



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OLAY BİLDİRİMLERİNE YÖNELİK
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bünyamin KELEŞ

Doktora Tezi

Ankara, 2021

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OLAY BİLDİRİMLERİNE YÖNELİK TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Bünyamin KELEŞ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2021

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her aşamasında beni anlayışla karşılayan, bilgi ve tecrübesi ile her zaman benim yanımda olan, güler yüzlü değerli hocam, tez danışmanım Dr. Ersen ALOĞLU'na

Doktora eğitimim, tez izleme süreci ve tez savunma sınavında yer alarak görüş ve önerileri ile destek olan Prof.Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Prof.Dr. Yusuf ÇELİK, Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK ve Dr. Ali YILMAZ'a, şükranlarımı sunarım.

Her zaman varlığını yanımda hissettiğim anneme, bana sabır gösteren canım kızım Beyza ve oğlum Salih Burak'a,

Bütün hayatım boyunca, özellikle de akademik eğitim sürecimde beni fedakârca destekleyen, bana katlanan, en zor zamanlarımda maddi ve manevi olarak hep yanı başımda olan hayat arkadaşım, sevgili eşim Figen'e teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

KELEŞ, Bünyamin. *Sağlık Çalışanlarının Olay Bildirimlerine Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Ankara, 2021.

Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olaylar, öncelikle hasta ve yakınları açısından, sonra da tüm seviyede sağlık yöneticileri ve politika yapıcıları bakımından önemli bir sorundur. İstenmeyen olayların önlenmesi ya da asgari düzeye çekilmesinde, bu olayların bildirilmesinin önemi çok büyüktür. Bu araştırmanın amacı, hasta güvenliğinin ve sağlık hizmet sunumu kalitesinin geliştirilmesi bağlamında, sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirim durumlarına etki eden faktörlerin ortaya konulmasıdır. Çalışma, bir kamu hastanesinde görev yapan 292 sağlık personeli ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin anket formu kullanılarak elde edildiği çalışmada üç ölçek kullanılmış, ölçeklere ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ve diğer analizler SPSS 23 ve AMOS 24 programları ile yapılmıştır. Hipotez analizlerinde parametrik olmayan testler ve lojistik regresyon uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların %37,67'sinin son on iki ay içinde istenmeyen bir olaya tanık olduğu, %18,15'inin istenmeyen bir olaya dahil olduğu; bununla birlikte, katılımcıların %48'inin herhangi bir olay bildirim eğitimi almadığı ve katılımcıların sadece %30,14'ünün son 12 ay içinde olay bildirimini yaptığı belirlenmiştir. Hekimlerin diğer katılımcılara göre olay bildirim sistemi farkındalığının ve olay bildirimini nasıl yapılacağı bilgisinin daha düşük olduğu ve daha az olay bildirimini yapmış oldukları; kadınların ise daha fazla olay bildirim eğitimi aldığı ve daha fazla olay bildirimini yaptığı belirlenmiştir. Yapılan lojistik regresyon sonuçlarına göre, ebelerin hekimlerden 12,5 kat; olay bildirim eğitimi alanların, bu eğitimi almayanlardan 17 kat daha fazla olay bildirimini yapma olasılıklarının olduğu; ancak olay bildirim engel algılarındaki artışların katılımcıların olay bildirim olasılığını azaltıcı yönde etki yaptığı; bu kapsamda, bireysel faktörlerin 0,09 kat, örgütsel faktörlerin ise olay bildirim olasılığını 0,10 kat azalttığı tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarının sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik politikaların üretilmesine, çalışanların olay bildirim sistemi konusunda farkındalığın artırılmasına, olay bildirim tutumlarının ve engel algılarının olumlu şekilde gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler

Olay Bildirimi, İstenmeyen Olay, Tıbbi Hata, Olay Bildirim Engelleri, Olay Bildirim Tutumu

ABSTRACT

KELEŞ, Bünyamin. Evaluation of the Attitudes of Healthcare Professionals Towards Event Reporting, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2021.

Adverse events occurring in health institutions are an important problem primarily for patients and their relatives, and then for health administrators and policymakers. In preventing or minimizing adverse events, reporting these incidents is of great importance. The purpose of this study is to reveal the factors that affect the adverse event reporting of healthcare professionals in the context of improving patient safety and the quality of healthcare services. The study was carried out with 292 healthcare personnel working in a public hospital. In the study where the data were obtained using a questionnaire form, the validity and reliability analysis of three scales and other analyzes were performed using SPSS 23 and AMOS 24 programs. Nonparametric tests and logistic regression were used in hypothesis analysis. According to the analysis results, it was determined that 37.67% of the participants witnessed an adverse event in the last twelve months and 18.15% were involved in an adverse event. Besides, it was determined that 48% of the participants did not receive any incident reporting training and only 30.14% of the participants reported an incident within the last 12 months. It was determined that the physicians' awareness of the incident reporting system and the knowledge of how to report an incident were lower than the other participants, and they reported fewer incidents and it was found that women received more incident reporting training and reported more incidents. According to the logistic regression results, midwives compared to physicians 12.5 times; It was also determined that those who received incident reporting training were 17 times more likely to report an incident than those who did not receive this training. However, the increases in event reporting barrier perception decrease the probability of event reporting, It has been determined that individual factors 0.09 times, and organizational factors 0.10 times reduce the incident reporting probability. It is considered that the results of the study will contribute to the production of policies aimed at establishing a patient safety culture in health institutions, increasing the awareness of the incident reporting system, and to the positive development of perceptions and attitudes towards incident reporting.

Keywords

Incident Reporting, Adverse Events, Medical Error, Reporting Barrier, Reporting Attitude.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	i
YAYIMLAMA ve FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM: İLGİLİ KAVRAMLAR.....	6
1.1. İSTENMEYEN OLAY.....	9
1.1.1. İstenmeyen Olayların Sınıflandırılması	11
1.1.2. İstenmeyen Olay Yaklaşımları	15
1.1.3. İstenmeyen Olayların Önlenmesi.....	17
1.2. ALGI KAVRAMI.....	24
1.2.1. Algı Türleri.....	26
1.2.2. Olay Bildirimi Engel Algısı	27
1.3. TUTUM KAVRAMI.....	31
1.3.1. Tutumun Bileşenleri.....	34
1.3.2. Tutum ve Davranış İlişkisi.....	36
1.3.3. Sağlık Çalışanlarının Olay Bildirimine Yönelik Tutumları	37
1.3.4. Sağlık Çalışanlarının Güvenlik Tutumları.....	39
1.4. ALGI ve TUTUM İLİŞKİSİ.....	45
2. BÖLÜM: OLAY BİLDİRİMİ.....	46
2.1. OLAY BİLDİRİMİNİN AMACI	48
2.2. OLAY BİLDİRİMİNİN BİLEŞENLERİ.....	50

2.2.1. Olay Bildirim Sistemleri	52
2.2.2. Olay Bildirimi Süreci	67
2.2.3. Olay Bildirimlerinin Sınıflandırılması	69
2.2.4. Olay Bildirimlerinin Analizi	71
2.3. HASTA GÜVENLİĞİNDE OLAY BİLDİRİMLERİNİN ROLÜ	72
2.3.1. Olay Bildirimi ve Öğrenme Kültürü.....	74
2.3.2. Hatalardan Öğrenme.....	76
2.3.3. Olay Bildirim Eğitimi	80
2.3.4. Hasta Güvenliği ve Teknolojinin İlişkisi	82
3. BÖLÜM: GEREÇ ve YÖNTEM.....	84
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ	84
3.2. ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLESİ ve HİPOTEZLERİ.....	86
3.3. EVREN ve ÖRNEKLEM	87
3.3.1. Kota Örneklem	88
3.4. VERİ TOPLAMA ARACI.....	89
3.4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	91
3.4.2. Olay Bildirim Farkındalığı ve Olay Bildirim Durumu	91
3.4.3. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ).....	93
3.4.4. Güvenlik Tutumu Ölçeği (GTÖ).....	94
3.4.5. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği (OBEÖ).....	94
3.5. VERİ TOPLAMA ARACININ (ANKET) UYGULANMASI	96
3.6. VERİLERİN ANALİZİ.....	96
3.7. GEÇERLİLİK ve GÜVENİLİRLİK ANALİZİ	100
3.7.1. Geçerlilik Yöntemleri	101
3.7.2. Güvenilirlik Yöntemleri.....	106
3.7.3. Araştırma Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	107
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	121
4. BÖLÜM: BULGULAR	122
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR	122
4.1.1. Bağımsız Değişkenlere İlişkin Bulgular.....	122
4.1.2. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	125
4.2. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR	130
4.2.1. Demografik Özelliklere Göre Yapılan Analizler	131

4.2.2. Olay Bildirimi Farkındalıklarına Göre Yapılan Analizler.....	160
4.2.3. Olay Bildirim Durumlarına Göre Yapılan Analizler	171
4.2.4. Olay Bildirimi Engel Algıları, Olay Bildirimi Tutumu ve Güvenlik Tutumu Korelasyon Analizi.....	176
4.2.5. Sağlık Çalışanlarının Olay Bildirimi Yapma Durumlarına Etki Eden Değişkenlere İlişkin Değerlendirme: Lojistik Regresyon Analizi	178
5. BÖLÜM: TARTIŞMA	183
5.1. OLAY BİLDİRİMİ ENGEL ALGISI ve OLAY BİLDİRİMİ TUTUMUNA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME	183
5.2. GÜVENLİK TUTUMUNA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME	193
5.2.1. Ekip Çalışması İklimi	195
5.2.2. Güvenlik İklimi	197
5.2.3. İş Doyumu	200
5.2.4. Stresin Kabulü.....	205
5.2.5. Yönetime İlişkin Algılar	206
5.2.6. Çalışma Koşulları	208
5.3. OLAY BİLDİRİMİ YAPMA DURUMUNA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME	211
5.4. OLAY BİLDİRİMİ ve BİLDİRİM SİSTEMLERİ FARKINDALIKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME.....	215
5.5. OLAY BİLDİRİMİ ENGEL ALGILARI, OLAY BİLDİRİMİ TUTUMU ve GÜVENLİK TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	218
5.6. OLAY BİLDİRİMİNE ETKİ EDEN DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN DEĞERLENDİRME	220
SONUÇ ve ÖNERİLER	225
KAYNAKÇA	235
Ek 1. Anket Formu	264
Ek 2. Etik Kurul İzni	267
Ek 3. Araştırma Uygulama İzni.....	268
Ek 4. Ölçek Kullanım İzinleri	269
Ek 5: Orijinallik Raporu	271

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı)
AMOS	: Analysis of Moment Structures
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO)
EZH	: Ankara Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi
FDA	: Food and Drug Administration (ABD Ulusal İlaç ve Gıda Dairesi)
HTEA	: Hata Türü ve Etkileri Analizi (Failure Mode And Effects Analysis)
JCI	: The Joint Commission International (Ortak Komisyon)
OBS	: Olay Bildirim Sistemi
GTÖ	: Güvenlik Tutumu Ölçeği
GTT	: Global Trigger Tool
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
KNA	: Kök Neden Analizi (Root Cause Analysis)
MEDMARX	: Amerika İlaç Hatalarını Bildirim Sistemi
NCC MERP	: The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
NAM	: National Medicine Academy (ABD Ulusal Tıp Akademisi)
NHS	: National Health Services (İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri)
NRLS	: National Reporting and Learning System (İngiltere Ulusal Bildirim ve Öğrenme Sistemi)
OB	: Olay Bildirimi
OBEÖ	: Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği
OBTÖ	: Olay Bildirimi Tutum Ölçeği
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü)
SB	: Sağlık Bakanlığı
ULS	: Unweighted Least Squares (Ağırlıklandırılmamış En Küçük Kareler)
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. İstenmeyen Olay Türleri.....	12
Tablo 2. Dünyada Uyarılması Yapılan Güvenlik Tutumu Ölçeği Çalışmaları	42
Tablo 3. Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye OBS Karşılaştırması.....	56
Tablo 4. Hata Türlerine Göre En Sık Bildirimi Yapılan Hatalar.....	62
Tablo 5. Hata Türlerine Göre Hatayı Yapan Meslek Grupları	64
Tablo 6. Çalışma Yapılan Kurumun Olay Bildirim Sisteminin Kapsamı	66
Tablo 7. AB Ülkelerinde Kullanılan Hata Analiz Yöntemleri.....	77
Tablo 8. Araştırma Evreni ve Örneklem Hesaplaması.....	89
Tablo 9. Anket Bölümlerine Ait Genel Bilgi ve Cevap Skalası	91
Tablo 10. Olay Bildirimi Tutum Ölçeğinin Boyutları ve İfade Numaraları.....	93
Tablo 11. Güvenlik Tutum Ölçeğinin Boyutları ve İfade Numaraları	94
Tablo 12. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği İfadelerinin Yer Aldığı Çalışmalar	95
Tablo 13. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeğinin Boyutları ve İfade Numaraları	96
Tablo 14. Ölçeklerin Normallik Varsayımının Analizi.....	97
Tablo 15. Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İndeksleri Uyum Ölçütleri.....	106
Tablo 16. Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	108
Tablo 17. Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları	110
Tablo 18. Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Güvenilirlik Değerleri	111
Tablo 19. Güvenlik Tutumu Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	113
Tablo 20. Güvenlik Tutumu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	115
Tablo 21. Güvenlik Tutumu Ölçeği Güvenilirlik Değerleri.....	117
Tablo 22. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	118
Tablo 23. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları ..	120
Tablo 24. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği Güvenilirlik Değerleri	120
Tablo 25. Demografik Özellikler.....	123
Tablo 26. Olay Bildirimi Farkındalıklarına İlişkin Bulgular	125
Tablo 27. Olay Bildirimi Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular	126

