündeme gelen sağlık politikalarının odak noktaları; 1) Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanıp Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması, 2) Sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sisteminin oluşturulması, 3) Hastanelerin özerk sağlık işletmeleri haline getirilmesi, 4) Sağlık Bakanlığının düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşturulup koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermesi şeklinde dört başlık altında toplanmıştır. Ancak toplantılarda ve kongrelerde dile getirilen tüm bu örneklemeler ve hususlar yasal bir zemine kavuşturulamamıştır.

2003 yılında, sağlık politikalarında çok önemli ve kapsamlı bir dönüşümü içeren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) gündeme getirilmiştir (Akdağ, 2008). SDP, sağlık sistemine önemli değişiklikler ve düzenlemeler getirmesi bakımından bir dönüm noktası olarak kabul edilebilir. Nitekim bu program (SDP) öncesinde sağlık hizmetlerinin finansmanı parçalı ve çoklu bir yapıdayken, SDP ile finansman sistemi tek bir çatı altında toplanmıştır. Böylece finansmandan sorumlu birimler arasındaki uyum ve koordinasyon eksikliği giderilebilmiştir. Bununla birlikte sadece belli bir kesimi içine alan sosyal güvenlik sistemi, nüfusun tamamını kapsayan bir şekle kavuşturulmuştur.

Diğer yandan sağlık hizmetlerine erişimi yükseltecek ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti artıracak adımlar atılmıştır. Bu açıdan SDP çok yönlü ve kapsamlı bir içeriğe sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sunumundan finansmanına, örgütlenmesinden personeline kadar oldukça geniş

bir alanda sağlık politikalarının yeniden düzenlenmesini konu edinmiştir. Bu yüzden politika çabaları içerisinde oldukça önemli bir yer edinmiştir. Literatürde SDP' ye ve sonuçlarına ilişkin çeşitli çalışmalar yer almaktadır.

Bu çalışmada sağlık sisteminde köklü değişikliklere öncülük eden SDP'nin kamu politikası içinde önemli bir yere sahip olduğu düşünülen süreç modeli (Sabatier,2007) üzerinde incelenme yapılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla öncelikle kavramsal çerçeve üzerinde durulacak ve kamu politikası, kamu politikaları analizi, süreç modeli gibi konularda bilgi verilecektir. Daha sonra kamu politikası analiz modellerinden biri olan süreç modeli üzerinden SDP incelenecek ve süreç modelindeki her bir kısım ve aşamanın SDP üzerinde nasıl şekillendiğinin ortaya koyulması hedeflenmektedir.

SDP analiz edilirken Sabaiter tarafından geliştirilen süreç modelinin kullanılması hedeflenmiştir. Süreç modeli kamu politikası uygulaması ve örneklerinin birer süreç içerisinde olmasını ve bir akış olarak gerçekleşmesini kabul etmektedir. Bu çalışma, sürecin her bir aşamasını tek tek ele alarak politikayı ayrıntılı bir şekilde analiz etmeyi amaçlamaktadır. Süreç modeline göre kamu politikası analizi, gündeme gelme (problemin tanımlanması), formüle etme, kanunlaştırma, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır (Memişoğlu, 2018).

2. KAMU POLİTİKASI

Kamu politikası, bir devletin veya hükümetin, toplumun çeşitli kesimlerini etkileyen konularda belirlediği politikaların tümünü kapsar. Bu politikalar, ekonomi, sağlık, eğitim, çevre, güvenlik ve daha pek çok alanda toplumsal ihtiyaçların karşılanmasını sağlamak üzere oluşturulur. Hükümetin kaynakları ve yetkileri doğrultusunda kamu politikası oluşturulurken, en üst düzeyde toplumsal fayda gözetilmeye çalışılır. Kamu politikası, bir toplumun karşılaştığı sorunlara çözüm bulmak ve toplumsal refahı artırmak için hayati öneme sahiptir. Politika oluşturucuların, uzmanların ve toplumun birlikte çalışarak etkili politikalar geliştirmesi, bir ülkenin gelişimine ve refahına katkı sağlar.

Bununla birlikte, hükümetler dışındaki aktörler de bu sürecin yönlendirilmesinde etkili olabilir. Zira kamu politikalarının geliştirilmesi kamu yararı, politikaların etkinliği, maliyet, politikanın sosyal olarak kabul

edilip edilmediği, siyasi açıdan uygulanabilir olup olmadığı gibi birçok faktöre bağlı olup sadece bunlarla sınırlı değildir (Kraft, 2009). Kimi zaman hükümet dışı aktörler de devreye girerek kamu politikalarını etkilemektedir. Çözüm bekleyen sorunlar, iyileştirilmesi gereken alanlar, değişim ihtiyacı duyulan düzenlemeler de birer kamu politikası alanıdır. Sağlık politikası da bunlardan biridir ve kendine özgü bir takım özellikleri nedeniyle benzersizdir (Coveney, 2010). Sağlık politikasını genel olarak belirli sağlık hedeflerine ulaşmak ve sağlık düzeyini iyileştirmek olarak tanımlamak mümkündür. Sağlık politikalarına bir bütün olarak yaklaşıldığında bunların sağlık düzeyinin iyileştirilmesinden çok daha fazlasını kapsadığı görülmektedir. Daha detaylı bir tanım yapacak olursak sağlık politikası, sağlık sisteminin her bir unsurunu etkileyen tüm kararlar, eylemler ve eylemsizlikler olarak tanımlanabilir. Bu durumda kamu sektörü kadar özel sektörü de etkileyen bir politika içeriği karşımıza çıkmaktadır (Memişoğlu, 2018).

Sadece görülebilir politikalar değil aynı zamanda yazılmamış uygulamalar da politika kapsamında değerlendirilmelidir. Dolayısıyla sağlık politikası nüfusun sağlık göstergelerini iyileştiren, sağlık sistemleri ve kuruluşlarına ilişkin düzenlemeler içermenin yanı sıra hizmet sunumu ve finansman yöntemlerini de düzenleyen bu anlamda kamu sağlık örgütlerini olduğu kadar özel sağlık örgütlerini ve personelinin de etkileyen kapsamlı bir politika alanını ifade etmektedir.

3. KAMU POLİTİKASI ANALİZİ VE SÜREÇ MODELİ

Kamu politikası analizi, toplumun ihtiyaçlarını karşılamak, sorunları çözmek veya belirli hedeflere ulaşmak için devletin aldığı kararları ve uygulamalarını inceleyen ve değerlendiren bir disiplindir. Bu analizler genellikle karmaşık ve çok katmanlıdır, bu nedenle süreç modelleri, araştırmacıların ve politika yapıcılarının politika oluşturma ve uygulama süreçlerini daha iyi anlamalarına yardımcı olur. Kamu politikası analizi, politika yapım sürecinin her aşamasını kapsar. İlk olarak, bir sorunun tanımlanması ve gündeme alınmasıyla başlar. Ardından, politika yapıcılar ve analistler, bu sorunu çözmek veya yönetmek için çeşitli seçenekler geliştirir. Bu seçeneklerin incelenmesi ve değerlendirilmesi aşamasında, ekonomik, sosyal ve çevresel etkileri göz önünde bulundurulur. Son olarak, politika uygulama, değerlendirme ve gerektiğinde revizyon aşamaları izlenir.

Süreç modelleri, politika yapım sürecini adım adım açıklayan ve farklı etkenleri ve aktörleri vurgulayan çeşitli çerçevelerdir. Birçok model mevcuttur, ancak en yaygın olarak kullanılanlarından biri "Örümcek Ağı" modelidir. Bu modelde, politika süreci, bir örümceğin ağı gibi merkezi olmayan bir yapıda tanımlanır. Bu, farklı aktörlerin (hükümet, sivil toplum, özel sektör, medya vb.) etkileşimlerinin politika yapımında önemli olduğunu gösterir.

Kamu politikası analizi ve süreç modelleri, karmaşık politika sistemlerini anlamak ve etkili politika çözümleri geliştirmek için önemli araçlardır. Bu disiplinler, politika yapıcılara ve analistlere, politika süreçlerini daha etkili bir şekilde yönetmeleri ve toplumun ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vermeleri için rehberlik eder.

Sağlık politikası analizi, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve erişimi gibi konularda devletin rolünü, politikalarını inceleyen ve değerlendiren bir alan olarak önem kazanmaktadır. Bu analizler, sağlık sistemlerindeki zorlukları anlamak, politika yapıcılara rehberlik etmek ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak için kritik öneme sahiptir. Sağlık politikasının hem yapısı hem de sağlık politikası analizinin disiplinler arası olması nedeniyle, buna ilişkin analizlerin geniş kapsamlı olması gerekmektedir (Walt, 2008). Dolayısıyla sağlık politikası analizinin, sağlık üzerinde etkili olan dış kuruluşların da (gıda veya ilaç endüstrisi) eylemleri üzerine eğilmesi faydalı olacaktır (Buse, 2005).

Sağlık hizmetleri nüfusun tamamı üzerinde etkili olmaktadır. Günümüzde uygulanan bir sağlık politikasının etkisi kimi zaman kısa vadede sonuçlanabilir, kimi zaman ise politikanın sonuçları yıllar sonra ortaya çıkabilir. Bu nedenle sağlık politikalarının kapsamlı bir şekilde incelenmesi çok önemlidir.

Süreç modeli ise analiz modelleri arasında en yaygın kullanılan modellerden biridir. Süreç modeli, kamu politikalarının bir süreç olduğunu baz alarak bu süreci oluşturan aşamaların tek tek incelenmesini amaçlamaktadır. Harold Lasswell (1956) tarafından yedi aşamalı olarak tasarlanan süreç modeli (Sabatier,2007), Dye ve Anderson gibi yazarlar tarafından da geliştirilmiş ve Sabatier tarafından beş aşamada ele alınmış ve sıralanmıştır (Memişoğlu, 2018). Bu aşamalar şöyledir: Gündeme geliş, formüle ediş, kanunlaştırma, uygulama ve değerlendirme.

3.1. Gündeme Geliş

Politika yapım süreci, bir sorunun tanımlanması ve politika yapıcılarının veya toplumun bu sorunu bir politika konusu olarak kabul etmesiyle başlar. Bu aşamada, genellikle belirli bir sorunun ciddiyeti ve aciliyeti hakkında farkındalık oluşturulur.