Tablo 28. Güvenlik Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular	128
Tablo 29. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeğine İlişkin Bulgular	129
Tablo 30. Olay Bildirim Durumuna İlişkin Bulgular	130
Tablo 31. Olay Bildirimi Tutumunun Yaş Gruplarına Göre Analizi	131
Tablo 32. Olay Bildirimi Tutumunun Medeni Duruma Göre Analizi.....	132
Tablo 33. Olay Bildirimi Tutumunun Öğretim Düzeylerine Göre Analizi.....	133
Tablo 34. Olay Bildirimi Tutumunun Mesleklere Göre Analizi	134
Tablo 35. Olay Bildirimi Tutumunun Çalışma Şekline Göre Analizi	135
Tablo 36. Olay Bildirimi Tutumunun Mesleki Tecrübe Düzeyine Göre Analizi ...	136
Tablo 37. Hipotez 1a'ya Ait Sonuçlar.....	138
Tablo 38. Güvenlik Tutumunun Yaş Grubuna Göre Analizi	139
Tablo 39. Güvenlik Tutumunun Cinsiyete Göre Analizi	140
Tablo 40. Güvenlik Tutumunun Öğretim Düzeyine Göre Analizi	142
Tablo 41. Güvenlik Tutumunun Meslek Grubuna Göre Analizi.....	144
Tablo 42. Güvenlik Tutumunun Çalışma Şekline Göre Analizi	146
Tablo 43. Güvenlik Tutumunun Haftalık Çalışma Saatine Göre Analizi	147
Tablo 44. Güvenlik Tutumunun Mesleki Tecrübe Düzeyine Göre Analizi	148
Tablo 45. Güvenlik Tutumunun Çalışılan Bölüme Göre Analizi.....	150
Tablo 46. Güvenlik Tutumunun Bölümdeki Mesleki Tecrübe Düzeyine Göre Analizi.....	151
Tablo 47. Hipotez 1b'ye Ait Sonuçlar	153
Tablo 48. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirim Durumunun Analizi.....	154
Tablo 49. Hipotez 1d'ye Ait Sonuçlar	155
Tablo 50. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirim Sistemi Farkındalığının Analizi.....	156
Tablo 51. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirim Sistemi Kullanım Bilgisinin Analizi.....	157
Tablo 52. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirimi Farkındalıklarının Analizi	159
Tablo 53. Hipotez 1e'ye Ait Sonuçlar.....	160

Tablo 54. Olay Bildirimi Tutumunun Olay Bildirimi Eğitimi Alma Durumlarına Göre Analizi.....	161
Tablo 55. Olay Bildirimi Tutumunun Olaya Tanık Olma Durumuna Göre Analizi.....	162
Tablo 56. Hipotez 2a'ya Ait Sonuçlar.....	163
Tablo 57. Güvenlik Tutumunun Bildirim Eğitimi Alma Durumlarına Göre Analizi.....	164
Tablo 58. Güvenlik Tutumunun Olaya Dahil Olma Durumuna Göre Analizi.....	165
Tablo 59. Hipotez 2b'ye Ait Sonuçlar	166
Tablo 60. Olay Bildirimi Engel Algılarının Olay Bildirimi Farkındalıklarına Göre Analizi.....	167
Tablo 61. Hipotez 2c'ye Ait Sonuçlar.....	168
Tablo 62. Olay Bildirim Durumunun Olay Bildirimi Farkındalıklarına Göre Analizi.....	168
Tablo 63. Hipotez 2d'ye Ait Sonuçlar	169
Tablo 64. Olay Bildirimi Eğitimi Alma Durumuna Göre Olay Bildirimi Farkındalıklarının Analizi.....	170
Tablo 65. Hipotez 3'e Ait Sonuçlar.....	171
Tablo 66. Olay Bildirim Durumunun Olay Bildirimi Tutumuna Göre Analizi	171
Tablo 67. Hipotez 4a'ya Ait Sonuçlar.....	172
Tablo 68. Olay Bildirim Durumunun Güvenlik Tutumuna Göre Analizi.....	173
Tablo 69. Hipotez 4b'ye Ait Sonuçlar	174
Tablo 70. Olay Bildirim Durumunun Olay Bildirimi Engel Algısına Göre Analizi	175
Tablo 71. Hipotez 4c'ye Ait Sonuçlar.....	176
Tablo 72. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği ve Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Korelasyon Analizi.....	176
Tablo 73. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği ve Güvenlik Tutumu Ölçeği Korelasyon Analizi.....	177
Tablo 74. Sağlık Çalışanlarının Olay Bildirim Durumları Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerine İlişkin Lojistik Regresyon.....	180
Tablo 75. Araştırma Hipotezleri Kabul/Ret Tablosu.....	182

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İlaç Hatalarını Sınıflandırma Dizini	14
Şekil 2. İsviçre Peyniri Modeli. İstenmeyen Olayın Meydana Gelişi	22
Şekil 3. Problem Çözmede Sistemik Yaklaşım	23
Şekil 4. Algılama Süreci.....	25
Şekil 5. İstenmeyen Olay Bildirim Engelleri	30
Şekil 6. Basit Tutum-Davranış İlişkisi.....	32
Şekil 7. Tutumun Bileşenleri	34
Şekil 8. Tutumun ABC'si.....	35
Şekil 9. Olay Bildirimi Akış Şeması.....	51
Şekil 10. Araştırmanın Modeli	85
Şekil 11. Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model.....	109
Şekil 12. Güvenlik Tutumu Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model.....	114
Şekil 13. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model.....	119

GİRİŞ

Hiçbir şeyin eskisi gibi olmayacağı söylenen ve neredeyse tüm dünya liderlerinin tam bir uzlaşısı içerisinde “yeni dünya” dedikleri ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından binlerce insanın ölümüne yol açan ve tedavisi henüz bulunmayan Covid-19 virüsü nedeniyle pandemi ilan edildiği günümüz dünyasında, tüm ülke sağlık sistemleri her yönüyle ve belki de hiç olmadığı kadar tartışılmaya başlanmıştır. Tartışmaların önemli bir yönünü hastalığın bulaş riskinin çok fazla ve ölüm hızının endişe verici düzeyde olması sebebiyle hasta ve çalışan güvenliği konuları oluşturmaktadır. Çünkü düzgün işlemeyen sağlık sistemleri hastaların ve sağlık çalışanlarının zarar gördüğü tehlikeli bir ortama dönüşebilmektedir (Alduais vd., 2014). Bu açıdan hasta güvenliğini geliştirmek, dünya çapında tüm politika yapıcılar ve karar vericiler için bir öncelik olmayı sürdürmektedir. Sağlık hizmet sunumunun merkezinde insan unsurunun bulunması nedeniyle, sağlık kurumlarının hizmetlerinde daha özenli davranmalarını gerektirmektedir. Her ne kadar sağlık profesyonellerine öğretilen altın kural “önce zarar verme” olsa da sağlık hizmeti sunumu esnasında birtakım istenmeyen olayların (adverse events) meydana gelmesi kaçınılmaz olabilmektedir (WHO, 2017a).

İstenmeyen olay kısaca, tıbbi yönetimin neden olduğu, hastanede yatış süresini uzatan, ölçülebilir bir sakatlığa yol açan istenmeyen bir yaralanma olarak (Leape vd., 1991) tanımlanmaktadır. Hasta güvenliğinin esasını sağlık hizmeti sunarken hastaya zarar vermemek oluşturmaktadır. Buna rağmen hizmet sunucuları hemen her gün hastalara yansıyan birçok istenmeyen olayın da farkındadır. Sağlık hizmet sunucularına düşen görev, meydana gelen bu olayların bildirilmesinin sağlanması, bunların kaydedilmesi, iyi analiz edilmesi ve durumu iyileştirme yollarının düşünülerek aynı olayın tekrar edilmesinin önüne geçilmesi çalışmaları olacaktır (Akgün, 2014).

Yapılan araştırmalar, alınan önlemlere rağmen meydana gelen istenmeyen olayların hem insan hayatında olumsuz etkiler meydana getirdiğini, hem de ülke ekonomilerine ciddi bir ek maliyet yüklediğini göstermektedir. Amerika’da 1999 yılında yayımlanan “*To Err is Human: Building a Safer Healthcare System*” raporunda belirtildiği gibi (Kohn vd., 1999); istenmeyen olaylar nedeniyle yılda New York araştırma sonuçlarına göre 98.000 kişi, Utah ve Colorado araştırma sonuçlarına göre 45.456 kişi hayatını kaybetmiştir. ABD’de 2016 yılında yapılan tartışmalı bir araştırmada ise, ABD’de yılda 300 bin insanın

istenmeyen olaylar nedeniyle hayatını kaybettiği ileri sürülmektedir (Wachter ve Gupta, 2018).

Düşük ve orta gelir kategorisindeki ülkelerde her yıl sekiz milyondan fazla insanın, aslında sağlık sisteminde tedavi edilebilir olmasına rağmen hayatını kaybettiği; ölüm oranını azaltmada sağlık kurumlarına yetersiz erişime kıyasla kalitesiz sağlık hizmetinin daha büyük bir engel olduğu; meydana gelen bu ölümlerin %60'ının yetersiz sağlık bakımı nedeniyle meydana geldiği, kalan ölümlerin ise sağlık sisteminin kullanılmamasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Kruk vd., 2018).

İstenmeyen olaylar nedeniyle tekrar tıbbi tedaviye ihtiyacı olan hastaların incelendiği benzer bir çalışmada ise, 2017 yılı için yaşa göre standardize edilmiş, her 100 bin kişi başına insidans oranının 438,97 olduğu, buna göre dünya genelinde 32,9 milyon insanın istenmeyen olaylar nedeniyle tekrar tıbbi bakıma ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir. Yıllara göre bu oranın, 1990 yılı için 309, 2000 yılı için 340, 2010 yılı için 401 ve 2017 yılı için 439 olduğu, oranlar incelendiğinde istenmeyen olayların ortaya çıkışında küresel olarak artan bir eğilim içinde olduğu belirlenmiştir. DSÖ bölgeleri içinde yapılan karşılaştırmada, Amerika kıtasının 1.160,99 ile en yüksek, Güneydoğu Asya Bölgesinin 155,98 ile en düşük orana sahip olduğu görülmektedir (Nauman vd., 2020).

ABD'de 1997 yılı verilerine göre istenmeyen olay nedeniyle ölen hasta sayısının sekizinci ölüm nedeni olarak, trafik kazası, meme kanseri ve AIDS hastalığının önünde yer aldığı, A.B.D. Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (National Center for Health Statistics, N.C.H.S.) verilerine göre istenmeyen olaylara bağlı ölümlerin, bütün ölüm nedenleri sıralamasında 2007 yılı verilerine göre beşinci sıraya yükseldiği (Yılmaz, 2009), 2016 yılında yapılan bir araştırmaya göre ise bu oranın daha da yükselerek ABD'de istenmeyen olaya bağlı ölümlerin tüm ölüm nedenleri içinde üçüncü sıraya yerleştiği ifade edilmektedir (Anderson ve Abrahamson, 2017; Çakmak vd., 2018; Makary ve Daniel, 2016; Weekly Report (Morbidity and Mortality), 2014; WHO, 2017b). Hatta araştırmalar, Birleşik Krallık'ta her 35 saniyede bir kişinin istenmeyen bir olaya maruz kaldığını göstermektedir (WHO, 2017b). Sağlık hizmetlerinin olması beklendiği kadar güvenli olmadığı hususu üzerinde uzlaşa sağlandığı bir gerçektir (Amalberti vd., 2005).

Sağlık kurumların açısından değerlendirildiğinde, Kohn vd. (1999) tarafından yayımlanan ve dünya genelinde önemli bir yer tutan çalışmadan bu yana, istenmeyen olayların hala hasta güvenliği açısından önemli bir sorun olmaya devam ettiği görülmektedir. Yapılan çalışmalar, ilaç uygulama hatası ve yanlış teşhis konulması hatasının, birinci basamak ve ayaktan tedavi kapsamında istenmeyen olayların en yaygın nedenleri arasında sayılmaktadır. Bu olayların gerçekleşmesinde temel hata nedeninin iletişim eksikliği olduğu vurgulanmaktadır. Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD) ülkeleri içinde, birinci basamak sağlık hizmetleri ve ayakta tedavi kapsamında hasta güvenliği sorunları nedeniyle yansıyan toplam maliyetin, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %2,5'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir. Her yıl hastaneye yatışla sonuçlanan hasta güvenliği ihlallerinin, toplam hasta yatış günlerinin %6'sını oluşturduğu ve bunun OECD ülkeleri içinde toplam 7 milyondan fazla hasta kabulü sayılacağı vurgulanmaktadır (Auraaen vd., 2018; OECD, 2018).

Küresel hastalık yüküne 14'üncü sırada yer alarak en fazla katkıda bulunan unsur istenmeyen olaylardır. Bu yükün çoğunu ise düşük ve orta gelirli ülkeler çekmektedir. İstenmeyen olaylar sadece hasta tedavi etmeye ek bir maliyet eklememekte, ayrıca sağlık hizmetlerine olan güvenin azalması ve verimlilik kaybı gibi ek maliyetlere de neden olmaktadır. OECD ülkelerindeki hastane harcamalarının yaklaşık %15'i hasta güvenliği sorunlarından kaynaklanmaktadır (WHO vd., 2018).Yapılan bu araştırmalardan yola çıkarak, sağlık hizmetlerinin daha güvenli bir hale getirilmesi için üzerinde çalışılması gerektiği ifade edilebilir (Kohn vd., 1999).

DSÖ (WHO, 2005) ve National Academy of Medicine (daha önce Tıp Enstitüsü olarak bilinmekteydi, ABD Ulusal Tıp Akademisi) (NAM, 2001) gibi uluslararası kuruluşların yaptığı çalışmalara benzer şekilde, bireysel anlamda yapılan birçok çalışmada (Akgün, 2014; Hartnell vd., 2012; Lawton ve Parker, 2002) istenmeyen olay bildiriminin gerekliliği ve faydası vurgulanmış olsa da, yine birçok çalışmada (Alduais vd., 2014; Braithwaite vd., 2008; Uribe vd., 2002; Wakefield vd., 2001) sağlık çalışanlarının çeşitli engel algıları nedeniyle olay bildiriminde isteksiz davrandıklarının belirlendiği ifade edilmektedir.

Olay bildirimi tutumu açısından sağlık çalışanlarının incelendiği bazı çalışmalarda (Vincent vd., 1999; Wild ve Bradley, 2005), katılımcıların kurumlarında bir olay bildirim sisteminin (OBS) varlığı konusunda farkındalıklarının düşük olduğu; diğer bazı

çalışmalarda ise (Evans vd., 2006; Sun vd., 2014; Wilson vd., 2008), çalışanların OBS'nin farkında olduğu ve genel olarak hemşire ve ebe gibi sağlık çalışanlarının hekimlerden daha fazla olay bildirim tutumu içinde oldukları belirtilmiştir. DSÖ (WHO, 2014b), zayıf hasta güvenliği kültürünün ve cezalandırılma korkusunun, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların önlenmesini ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini engellediğini, olay bildiriminin yanı sıra diğer klinik verilerin toplanması, saklanması, sınıflandırılması, analiz edilmesi ve yorumlanmasında evrensel olarak uygulanabilir ve ortak standartların azlığının, etkili olay bildiriminin (OB) ve öğrenmenin önünde önemli bir engel oluşturduğunu ifade etmektedir.

Bu çalışmanın temel amacı, hasta güvenliğinin ve sağlık hizmet sunumu kalitesinin geliştirilmesi bağlamında, sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirim durumlarına etki eden durumların ortaya konulmasıdır. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının dahil ya da tanık oldukları istenmeyen olayların bildirilmesinde nasıl bir tutum içinde bulduklarının belirlenmesi, sağlık kurumlarındaki güvenlik tutumlarının tespit edilmesi ve kurumlarında meydana gelen olayların bildiriminde hangi engel algıları ile hareket ettiklerinin belirlenmesi çalışmanın diğer amaçları arasındadır. Yine DSÖ ve SB'nin yayınlarında belirttiği gibi, çalışanların OBS ve OB farkındalıklarının ortaya konulması da çalışmanın diğer amaçları arasındadır.

Çalışmayla elde edilecek sonuçların, sağlık kurumlarında OBS farkındalığının yükseltilmesine ve sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumlarının ve algıladıkları olay bildirim engel algılarının belirlemesi ile kurumlarda hasta güvenliği kültürü oluşturtulmasına yönelik politikaların üretilmesine katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir. Geliştirilecek politikalarla OBS ve OB farkındalığının yükseltilmesi ve olay bildirim engel algılarının ortadan kaldırılması sonucu istenmeyen OB oranının artabileceği, yapılan istenmeyen olay bildirimleri sonucu elde edilen verilen iyi bir şekilde analiz edilmesi ve düzeltici/iyileştirici tedbirlerin alınması ile sağlık hizmeti sunum süreçlerinin geliştirilmesi ve süreçlerin standardize edilmesine katkı sağlanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın birinci ve ikinci bölümünde kavramsal bilgi yer almaktadır. Bu kapsamda, istenmeyen olay kavramı, katılımcıların olay bildirim ve güvenlik tutumları ile katılımcıların olay bildirim engel algıları bağlamında tutum ve algı kavramlarına ilişkin

bilgiler birinci bölümünde; olay bildirim sistemleri ve hasta güvenliğinde olay bildirim sistemlerinin önemine ilişkin bilgiler çalışmanın ikinci bölümünde yer almaktadır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, araştırmanın amacı ve önemi, modeli, hipotezleri, çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin bilgiler, bu ölçeklere ait geçerlik ve güvenilirlik analizleri ile çalışma kapsamında kullanılan istatistiksel analizlere ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde, yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular yer alırken; çalışmanın beşinci bölümünde, elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası literatür bağlamında tartışılmıştır. Çalışmanın altıncı ve son bölümünde, elde edilen veriler çerçevesinde elde edilen sonuçlar ve konu kapsamında yapılan öneriler yer almaktadır.

1. BÖLÜM: İLGİLİ KAVRAMLAR

Gün geçtikçe sağlık hizmetlerinin sunumuna olan hassasiyet artmakta, teknolojinin gelişmesi ve modernleşmenin getirdiği kaliteli yaşama isteği ile birlikte, hasta güvenliği konusu da giderek daha ön plana çıkmaktadır. Buna bağlı olarak, sağlık hizmetleri sunumu ve hasta güvenliği konusunda yapılan çalışmalar da artmaktadır. Sağlık hizmeti esnasında meydana gelen istenmeyen olayları açıklamak için ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda pek çok farklı terim kullanıldığı görülmektedir. Meydana gelen istenmeyen olayların önlenmesinin, insan hayatı ve sağlık hizmetinin kalitesi ve ülke kaynaklarını daha etkin kullanılması için ne kadar gerekli ve önemli olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir. Buna karşın, yapılan birçok araştırmada hasta güvenliği ve istenmeyen olaylar konusunda standart bir terminolojiye rastlanılmadığı ifade edilmektedir (Yılmaz, 2009). Bu nedenle, bu olayların tespit edilmesi, izlenmesi, önlenmesinin zorlaştığı, dolayısıyla konu ile ilgili araştırmalardan elde edilen verilerin kullanılarak kıyaslama yapılmasında, kalite çalışmalarında, etik sorumlulukların belirlenmesinde ve yasal işlemlerde birtakım sorunlara yol açıldığı vurgulanmaktadır (Grober ve Bohnen, 2005).

Hasta güvenliği ve istenmeyen olay konularında ulusal ve uluslararası literatürde sıklıkla kullanıldığı kavramlara ilişkin tanımlamalar takip eden paragraflarda verilmiştir.

Hasta güvenliği (patient safety): Sağlık bakımı ile ilgili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir, yani minimum bir düzeye indirilmesidir. Sağlık hizmet sunumundan kaynaklanan olumsuz sonuçların ya da yaralanmaların önlenmesi veya iyileştirilmesidir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetleri kalitesinin bir alt kümesidir (WHO, 2009).

Hata (error): Planlanan bir eylemin planlandığı gibi gerçekleştirilmemesi veya yanlış bir plan uygulanması *hata* olarak tanımlanmaktadır. Hata, planlama ya da uygulama aşamasında yanlış bir şey yapmak veya doğru olanı yapmamak (ihmal) suretiyle ortaya çıkabilmektedir (WHO, 2005, 2009).

Tıbbi hata (medical error): Ulusal ve uluslararası literatürde sıklıkla kullanılan bir tabir olan tıbbi hata, planlanan prosedürün yapılamaması, sonucun istenildiği şekliyle gerçekleşmemesi ya da amaca ulaştıracak planlamanın hatalı yapılması (Akalın, 2001)

şeklinde tanımlanmaktadır (Kohn vd., 1999). Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (The Joint Commission International, JCI) tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (Özata ve Altuncan, 2010).

Ramak kala olay, (neredeyse hata) (near-miss, close-call): Sağlık hizmetlerinin bütün süreçlerinde (tanı, tedavi vb.) meydana gelebilen istenmeyen olayların tamamında her zaman bir yaralanma meydana gelmeyebilmektedir. Bu tür durumlara ramak kala olay denilmektedir. Diğer bir ifade ile, hatanın zamanda fark edilmesi ve oluşmaması veya hatanın kısmi olarak önlenmesi, hatayı hastanın tolere edebilmesi ya da sadece şans faktörü sonucu ile hastanın zarar görmemesi ile açıklanabilen, yani hatanın tam olacakken olmaması durumu olarak açıklanmıştır (Grober ve Bohnen, 2005). Olumsuz bir etkiye neden olma potansiyeline sahip, ancak şans eseri veya başarısız olduğu için hastaya herhangi bir zarar verilmemiş olması olarak da ifade edilen ramak kala olay, (WHO, 2005), sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen bir sapma nedeniyle, hastaya ya da sağlık kurumuna istenmeyen zararlar verilebilecek bir eylemin, planlı veya planlanmamış bir şekilde engellenmiş olması şeklinde de tanımlanmaktadır (WHO, 2009).

Vahim olay (sentinel event): Hasta güvenliği alanında bildirilmesi gereken en ciddi olaylardır. Bu olaylar nadir şekilde ölümle sonuçlanan, ancak ciddi nörolojik yaralanmalar ya da önemli fonksiyon/organ kaybını içeren olaylardır. İlgili prosedürlerin veya standartların, süreçlerin ve politikaların belirtildiği şekilde uygulanmaması ya da çevre bakımı ve onun meydana getirdiği tehlikeler ve riskler de bu kapsamdadır (Akgün, 2014). Yılmaz (2009) tarafından yapılan bir başka bir tanımda vahim olay, “*Hastanın ölümü ya da ciddi zarar görmesi ile sonuçlanan, beklenmeyen ve kabul edilemeyen yanlış taraf cerrahisi, yanlış hastaya yapılan yanlış cerrahi müdahale girişimleri vb. vakit kaybetmeden araştırılması ve değerlendirilmesi gereken ciddi olaylardır*” şeklinde ifade edilmektedir.

Malpraktis, tıbbi malpraktis, hatalı tıbbi uygulama, (medical malpractice): Genel anlamda dikkatsizlik ve ihmalkâr davranma malpraktis olarak ifade edilirken, hekimin hastanın tedavi süresi boyunca tıbbin genel kabul gördüğü uygulamaların dışında, hastaya zarar

veren girişimler ya da ihmal, tıbbi malpraktis olarak ifade edilmektedir (Bal, 2009). Dünya Tabipler Birliği *tıbbi malpraktisi*, tedavi esnasında hekimin standart tedaviyi uygulamaması, beceri eksikliği nedeniyle ya da hastaya tedavi verilmemesi sonucu, yani ihmal ile oluşan zarar olarak tanımlamaktadır (Yılmaz, 2009). Sonuç olarak, sağlık hizmet sunum sürecindeki ihmallerden kaynaklı hatalar istenmeyen olaylarla sonuçlanabilmekte ve bu olaylar tıbbi malpraktis olarak nitelendirilmektedir (Grober ve Bohnen, 2005). Bununla birlikte, meydana gelen istenmeyen olayın uygulanan tedaviye ilişkin bir komplikasyon mu yoksa bir malpraktis mi olduğu tartışmalı bir konu olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu ayrımın yapılabilmesi için, hasta ve hasta yakınları tarafından meydana gelen istenmeyen olayın dava konusu edildiği ifade edilmektedir (Uğrak, 2019).

İstenmeyen olay, olumsuz olay (adverse event): Hasta güvenliği ve sağlık hizmet sunumu kapsamında meydana gelen istenmeyen olaylarla ilgili olarak ulusal ve uluslararası literatürde kullanılan kavramlar farklı tanımlanma yollarına gidildiği görülmektedir. Öncelikle şunu ifade etmek gerekir ki, çalışma kapsamında genel bir tabir olarak kullanılan '*istenmeyen olay*', T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından "*Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya sağlık hizmeti verilen kuruluştaki bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylardır.*" şeklinde tanımlanmaktadır (SB, 2016). Görüldüğü üzere SB, istenmeyen olay tanımı içerisinde sağlık hizmetlerinden etkilenebileceği düşünülen farklı paydaşları da tanıma dahil etmiş ve daha kapsamlı bir tanımlamaya gitmiştir. Brennan vd. (1991) ve Leape vd. (1991) yapmış oldukları çalışmalarında istenmeyen olayı, tıbbi yönetimin neden olduğu, hastanede yatış süresini uzatan, ölçülebilir bir sakatlığa yol açan istenmeyen bir yaralanma olarak tanımlamaktadır.

Farmakovijilans Derneği (2020)'ne göre istenmeyen olay, "*Bir tıbbi ürünün uygulanmasını takiben ortaya çıkan istenmeyen bir deneyimdir. İstenmeyen durumun, tedavi ile nedensel bir ilişkisinin bulunması şart değildir*". Derneğin tanımlamasına göre istenmeyen etki ise, "*Bir beşerî tıbbi ürünün hastalıktan korunma, bir hastalığın teşhis veya tedavisi veya bir fizyolojik fonksiyonun iyileştirilmesi, düzeltilmesi veya değiştirilmesi amacıyla kabul edilen normal dozlarda kullanımında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış bir etki*" olarak ifade edilmektedir.

İstenmeyen olay konusunda en geniş kapsamlı üç araştırma olarak kabul edilen Harward Araştırmaları, Utah ve Colorado Araştırmaları ile Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Kalite Araştırmaları'nda da *istenmeyen olay* kavramına yer verildiği görülmektedir. Bu anlamda istenmeyen olay, hastalığın altında yatan nedenden daha çok (WHO, 2009), tıbbi uygulamadan ya da hastanın durumundan kaynaklanan, hastanın yatış süresini uzatan, hasta taburcu olduktan sonra yetersizliğe, maluliyete ya da her ikisine birden neden olan, ölçülebilir olumsuz gelişme şeklinde tanımlanmaktadır (Brennan vd., 1991; Yılmaz, 2009). Bir başka ifade ile, tıbbi tedavi sürecinde meydana gelen sakatlanma, ölüm ya da daha uzun yatış süresi ile sonuçlanan istenmeyen yaralanma veya komplikasyonlar, istenmeyen olay olarak ifade edilmektedir (Kohn vd., 1999; Leape vd., 1991).

DSÖ, tıbbi hata (medical error), ramak kala olay (close call), tıbbi yanlışlık (medikal mistake), tıbbi yaralanma (medical injury), ilaç uygulama hatası (medication error), önlenilebilir hata (preventable event), vb. çok sayıda tabiri istenmeyen olay (adverse event) kavramı ile birlikte açıklamaktadır (WHO, 2009).

Yukarıda verilen tanımlamalardan da anlaşılacağı gibi, sağlık hizmet sunumu esnasında meydana gelen olaylarla ilgili kavramlar üzerinde bir uzlaşma sağlanamamıştır. Bu nedenle hem DSÖ'nün hem de SB'liği'nin tanımlamaları çerçevesinde daha kapsayıcı bir tanımlama olduğu görüldüğünden hareketle bu araştırma kapsamında "*istenmeyen olay*" tabirinin kullanılması tercih edilmiştir.

1.1. İSTENMEYEN OLAY

İstenmeyen olay, bir hastalığın komplikasyonlarının aksine, hastaya verilen sağlık hizmeti sürecinde meydana gelen, tamamen tıbbi yönetime ilişkin bir yaralanma olarak tanımlanmaktadır (Brennan vd., 1991). Bu tanımlamada kullanılan tıbbi yönetim kavramı, teşhis, tedavi ve sağlık bakımı için kullanılan sistem ve ekipmanların tümünü içermektedir (WHO, 2005). Dolayısıyla istenmeyen bir olay kavramının sadece hastaya teşhis ve tedavi için uygulanan prosedür nedeniyle oluştuğunun anlaşılması, hastanın sağlık kurumuna gelmesi ile başlayan ve kurumdan ayrılıncaya kadar devam eden bütün bir sürecin dikkate alınması gerekmektedir.