3.2. Formüle Etme

Sorun belirlenip gündeme getirildikten sonra formüle etme aşaması devreye girer. Bu aşamada, sorunun çözümüne yönelik politika seçenekleri geliştirilir. Farklı politika araçları ve stratejileri incelenilerek değerlendirilir. Politika tasarımı, politika yapıcılarının belirli hedeflere ulaşmak için en etkili ve uygun politika seçeneklerini belirlemelerini sağlar. Böylelikle hükümetler seçtikleri alternatifin en iyi veya en uygun alternatif olup olmadığından tam anlamıyla emin olmasa da sorunun çözümü için bir adım atmaktadır (Peters, 2013).

3.3. Kanunlaştırma

Politika yapım sürecinin bu aşamasında, belirlenen politika seçenekleri hakkında kabul ve destek sağlanması amaçlanır. Politika yapıcılar, politika tasarımını halk, paydaşlar ve diğer ilgili aktörler ile tartışır ve onay alır. Sürecin bu aşaması sadece formüle edilen çözüm önerisinin hukuki bir metne dönüşmesi olarak düşünülmemelidir. Bu aşama aynı zamanda kanun, yönetmelik, genelge gibi uygulama sürecini de etkileyecek ve yönlendirecek her türlü yasal düzenlemeyi de içermektedir (Kaptı, 2011).

3.4. Uygulama

Politika kabul edildikten sonra, politika uygulama aşamasına geçilir. Bu aşamada, politikanın resmi kurallar, programlar ve politika araçları aracılığıyla hayata geçirilmesi hedeflenir. Politika uygulamasının etkin ve verimli olması için kaynakların tahsisi, kurumsal düzenlemeler ve izleme mekanizmaları büyük önem arz eder. Uygulanan politikanın sonuçları bu aşama neticesinde belirlenecektir.

Sonuçlara göre de mevcut düzenlemeye devam edilecek veya düzenlemede revizyona gidilecektir (Memişoğlu, 2018). Bu aşama bir nevi hukuki düzenlemelerin günlük hayatta pratik uygulamalara dönüşmesidir.

3.5. Değerlendirme

Politika uygulamasının ardından, politikanın etkinliği, etkisi ve sonuçları değerlendirilir. Bu aşamada, politika yapıcılar ve analistler, politikanın hedeflerine ulaşma derecesini ve beklenmeyen sonuçları değerlendirir.

Bu aşama hem değerlendirme hem de öğrenme aşamasıdır. Politikanın başarısının ve başarısızlıklarının görülmesine fırsat veren ve bunlardan dersler çıkarılarak yeni politika uygulamalarına yön verilmesi için imkân sağlayan bir aşamadır.

4. SÜREÇ MODELİ KAPSAMINDA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ ANALİZİ

Türkiye'nin sağlık politikalarında önemli bir dönemeç olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve erişimi gibi alanlarda kapsamlı bir değişim öngören bir politika girişimidir (Akdağ,2008). Burada Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın süreç modeli doğrultusunda analiz edilmesi ve uygulanmasının sonuçları incelenecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, politika yapım sürecinin çeşitli aşamalarını içeren bir süreç modeli çerçevesinde analiz edilebilir. İlk aşamada, programın ortaya çıkmasına yol açan sağlık sistemindeki sorunlar ve ihtiyaçlar tanımlanır. Ardından, politika tasarımı sürecinde, programın amaçları, hedefleri ve uygulanacak politika araçları belirlenir. Kabul aşamasında, programın paydaşlar arasında kabulü ve desteklenmesi sağlanır. Uygulama sürecinde, programın sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve yönetimi üzerindeki etkileri ve sonuçları incelenir. Son olarak, programın etkileri değerlendirilir ve gerektiğinde revizyonlar yapılır.

4.1. Problem Tanımı ve Gündeme Getirme

Burada sağlık politikalarının gündeme gelmesinde öncelikle sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar etkilidir. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde yaşanan artışlar, vatandaşların artan beklentileri bu sorunlara örnek teşkil edebilir.

Bunlar hükümetleri sağlık hizmetleri alanında adım atmaya mecbur bırakmakta ve hükümetler vatandaşların beklentilerini karşılamak, memnuniyetini artırmak için çeşitli düzenlemeler ve iyileştirmeler yapma yoluna gitmektedirler (Dye, 2002). Fakat bütün bunlar kamu yönetimi üzerinde bir yük oluşturmakta ve hükümetler bu ihtiyaçları karşılamada oldukça zorlanmaktadır. Bununla birlikte hizmet sunumunda ortaya çıkan yetersizlikler ve eşitsizlikler, hizmetlerin etkinlik ve verimlilikten uzak olmasına neden olmuştur. Vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde eşitsizlik, nüfusun büyük bir bölümünün sağlık güvencesi olmaması, kaynakların verimsiz kullanılması, DB ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşların etkisi, dünya üzerinde etkili olan sağlık reformları ve yaşlı nüfusun artması gibi gelişmeler sağlık alanında reform gereğini ortaya çıkarmaktadır (Yıldırım, 2013).

Sağlık alanında reform ihtiyacı özellikle 1990'lı yıllarda dile getirilmiş ve gündeme alınmıştır. Buna rağmen sağlık reformları bir politika haline getirilememiş ve hayata geçirilememiştir.

2002 yılında Adalet ve Kalkınma Partisi'nin iktidara gelmesi ile birlikte 58. Hükümet programında yer alan Acil Eylem Planı'nda (AEP) sağlık reformu ve sağlık politikalarına ilişkin ifadeler yer verilmiştir. AEP'de yer alan ifadelerin SDP'nin çekirdeğini oluşturması ve SDP'nin bunlar üzerine bina edilmesi sebebiyle AEP önem arz etmektedir. Burada AEP'de "Sağlıklı Toplum" başlığı altında Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması, devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi farklılığına son verilip tüm hastanelerin tek yapı altında toplanması belirtilmiştir. Hastanelerin idari ve mali yönden özerk olması (Kalkan, 2016) aile hekimliği uygulamasına geçilmesi esas alınarak sağlam bir sevk zincirinin kurulması hedeflenmiştir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanın ayrılması, Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve kurumunun kurulması da planlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Bunların yanında anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimlik modelinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Son olarak özel sektörle ilgili düzenlemelere de yer verilmiştir. Böylelikle özel sektörün sağlık hizmetlerine yatırım yapması için teşvik edici adımlar atılması benimsenmiştir. Buradan hareketle 2003 yılında sağlık politikalarında yeni bir dönemi başlatıp, önemli düzenlemeler ve değişiklikler getiren Sağlıkta Dönüşüm Programı açıklanmıştır.

Bu program doğrultusunda öncelikli olarak ulaşılabilir, kaliteli ve etkili sağlık hizmetlerini vatandaşlara sunmak hedeflenmiştir. Böylelikle halk sağlığının iyileştirilmesi, vatandaşlar için sağlık güvencesi sağlanması, sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması amaçlanmış ve hasta merkezli bir sistem geliştirilmesi öngörülmüştür (Memişoğlu, 2018).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, iki temel fazdan oluşmaktadır. Birincisi, 2003-2009 yılları arasını kapsar ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi başlığı altında amaçlanan değişiklikler ve uygulamaları içerir. İkinci ise, 2009-2014 yılları arasını kapsar ve Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi başlığını taşır. İkinci fazda sosyal güvenlik kurumunun oluşturulması ve sosyal güvenlik reformuna ilişkin hedefler bulunur.

4.2. Formüle Etme – Politika Oluşturma

Sağlık politikalarının formüle edilmesi, SDP'nin 2003 sonrası dönemde gerçekleştirilen sağlık politikalarının çerçevesini çizmiş ve iskeletini oluşturmuştur. SDP'de yer alan temel ilke ve bileşenler politika içeriği hakkında bilgi vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu kapsamda gündeme gelen sağlık politikaları; sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumunu konu edinmiştir ve bu anlamda ciddi politika değişikliklerini ortaya koymuştur. Böylece sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulması amaçlanmıştır. SDP, sağlık politikaları açısından bir rehber niteliğindedir ve belli ilkeler üzerinden hareket ederek kendi yolunu çizmektedir. Bu ilkelerin ilki insan merkezliktir. Bu ilke, bireylerin beklenti, ihtiyaç ve taleplerine işaret eder ve sistemin bunlar üzerine inşa edilmesini sağlar. Diğer bir ilke sürdürülebilirliktir. Bu ilke ile sağlık sisteminin ülkenin koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması gerektiği ifade edilir. Sürekli kalite gelişimi ilkesi ise hizmet sunumunda sürekli daha iyinin hedeflenmesi ve bu amaçla sistemin kendi hatalarını değerlendirip bunlardan ders almasını öngörmektedir. Katılımcılık ilkesi, sağlık politikalarının oluşturulmasında tüm paydaşların görüşlerinin alınmasını amaçlar. Bu ilkeyi tamamlayıcı nitelikte olan bir diğer ilke ise uzlaşmacılıktır. Buradaki ilke ile görüşleri alınan tüm paydaşlar arasında ortak bir nokta oluşturularak yöntem ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması hedeflenmektedir. Gönüllülük ise teşvik edici unsurlara vurgu yapan ve sistem içerisinde yer alan tüm

tarafların çeşitli teşvik unsurlarıyla sistem içerisinde gönüllü bir şekilde yer almasını kapsamaktadır. Güçler ayrılığı ve desantralizasyon da SDP’de öne çıkan bir diğer ilkelerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2009). Güçler ayrılığı ilkesi, sağlık hizmetlerini sunan ve finanse eden kurumların birbirinden ayrılmasını öngörmekte ve bu sayede hizmetlerin daha verimli, kaliteli sunumunu ifade etmektedir. Desantralizasyon ilkesi ise, hizmetlerinin sunumunda merkezi yapının neden olduğu olumsuzlukları gidermede bir araç olarak değerlendirilmektedir. Burada desantralizasyon ilkesi ile hantal yapının yumuşatılması, özerk örgütler oluşturulması ve hizmetlerin daha verimli bir şekilde sunulması amaçlanmaktadır.

Son olarak hizmette rekabet ilkesi ile de sağlık alanının rekabete açılmasını, bu sayede hizmetlerin kalitesinin artırılmasının ve maliyetlerinin düşürülmesini hedefler.

SDP, sağlık sistemini yeniden şekillendirmeye yönelik 8 temel bileşen üzerinde durur ve böylece yenilenen sağlık politikasının içeriği daha kapsamlı ve detaylı olarak ortaya koyulmuş olur (T.C.Sağlık Bakanlığı, Dünya Bankası, 2004). Bu bileşenler; “1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı, 2- Genel sağlık sigortası, 3- Yaygın ve erişimi kolay sağlık hizmet sistemi 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, mutlu bir şekilde çalışan sağlıklı insan gücü, 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: "sağlık bilgi sistemi" olarak sıralanmaktadır.