Yıllardır hekim ve hemşirelik öğrencilerine “*önce zarar verme*” prensibi öğretilmesine rağmen, on yıllardır hâlâ kayda değer sayıda hastanın sağlık profesyonellerinin eliyle zarar gördüğü birçok kaynak tarafından bildirilmekte ve literatürde bu konuda yapılan araştırmalar olduğu görülmektedir. Örneğin 1964 yılında, bir üniversite hastanesine kabul edilen hastaların %20'sinin tedavi kaynaklı hatalara maruz kaldığı ve bu hataların çok ciddi olduğu, hatta hastaların ölümcül zararlarla karşı karşıya kaldığı ifade edilmektedir (Leape, 1994). Yapılan bir başka çalışmada ise, bir üniversitenin eğitim hastanesi tıbbi servisine başvuran hastaların %36'sının, iyatrojenik (sağlık kuruluşu kaynaklı) istenmeyen bir olay yaşadığı ve bunların %25'inin yaşamı tehdit eden olaylara maruz kaldığı belirlenmiştir (Steel vd., 2004).

Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olaylar sadece insan hayatını tehlikeye atarak ölümlere ve sakat kalmalara yol açmakla kalmadığı belirtilmektedir. Örneğin ABD'de her yıl 187.000 ölüm ve 6,1 milyon yaralanmanın, (diğer bir çalışmaya göre 251.000 ölüm, Anderson ve Abrahamson, 2017) meydana geldiği, bu ölüm ve yaralanmaların Amerikan toplumuna toplam sosyal maliyetinin 2006 yılı için 348 ile 913 milyar Dolar arasında olduğu ifade edilmektedir. Bu rakamın ise ABD'nin 2006 yılı sağlık harcamalarının %18 ile %45 arasında bir orana denk geldiği ifade edilmektedir (Goodman vd., 2011).

İstenmeyen olaylar her zaman hastalar için fiili bir zarar oluşturmasa da, yapılan çalışmalar hastaneye her yüz hasta yatışından yaklaşık yarısının önlenemez bir ilaç uygulama hatasına maruz kaldığını göstermektedir. Bu hataların hastaneler için her hasta kabulü başına 4.700 dolar ek maliyet getirdiği, bu veriler genelleştirildiğinde sadece ilaç uygulama hatalarının ABD için yaklaşık iki milyar dolar maliyet oluşturduğu, toplam önlenemez istenmeyen olayların ise 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında değiştiğine vurgu yapılmaktadır (Kohn vd., 1999).

ABD Genel Denetim Ofisi (Office of Inspector General, OIG) tarafından yapılan bir araştırmaya göre hastanede yatan Medicare yararlanıcılarının yaklaşık %13,5'inin hastanede kaldıkları süre boyunca istenmeyen olaylar yaşadığı, Ekim 2008'de hastanelerden taburcu edilen yaklaşık bir milyon Medicare yararlanıcısı arasında, yedi kişiden birinin, istenmeyen bir olaya maruz kaldığı ifade edilmiştir (Levinson, 2010). Aynı Ofisin 2010 tarihli diğer bir raporuna göre ise, hastanede yatan Medicare

yararlanıcılarının %27'sinin istenmeyen bir olay yaşadığı, bu olayların yaklaşık yarısının önlenebilir olduğu ve yaşanan olaylar nedeniyle oluşan maliyetin ise Medicare için yılda yaklaşık 4,4 milyar Dolar olduğu belirtilmiştir (Levinson, 2018).

Her yıl azımsanmayacak sayıda hasta güvenli olmayan ya da yetersiz kalitede sağlık hizmeti nedeniyle zarar görmekte veya hayatını kaybetmektedir. Hastanede yatan on hastadan yaklaşık birinin tedavisi sırasında bir zarara maruz kaldığı ve bu zararların en az yarısının önlenebilir olduğu belirtilmektedir. Olayların sıklığı ve önlenebilirliği bağlamında, 26 düşük ve orta gelirli ülkede istenmeyen olay oranının %8 civarında olduğu, bu olayların %83'ünün önlenebilir olduğu, ancak meydana gelen bu olayların %30'unun ölümlerle sonuçlandığı ifade edilmektedir. Buna ilaveten, dünyada yılda 421 milyon hastaneye hasta yatışının gerçekleştiği ve bu yatışlarda yaklaşık 42,7 milyon istenmeyen olay meydana geldiğinin tahmin edildiği ve istenmeyen olayların yaklaşık üçte ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği vurgulanmaktadır (WHO, 2017b).

1.1.1. İstenmeyen Olayların Sınıflandırılması

Sağlık hizmet sunumu esnasında meydana gelen istenmeyen olayların sınıflandırılması, sağlık yöneticilerinin daha etkili karar almalarını, kaynakların etkin yönetimini, istenmeyen olay meydana gelmeden tedbir alınmasını ve hastaların zarar görmeden ya da en az zararlar sağlık bakımı almasına katkı sağlayacak hususların başında gelmektedir.

Sağlık hizmet sunumu esnasında çeşitli istenmeyen olay meydana gelebilmektedir. Bu olaylara taşıma/ulaştırma hatası, yanlış ilaç uygulaması, yanlış tarafa cerrahi işlem uygulaması, cerrahi yaralanmalar, engellenebilir intiharlar, kısıtlamaya bağlı yaralanma ya da ölümler, hastanede edinilen ya da tedaviden kaynaklanan diğer enfeksiyonlar örnek verebileceği gibi, düşmeler, yanıklar, basınç yaraları ve yanlış kimliklendirme (Cengiz vd., 2016) gibi olaylar da örnek verilebilir (Kohn vd., 1999).

İstenmeyen olayların literatürde farklı şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Reason (1995) hataları, planlama hataları ve uygulama hataları olarak iki kategori altında ele alırken, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların Leape vd. (1993) tarafından teşhis ve tanı hataları, tedaviye ilişkin hatalar, koruyucu hekimliğe ilişkin hatalar ve diğer hatalar olmak üzere dört başlık altında (Tablo 1) sınıflandırıldığı ifade görülmektedir.

Tablo 1. İstenmeyen Olay Türleri

Teşhis/Tanı İle İlgili Hatalar
Hatalı ya da geç tanı konulması, Gerekli testlerin uygulanmaması Güncel olmayan test veya tedavinin kullanımı Test ve gözlem sonuçlarına uygun hareket etmemek
Tedaviye İlişkin Hatalar
Bir işlem, prosedür ya da testin uygulanmasında hata Tedavinin uygulanmasında hata İlacın dozunda ya da ilaç kullanım yönteminde hata Tedavinin gecikmesi Uygunsuz sağlık bakımı vermek
Koruyucu Hekimliğe İlişkin Hatalar
Profilaktik tedavi sağlanamaması Yetersiz gözlem ya da tedavinin takibinde meydana gelen hatalar
Diğer
Başarısız iletişim Cihaz/ekipman arızasından kaynaklı hatalar Diğer sistem hataları

(Leape vd., 1993)

Wachter ve Gupta (2018) ise istenmeyen olayları şu şekilde sınıflandırmıştır:

- *İlaç uygulama hataları*: İlacın reçete edilmesinde el yazısından kaynaklı ya da elektronik ortamda yanlış ilaç yazılması, ilacın hazırlanması veya dağıtılması esnasında yapılan hatalar bu grupta yer almaktadır.
- *Cerrahi işlem hataları*: Yanlış hastanın ya da hastanın yanlış bölgesinin cerrahi işleme alınması, cerrahi işlem sonrası hastanın içinde cerrahi malzeme unutulması ve cerrahi yanıklar bu grupta yer almaktadır.
- *Teşhis/tanısal hatalar*: Klasik teşhis hataları (kalp krizinin tespit edilememesi gibi), aşırı tanı (overdiagnosis), bilişsel (anlama ve idrak etme yeteneğine dayalı olan) hatalar, sistem, iletişim ve bilgi akışından kaynaklı tanı hataları bu grupta yer almaktadır.
- *İnsan kaynaklı hatalar*: Sağlık çalışanlarının, düzgün yapılandırılmayan tıbbi kayıtlar ve kullanıcı dostu olmayan program arayüzleri nedeniyle tıbbi cihaz/makine kullanımından kaynaklı hatalar bu grupta yer almaktadır.
- *Devir-teslim (handoff) kaynaklı hatalar*: Sağlık çalışanlarının nöbet devir teslimi ya da vardiya değişimlerinde meydana gelen hatalar, hastanın kabulü ya da

taburcu edilmesinde oluşan hatalar, hastanın hastane içinde teşhis/tedavi amaçlı transferi esnasında meydana gelen hatalar bu grupta yer almaktadır.

- *İletişim ve takım çalışması hataları:* Sağlık sisteminin matriks yapısından kaynaklı iletişim ve takım çalışması hataları bu grupta yer almaktadır.
- *Hastane kaynaklı enfeksiyon hataları:* Cerrahi işlem sonrası meydana gelen enfeksiyonlar, hastanın ventile edilmesinden kaynaklı enfeksiyonlar, kateter kullanımına bağlı enfeksiyonlar bu grupta yer almaktadır.
- *Sağlık bakımından kaynaklı diğer komplikasyonlar:* Basınç yaraları, venöz tromboz oluşması (damar içinde pıhtı oluşması), düşmeler, hastada deliryum (tıbbi müdahaleye bağlı beyinde meydana gelen geçici metabolik değişiklik) gelişmesi bu grupta yer almaktadır.

İlaç uygulama hatalarının sınıflandırılması konusundaki ihtiyacın tespit edilmesi sonucu ilk kez 1996 yılında oluşturulan (Snyder vd., 2007) ve sonrasında 2001 yılında sağlık çalışanlarının ilaç hatalarını sınıflandırmasını ve bildirimlerini kolaylaştırmak için Ulusal İlaç Hata Bildirimi ve Önleme Koordinasyon Konseyi (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCC MERP) tarafından gözden geçirilmiş ve genişletilmiş bir ilaç hata indeksi geliştirilmiştir. Bu çerçevede ilaç uygulama hataları dokuz kategoride ele alınmaktadır (Şekil 1).

İndeks, sağlık profesyonellerinin ve kurumların ilaç hatalarını tutarlı ve sistematik bir şekilde izlemelerine yardımcı olmak için tasarlanmıştır. İndeks, hatanın hastaya ulaşım ulaşmadığı ve hastanın zarar görmesi durumunun hangi dereceye kadar olduğu gibi faktörleri göz önünde bulundurmaktadır. (Gallagher ve Nadzam, 2015; NCC MERP, 2020).

zarar görmediği istenmeyen olaylar, 3. Hastanın zarar gördüğü istenmeyen olaylar (Önlenemez istenmeyen olaylar, önlenebilir istenmeyen olaylar) gibi kullanılmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir (WHO, 2020).

1.1.2. İstenmeyen Olay Yaklaşımları

Reason (2000), insan hatalarından kaynaklanan problemleri, bireysel yaklaşım ve sistem yaklaşımı olmak üzere iki başlık altında ele almaktadır. Bireysel yaklaşımda, hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin unutkanlık, dikkatsizlik, düşük motivasyon veya ihmal gibi bireysel hatalarına odaklanılırken; sistem yaklaşımında, çalışma koşullarına odaklanılarak, hataların önlenmesi ya da hatanın etkilerini azaltması için sistem ve süreç düzeyinde bariyerler oluşturulmaya vurgu yapılmaktadır.

1.1.2.1. Bireysel Yaklaşım

Sağlık kurumlarında ön cephede bulunan hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin güvensiz eylemlerine, hatalarına ve usul ihlallerine odaklanması bireysel yaklaşımının uzun süredir devam eden ve yaygın olan bir geleneğidir. Çalışanların bu güvensiz eylemlerin öncelikle unutkanlık, dikkatsizlik, zayıf motivasyon, dikkatsizlik, ihmal ve pervasızlık gibi anormal zihinsel süreçlerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının bu eylemlerine karşı alınacak önlemler konusunda, esas olarak insan davranışlarındaki istenmeyen değişkenliğin azaltılmasına odaklanılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bireysel yaklaşımda “*kötü işler, kötü kişiler tarafından yapılır*” düşüncesi ile hareket edildiği için, çalışanların dahil olduğu olayların önlenmesi için suçlama, çeşitli disiplin önlemlerine yönelme, dava edilme, yeniden eğitime alınma ve utandırma gibi yöntemlere başvurulmaktadır. Ancak öğrenen bir organizasyon olmanın ve dolayısıyla da hasta güvenliğinin yükseltilmesinin temel öğelerinden birisi de cezalandırıcı olmayan, şeffaf, “*öğrenmek için bildirim yap*” prensibiyle oluşturulan ve bildirilen olaylardan öğrenmeye yönlendiren bir sistem oluşturulmasıdır (JCI, 2015; Reason, 2000; Senge, 2006).

Sağlık çalışanları arasında iletişimin çok önemli olması (Domnariu, 2012) ve hasta güvenliğinin geliştirilmesinde yönetici rolünün de oldukça etkili olması nedeniyle, sağlık kurumunda hasta güvenliğinin geliştirilebilmesi için çalışanların motive edilmesi,

meydana gelen hataların rahatça paylaşılabilirdiği ortamın oluşturulması ve kalite ölçümlerinin şeffaf bir şekilde yapılmasının sağlanması, etkili bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması üzerine odaklanması gerekmektedir (JCI, 2015).

1.1.2.2. Sistem Yaklaşımı

Sistem yaklaşımının esası insanın yanılabilir ve hata yapabilir olmasına dayanmaktadır. En iyi organizasyonlarda bile insan hatasından kaçınmak mümkün olmayabilmektedir. Kurumların hedef alınması yerine bireylerin suçlanması, sağlık organizasyonlarına ancak duygusal olarak bir rahatlık sağlayacaktır. Bu yaklaşımda meydana gelen istenmeyen olaylar, bir “neden” olmaktan ziyade “sonuç” olarak ele alınmakta ve hataların kökenlerinin insan doğasındaki eksikliklerden değil, hata tuzakları ve bunların artmasına neden olan örgütsel süreçler gibi sistemik faktörlerden kaynaklandığı kabul edilmektedir (Peltomaa, 2012; Reason, 2000).