4.3. Kanunlaştırma

SDP ile taslağı hazırlanarak formüle edilen sağlık politikaları doğrultusunda daha sonra kanunlaştırma aşamasına geçilmiş ve sonrasında çeşitli hukuki metinler yayımlanmıştır. Bu çerçevede kabul edilen kanunların başında “5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” gelmektedir. Bu kanunla kamu kurum ve kuruluşlarının sağlık birimleri Sağlık Bakanlığına devredilmiş ve kamu hastaneleri arasındaki ayrım kaldırılmıştır. Tüm hastaneler devlet hastanesi olarak düzenlenmiştir. Bu kapsamda hayata geçirilen bir diğer kanun 5258 sayılı Kanun ile Aile Hekimliği Sisteminin kurulmasıdır. Böylece

sağlık ocakları kapatılırken aile hekimliği uygulaması getirilmiştir. Bir diğer düzenleme "5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu"dur. Bu düzenleme ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ Kur'dan oluşan parçalı yapı sistemi tek bir çatı altında birleştirilmiştir. Tüm bunları takiben 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu uygulamaya koyulmuş ve söz konusu kanun ile tüm vatandaşlara sağlık güvencesi sağlanması öngörülmüştür. SDP doğrultusunda yapılan bir diğer önemli düzenleme de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıdır. Böylelikle tüm devlet hastaneleri ilgili Kamu Hastane Birliklerine bağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ise hizmet sunumundan uzaklaşmış ve politika belirleyen, politika üreten bir yapıya dönüştürülmüştür.

4.4. Uygulama

Burada onaylanan kanunlar ve alınan kararlar hayata geçirilmeye başlanmış ve uygulamaya konmuştur. Hastaneler tek çatı altında birleştirilmiş, aile hekimliği sistemi kurulmuş, hastane yönetimleri yeniden yapılandırılmış, Sağlık Bakanlığı politikalar üreten ve belirleyen bir kurum olmuştur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü gibi önemli bir müdürlük de kurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Bununla beraber sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikleri gidermek amacıyla SDP kapsamında birçok sağlık tesisinin açılması ve mevcut tesislerin modernizasyonu da gerçekleştirilmiştir.

SDP'nin uygulanması sürecinin değerlendirilmesi için çeşitli ölçütler kullanılabilir. Bunlar arasında sağlık hizmetlerine erişimdeki artış, tedavi kalitesindeki iyileşme, hasta memnuniyetindeki artış ve sağlık harcamalarındaki kontrol gibi faktörler yer almaktadır. Atılan tüm bu adımlar, sağlık sektöründe belirgin bir iyileşme sağlamıştır.

Sağlık politikalarının uygulaması ve sağlık hizmetlerinin sunumu aşamasında karımıza çıkan bir diğer konu da sağlık personellerine ilişkindir. SDP doğrultusunda yapılan yeni düzenlemeler sağlık personeli üzerinde de etkili olmuştur. Burada sağlık personelinin sayısının arttırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmuştur. Bunun yanında yeni istihdam yöntemleri gündeme gelmiş, personel atama ve nakillerinde objektif ve hakkaniyete uygun yöntemlerin kullanılmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Bu kapsamda sağlık personelinin sözleşmeli statüde çalıştırılmasına olanak sağlanmıştır.

2005 yılında da sözleşmeli personel çalıştırılmasına fırsat tanınması ile birlikte, destek hizmetlerinde çalışan sözleşmeli personel yanında, tıbbi hizmetlerde çalışanlar arasında da sözleşmeli çalışma yaygınlaşmaya başlamıştır. Öncelikli bölgelerde, sağlık personeli temininde yaşanan sıkıntıyı giderebilmek amacı ile uygulanan sözleşmeli sağlık personeli alımıyla önemli sayıda hekim dışı sağlık personeli istihdamı sağlanmıştır. Ayrıca sağlık insan gücünün verimli kullanılabilmesi için sağlık çalışanlarına yönelik uzaktan eğitim, hizmet içi eğitim gibi yöntemlerle eğitim hizmetlerinin sunulması yönünde çeşitli adımlar da atılmıştır.

4.5. Değerlendirme

Sağlık politikalarını değerlendirirken çeşitli yöntem ve ölçütlerden yararlanmak mümkündür. Bunların başında ise istatistiki veriler yer almaktadır ve çok büyük önem arz eder. Bu kapsamda SDP ile birlikte sağlık göstergelerinde kayda değer iyileşmeler olduğu görülmektedir. Örnek gösterecek olursak, doğumda beklenen yaşam süresi Türkiye genelinde 2002 yılı için 72,5 yıl iken, 2015 yılı için 78 yıl olmuştur. Ayrıca anne – bebek ölümlerinde ciddi bir azalış görülmektedir. Burada istatistiki veriler dikkate alındığında SDP kapsamında atılan politika adımlarının başarılı olduğu gözlemlenmektedir. Bununla beraber sağlık harcamaları üzerinden de bir değerlendirme yapmak olasıdır. Bu kapsamda sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı göz önüne alındığında, toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı 2002 yılında %5,4 iken daha sonra yükselişe geçmiş ve 2008-2009 yıllarında %6,1 seviyelerine ulaşmıştır. Fakat daha sonra tekrar düşüşe geçmiş ve 2013 ve 2014 yıllarında %5,4 seviyelerine gerilemiştir. 2002 yılındaki %5,4'lük payın yaklaşık % 3,8'lik kısmı kamuya aitken, yaklaşık %1,6'lık kısmı ise özel sağlık harcamalarına aittir. 2013 yılına gelindiğinde bu oran %4,2 ve %1,2 ile sırasıyla kamu ve özel sağlık harcamaları şeklinde gerçekleşmiştir.

5. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDA ETKİLİ OLAN BAZI FAKTÖRLER

Türkiye'de sağlık politikalarının yapılmasında ve hizmetlerinin sunumunda etkili olan çok sayıda faktör bulunmaktadır. Devlet bu faktörlerin başında gelmektedir (Memişoğlu, 2018).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın öncüsü Türkiye Cumhuriyeti Devletidir. Hükümet, programı başlatarak sağlık sistemindeki eksiklikleri gidermeyi, hizmet kalitesini artırmayı ve vatandaşlara daha iyi sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır.

Devlet burada görev ve sorumluluğunu en başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, Türkiye Büyük Millet Meclisi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu, Sivil Toplum Kuruluşları gibi kurum ve kuruluşlarla paylaşıp beraber yürütmektedir. Bunun yanında Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi uluslararası kuruluşlar ve AB gibi ulus üstü kurum ve kuruluşlar da Türkiye'deki sağlık politikalarının belirlenmesi sürecinde devreye girebilmektedir. Burada AB'nin, sağlık politikalarının belirlenmesinde doğrudan bir etkisinin olduğunu söylemek pek de doğru olmaz ancak üyelik süreci ve birliğe katılma amaçları doğrultusunda yapılan çalışmalar etkili olmuştur. Üyelik görüşmeleri sürecinde sağlık ile ilgili konularda AB mevzuatına uyum çalışmaları doğrultusunda sağlık politikalarına yön verilmektedir.

6. SONUÇ

Genel olarak ülkelerin çoğunun gündemlerini belirleyen ve meşgul eden birçok çözülmeyi bekleyen sorun ve politika alanı mevcuttur. Sağlık hizmetleri ve sağlık sistemi bu alanlardan biridir. Sağlık sektörü, ülkelerin gelecek, geçmiş ve şuan ki durumlarını etkileyen önemli bir politika alanıdır. Bu anlamda nüfusun tamamını etkileyip ilgilendirmektedir. Nitekim Türkiye'de de böyle olmuştur. İlk meclisin açılmasından Cumhuriyet dönemine kadar hemen her zaman gündemde olmuştur. Bu politikaların en önemli ve en kapsayıcı olanı ise Sağlıkta Dönüşüm Programıdır. Bu program sağlık sistemin hemen hemen her alanında yaygın ve ciddi değişiklikler öngören bir içeriğe sahiptir. Bu bağlamda birçok alanda kayda değer önemli değişiklikler meydana getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin işleyiş ve yönetimini yeniden yapılandıran bu düzenlemelerle finansal yapının güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Öte yandan hizmetlerin yaygınlaştırılması, daha ekonomik, kaliteli, verimli ve hızlı sunulması hedeflenmiştir.

Anne ve çocuk sağlığının korunması, bulaşıcı ve kronik hastalıklarla mücadele, çocuk ve yetişkinlerde aşılama hizmetlerinin güçlendirilmesi, acil sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, evde sağlık hizmetleri biriminin kurulması, ilaç ve eczacılık sektörünün yeniden yapılandırılması, sağlık bilgi sistemi, merkezi randevu alma sistemi (MHRS), e-sağlık ve e-nabız gibi uygulamaların hayata geçirilmesi ya da geliştirilmesi bu hizmet ve uygulamalardan bazılarıdır.

Bunların yanında sağlık hizmetlerinden faydalananlara telefonla veya internet üzerinden Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) ve Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER) gibi kurumlara şikayet ve önerilerini iletme imkanı da verilmiştir. Böylece vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanma hakları tanımlanırken, öte yandan da sağlık hizmet sunucularının vatandaşlara karşı sorumluluğu ve hesap verebilirliği güçlendirilmiştir. Bunlar SDP'nin "insan merkezlilik" ilkesini tanımlar niteliktedir.

Sağlık politikalarındaki dönüşümün en memnun kesimi olarak hastalar görülmektedir (Bostan,2013).Değişimden memnun olmayan kesim ise ağırlıklı olarak sağlık çalışanlarıdır. Burada sağlık çalışanları hasta haklarına yönelik yapılan düzenlemeler neticesinde kendi hareket alanlarının kısıtlandığını ve sağlık çalışanlarına karşı saygının azaldığını düşünmektedirler. Bu sebeple de memnun olmadıklarını dile getirmektedirler. Sonuç olarak SDP'nin her uygulamada olduğu gibi kimileri için yararlı bulunduğu kimileri için ise pekte yararlı bulunmadığını söylemek mümkündür.

Çıkar Çatışması Beyanı: Bu çalışma ile ilgili herhangi bir kurum, kuruluş veya kişiyle finansal çıkar çatışması yoktur ve yazarlar arasında da çıkar çatışması yoktur.