Sağlık kuruluşları açısından ele alındığında, sistem yaklaşımı hastalara zarar vermekten bireyleri değil hastane sisteminin sorumlu olduğunu ileri sürer. Hastane sistemi dinamik ve karmaşık işlevler içeren bir yapıdır. Böyle bir yapı içinde sistem yaklaşımının amacı, insan davranışını kurallara indirgemek değil, bireysel sorumluluk ve yeterliliğin istenen sonuçları yaratmaya etkin bir şekilde yardımcı olabileceği bir sistem tasarlamak olmalıdır (Dekker ve Leveson, 2015).

Bireysel yaklaşımın ciddi kusurlarının bulunduğu ve sağlık sektörüne uygun olmadığı görülmektedir. Bireysel yaklaşımının esas alınarak sağlık kurumlarının yönetilmesi, *daha güvenli sağlık kurumu* anlayışının yerleşmesine engel olmaktadır. Sağlık kurumlarının yönetimi için etkili bir risk yönetimi büyük ölçüde kurumda olay bildirim kültürünün oluşturulmasına bağlıdır (Reason, 1997). Meydana gelen istenmeyen olayların, (özellikle ramak kala olaylar ve paylaşıldığında ders çıkarılabilecek olaylar) analizi yapılmadan, tekrarlayan hata tuzaklarının ortadan kaldırılması ve hataların sınırlarının ne olduğunun anlaşılması mümkün değildir.

Bireysel yaklaşımın diğer bir önemli eksikliği ise, bireysel hataların kökenlerine odaklanması ve kişi eylemlerinin sistem bütününden koparılmasıdır. Sonuç olarak bu yaklaşımda, insan hatasının iki önemli özelliğinin göz ardı edilmesi söz konusudur.

Bunlardan ilki, genellikle en kötü hataları yapanların en iyi bireyler olduğu; ikincisi, rasgele olmaktan öte, tekrarlayan hatalara düşülmesidir. Kurumlarda, hatayı tetikleyen odakların bulunup onların etkilerinin yok edilmesini amaçlayan bir yaklaşımın takip edilmemesi nedeniyle, daha fazla hasta güvenliğinin elde edilmesi mümkün olamamaktadır (Reason, 2000). İstenmeyen olaylara neden olan faktörlerin çok yönlü olması, meydana gelen olayların önüne geçilmesini zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmet sürecinin hatasız işleyebilmesi için her sürecin dikkatli bir şekilde ve bireylerin hataya yol açmasının önüne geçilecek şekilde tasarlanması gerekmektedir (Leape, 1994).

Literatür araştırmaları, istenmeyen olayların tespitinde çok farklı yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir. Bu olayların tespit edilmesi bir uzmanlık gerektiren bir durumdur. Bu nedenle istenmeyen olayların tespiti, ancak ilgili bilirkişilerin ya da sağlık şuralarının değerlendirecekleri süreçlerle ortaya konabilir. Genel olarak istenmeyen olayların, hasta güvenliği indikatörleri, doğrudan gözlem, olay bildirim sistemleri, mortalite ve morbidite sonuçları, tıbbi kayıt incelemeleri, otopsi raporları, hasta ve hasta yakını şikayetleri gibi tespit teknikleri belirlendiği ifade edilebilir (Ekici, 2020).

1.1.3. İstenmeyen Olayların Önlenmesi

Hastane yönetimleri, hasta güvenliğini artırmak amacıyla istenmeyen olayların önlenmesi için mücadele etmeye devam etmektedir. NAM tarafından yayınlamış olan iki önemli raporla (Kohn vd., 1999; NAM, 2001) sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olaylara karşı bir farkındalık oluşturulmuş ve bu konuda alınması gereken tedbirlerin aciliyetine vurgu yapılmıştır. Bu iki raporda da istenmeyen olayların ne denli kapsamlı olduğu vurgulanmış ve olayların maliyetleri ortaya konularak sağlık hizmetlerinde iyileştirmeler önerilmiştir. Bu raporlarla birlikte, JCI tarafından hasta güvenliği hedeflerinin benimsenmesi, sağlık kuruluşları üzerinde istenmeyen olayların azaltmanın yollarını bulma konusunda büyük baskı oluşturulmuştur (McFadden vd., 2006).

İstenmeyen olaylara neden olan kaynaklar anlaşıldıktan ve tanımlandıktan sonra bunları önlemek, gerçekleşme olasılıklarını ve olumsuz etkilerini azaltmak için farklı yöntemler kullanmak mümkün olacaktır (McFadden vd., 2018). Yapılan araştırmalar, istenmeyen olayların azaltılmasında ya da önlenmesinde en önemli unsurlardan birisinin herhangi bir

suçlamaya uğramaksızın bu olayların bildirilmesi olduğunu göstermektedir (Kohn vd., 1999; Leape, 1994; Reason, 1995; WHO, 2005).

Etkili bir sağlık sisteminin geliştirilmesi stratejilerinin önemli bir bileşeni, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların bildirilmesidir (Leape, 1994; Uribe vd., 2002). OBS eğer iyi bir şekilde tasarlanabilir ve paydaşları tarafından desteklenirse, güvenlik kültürünün geliştirilmesi için örgütsel stratejinin önemli bir bileşeni haline gelebilir (Flemons ve McRae, 2012). Hastanelerde meydana gelen istenmeyen olaylarda ve olay bildirimlerinde birey yerine sağlık hizmet sunumu sürecine odaklanılması gerektiği birçok araştırmada vurgulanmaktadır (McFadden vd., 2006; Reason, 1995). İstenmeyen olayların, sistem ve süreç hataları ve fiziksel koşulların bir sonucu olarak yaygın olarak meydana geldiği ifade edilmekte (Kohn vd., 1999), meydana gelen bu olayların %78'inin sistem kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Leape vd., 1995).

McFadden vd. (2018) bir çalışmada, istenmeyen olayların kontrol edilmesi ve yönetilmesi konusunda literatürden derlediği yedi stratejiyi şu şekilde ortaya koymuştur:

- ✓ *Paydaşlara ortaklık:* İstenmeyen olayların azaltılmasında ilk strateji paydaşlarla birliklilik sağlanması gerekmektedir. Hastanedeki bu paydaşlar hekimler, hemşireler, diğer sağlık çalışanları, yöneticiler, müteveli heyetleri ve hastalardan oluşmaktadır. Bütün bu paydaşlarla iş birliği içinde çalışmak sorunlara karşı etkili çözümler bulunmasını sağlayacaktır. Aynı şekilde hasta yakınları ile yapıcı ilişkiler kurmak, sağlık hizmetleri sürecinin geliştirilmesine katkı sunacaktır.
- ✓ *Suçlanmadan olay bildiri:* İstenmeyen olayların azaltılmasında diğer bir strateji meydana gelen olayların herhangi bir ayıplama ya da suçlama olmaksızın bildirilmesi gerektiğidir. Hastanelerin en büyük sorunlarından birisi istenmeyen olayların cezalandırılma korkusu nedeniyle bildirilmemesi olduğu bilinmektedir. Olay bildirimini teşvik eden ve bu sürecin önündeki engelleri kaldıran OBS'lerin geliştirilmesi gerekmektedir.
- ✓ *Açık uçlu odak grup görüşmeleri:* Sağlık kurumlarında, meydana gelen istenmeyen olayların analiz edilerek açık uçlu odak grup çalışmaları ile bu olaylardan ders alınmasının sağlayacak bir ortamın oluşturulması gerekmektedir. Bu grupların yüz yüze gelerek, mektup, dergi, ilan panoları ya da internet vasıtasıyla iletişimlerini geliştirebilecek durumların sağlanması, bireylerin

meydana gelen olayları tartışırken kendilerini rahat hissettikleri ve bilginin özgürce paylaşıldığı bir ortamın oluşturulması sağlık yöneticilerinin öncelikli amacı olmalıdır. Araştırmalar, suçlama kültürünün ötesine geçilmesi ve bildirim yapanların teşvik edilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır.

- ✓ *Kültürel değişim:* İstenmeyen olayların kontrol edilmesi ve yönetilebilmesi için, kurumda bir örgüt kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Hasta güvenliğinin öncelik olarak kabul edildiği, ayıplanma ve cezalandırılma korkusu olmaksızın istenmeyen olayların bildirildiği, çalışanların hem yönetimce hem de çalışma arkadaşlarınca desteklendiği bir örgüt kültürü ile istenmeyen olayların azaltılmasında önemli mesafeler alınacaktır.
- ✓ *Eğitim ve öğretim programları:* Çalışanların istenmeyen olayların azaltılması teknikleri konusunda eğitime tabi tutulması, hasta güvenliği açısından diğer önemli bir stratejidir. Çalışanların, hasta güvenliği eğitimlerini içeren ve malpraktis davalarının azaltılmasını da sağlayan risk yönetimi eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Olayların sadece bildirilmesi ve bu verilerin toplanması yeterli görülmemelidir.
- ✓ *Olayların istatistiksel analizi:* Bildirimi yapılan olayların sistematik olarak ele alınması ve olayların kaynaklarının sorgulanması bir başka hasta güvenliği stratejisidir. Olaylarla ilgili kapsamlı veriler geldikçe hatalarla ilgili olabilecek karmaşık ilişkilerin analiz edilebilmesi için daha karmaşık istatistiksel analizler kullanılabilir. Çünkü meydana gelen olayların çoğunun tek bir nedenden değil, birkaç değişkenin etkileşiminden kaynaklandığı görülmektedir.
- ✓ *Sistemin yeniden tasarlanması:* Son olarak, elde edilen veriler çerçevesinde iyileştirmelerin uygulanarak sağlık sistemi sürecinin tekrar tasarlanması gerekmektedir. Ancak bütün bu stratejilerin uygulanması ile bütün bir sağlık sisteminin iyileştirilebilmesi, istenmeyen olayların azaltılabilmesi ya da ortadan kaldırılabilmesi, hasta güvenliğinin ve hasta bakım kalitesinin yükseltilebilmesinin mümkün olabileceği söylenebilir (Leape, 1994; McFadden vd., 2006).

Sistematik bir yöntem olmaksızın istenmeyen olayların tanımlanması ve dolayısıyla hasta güvenliğinin sağlanması genellikle başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Etkili bir OBS'de bildirim yapan açısından gizlilik esas olmalı, olayların bildirim teşvik edilmeli, tarafsız olunmalı ve bildirim yapan kişi kesinlikle cezalandırılmamalıdır (Firth-Cozens, 2004). Sağlık hizmet sunumu esnasında meydana gelebilecek istenmeyen olayların tamamen önlenmesi mümkün değildir (WHO, 2011). Ancak, sağlık sisteminin içerisinde

çeşitli seviyelerde engellerin (koruma duvarı, tampon) oluşturulması ile istenmeyen olayın hastaya zarar vermesinin önüne geçilebilmesi mümkün olabilecektir. Birçok sağlık hizmet sunucusu olası istenmeyen olayların önlenmesi için sistemlerini yeniden tasarlamak durumunda kalmıştır (WHO, 2004). Leape (1994) bir çalışmada, istenmeyen olayların önlenmesine yönelik alınması gereken tedbirleri şu şekilde sıralamıştır:

- ✓ *Hafızaya daha az güvenme:* Hataya düşmeye çok müsait olan insan faktörü asgari düzeye edilerek sağlık sisteminin tekrar tasarlanması gerekmektedir. Bileşenler sistemin yeniden tasarlanmasından önce iyi tanımlanmalı ve anlaşılmalıdır. Kontrol listeleri, protokoller ve bilgisayarlı karar destek sistemleri daha yaygın olarak kullanılmalıdır.
- ✓ *Bilgiye erişimin geliştirilmesi:* Bilgiyi daha kolay erişilebilir kılmak için yaratıcı yollar geliştirilmeli ve sistem, bilgiye ihtiyaç duyulan yerde ve zamanda ve kolay erişime izin verecek bir biçimde tasarlanmalıdır.
- ✓ *Hata önleme bariyerleri:* Bilgisayarlı karar destek sistemleri kullanılarak olası bir hatanın oluşumuna mâni olunmalıdır.
- ✓ *Standardizasyon:* İstenmeyen olayı azaltmanın en etkili yollarından birisi mümkün olan her yerde süreçleri standardize edebilmektir.
- ✓ *Eğitim:* Pro-aktif bir yaklaşımla, sağlık profesyonellerine istenmeyen olayın oluşmasının önüne nasıl geçebileceği ya da hastaya en az zararla sağlık bakımının nasıl verilmesi gerektiği konusunda eğitim verilmesi gerekmektedir.

Aslında örgütlerin ihtiyacı olduğu şey, insanların güvenlikle ilgili temel bilgileri sağlamak için bile teşvik edildikleri, hatta ödüllendirildikleri bir güven atmosferinin mevcut olduğu bir kültürdür. Bununla birlikte, örgütlerin kabul edilebilir ve kabul edilemez davranışlar arasında hattın nereye çekilmesi gerektiği konusundaki tavırları nettir. Güvenli hasta bakımı sağlama konusundaki sürekli iyileştirme, bir güvenlik kültürüne örgütsel bağlılık gerektirmektedir. OB ise bu güvenlik kültürünün gelişmesine önemli bir katkıda bulunmaktadır (Reason 1997; Vincent, 2007).