Etik Beyanı: Bu çalışma, etik kurul onayı gerektirmeyen çalışmalar kapsamında olmadığından; katılımcılardan anket, görüşme, odak grup çalışması, gözlem, deney, görüşme teknikleri kullanılarak veri toplanmasını gerektiren nitel veya nicel yaklaşımlarla yürütülen herhangi bir araştırma; deneysel veya bilimsel amaçlarla insan ve hayvanların (maddi veriler dahil) kullanımı; insanlar üzerinde yürütülen klinik araştırmalar; hayvanlar üzerinde yürütülen araştırmalar kapsamında olmadığından, bu çalışma için herhangi bir etik başvuruda bulunulmadığı beyan edilmiştir.

KAYNAKLAR

- Akdur, R. (2016). Cumhuriyetten günümüze Türkiye’de sağlık. Erişim adresi: <https://www.recepakdur.com/yayinlar/sozlu-bildiri-ve-sunumlar/bildiriler/cumhuriyetten-gunumuze-turkiyede-saglik>.
- Ağırbaş, İ., Akbulut, Y., Önder, Ö.R. (2011). Atatürk dönemi sağlık politikası. *Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi*, No:48, s. 733-748, s. 745.
- Akdağ, R. (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri, Kasım 2002-2008. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 770, 2008, s.18.
- Akdağ, R. (2007). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı, Kasım 2002 - Haziran 2007. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 713, 2007, s.20.
- Akdağ, R. (2011). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011), s. 278.
- Akdur, R. (1998). Türkiye’de sağlık politika ve hizmetleri yeni Türkiye. C: 4, No: 23-24, Ankara, s.1984-1995.
- Birkland, T. A. (2011). An introduction to the policy process : Theories, concepts, and models of public policy making, 3. B., ME Sharpe, New York.
- Birkland, T. A. (2015). An introduction to the policy process: Theories, concepts, and models of public policy making. Routledge.
- Bostan, S. (2013). What has the health transformation program in Türkiye changed for patients?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16 (2), 91-103.
- Buse, K., Mays, N., Walt, G. (2005). Making health policy. Milton Keynes, Open University Press, 2005.
- Coveney, J. (2010). Analyzing public health policy: Three approaches. *Health Promotion Practice*, XI (4), 515-521.
- Dye, T. R. (2002). Understanding public policy, Pearson Education Inc.
- James E. Anderson, Public Policy Making: An Introduction, Houghton Mifflin Company, Boston, 2003.
- Kalkan, B. Ve Özkan, D. (2016). Kamu tercihi teorisini modern klasiklerdeki izleri. *Journal of Human Sciences*,13(3), 3995-4010.
- Kaptı, A. (2011). Kamu politika sürecinde klasik yaklaşım modeli, kamu politika süreci, ed. Alican Kaptı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s. 31,32.
- Kraft, M.E., Furlong, S.R. (2009). Public policy: Politics, analysis, and alternatives, 3. B., CQ Press, Washington..

- Memişoğlu, D. (2018). Bir kamu politikası analizi örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı, *Yasama Dergisi*, 34, 62-93.
- Peters, B. G. (2013). American public policy: Promise and performance, 9th Edition, Sage Publications, s. 87.
- Sabatier, P. (2007). Theories of the policy process, Second Edition (2nd ed.). Routledge. Erişim adresi: <https://doi.org/10.4324/9780367274689>.
- Savas, B. Serdar et al. (2002). In Thomson, S. and Mossialos, E., eds. Health care systems in transition: Türkiye. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 4(4).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (1993). Ulusal Sağlık Politikası, Ankara. Erişim adresi: http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/ulusal_saglik_politikasi.pdf, 13.06.2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). SDP (I. Faz). Erişim adresi: <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=178&sayfa=SDP>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). SDSGRP (II. Faz). Erişim adresi: <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, 20.05.2016.
- T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi. (2007). Türkiye’de sağlığa bakış 2007, Ed. Salih Mollahaliloğlu vd., Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu. (2003-2010). Ankara, s, 259-260.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yılı 2013, Ankara, s. 170.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat tabloları, 2013-2015. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr>.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084.
- Walt, G., vd. (2008). Doing’ health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan*, 23 (5), 308-317.
- World Health Organization (WHO). (2012). Successful health system reforms: The case of Türkiye, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (WHO). (2010). Health policy, Geneva, WHO, 2010. Erişim adresi: http://www.who.int/topics/health_policy/en/.

- World Health Organization, Health Policy and Systems Research, A Methodology Reader, Ed: Lucy Gilson, Geneva, Switzerland, 2012, s. 28.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2013). Türkiye sağlık reformları ve politikaları: Politika analizi çerçevesinde bir değerlendirme, kamu politikası kuram ve uygulama, ed. Mete Yıldız ve Mehmet Zahid Sobacı. Adres yayınları, Ankara, s.352-385. Erişim adresi: <http://web.archive.org/web/20121306060000/http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP58.htm>.

Hasta Düşmelerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Retrospektif Tanımlayıcı Bir Çalışma

İlknur ÖZTÜRK¹

Bahar DÜNDAR KAVAKLI²

Geliş Tarihi: 21.01.2025

Kabul Tarihi: 14.05.2025

ÖZ

Giriş: Hasta düşmeleri sağlık hizmetlerinde önemli bir güvenlik sorunudur. Yaralanmalar, uzun süreli hastanede kalışlar ve artan sağlık hizmeti maliyetleri gibi olumsuz sonuçlara yol açar. Hasta düşmelerine sebep olan faktörleri anlamak, etkili önleme stratejileri geliştirmek için önemlidir.

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde hasta düşmelerine etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Yöntemler: Bu retrospektif tanımlayıcı çalışma, 15 Nisan 2024 ile 30 Haziran 2024 tarihleri arasında İstanbul'daki özel bir üniversite hastanesinde gerçekleştirildi. 1 Ocak 2019 ile 31 Aralık 2023 tarihleri arasında düşme olarak rapor edilen 49 hastanın verileri analiz edildi. Hasta demografik ve klinik özellikleri, düşme durumları ve önleyici tedbirler elektronik hasta kayıtları kullanılarak toplandı. Veriler istatistiksel olarak değerlendirildi ve verileri özetlemek için aritmetik ortalamalar, standart sapmalar, frekanslar ve yüzde dağılımları gibi tanımlayıcı istatistikler ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 49 hastanın %63,3'ü erkek, %36,7'si kadın olup, yaş ortalamaları $52,34 \pm 22,2$ yıl idi. Düşmelerin çoğunun 65 yaşın altındaki hastalarda meydana geldiği görüldü (%63,3). Düşmelerin en sık organ nakli (%18,4) ve hematoloji (%12,2) servislerinde gerçekleştiği belirlendi. Düşme risk skorları ile yaş ($r=0,285$, $p=0,047$) ve kronik hastalık sayısı ($r=0,331$, $p=0,020$) arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulundu. Düşmelerin büyük çoğunluğu (%53,1) denge kaybına

1 Uzm. Hem., Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi, İstanbul, Türkiye, e- mail: ilknur.topal@acibadem.com , <https://orcid.org/0000-0001-6359-5273>

2 Uzm. Hem., Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi, İstanbul, Türkiye, e- mail: bahar.dundar@acibadem.com , <https://orcid.org/0000-0003-0269-3587>

bağlıyken, %79,6'sı hasta kaynaklı nedenlere bağlandı. Düşmeler çoğunlukla hasta odalarında (%44,9) ve hasta tuvaletlerinde (%28,6) meydana geldi. Hastaların %91,8'i ve refakatçilerin %85,7'si düşme önleme eğitimi almasına rağmen düşmeler meydana gelmekteydi. Düşmelerin %59,2'sinde yaralanmalar bildirildi ve en yaygın olanı baş yaralanmalarıydı (%49). Düşme sonrası gerçekleştirilen değerlendirmeler vakaların %61,2'sinde ek maliyet oluştuğu ortaya koydu ve hastaların %49'u tedavi ve %77,6'sı doktor konsültasyonu gerektirdi.

Sonuç: Hasta düşmeleri demografik, klinik ve çevresel faktörlerin birleşiminden etkilenir. Standart önleyici tedbirler uygulanmış olsa da hasta ile ilgili nedenler baskın olabilir. Düşme önlemeyi geliştirmek için sürekli risk değerlendirmeleri, hasta eğitimi, çevresel değişiklikler ve sensör teknolojisinin entegrasyonu gibi stratejilere öncelik verilmelidir. Gelecekteki araştırmalar, düşme olaylarını daha da azaltmak ve hasta güvenliğini iyileştirmek için yenilikçi girişimleri kapsamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Düşmeleri, Düşme Risk Faktörleri, Sağlık Hizmeti Güvenliği Retrospektif Çalışma

Investigation of Factors Affecting Patient Falls: A Retrospective Descriptive Study

ABSTRACT

Background: Patient falls are a significant safety issue in healthcare, resulting in adverse outcomes such as injuries, prolonged hospital stays, and increased healthcare costs. Understanding the factors that contribute to patient falls is important for developing effective prevention strategies.

Objective: This study aimed to investigate the factors affecting patient falls in a university hospital.

Methods: This retrospective descriptive study was conducted at a private university hospital in Istanbul between April 15, 2024 and June 30, 2024. Data from 49 patients who reported falls between January 1, 2019 and December 31, 2023 were analyzed. Patient demographic and clinical characteristics, fall events, and preventive measures were collected using electronic patient records. Data were statistically evaluated using Statistical Package for the Social Sciences 22.0 (SPSS 22.0), and descriptive statistics such as arithmetic means, standard deviations, frequencies, and percentage distributions, and Pearson correlation analysis were used to summarize the data.

Results: Among the 49 patients, 63,3% were male, and 36,7% were female, with a mean age of $52.34 \pm 22,2$ years. Most falls occurred in patients under 65 years of age (63,3%). Falls were most frequent in the organ transplantation (18,4%) and hematology (12,2%) services. A moderate positive correlation was found between fall risk scores and both age ($r=0.285$, $p=0.047$) and the number of chronic diseases ($r=0.331$, $p=0.020$). The majority of falls (53,1%) were due to loss of balance, and 79,6% were attributed to patient-related causes. Falls predominantly occurred in patient rooms (44,9%) and patient toilets (28,6%). Despite 91,8% of patients and 85,7% of companions receiving fall prevention training, falls still occurred. Injuries were reported in 59,2% of falls, with head injuries being the most common (49%). Post-fall evaluations revealed additional costs in 61,2% of cases, with 49% of patients requiring treatment and 77,6% requiring physician consultations.

Conclusion: Patient falls are influenced by a combination of demographic, clinical, and environmental factors. Although standard preventive measures were implemented, patient-related causes were predominant. To enhance fall prevention, strategies such as continuous risk assessments, patient education, environmental modifications, and the integration of sensor technology should be prioritized. Future research should include innovative interventions to further reduce fall incidents and improve patient safety.

Keywords: Patient Falls, Fall Risk Factors, Healthcare Safety, Retrospective Study

1. GİRİŞ

Sağlık hizmeti ortamlarında hasta düşmeleri, hasta güvenliği, morbidite, hastanede kalış süresinin uzaması ve sağlık hizmeti maliyetlerinin artması üzerindeki etkileri nedeniyle önemli bir endişe kaynağıdır. Hastanelerde hasta güvenliği, özellikle düşmeler bağlamında, sağlık hizmeti sağlayıcıları için kritik bir önceliktir. Düşmeler, morbidite, uzun süreli hastanede kalışlar ve artan sağlık hizmeti maliyetlerinin önde gelen nedenidir (Turhan ve Unalan, 2022; Mert ve Özkan, 2023). Bu sorunu etkili bir şekilde ele almak, düşmelere neden olan çok yönlü faktörlerin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını ve kanıta dayalı önleme stratejilerinin uygulanmasını gerektirir (Karahan vd., 2020; Öden ve Van Giersbergen, 2021; Kısaç vd., 2023; Mert ve Özkan, 2023). Dünya Sağlık Örgütü, düşmeyi "mobilya, duvar veya diğer nesneler üzerindeki pozisyon değişikliği de dahil olmak üzere yere, zemine veya diğer alt seviyelere yanlışlıkla iniş" olarak tanımlamıştır (WHO, 2021).

Düşmeleri önlemede; hastaların tıbbi geçmişlerinin kapsamlı bir şekilde incelenmesi, olası risk faktörlerinin belirlenmesi ve önleyici tedbirlerin uygulanması gerekmektedir. Risk değerlendirme ölçekleri ve puanlama sistemleri gibi araçlar düşme risklerinin değerlendirilmesinde yardımcı olabilir. Daha önce düşme öyküsü olan hastalar için, bu olaylara katkıda bulunan faktörlerin analiz edilmesi ve ele alınması önemlidir (Ambrose vd., 2015). Düşme risk faktörleri genel olarak bireysel ve çevresel faktörler olarak kategorize edilir. Bilişsel bozukluklar, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, görme bozuklukları, baş dönmesi ve düşme korkusu yaygın bireysel faktörlerdir. Hastaların hareketliliğini, yürüyüşünü ve dengesini gözlemlemek, riskleri belirlemeye daha fazla yardımcı olabilir (Ambrose vd., 2015; Tezcan ve Karabacak, 2021; Burucu vd., 2023).

Hasta düşmelerine ilişkin risk faktörleri genel olarak içsel, dışsal ve kurumsal yönleri göre kategorilere ayrılabilir:

İçsel Faktörler: Düşme riskini artıran hastaya özgü özelliklerdir. Yaşlı yetişkinler; kas gücünün azalması, denge bozuklukları ve bilişsel işlev bozukluğu gibi yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler nedeniyle özellikle savunmasızdır (Kim vd., 2022 ; Venema, 2023).

Demans gibi hastalıklarda sıklıkla görülen bilişsel bozukluklar, yargılama ve hareket kabiliyetini tehlikeye atarak düşme riskini daha da artırır (Kim vd., 2022). Düşme öyküsü olan hastalar, daha sonra düşme açısından önemli ölçüde daha yüksek risk altındadır ve bu da hastaneye yatış sırasında kapsamlı değerlendirmelere olan ihtiyacı vurgulamaktadır (Barker vd., 2016; Najafpour vd., 2019).

Dışsal Faktörler: Sağlık hizmeti ortamlarındaki çevresel tehlikeler de düşme olaylarında önemli bir rol oynar (Ambrose vd., 2015; Çakır ve Büyükyılmaz, 2020; Mert ve Özkan, 2023). Yetersiz aydınlatma, dağınık koridorlar ve yardımcı cihazların sınırlı bulunabilirliği gibi kötü tasarlanmış hastane ortamları düşme risklerini artırır (Barker vd., 2016; Morello vd., 2015). Yatak kenarı korkuluklarının uygunsuz kullanımı da, özellikle pediatrik ve yaşlı hasta popülasyonlarında, neden olan bir faktör olarak belirlenmiştir (Parker vd., 2020). Sağlık çalışanının seviyeleri ve eğitimi çok önemlidir; bilgi eksikliği olan personel, yüksek riskli hastaların yetersiz izlenmesine yol açabilir ve düşme riskini daha da artırabilir (Wilson vd., 2016).

Kurumsal Faktörler: Kurumsal sorunlar, hasta güvenliğini önemli ölçüde etkiler. Risk değerlendirmeleri, personel eğitimi ve çevresel değişiklikleri içeren çok faktörlü müdahalelerin, düşme oranlarını azaltmada etkili olduğunu kanıtlamıştır (Florence vd., 2018; Cameron vd., 2018). 6-PACK girişimi gibi programlar, akut bakım ortamlarındaki düşme yaralanmalarında önemli azalmalar göstermiştir (Barker vd., 2016). Ek olarak, sağlık kuruluşları içinde bir güvenlik kültürü oluşturmak, önleme çabalarını sürdürmek için kritik öneme sahiptir (Child vd., 2012; Mele vd., 2023).

Sağlık profesyonellerinin etik ve yasal sorumlulukları arasındaki en önemli husus, hastaları hastane ortamlarında ikincil yaralanmalardan korumaktır. İkincil yaralanmaların en yaygın nedenlerinden biri, hasta güvenliği üzerinde önemli olumsuz etkileri olan hasta düşmeleridir (Karahan vd., 2020; Öden ve Van Giersbergen, 2021; Kısaç vd., 2023; Mert ve Özkan, 2023). Risk altında olan hastaları belirlemek ve düşme risklerini azaltmak için önlemler almak, hemşirelik sorumluluklarının ayrılmaz bileşenleridir (Öden ve Van Giersbergen, 2021). Çalışmalar, düşmeyle ilgili risklerin çoğunun önlenabilir olduğunu göstermektedir. Sağlık kuruluşları, bu riskleri etkili

önlemlerle ele alarak hastaları koruyabilir, bakım kalitesini artırabilir ve verimliliği iyileştirebilir (Kılavuz ve Akçiçek, 2021; Kılıç vd., 2021).

Sağlık hizmeti ortamlarında düşmelerin sonuçları çok derindir. Düşmeler genellikle cerrahi müdahaleler ve uzun iyileşme süreleri gerektiren kırıklar ve kafa travması gibi ciddi yaralanmalara neden olur (Al Sumadi, 2023; Morello vd., 2015). Bu yaralanmalar yalnızca sağlık hizmeti maliyetlerini artırmakla kalmaz, aynı zamanda hastanede uzun süre kalmaya ve uzun vadeli sakatlık potansiyeline de katkıda bulunur (Florence vd., 2018). Fiziksel yaralanmaların ötesinde, düşme korkusu ve bağımsızlık kaybı gibi düşmelerin psikolojik etkileri hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilir (Byun vd., 2020; Mele vd., 2023).

Mevcut araştırmaların bir kısmı tek yönlü risk faktörlerine odaklanmakta; içsel, dışsal ve organizasyonel faktörlerin çok boyutlu ve etkileşimli doğası yeterince bütüncül şekilde ele alınmamaktadır (Ambrose vd., 2015; Kim vd., 2022; Venema, 2023). Ayrıca, sağlık personelinin düşmeleri önlemeye yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarındaki eksikliklerin hasta güvenliğini tehdit etmeye devam ettiği bildirilmektedir (Karahana vd., 2020; Öden ve Van Giersbergen, 2021; Mert ve Özkan, 2023). Bu durum, hasta düşmelerine ilişkin bilgi eksikliğinin sağlık hizmetlerinde halen sürdüğünü ve bu konuda daha sistematik, kanıta dayalı, uygulamaya dönük çalışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Nitekim Mele ve diğerleri. (2023) ve Child ve diğerleri. (2012), hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde kurumsal destek, yapılandırılmış eğitimler ve çok bileşenli stratejilerin belirleyici olduğunu vurgulamaktadır. Güney Kore'de yapılan yakın tarihli bir çalışma ise hemşirelerin düşme riskine yönelik farkındalık düzeyinin, doğrudan hasta güvenliği sonuçlarını etkilediğini ortaya koymuştur (Kim vd., 2024). Ayrıca, Avustralya'da yürütülen bir meta-analiz, bireyselleştirilmiş müdahale planlarının, yaşlı hasta popülasyonunda düşme oranlarını anlamlı düzeyde azalttığını göstermiştir (Boright vd., 2022). Bu sebeple çalışmamız, düşmelere neden olan faktörleri kapsamlı şekilde analiz ederek, bu alandaki bilgi boşluğunu doldurmaya ve hasta güvenliğini artırmaya yönelik sürdürülebilir stratejilerin geliştirilmesine katkı sunacaktır.

3. YÖNTEM

3.1. Çalışma Tasarımı

Bu araştırma retrospektif tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Çalışma Ortamı ve Süresi

Çalışma, 15 Nisan 2024–30 Haziran 2024 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan özel bir üniversite hastanesinde yürütüldü.

3.3. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı hasta düşmelerine neden olan faktörleri araştırmak ve hasta güvenliğini arttırmak için uygulanabilir öneriler sunmaktır.

3.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 1 Ocak 2019–31 Aralık 2023 tarihleri arasında üniversite hastanesinde tedavi görürken düşen 49 hasta oluşturdu. Herhangi bir örnekleme yöntemi uygulanmadı; belirtilen zaman diliminde çalışmaya uygun olan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi.

3.5. Etik

Çalışmanın etik onayı Tıbbi Araştırma Değerlendirme Kurulu'ndan (Karar No: 2024–10/384) alındı. Ayrıca Özel Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından çalışmanın yürütülmesine izin verildi.

3.6. Veri Toplama Aracı

Veriler araştırmacı tarafından tasarlanmış demografik ve klinik bilgi formu kullanılarak toplandı. Bu form; yaş, cinsiyet, tanı, hastane bölümü, hastanede kalış süresi, düşme riski puanı, düşmenin nedeni ve yeri, düşme türü, ilişkili yaralanmalar, radyolojik incelemeler, talep edilen konsültasyonlar ve verilen eğitim gibi değişkenleri kapsıyordu. Düşmeye katkıda bulunan faktörler ve önleyici tedbirler de elektronik hasta kayıtları ve olay formlarından elde edildi. Bunlara Itaki Düşme Riski Ölçeği (18 yaş ve üzeri hastalar için) ve Harizmi Düşme Riski Ölçeği (0–18 yaş arası hastalar için) dahildir. Bu ölçekler hastanenin zorunlu düşme riski değerlendirme protokollerinin bir parçasıdır. Ek olarak, düşme sonrası olay kayıt formlarından alınan ayrıntılar kullanıldı.