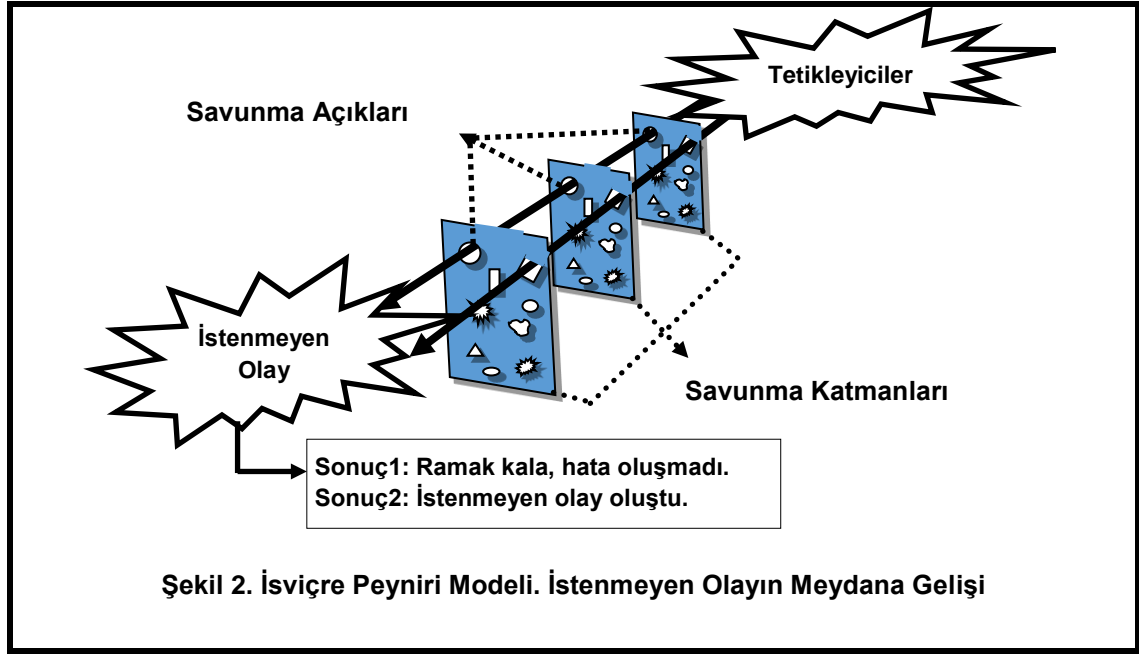
Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olaylar nedeniyle batı ülkelerinde yapılan araştırma bulgularına dayanarak, hastanelerde ölüm oranının %0,2 ile %0,5 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Hatta bazı çalışmalar bu oranın %1'e kadar

çıkıldığını ifade etmektedir. Bu kapsamda, Türkiye’de 2008 yılı verileri değerlendirilerek yapılan bir çalışma sonuçlarına göre hastanelerde toplam 18.950 kişinin hastalıklarından dolayı değil, sistem sorunları nedeniyle hastanelerde hayatını kaybetmiş olabileceği ifade edilmektedir (Cengiz vd., 2016; Çakmakçı ve Akalın, 2011). Aynı hesaplama Türkiye için 2017 yılına uygulandığında 13.709.303 hasta yatış sayısı (Çıraklı, 2019) için hastanelerde toplam 27.418 kişinin sistem sorunları nedeniyle hayatını kaybetmiş olabileceği ifade edilebilir.

Hastanelerde hasta bilekliklerinin eksik kullanımı nedeniyle istenmeyen olaylar meydana geldiği görülmektedir. Cengiz vd. (2016) tarafından Türkiye’de yapılan bir çalışmada, 2.877 istenmeyen olaydan 114’ünün hastanın yanlış tanımlanmasından kaynaklandığı ortaya konulmaktadır. Ayrıca, hasta bileklikleri ile doğrudan ilişkili olarak bazı hasta örneklerinin yanlış etiketlendiği, hastaların yanlış tanımlanmasından dolayı hayati tehdit eden durumlara maruz kaldıkları belirtilmektedir. Çalışma sonuçlarına göre, hastalar arasında kişisel bilekliklerin önemi ve katılımcılar arasında kişisel bilekliklerin ne zaman, nerede ve kim tarafından doğrulanması gerektiği konusunda bilgi eksikliğinin bulunduğu ve bunun hastanedeki en zayıf noktalar arasında olduğu vurgulanmaktadır.

İsviçre Peyniri Modeli

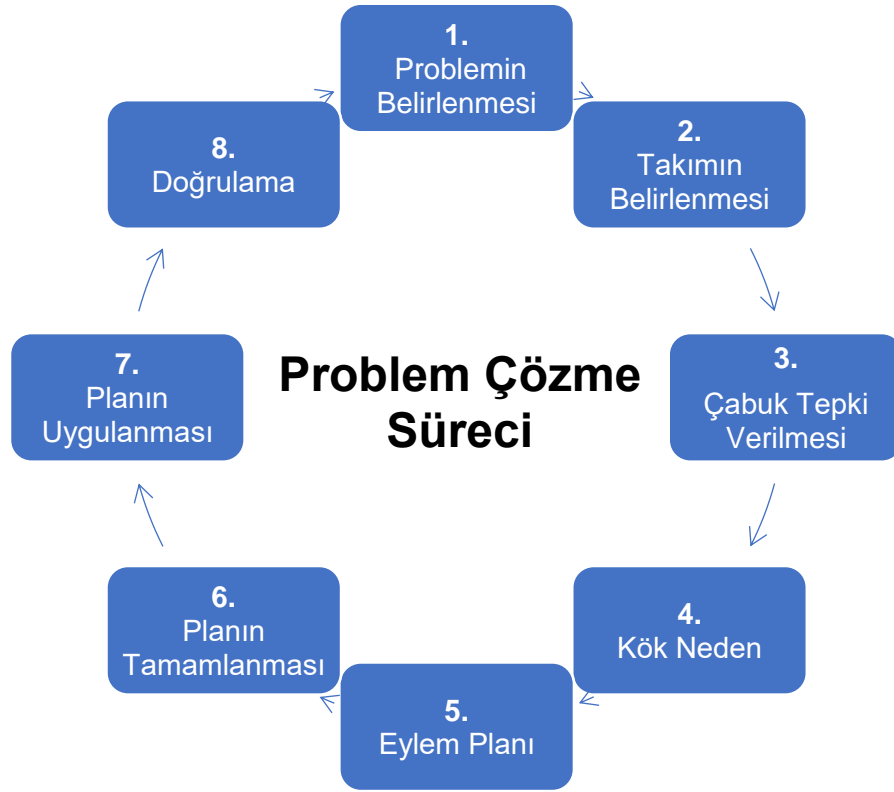
Sağlık kurumlarında kurulacak savunma katmanları ve engeller, istenmeyen olayların engellenmesinde kilit konuma sahiptir. Yüksek teknoloji kullanan sistemlerde alarmlar, fiziksel engeller, sensör sistemleri vb. gibi tasarlanmış engeller tesis edilmektedir. Bununla birlikte hekimler, hemşireler, cihaz operatörleri, cerrahlar vb. gibi, diğer idari kontrol ve prosedürlere güvenen sistemler de bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının temel amacı hastalar, kurum çalışanları ve kurumların varlıklarını tehlikelerden korumak olan bu sistemlerin her zaman bir zayıf noktaları bulunabilmektedir. İdeal bir dünyada sistemlerin savunma kademelerinin uygun şekilde yapılandırıldığı varsayılsa da, gerçekte sistemler daha çok delikli İsviçre peyniri (Şekil 2) dilimlerine benzemektedir (Peltomaa, 2012; Reason, 2000).



(Peltomaa, 2012; Reason, 2000)

Ancak bu sistemlerde arızalar (yani delikler), İsviçre peynirinden farklı olarak sürekli olarak açılmakta, bazen yer değiştirmekte ya da kapanabilmektedir. Normal şartlarda sistemlerdeki bu delikler kötü bir sonuca neden olmamaktadır. Ancak, savunma kademelerindeki bu arızaların meydana gelen tehlikenin mağdurlara erişmesine neden olacak şekilde geçici olarak sıralandığı durumlarda istenmeyen olaylara neden olmaktadır. Savunma katmanlarındaki bu açıklıklar (delikler) ya aktif hata ve arızalardan dolayı ya da gizli koşullar nedeniyle meydana gelebilmektedir (Peltomaa, 2012; Reason, 2000).

Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların tespit edilmesi ve önlenmesi için tercih edilen sistematik süreç yaklaşımı Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Problem Çözmede Sistemik Yaklaşım

(Rodriguez, 2016)

Literatür incelendiğinde kök neden analizine, balık kılıçığı diyagramı, pareto analizi, beyin fırtınası gibi yöntemlerden birini kullanarak, iyileştirme sürecine planla-uygula-kontrol et-önlem al döngüsü (PUKÖ döngüsü) ve Hata Türleri ve Etkileri Analizi (HTEA) çalışmaları ile başlanabileceği görülmektedir. Genel olarak, meydana gelen olayların bireysel hatalardan daha çok bir sistem sorunu nedeniyle meydana geldiği görülmektedir. Hata nedenleri araştırılırken ve bunları azaltmaya yönelik düzenlemeler yapılırken, çalışanların cezalandırılması yerine sürece odaklanılarak hata nedenlerinin kontrol altına alınması gerekmektedir. Hatalar ve beklenmedik olaylar reaktif yöntemlerle incelenirken, önleme stratejileri de proaktif yöntemlerle geliştirilmelidir. Sağlık kuruluşlarında kalite geliştirme araçlarının etkin kullanımı ile hasta ve çalışan güvenliğinin olumlu etkileneceği bir gerçektir (Aksay vd., 2012; Kaya, 2017; Rodriguez, 2016).

1.2. ALGI KAVRAMI

Algı, kelime olarak *duyu verilerini örgütleyip yorumlayarak çevremizdeki nesne ve olaylara anlam verme süreci* olarak ifade edilebilir. *Algılama* ise, *bir şeyin farkına varma ve farkına varılan şeye bilgi sistemimiz içinde bir yer bularak yakıştırma ve söz konusu olguyu nitel ve nicel olarak yargılayıp değerlendirme süreci* olarak adlandırılabilir. Algıyı, dikkat, bilginin anlamlılığı, öğrenme, duygusal yoksunluk, güdü ve duyum ötesi algı gibi hususlar etkilemektedir (Şimşek vd., 2003). Dış dünyamızdaki soyut/somut nesnelere ilişkin olarak aldığımız duyuumsal bilgi (sensible information) algılamadır.

Algılama, durumun yorumlanması, yani durumun beynimize gerçek olarak kaydedilmesi değil, yorumlanarak kaydedilmesidir. O halde algı, çevrenin bir resmini yapmak olarak ifade edilebilir. Ancak bu resim bir fotoğraf karesi olmayıp, bir ressamın elinden çıkmış bir resim olacağından, birebir gerçekle örtüşmeyebilir. Algılama süreci, duylardan alınan bilgilerin seçimi, örgütlenmesi ve yorumlanmasına yönelik bir süreçtir. Bu sürecin işleyişi şu şekilde gerçekleşir (Yılmaz ve Eroğlu, 2013):

- ✓ Uyarıcıyı alma,
- ✓ Seçicilik,
- ✓ Bilginin işlenmesi,
- ✓ Yorum ve değerlendirme,
- ✓ Davranış.

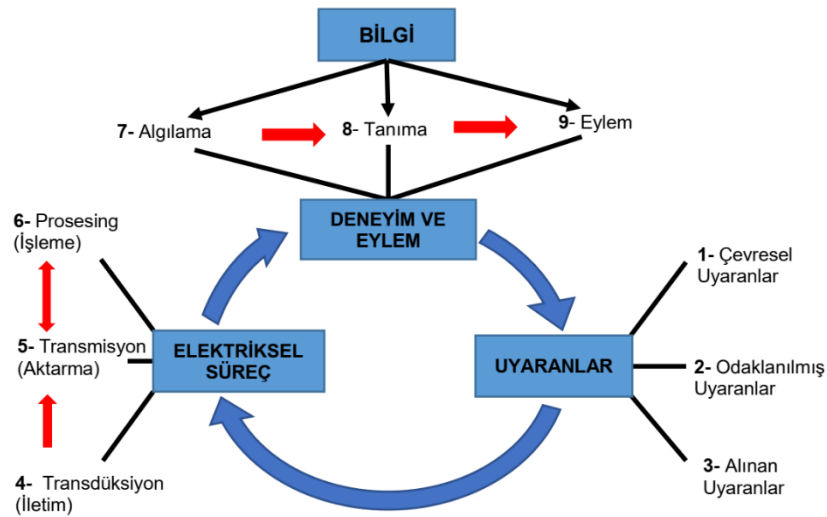
Duyuları yorumlama, onları anlamlı hale getirme süreci, yani beş duyu organımızla elde ettiğimiz her türlü bilginin beynimizde şekillenmesi ve görünüm kazanmasını algı olarak ifade edebiliriz (İnceoğlu, 2010).

Algılama sürecini etkileyen faktörler ise şu şekilde sıralanabilir (Şimşek vd., 2003):

- ✓ Algılayana bağlı özellikler,
- ✓ Algılayanın bilgi düzeyi,
- ✓ Algılayanın motivasyon düzeyi,
- ✓ Algılayanın ruhsal durumu,
- ✓ Objeye ve ortama bağlı özellikler,
- ✓ Kişiyeye bağlı algılama sorunları.

Algılarımız sadece duyu organlarımızın durumuna bağlı değildir. Algıda ihtiyaç ve ilgiler rol oynayabileceği gibi, insanların alışkanlıkları ve tutumları da algılar üzerinde etkili olmaktadır (Yılmaz ve Eroğlu, 2013).

Algısal süreç (Şekil 4), çevremizdeki uyarılara ilişkin deneyimimizi ve bunlara tepkiyi belirlemek için birlikte çalışan bir süreçler dizisidir. Algılama sürecinin tüm aşamalarını etkileyen geçmişteki tecrübeler ve birikime dayanmaktadır. Ayrıca bireyin ait olduğu kültür, almış olduğu eğitim, örf adet, gelenek ve görenekler bireysel algılama sürecini etkilemektedir (Dunn ve Stacey, 2010; Goldstein ve Brockmole, 2016; İnceoğlu, 2010).



Şekil 4. Algılama Süreci

(Goldstein ve Brockmole, 2016; Uğrak, 2019)

Algılama bireyin dikkatini çeken çevresel uyarılarla başlamakta, çevresel uyarana yönelik bireyin deneyimi ve gösterdiği eylem ile sonuçlanan sıralı bir süreç içinde meydana gelmektedir (Şekil 4). Algılama sürecinde *uyaranlar*, çevrede neler olduğunu ve gerçekte neye dikkat edildiğini ve bireyin reseptörlerini nelerin uyardığını; *elektrik*, reseptörlerce oluşturulan ve beyne iletilen elektrik sinyallerini; *denetim ve eylem* ise uyarıları algılama, bunları tanıyarak tepki verme gibi bireyin hedeflerini ifade ederken, *bilgi* de algısal duruma getirilen bilgiyi ifade etmektedir. Çevresel uyarılar duyu organları tarafından algılanmakta, elektriksel sinyaller olarak sinirler vasıtasıyla beyne

iletılarak burada işlenmektedir. Bu süreç *elektriksel bir süreç* olarak da adlandırılmaktadır. Algılama bilinçli duyuşsal bir deneyim olduğundan, algılama sonrası tanımlama ve eylem aşamaları algılama süreci için önem taşımaktadır. Tanımlama süreci ilk olarak algılanan bilinçli duyumun tecrübeler ve mevcut bilgi ışığında sınıflandırılmasıdır. Daha sonraki eylem aşamaları ise uzuv hareketleri gibi motor aktiviteleri içermektedir (Goldstein ve Brockmole, 2016).