3.7. Veri Toplama Süreci

Çalışma süresince düşme yaşayan bireylerin elektronik hasta kayıtları incelendi. İlgili bilgiler çalışma değişkenlerine göre sistematik olarak veri toplama formuna kaydedildi.

3.8. Veri Analizi

Sosyal Bilimler İstatistik Paketi (SPSS) 22.0 sürümü kullanılarak yapıldı. Verileri özetlemek için aritmetik ortalamalar, standart sapmalar, frekanslar ve yüzde dağılımları gibi tanımlayıcı istatistikler ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

4. BULGULAR

Hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo 1 de gösterildi. Çalışmaya dahil edilen 49 hastanın %63,3'ünü (n=31) erkek hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların yaş ortalaması $52,34 \pm 22,2$ yıl, ortalama hastanede kalış süresi ise $6,25 \pm 5,72$ gündü. Hasta düşmelerinin en fazla %18,4 (n=9) organ nakli servisinde yatan hastalar olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Klinik ve Demografik Özellikler

Demografik ve Klinik Değişkenler		n	%	
Cinsiyet	Erkek	31	63,3	
	Kadın	18	36,7	
Yaş	<65 yaş	31	63,3	
	≥65 yaş	18	36,7	
Yaş ortalaması		52,34 ± 22,2 (min= 1-maks= 86)		
Yatış Günü Ortalama		6,25 ± 5,72 (min= 1-maks= 23)		
Yattığı Bölüm	Yatan Hasta Servisi	Organ Nakli Servisi	9	18,4
		Hematoloji Servisi	6	12,2
		Karma Servis	6	12,2
		Cerrahi Servisi	4	8,2
		Ortopedi Servisi	4	8,2
		Yetişkin KİT	3	6,1
		Nöroloji Servisi	3	6,1
		KVC ve Kardiyoloji Servisi	3	6,1
		Kadın Doğum Servisi	2	4,1

Yattığı Bölüm	Yoğun Bakım	5	10,2
	Poliklinik	3	6,1
	Acil Servis	1	2

Çalışmaya katılan hastaların klinik özellikleri Tablo 2’de özetlendi. Mobilizasyon durumu açısından hastaların %63,3’ü (n=31) tamamen mobilize olan, %32,7’si (n=16) mobilizasyon için desteğe ihtiyaç duyan ve %4,1’i (n=2) hareketsizdi. Hastaların %69,4’nün (n=34) kronik hastalığı olduğu, %85,7’sinin (n=42) ise ilaç kullandığı görüldü. Yardımcı cihaz kullanımı nadirdi, sadece %4,1’inde (n=2) bu cihazlara ihtiyaç duyulurken, %95,9’unda (n=47) ihtiyaç duyulmadı. Gözlüklerle düzeltilenler de dahil olmak üzere görme sorunları hastaların %6,1’inde (n=3) bildirilirken, işitme sorunu olan hasta bildirilmedi.

Tablo 2. Hastaların Klinik Özellikleri

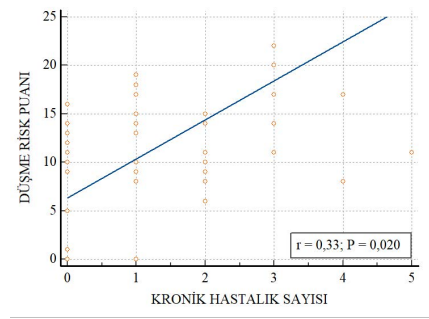
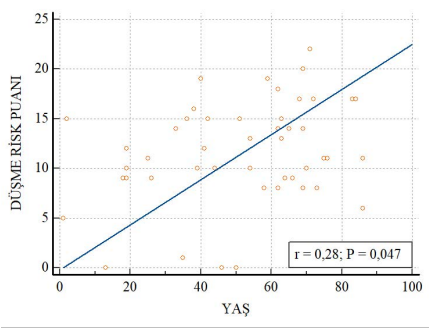
Klinik Değişkenler		n	%
Mobilizasyon Durumu	Mobilize	31	63,3
	Destekle Mobilize	16	32,7
	İmmobil	2	4,1
Kronik Hastalık	Var	34	69,4
	Yok	15	30,6
Kullandığı İlaç	Var	42	85,7
	Yok	7	14,3
Yardımcı Cihaz	Yok	47	95,9
	Var	2	4,1
İşitme	Sorun Yok	49	100
	Sorun Yok	46	93,9
Görme	Sorun Var (Gözlük Kullanıyor)	3	6,1

Düşme riski puanları için korelasyon analizi, belirli hasta değişkenleriyle anlamlı ilişkiler ortaya koydu. Yaş, düşme riski puanlarıyla orta düzeyde pozitif bir korelasyon gösterdi ($r=0,285$, %95 Güven Aralığı (GA): 0,003 ila 0,524, $p=0,047$), bu da yaş arttıkça düşme riskinin artma eğiliminde olduğunu göstermekteydi. Benzer şekilde, kronik hastalık sayısı da düşme riski puanlarıyla anlamlı bir pozitif korelasyon gösterdi ($r=0,331$, %95 GA: 0,055 ila 0,560, $p=0,020$), bu da daha fazla kronik rahatsızlığı olan hastaların düşme riskinin daha yüksek olduğunu göstermekteydi. Ancak, kullanılan ilaç sayısı ile düşme riski puanları arasındaki korelasyon, pozitif olmakla birlikte ($r=0,236$),

istatistiksel olarak anlamlı değildi (95% GA: -0,048 ila 0,485, $p=0,102$) (Tablo 3). Bu bulgular, hastalarda düşme riskini değerlendirirken yaştan ve kronik hastalık yükünün dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Tablo 3: Düşme Riski Puanı için Korelasyon Tablosu

Değişken	r	95% GA	p
Yaş	0.285	0,003 to 0,524	0.047
Kronik Hastalık Sayısı	0.331	0,055 to 0,560	0.020
Kullandığı İlaç Sayısı	0.236	-0,048 to 0,485	0.102



Düşme riski puanları incelendiğinde hastaların %89,8'i ($n=44$) yüksek riskli, %4,1'i ($n=2$) düşük riskli ve %6,1'i ($n=3$) değerlendirilmemiş ayaktan hastalar olarak kategorize edildi. Yaş ile düşme riski arasındaki korelasyon orta düzeyde pozitif bir ilişki gösterdi ($r=0,285$; $p=0,047$), bu da ileri yaştan daha yüksek düşme riski ile ilişkili olduğunu gösteriyordu. Ancak Pearson Ki-Kare testi kullanılarak analiz edildiği üzere cinsiyet ile düşme riski arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p=0,280$). Ortalama düşme riski skoru $12,41 \pm 4,20$ (aralığı: 1–22) olarak hesaplandı. Düşme riski skorları ile kronik hastalık sayısı arasında anlamlı pozitif korelasyon belirlendi ($r=0,331$; $p=0,020$). Ancak kullanılan ilaç sayısı ile düşme riski skoru arasında Pearson Ki-Kare testi ile analiz edildiğinde anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,102$).

Çalışmada düşmelerin çoğunluğunun hasta kaynaklı olduğu, vakaların %79,6'sının (n=39) düştüğü gözlemlendi. Personel kaynaklı düşmeler %12,2 (n=6) ve çevresel faktörler %8,2 (n=4) oranında sorumluydu. Hasta kaynaklı düşmeler arasında dengeyi sağlayamama en sık görülen nedendi (%53,1, n=26), bunu yataktan düşme (%28,6, n=14), senkop (%12,2, n=6) ve kayma (%6,1, n=3) izledi. Düşmelerin gerçekleştiği yerlere bakıldığında, düşmelerin çoğunlukla hasta odalarında (%44,9, n=22) veya hasta odası tuvaletlerinde (%28,6, n=14) meydana geldiği görüldü. Diğer düşme yerleri arasında odadaki hasta yatakları (%16,3, n=8), poliklinikler (%6,1, n=3), acil servis (%2, n=1) ve kafeterya (%2, n=1) yer aldı. Düşmelerin gündüz saatlerinde meydana gelme olasılığı daha yüksekti ve olayların %53,1'i (n=26) 08:00–18:00 meydana gelirken, gerçekleşen düşmelerin %46,9'u (n=23) gece 18:00–08:00'de meydana geldiği görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4: Hastaların Düşme Riski Puanları, Düşme Kaynak ve Nedenleri, Düşme Şekli, Yeri ve Zamanı

Düşme Risk Puanı, Kaynağı, Yeri, Nedeni ve Zamanı		n	%
Düşme Riski	Yüksek Risk	44	89,8
	Değerlendirilmemiş	3	6,1
	Düşük Risk	2	4,1
Düşme Riski Puan Ortalaması		12,41±4.20 (Min= 1 – Maks= 22)	
Düşme Kaynağı	Hasta Kaynaklı	39	79,6
	Personel Kaynaklı	6	12,2
	Ortam Kaynaklı	4	8,2
Düşme Nedeni			
Hasta Kaynaklı	Hastanın Yardım İstememesi	17	43,6%
	Hastanın Koopere Olmaması	6	15,4%
	Dengeyi Sağlayamama	2	5,1%
	Hastanın Öz Bakım İhtiyacını Kendi Yapabileceğini Düşünmesi	2	5,1%
	Senkop	8	20,5%
	Hastanın Yatak Kenarlıklarının Üzerinden Atlamaya Çalışması	1	2,6%
	Konfüzyon	1	2,6%
	Hasta Yakınının Yatak Kenarlıklarını İndirmesi	1	2,6%
	Uyumsuz Hasta	1	2,6%

Ortam Kaynaklı	Kaygan Zemin	2	50,0%
	Uygunsuz Yatak	2	50,0%
Personel Kaynaklı	Hastanın Yalnız Bırakılması	6	100%
Düşme Şekli	Denge Kaybı	26	53,1
	Yataktan Düşme	14	28,6
	Senkop	6	12,2
	Kayma	3	6,1
Düştüğü Yer	Hasta Odası	22	44,9
	Hasta Odası Tuvaleti	14	28,6
	Hasta Odası Hasta Yatağı	8	16,3
	Poliklinik	3	6,1
	Kafeterya	1	2
	Acil Servis	1	2
Düşmenin Gerçekleştiği Zaman	Gündüz (08:00-18:00)	26	53,1
	Gece (18:00-08:00)	23	46,9

Hastaların çoğunluğu (%77,6) düşmelere yönelik standart önlemler alırken, %14,3'ü hem standart önlemler hem de koruyucu önlemler aldı. Çalışmaya katılan hastaların %91,8'i düşme konusunda bilgilendirilmiş olup, bu eğitimlerin temel amacı hasta farkındalığını artırarak düşmeleri önlemeye katkı sağlamaktır. Tüm düşmeler (%100) raporlandı. Düşme sonrası değerlendirmeler hastaların %79,6'sının stabil kaldığını, %20,4'ünün ise instabilite yaşadığını ortaya koydu. Hastaların %59,2'sinde yaralanmalar bildirildi ve en sık etkilenen bölge baş bölgesi oldu (%49). Alt ekstremiteler, gövde, karın ve pelvis yaralanmaları daha az sıklıkta idi. Yaralanmalar arasında kızarıklık, şişlik (%44,8), kesikler (%44,8) ve kırıklar (%10,3) vardı. Hastaların %55,1'inde beyin BT taramaları yapılmış olup, daha küçük yüzdeler detoraks BT, pelvis BT ve MR taramaları gibi ek görüntülemeler yapıldı. Hastaların %49'u için düşme sonrası tedavi gerekti ve vakaların %77,6'sına uzman konsültasyonu uygulandı. Düşen hastaların %22,4'üne düşme sonrası konsültasyon yapılmadı. Düşmeler vakaların %61,2'sinde ek maliyetlere yol açtı. Hastaların çoğu (%89,8) hastanede kaldıkları süre boyunca refakatçi sahipti ve bunların %85,7'si düşmeyi önleme konusunda eğitim aldı (Tablo 5).