1.2.1. Algı Türleri

Algının oluşmasında duyu organlarının çok önemli bir işlevi bulunmaktadır. Bununla birlikte bireyin gereksinimleri ve buradan kaynaklı güdüleri, bilgi birikimi ve kazandığı deneyimleri de algı sürecinin gerçekleşmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Algılama buradan yola çıkılarak, simgesel, görsel, duygusal ve seçimleyici olarak dört tür olarak ele alınabilir (İnceoğlu, 2010):

1. *Simgesel algı*: Simge, bir şeyi temsil eden, başka bir şeydir. Bazen simge parçaları simgenin bütününe çağrıştırabilir ve insanı, kendiliğinden bir zihinsel sürece yönlendirerek, o simgenin bütününe bulmaya itebilir. Simgesel algı, toplumların ya da grupların ortak gerçekliklerinin bir simge veya sembole yüklendiği ortak gerçeklik olarak adlandırılabilir.
2. *Görsel algı*: Kiş, içinde yer aldığı dış çevreye ilişkin izlenimlerinin önemli bir kesitini görme yoluyla oluşturur. Dolayısıyla görme duyusu, insanın çevresini algılama ve anlamlandırmasında, dolayısıyla çevresiyle ilişki kurmasında önemli bir boyut olarak karşımıza çıkmaktadır.
3. *Duygusal algılama*: Bir nesne algılanırken, o, sadece bir simge, sembol vb. izlenimlerle algılanmaz, aynı zamanda algılamaya konu olan nesne, ya da durumu vb. algılama sürecine iyi-kötü, sevip-sevmeme gibi eğilimler de eşlik etmektedir.
4. *Seçimleyici algılama*: Algılama, içinde yaşanan dünyanın sübjektif bir görüntüsüdür. Bireyin algılamasında, almış olduğu eğitim, içinde toplumsallaştığı kültürel ortam, sahip bulunduğu inanç, örf, adet, gelenek ve görenekler yönlendirici bir etkiye sahiptir. Bu algılama türü, bireyin bütün bu sübjektif durumları nedeniyle kendine özgü algılama eğiliminde bulunması olarak açıklanabilir.

1.2.2. Olay Bildirimi Engel Algısı

Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli bir şekilde sunulması ve hastanelerde istenmeyen olayların azaltılması ya da tamamen ortadan kaldırılması bütün sağlık yöneticilerinin ve politika yapıcıların başlıca hedefleri arasındadır. Hasta güvenliğinin sağlanması ve kaliteli sağlık hizmet sunumu verilmesini sağlayacak bileşenlerden birisi de sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların bildirilmesidir.

Yapılan literatür çalışmaları, sağlık çalışanlarının istenmeyen olayların bildirilmesi konusunda çeşitli engel algıları ile hareket ettikleri ve istenmeyen olayları bildirmekten kaçındıklarını göstermektedir. Yapılan çalışmalarda istenmeyen olayların bildirilmesinde en çok karşılaşılan engel algıları arasında zaman kısıtlamaları, ayıplanma ya da cezalandırılma korkusu, dava edilme korkusu, kariyer sorunu yaşama endişesi, bilgi eksiklikleri, kültürel normlar, yetersiz geri bildirim, prosedür eksikliği, yönetsel sorunlar, OBS'lerin yetersizliği vb. hususların yer aldığı görülmektedir (Aboshaiq, 2013; Evans vd., 2006; Poorolajal vd., 2015; Soydemir, 2015; Uribe vd., 2002; Ünal, 2016; Wakefield vd., 1996).

Pfeiffer vd. (2010), hekim ve hemşireler gibi sağlık profesyonellerinin olay bildirimlerinin önündeki engel algılarının kavramsallaştırılması için yaptığı psikolojik çerçeve incelendiğinde, sağlık çalışanları arasında "*Hataları bildirmek bir şey değiştirmez*" algısının yaygın olarak bulunduğu ve bunun yapılan çalışmalarda 22 kez bahsedilerek en çok ifade edilen engel algısı olduğu görülmektedir. Bu ifadeyi, çalışmalarda 20 kez bahsedilen "*Suçlanmaktan endişe ediyorum*" algısı, 17 kez bahsedilen "*Nelerin bildirileceği edileceği açık değil*" algısı, ve 16 kez ifade edilen "*Form çok karmaşık ve çok fazla ayrıntı gerektiriyor*" algısının izlediği görülmektedir. Yine yapılan çalışmalarda 12'şer kez bahsedilen "*Kişisel bilgilerimin gizli kalacağı konusunda emin değilim*" ve "*Olay bildirimi için zamanım yok*" algıları ile, çalışmalarda 10'ar defa bahsedilen "*Olay bildirimi sonrası kaliteli projelerin yapıldığı ile ilgili geri bildirim almadım*" ve "*Dava edilmekten korkuyorum*" algıları da sağlık çalışanları tarafından çok fazla şekilde ifade edilen algılar olduğu belirtilmektedir.

Literatürde sağlık çalışanların olay bildirimi engel algılarının belirlenmesine yönelik oldukça çok sayıda çalışmaya rastlamak mümkündür. Yapılan bir çalışmada olay

bildirimine ilişkin engel algıları şu şekilde ifade edilmektedir (Firth-Cozens vd., 2001; Vincent, 2010):

- ✓ Olay bildirimini nasıl yapılacağını bilmiyorum.
- ✓ Hangi olayların bildirimini yapılması gerektiğini bilmiyorum.
- ✓ Davanın koşulları veya sonucu genellikle olay bildirimini gereksiz kılar.
- ✓ Olay bildirimini iş yükümü artırır.
- ✓ Genç personel, olumsuz olaylardan dolayı genellikle haksız yere suçlanır.
- ✓ Çalışma ortamı meşgul olduğunda bir olay bildirimini yapmayı unutuyorum.
- ✓ Dava edilme konusunda endişeliyim.
- ✓ Meslektaşlarım destekleyici olmayabilir.
- ✓ Personel olaylardan ders aldığı sürece bunları daha fazla tartışmak gereksizdir.
- ✓ Disiplin cezası konusunda endişeliyim.
- ✓ Olgunun toplantılarda tartışılmasını istemiyorum.
- ✓ Olay bildirimini kimin sorumluluğunda olduğunu bilmiyorum.
- ✓ Olay bildirimini sağlık hizmetleri kalitesine çok az katkıda bulunur.

Kingston vd. (2004) tarafından yapılan ve Avustralya Olay İzleme Sistemi aracılığıyla elde edilen ve 1998-2002 yıllarını kapsayan bir araştırmaya göre, çalışanların özellikle kültürel farklılıklar, yetersiz geri bildirim ve zaman yetersizliği gibi engel algıları ile hareket ettikleri ifade edilmiştir. Sağlık çalışanlarının ilaç hatalarının bildirilmesi konusunda yönetimden beklediği desteği göremedikleri (Bol, 2012; Yılmaz, 2009), olayların bildirilmesi durumunda yönetimin sisteme değil hatayı yapan kişiye odaklanacağı korkusu yaşadıkları (Aboshaiq, 2013; Bol, 2012; Mohammad vd., 2016; Uribe vd., 2002; Yılmaz, 2009), çalışanların ilaç hatalarının bildirilmesi durumunda hasta ve ailesinin dava açabileceği korkusu veya bir başka korkuyu (disiplin cezası vb.) yaşadıklarının görüldüğü çalışmalar da konu kapsamındaki diğer örneklerdir (Bol, 2012; Chiang ve Pepper, 2006; Mohammad vd., 2016; Sorra vd., 2008; The Health Foundation, 2011).

Yılmaz (2009) doktora çalışmasında, hemşirelerin büyük bir kısmının, ramak kala olayların bildirilmesi gerektiği yönünde bir algıya sahip oldukları, hemşirelerin bir kısmının ilaç hataları bildirimini olumsuz sonuçlarından korktukları, dava edilme endişesi taşıdıkları ve olay bildirimleri nedeniyle suçlanabileceklerini düşündükleri yönünde algılamalarının bulunduğu ifade edilmektedir. Buna karşın AbuAIRub vd., (2015) çalışmasında, olayları bildirmenin önündeki başlıca engellerin ise, ramak kala

olayların bildirilmesinin gereksiz olduğu algısının, yetersiz geri bildirim yapılmasının ve disiplin/ceza eylemlerinden korkmanın olduğu belirtilmektedir

Literatür, çalışanların OBS farkındalığı açısından ele alındığında, hemşirelerin hekimlere oranla daha fazla OBS farkındalığına sahip olduğu ve hekimlerin herhangi bir olayı bildirme olasılığının daha düşük olduğu (AbuAlRub vd., 2015); bir başka çalışmada ise, hem hemşirelerin hem de hekimlerin OBS farkındalıklarının yüksek olduğu ve hemşirelerin hekimlere göre daha fazla olay bildirimi eğiliminde oldukları ifade edilmektedir (Evans vd., 2006).

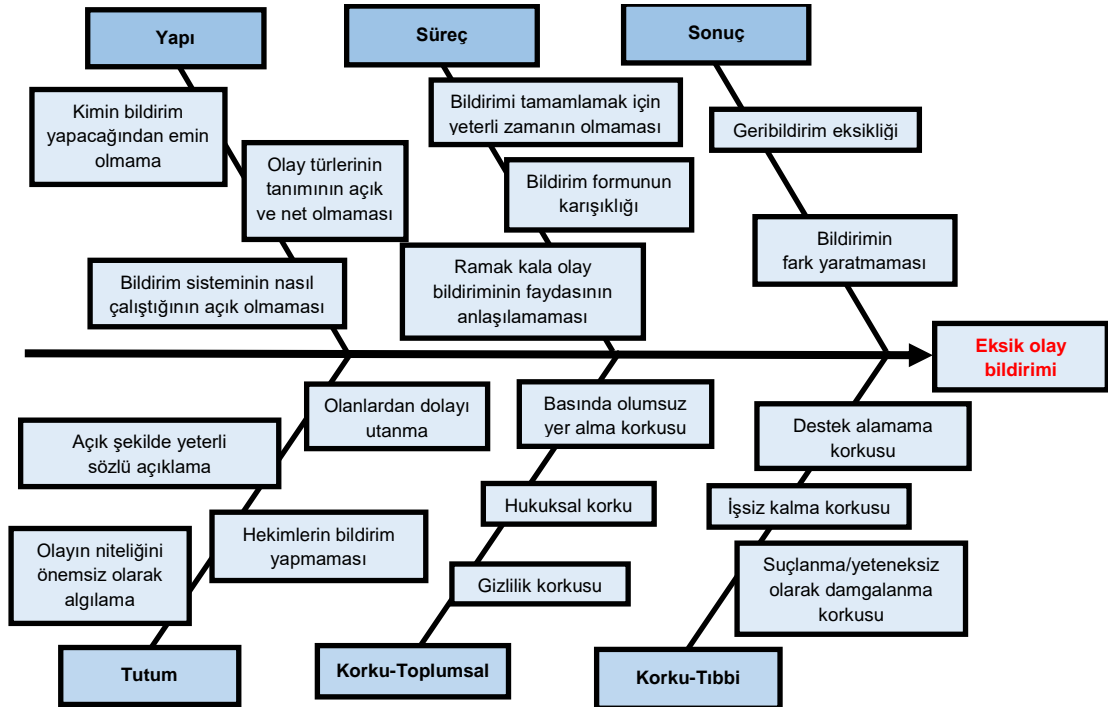
Alduais vd. (2014), sağlık çalışanlarının istenmeyen olayları bildirmesini engelleyen en yaygın engel algılarının, suçlanmaktan korkma, cezalandırılma korkusu, olay bildirim formunu doldurmada zorluk, bildirilmesi gereken olaylar hakkında bilgi eksikliği ve olay bildirimi konusundaki prosedürlerinin eksikliği olarak ifade etmektedir. Benzer şekilde, yapılan bir çalışmada hemşirelerin (%87,7 oranında) olay bildirimleri nedeniyle herhangi bir ceza verilmemişse ilaç hatalarını bildirmek istediklerini ortaya koymaktadır. Hemşirelerin olay bildiriminde bulunmak istememelerinin en önemli beş nedeni olarak, tıbbi sorumluluk alma (%74,3), ceza alma korkusu (%73,1), tıbbi anlaşmazlıklar (%70,6), hastalara güvensizlik (%70,3) ve ilaç hatasının hastanın durumu üzerindeki kötü etkilerinin olmaması (%69,9) olarak ifade edilmektedir (Lin ve Ma, 2009).

Kingston vd. (2004) çalışmasında katılımcıların, olay bildirimi süreci konusunda bilgi sahibi olmadıklarını, olay bildirim formlarının karmaşık bir yapıya sahip olduğunu, bildirimi yapılan olaylarla ilgili geri bildirim almadıklarını, olay bildirimi konusunda yasal bir düzenlemenin eksik olduğunu ve kurumlarında suçlama kültürünün var olması gibi hususların olay bildiriminin önünde engel olarak görüldüğünü ifade ettiklerini belirtmektedir. OBS'ye sahip ülkeler bu açıdan değerlendirildiğinde, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların sağlık kurum ya da kuruluşları tarafından tam olarak tanımlanmadığı görülmektedir (Kohn vd., 1999).

Hasta güvenliğinin yükseltilmesi ve kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmesi için, ramak kala ve istenmeyen olaylarla ilgili tüm bilgilerin ortaya çıkarılması (Vincent, 2007), elde edilen verilerin vasıflı personel tarafından uygun analize tabi tutulması (Vincent, 2004) ve ulaşılan sonuçların hem yerel kurumlarla hem de daha geniş sağlık topluluklarıyla

paylaşılarak, hataların gelecekte hastalara zarar verme riskinin azaltılmaya çalışılması gerekmektedir.