Tablo 5: Hastaların Düşme Öncesi Eğitim Alma, Alınan Önlemler ve Düşme Sonrası Değerlendirilme Durumları

Düşme Öncesi ve Sonrası Değerlendirmeler		n	%
Düşme Riskine Yönelik Alınan Önlemler	Standart Önlemler	38	77,6
	Standart Önlemler + Koruyucu Önlemler	7	14,3
	Yok	4	8,2
Düşme İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	45	91,8
	Hayır	4	8,2
Düşme Sonrası Bildirim	Evet	49	100
Düşme Sonrası Genel Durumu	Stabil	39	79,6
	Stabil Değil	10	20,4
Düşme Sonrası Yaralanma	Evet	29	59,2
	Hayır	20	40,8
Düşme Sonrası Yaralanan Bölge	Baş	24	49
	Yok	20	40,8
	Alt Ekstremité	2	4,1
	Karın	1	2
	Pelvis	1	2
	Gövde	1	2
Düşme Sonrası Yaralanma Şekli	Kızarıklık- Şişlik	13	44,8
	Kesi	13	44,8
	Kırık	3	10,3
Düşme Sonrası Yapılan Tetkik	Beyin BT	27	55,1
	Yok	19	38,8
	MR	2	4,1
	Grafı	2	4,1
	Pelvis BT	1	2,0
	Toraks BT	1	2,0
Düşme Sonrası Tedavi	Hayır	25	51
	Evet	24	49
Düşme Sonrası Konsültasyon	Evet	38	77,6
	Hayır	11	22,4
Düşme Sonrası Ek Maliyet	Evet	30	61,2
	Hayır	19	38,8

Refakatçi Durumu	Evet	44	89,8
	Hayır	5	10,2
Refakatçi Eğitim Alma Durumu	Evet	42	85,7
	Ayaktan Hasta	4	8,2
	Hayır	3	6,1
Refakatçi Değişimi	Hayır	49	100

5. TARTIŞMA

Hasta düşmeleri sağlık hizmeti ortamlarında yaygın bir sorundur ve hasta güvenliği için önemli bir risk oluşturur. Yaşlı yetişkinler, özellikle 70 yaş üstü olanlar, kas gücü ve denge azalması gibi fizyolojik değişiklikler nedeniyle düşmeye daha yatkındır (Si vd., 2017). Kadınlar, muhtemelen kemik yoğunluğu ve kas bileşimindeki farklılıklar nedeniyle erkeklerden daha sık düşme eğilimindedir (Si vd., 2017; Choi, 2024). Mevcut çalışma, düşmelerin çoğunluğunun erkek hastalarda (%63,3) ve 65 yaşın altındaki hastalarda (%63,3) meydana geldiğini ve ortalama yaşın 52,34 olduğunu ortaya koydu. Bu bulgular, benzer demografik eğilimleri vurgulayan Burucu ve ark. (2022) ve Kılıç ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmalar gibi önceki çalışmalarla tutarlıdır. Ayrıca çalışmamızda ortaya konan yaş ve düşme riski puanı arasındaki pozitif korelasyon ($r = 0,285$, $p = 0,047$), daha genç hastaların daha çok sayıda olmasına rağmen, ileri yaşın düşme riskinin önemli bir öngörücüsü olmaya devam ettiğini göstermektedir. Benzer şekilde, kronik hastalık sayısı ile düşme riski puanları arasında anlamlı bir pozitif korelasyon vardır ($r=0,331$, $p=0,020$), bu da daha fazla kronik hastalık yükü olan hastaların daha yüksek düşme riskleriyle karşı karşıya olduğunu ortaya koyması açısından mevcut literatürle uyum göstermektedir.

Hastanede daha uzun süre kalmak, artan yorgunluk ve azalan hareket kabiliyetiyle bağlantılıdır ve düşme riskini yükseltir (Pasa vd., 2017). Bu çalışma ortalama 6,25 günlük hastanede kalış süresinin, düşme riski taşıyan hastaların genellikle uzun süreli bakıma ihtiyaç duyduğunu ve bunun yorgunluğa, hareket kabiliyetinin azalmasına ve ardından düşmelere neden olabileceğini yansıtmaktadır. Bu durum, uzun süreli hastanede kalmanın düşmeler için önemli bir risk faktörü olduğunu öne süren önceki araştırmalarla uyumludur.

Düşmeler en çok organ nakli (%18,4), hematoloji (%12,2) ve karma servis (%12,2) bölümlerinde görüldü. Bu sonuçlar, iç hastalıkları ve nörolojiyi yüksek riskli birimler olarak tanımlayan Kılıç ve ark. (2021) çalışmalarından farklıdır, ancak klinik ortamlardaki düşme riskinin değişkenliğini vurgular. Bu ortamlardaki hastalar, ciddi hastalık, invaziv tedaviler veya sınırlı hareket kabiliyeti nedeniyle artan bir savunmasızlıkla karşı karşıya kalabilir. Düşmelerin belirli birimlerde yoğunlaşması, birim özelinde müdahalelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada kullanılan ilaç sayısı ile düşme riski puanları arasındaki korelasyon pozitif olsa da ($r=0,236$) istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,102$). Bu da, reçete edilen ilaç türlerindeki değişkenliği yansıtır olabilir, çünkü psikotropik veya antihipertansif gibi ilaçlar diğerlerinden daha güçlü bir şekilde düşmelerle ilişkilidir (Marks, 2022; Tsuji vd., 2019).

Hasta ile ilgili faktörler, denge kaybı dahil, düşmelerin en yaygın nedenleriydi ve en yüksek insidans hasta odalarında (%44,9) ve banyolarda (%28,6) meydana geldi. Bu bulgular, Kılıç ve ark. (2021) ve Yaşar ve Türk (2018) tarafından yapılan çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermekte olup yüksek riskli alanlarda kaymayan yüzeyler ve tutunma çubukları gibi çevresel değişikliklere olan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Sonuçlar, hastaların %77,6'sı gibi önemli bir çoğunluğunun standart önlemlerle korunduğunu ve ek olarak %14,3'ünün gelişmiş koruyucu önlemler aldığını göstermektedir. Önceki çalışmalar da hastaların yüksek oranda (%91,8) düşmeleri önleme konusunda eğitim aldığını ve bu eğitimin hastaları ve refakatçilerini düşme risklerini azaltma konusunda güçlendirmede önemli bir rol oynadığını bildirmektedir (Wilson vd., 2016; Kim vd., 2022).

Tüm düşmeler raporlanmış olsa da, hesap verilebilirlik ilkesi sağlanarak, hastaların %20,4'ünün düşmeden sonra stabil durumda olmadığı belirlenmiştir. Özellikle, düşmelerin %59,2'sinde yaralanmalar gözlemlenmiş ve en sık etkilenen bölge baş oldu (%49) belirlenmiştir. Bu literatür ile uyumlu idi (Mele vd., 2023). Yaralanma sonrası kızarıklık, şişlik (%44,8), kesikler (%44,8) ve kırıklar (%10,3) dahil olmak üzere yaralanmaların yaygınlığı, hastaneye yatırılan hastalardaki düşmelerin ciddiyetini yansıtır.

Çalışmamızda hastaların yarısından fazlasında beyin BT taramaları yapılmış ve düşmelerin %61,2'si ek maliyetlere yol açmıştır. Sağlık hizmeti ortamlarında düşmelerin sonuçları çok derindir. Düşmeler genellikle cerrahi müdahaleler ve uzun iyileşme süreleri gerektiren kırıklar ve kafa travması gibi ciddi yaralanmalara neden olur (Morello vd. 2015; AlSumadi, 2023). Bu yaralanmalar yalnızca sağlık hizmeti maliyetlerini artırmakla kalmaz, aynı zamanda hastanede uzun süre kalmaya ve uzun vadeli sağlık katkısı potansiyelinde katkıda bulunur (Florence vd., 2018; Innab, 2022). Çalışmamız ayrıca, Organ Nakli, Hematoloji ve Yoğun Bakım gibi yüksek riskli ünitelerde hedefli müdahalelerin uygulanmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Stratejiler, özellikle yaşa, kronik hastalık yüküne ve ilaç incelemelerine odaklanarak, kabul sırasında kapsamlı hasta değerlendirmelerini içermelidir. Bu çalışma; düşmelerin çok faktörlü doğasını, yaş ve kronik hastalıklar gibi hastaya özgü faktörlerin yanı sıra çevresel ve örgütsel yönlerin ele alınmasının önemini vurgulamaktadır. Risk değerlendirmeleri, personel eğitimi ve üniteye özgü önleme stratejileri gibi proaktif önlemler, düşme risklerini azaltabilir ve hasta güvenliği sonuçlarını iyileştirebilir.

6. SINIRLAMALAR

Bu çalışma tek bir kurumda yürütülmüştür, bu da bulguların genelleştirilebilirliğini sınırlandırabilir. Gelecekteki araştırmalar daha geniş iç görüler sağlamak için çok merkezli çalışmaları dikkate almalıdır. Ek olarak, hasta ve personel algılarına ilişkin nitel veriler, etkili düşme önleme sürecinde karşılaşılan engellerin daha derinlemesine anlaşılmasını sağlayabilir.

7. SONUÇ

Sağlık hizmeti ortamlarında hasta düşmeleri, hem hasta güvenliğini hem de sağlık hizmeti sonuçlarını etkileyen önemli bir zorluk teşkil eder. Bu çalışma, düşmelerin çok etkenli yapısını ortaya koyarak yaş, kronik hastalık yükü gibi bireysel faktörlerin yanı sıra klinik ortam ve hastanede kalış süresinin de etkili olduğunu göstermektedir. Bulgular, düşme risklerini azaltmak için hedefli, kanıta dayalı müdahalelerin önemini vurgular.

Bu bulgular, sağlık kuruluşlarında düşmelerin etkisini azaltmak için düşme önleme tedbirlerinin tutarlı bir şekilde uygulanması, hastalara ve refakatçilerine kapsamlı eğitim verilmesi ve düşme sonrası kapsamlı değerlendirmelerin yapılması gerekliliğini göstermektedir.

Organ nakli, hematoloji ve yoğun bakım gibi yüksek riskli hastane birimleri, hem hastaya özgü zaafı hem de çevresel zorlukları ele alan özel düşme önleme stratejileri gerektirir.

Sağlık hizmet sağlayıcıları, hastalar ve ailelerini içeren işbirlikçi bir yaklaşım ile hasta düşmeleri azaltılabilir. Klinik iç görüşleri sağlam önleme stratejileriyle bütünleştirilmesi, sağlık sistemlerinin hasta sonuçlarını iyileştirmesini, yaralanmaları en aza indirmesini ve genel bakım kalitesini artırmasını sağlayabilir. Bu çalışma, hasta güvenliğinin bu kritik yönünü ele almak için disiplinler arası çabalara olan ihtiyacı destekleyen artan kanıtlara katkıda bulunmaktadır.

Yazarların Katkı Düzeyi: Çalışma Fikri (Konsepti) ve Tasarımı - İÖ; Veri Toplama / Literatür Tarama - İÖ; Verilerin Analizi ve Yorumlanması - İÖ, BDK; Makalenin Hazırlanması - İÖ, BDK ve Yayınlanacak Son Haline Onay Verilmesi – İÖ, BDK.

Teşekkür: Araştırma sırasında vermiş olduğu desteklerinden dolayı Prof. Dr. Meryem Yavuz Van Giersbergen’a teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması Beyanı: Bu çalışmamız ile ilgili herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile mali çıkar çatışması yoktur ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Etik Beyanı: Bu çalışmanın etik onayı Tıbbi Araştırma Değerlendirme Kurulu'ndan (Karar No: 2024-10/384) alındı. Ayrıca Özel Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından çalışmanın yürütülmesine izin verildi.

KAYNAKLAR

- AlSumadi, M., AlAdwan, M., AlSumadi, A., Sangani, C., Toh, E. (2023). Inpatient falls and orthopaedic injuries in elderly patients: A retrospective cohort analysis from a falls register. *Cureus*, 15(10), e46976. doi:10.7759/cureus.46976.
- Ambrose, A. F., Cruz, L. And Paul, G. (2015). Falls and fractures: A systematic approach to screening and prevention. *Maturitas*, 82(1), 85-93. doi:10.1016/j.maturitas.2015.06.035.
- Barker, A. L., Morello, R. T., Wolfe, R., Brand, C. A., Haines, T. P., Hill, K. D., Brauer, S. G., Botti, M., Cumming, R. G., Livingston, P. M., Sherrington, C., Zavarsek, S., Lindley, R. I., & Kamar, J. (2016). 6-PACK programme to decrease fall injuries in acute hospitals: Cluster randomised controlled trial. *BMJ* (Clinical research ed.), 352, h6781. https://doi.org/10.1136/bmj.h6781.
- Boright, L. E., Arena, S. K., Wilson, C. M., & McCloy, L. (2022). The effect of individualized fall prevention programs on community-dwelling older adults: A scoping review. *Cureus*, 14(3), e23713. https://doi.org/10.7759/cureus.23713.
- Burucu, R., Çömlekci, R., Sağlam, Ş., Pınar, Y. (2023). Dahili kliniklerde yatarak tedavi gören hastaların bakım bağımlılıkları, düşme riskleri ve ilişkili faktörler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(3), 505-514. doi:10.38108/ouhcd.1198040.
- Byun, M., Kim, J., & Kim, M. (2020). Physical and psychological factors affecting falls in older patients with arthritis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1098. https://doi.org/10.3390/ijerph17031098.
- Cameron, I. D., Dyer, S. M., Panagoda, C. E., Murray, G. R., Hill, K. D., Cumming, R. G., & Kerse, N. (2018). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD005465. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4.
- Child, S., Goodwin, V., Garside, R., Jones-Hughes, T., Boddy, K., & Stein, K. (2012). Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: A systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation Science*, 7(1), https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-91.
- Choi, J. (2024). Congruency and its related factors between patients' fall risk perception and nurses' fall risk assessment in acute care hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 56(4), 507-516. https://doi.org/10.1111/jnu.12964.
- Çakır, A. D., Büyükyılmaz, F. (2020). İtaki düşme ölçeği: Bağımsız gözlemciler arası uyum çalışması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 1-7. DOI:10.37989/gumussagbil.559928.

- Florence, C., Bergen, G., Atherly, A., Burns, E., Stevens, J., & Drake, C. (2018). Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(4), 693-698. <https://doi.org/10.1111/jgs.15304>.
- Innab, A. (2022). Nurses' perceptions of fall risk factors and fall prevention strategies in acute care settings in saudi arabia. *Nursing Open*, 9(2), 1362-1369. <https://doi.org/10.1002/nop2.1182>.
- Karahan, A., Kav, S., Uğurlu, Z., Balanuye, B., Karaer, H.(2020). Reviewing patient falls following implementation of the fall prevention program. *SHYD*, 7(2), 280-91. DOI:10.5222/SHYD.2020.04127.
- Kılavuz, A. ve Akçiçek, S.F. (2021). Comparison of fall risk and risk factors between inpatients aged under 65 years and above in an internal medicine clinic. *Ege Journal Of Medicine*, 60, s.36-44.
- Kılıç, Ü., Güdük, Ö., Güdük, Ö., Okut,G. (2021). Hemşirelik bakım göstergesi olarak hasta düşmelerinin değerlendirilmesi. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 1-9.
- Kısaç, N., Rashidi, M., & Karaman, F. (2023). Düşme riskinin belirlenmesi ve önlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Öncü ve Çağdaş Çalışmalar*, s.7-28.
- Kim, J. Y., Kim, S. R., Park, Y., Ko, J. K., & Ra, E. (2024). Sensitivity of fall risk perception and associated factors in hospitalized patients with mental disorders. *Asian Nursing Research*, 18(5), 443–451. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2024.10.001>.
- Kim, J., Lee, E., Jung, Y., Hyunjeong, K., & Lee, S. (2022). Patient level and organizational level factors influencing in hospital falls. *Journal of Advanced Nursing*, 78(11), 3641-3651. <https://doi.org/10.1111/jan.15254>.
- Marks, S. (2022). Decreasing patient falls by including medication induced factors in fall assessment. *TNHCR*, 2(1). <https://doi.org/10.53902/tnhcr.2022.02.000513>.
- Mele, F., Leonardelli, M., Duma, S., Angeletti, C., Cazzato, G., Lupo, C., .. & Marrone, M. (2023). Requests for compensation in cases involving patients' falls in healthcare settings: A retrospective analysis. *Healthcare*, 11(9), 1290. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091290>.
- Mert, T., & Özkan, Y. (2023). Bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığı ve düşme önleme uygulamalarının değerlendirilmesi. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 6(2), 79-85. <https://doi.org/10.54537/tusebdergisi.1128292>.
- Morello, R., Barker, A., Watts, J., Haines, T., Zavarsek, S., Hill, K., ... & Stoelwinder, J. (2015). The extra resource burden of in hospital falls: A cost of falls study. *The Medical Journal of Australia*, 203(9), 367-367. <https://doi.org/10.5694/mja15.00296>.

- Najafpour, Z., Godarzi, Z., Arab, M., & Yaseri, M. (2019). Risk factors for falls in hospital in-patients: a prospective nested case control study. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(5), 300-306. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.11>.
- Öden, T. N., & Van Giersbergen, M. Y. (2021). Düşme ve düşmelere bağlı yaralanmaların azaltılması için kanıt temelli uygulama önerileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 18(1), 17-40.
- Parker, C., Kellaway, J., & Stockton, K. (2020). Analysis of falls within paediatric hospital and community healthcare settings. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.09.026>.
- Pasa, T., Magnago, T., Urbanetto, J., Baratto, M., Morais, B., & Carollo, J. (2017). Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862>.
- Si, H., Zeng, Y., Zhong, J., Zhou, Z., Lu, Y., Cheng, J., ... & Shen, B. (2017). The effect of primary total knee arthroplasty on the incidence of falls and balance-related functions in patients with osteoarthritis. *Scientific Reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-16867-4>.
- Tezcan, B., & Karabacak, B. G. (2021). Klinik uygulamada sık kullanılan düşme riski tanılama ölçekleri. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 7(2). doi:10.55646/jaren.2021.88598.
- Tsuji, Y., Akezaki, Y., Katsumura, H., Hara, T., Sawashita, Y., Kakizaki, H., ... & Hirao, F. (2019). Factors affecting walking speed in schizophrenia patients. *Progress in Rehabilitation Medicine*, 4(0), n/a. <https://doi.org/10.2490/prm.20190003>.
- Turhan, B., Unalan, D. (2022). Hasta düşmelerinin sıklığının kök neden analizi ile incelenmesi: kayseri şehir hastanesi örneği. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 5(2), 26-38. <https://doi.org/10.54537/tusebdergisi.1100510>.
- Venema, D.M., Amy H., Clapper, K., Kennel V., Quigley P., Reames C., Skinner A. (2023). Description and implications of falls in patients hospitalized due to COVID-19. *Journal of Nursing Care Quality*, Apr-Jun, 39(2), 121-128. doi:10.1097/NCQ.0000000000000733.
- Wilson, D., Montie, M., Conlon, P., Reynolds, M., Ripley, R., & Titler, M. (2016). Nurses' perceptions of implementing fall prevention interventions to mitigate patient-specific fall risk factors. *Western Journal of Nursing Research*, 38(8), 1012-1034. <https://doi.org/10.1177/01939>.

- World Health Organization (WHO). Falls (2021). Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
- Yaşar, G., Türk, G. (2018). Hasta düşmelerinde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Derg*, 1(1), 15-20.