Düşük oranda olay bildirimine yol açan yaygın engeller iki şekilde ifade edilebilmektedir. Bunların ilki, Donabedian (1988)'in sağlık hizmetlerinde *yapı*, *süreç* ve *sonuç* modeline göre; diğeri ise, sağlık profesyonellerinin tutum ve korkularını göz önünde bulunduracak şekilde sınıflandırılmasıdır (Şekil 5) (Noble ve Pronovost, 2010; Ünal, 2016). Yaklaşık 800 sağlık profesyonelinin içinde yer aldığı bir araştırmada, bildirim yapana geri bildirim eksikliği ve olay bildirimi ile ilgili *korku* faktörünün öne çıktığı belirlenmiştir (Noble ve Pronovost, 2010). Benzer şekilde Evans vd. (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, olay bildirimi yapana geri bildirim eksikliğinin olay bildiriminin önündeki en önemli engellerden biri olduğu ve vurgulanmış (Kingston vd., 2004) ve hekim ve hemşirelerin yaklaşık %60'ının bu şekilde düşündüğü ifade edilmiştir. Olay bildirimi sonrası geri bildirimde bulunulmaması çalışanları demoralize etmektedir. Olay bildirimi yapanın yöneticiler ya da çalışma arkadaşlarınca yeterince desteklenmemesi, bildirimi nedeniyle misillemeye uğrama korkusuyla birleşince çalışanın tekrar olay bildirim olasılığını azaltmaktadır (Noble ve Pronovost, 2010; Ünal, 2016).



Şekil 5. İstenmeyen Olay Bildirim Engelleri

(Noble ve Pronovost, 2010; Ünal, 2016)

Sağlık çalışanlarının OB durumları açısından engel olarak algıladıkları hususlara ilişkin literatürde sıklıkla kullanıldığı belirlenen ifadeler, bu çalışmaya bir ölçek olarak dahil edilmiş ve ifadelerin yer aldığı araştırmalar Tablo 12’de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

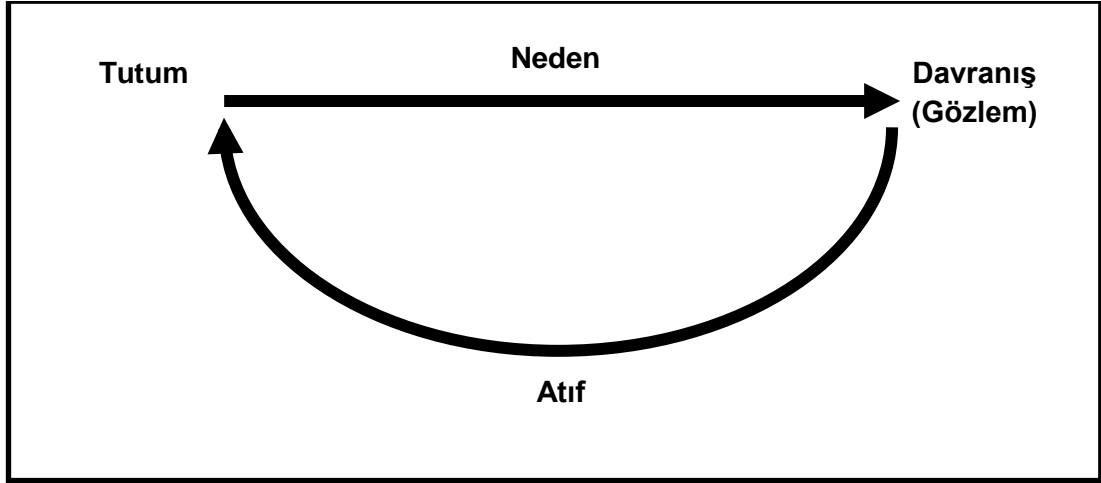
1.3. TUTUM KAVRAMI

Yöneticiler açısından bireysel farklılıklar meydana getiren önemli bir faktör, bireylerin başkalarına karşı olan olumlu ya da olumsuz tutumlarıdır. En geniş anlamıyla tutum “*Bir bireyin belirli bir objeye ya da bir kimseye karşı zihinsel açıdan hazır oluş durumu veya belirli bir biçimdeki vaziyet alışdır*” (Allport, 1935; Özkalp ve Kırel, 2013). Diğer bir ifadeyle, bireylerin belirli nesnelere karşı, geçirdiği çeşitli deneyimler sonucu düzenli bir tavır alışları, davranış biçimleridir. Birçok nedenden dolayı bir kimse bir politikacıya ya da belirli bir restoranın yemeklerini beğenmeyebilir. Bir kimsenin böyle bir tutumunun devamlılık göstermesi beklenir. Bireyin çevresi ve çevresinde yer alan insanlar değiştiğinde bireyler onlara karşı belirli bir tutum gösterirler. Bireylerin tutumlarının ya da değerlerinin gözle görülmesi mümkün değildir. Bunlar ancak başkalarına karşı gösterdikleri davranışlarıyla gözlemlenebilir veya yordanabilir (Özkalp ve Kırel, 2013).

Tutum, bir bireye atfedilen ve onun psikolojik bir nesneye ilişkin düşünce, duygu ve muhtemelen davranışlarını organize eden bir eğilimdir. İnsanlar kendileri için psikolojik olarak mevcut olan her şeye karşı bir tutum sahibi olabilirler. Buna, diğer insanlar, eşyalar, kurumlar, olaylar, fikirler, politik ideolojiler, dinler örnek olarak verilebilir. Hakkında tutum sahibi olunan şeye *tutumun nesnesi* adı verilir. İnsanlar kendileri için psikolojik olarak mevcut olan her şeye karşı bir tutum sahibi olabileceklerine göre, bir bireyin sayılamayacak kadar çok tutumu olabilir. Bir bireyin tutumları gerek birey için taşıdıkları önem açısından, gerekse kuvvetleri açısından farklılıklar gösterir (Aydın, 2004).

Birçok sosyal psikoloğun farklı kuramsal yaklaşımlardan hareket ederek tutumları farklı şekillerde kavramlaştırdıklarını görülmektedir. Klasikleşmiş tanımıyla söylenecek olursa; *tutum, bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir*. Tanımdan yola çıkılarak tutumun bir bireye atfedilen bir eğilim olduğu ve tutumun ancak bireyin gözlenebilen davranışlarından çıkarım yapılarak o bireye atfedilen bir eğilim olduğu görülmektedir. Tutum gözlenebilen bir davranış olmadığı ve davranışa hazırlayıcı bir eğilim olduğu

söylenir. Dolayısıyla tutum, davranışın oluşumuna etki eder ve bu davranış tutuma atfedilir (Şekil 6) (Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2017).



Şekil 6. Basit Tutum-Davranış İlişkisi

(Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2017).

Sosyal psikologlar birisinin tavrı hakkında konuştuğunda, bir kişi veya olayla ilgili inanç ve duyguları ve bunun sonucunda ortaya çıkan davranış eğilimini ifade ederler. Birlikte ele alındığında, genellikle inançlara dayanan ve harekete geçme duygu ve eğilimlerinde sergilenen bir şeye karşı olumlu veya olumsuz değerlendirici tepkiler kişinin tutumunu tanımlar (Myers, 2009).

Tutumlar, insanın davranışlarının arkasındaki nedensel faktörlerdir. Bu yüzden özellikle sosyal psikologlar tutumların analizini sosyal psikolojinin merkezi problemi olarak görürler. Tutumlar, inançlarla birlikte temel psikolojik süreçlerde aracı entegrasyonlar halinde bulunur ve anlık değişen değerlendirmeler değildir, nispeten değişmez nitelikteki inançlar ve değerlendirmeler bütünüdür. Tutumlar oldukça organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir. Bu eğilimler diğer insanları, grupları, fikirleri, nesnelere konu edinir (Tutar, 2016).

Tutum kavramı, sosyal psikologlar tarafından ortaya konulan insan davranışlarının odağı olmuştur. Bireylerin kişilik özellikleri ve tutumları yalnızca dışarıdan gözlenebilir olan ve kişilerin sözlü ya da sözlü olmayan davranışları gibi ipuçlarından elde edilebilecek olan gizli ve varsayımsal özelliklerdir (Ajzen, 2005).

Tutumlar, bireylerin hedef nesne ile ilgili tercih edilebilir ve tercih edilemez değerlendirmesini temsil eder. Deneyimlerle örgütlenmiş, ilişki olan tüm durum ve nesnelere karşı edimleri üzerinde emredici ya da dinamik olarak etkileme gücü olan zihinsel ve duygusal hazırlık durumudur. Tutumlar düşüncelerden daha uzun ömürlü ve daha kalıcıdır. Tutumların oluşumu şu şekilde sıralanabilir (Yılmaz ve Eroğlu, 2013):

- ✓ Büyüme boyunca ailede öğrenilen tepki tarzlarının birikmesi,
- ✓ Başımızdan geçen tecrübelerden çıkardığımız genel sonuçlar,
- ✓ Bazı hallerde, çok şiddetli etki eden bir olaya dayanarak, benzer olayları da aynı şekilde değerlendirmek,
- ✓ Başkalarının tutumlarını taklit etme yoluyla benimsemek.

Her zaman açıkça davranışlara yansıtılmasalar bile, tutumlar bireyin düşüncelerini etkileyebilir. Dahası, tutumların çoğu bilinçli ve rapor edilebilir olmakla birlikte bazı tutumlar gizli ve kontrol edilemez olabilmektedir. Sosyal psikologların tutumları önemli görmesinin önemli bir nedeni, tutumlar güçlü olduğunda davranışları sıklıkla etkileyebilmesidir. Tutumların ayrıca uzun vadeli sonuçları olabilecek bireye ait seçimleri etkileyebileceğinden, düşünce süreçlerinin tutuma dayalı karar vermeyi nasıl etkilediğinin anlaşılması gerekmektedir (Baron ve Branscombe, 2012).

Bireylerin tutumlarının sayısı son derecede fazla olmakla birlikte sınırsız değildir. Birey, çevresindeki çok sayıdaki insan, eşya, kurum, olay vs. arasından sadece kendisi için psikolojik olarak mevcut olanlara karşı tutum sahibi olabilir. Yani, bir nesnenin bireyin çevresinde bulunması, bireyin bu nesneye ilişkin bir tutumunun bulunması için yeterli değildir. Bu nesnenin aynı zamanda birey için psikolojik bir anlam da ifade etmesi gerekmektedir. Yukarıda verilen tanımdaki *psikolojik nesne* terimi işte bu olguya işaret etmektedir (Aydın, 2004).

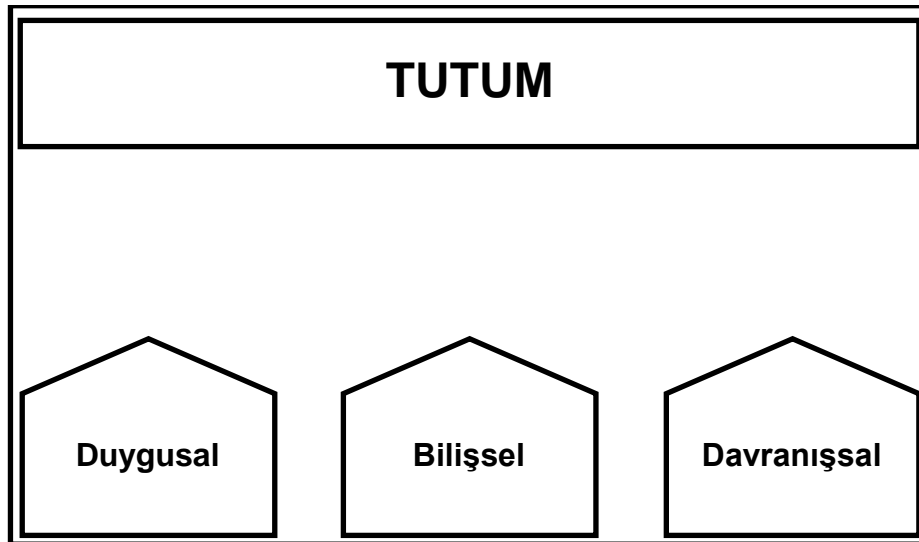
Tutum kavramı genel olarak bireyin çevresindeki herhangi bir olgu veya nesneye ilişkin sahip olduğu tepki eğilimini ifade eder. Başka bir deyişle tutum, bireyin bir durum, olay ya da olgu karşısında ortaya koyması beklenen olası davranış biçimi olarak tanımlanabilir. Bir eşya, bir tasarım, bir durum, bir olay ya da bir birey veya bireyler grubu tutumun konusu olabileceği gibi, herhangi soyut bir kavram, olgu ya da durum da mutluluk, mutsuzluk, iyi, kötü, tanrı vb. tutuma konu edilebilir. Kısaca bir durum, olay,

nesne ya da kişi karşısında belli bir tavır ortaya koymaya, davranış göstermeye hazır olma durumu olarak bilinen tutum ile bireyin kişilik özellikleri, içinde yer aldığı toplumsal ve kültürel çevre, toplumsallaşma süreci, bilgi birikimi ve yaşam deneyimleri arasında yakın bir ilişki vardır (İnceoğlu, 2010).

Bir tutumu, bir inanç, bir gerçek veya bir olgudan ayıran en önemli özellik, tutumun bir duygusal bileşene sahip olmasıdır. Örneğin, dünyanın çevresinin yaklaşık kırk bin kilometre olduğu bir gerçektir ve siz bu gerçeğe inanabilirsiniz. Ancak, dünyanın çevresinin yaklaşık kırk bin kilometre oluşunu iyi veya kötü olarak değerlendiremezsiniz. Bu gerçek sizi sevindirmez veya üzmez. Kısacası sizde duygusal bir tepki yaratmaz. Buna karşın, tuttuğunuz futbol takımına ilişkin tutumlarınız ele alındığında, kuşkusuz bu takımın iyi bir takım olduğu yolunda bir inancınız vardır ve bu inancınıza duygu ve değerlendirmeleriniz de eşlik edecektir (Aydın, 2004).

1.3.1. Tutumun Bileşenleri

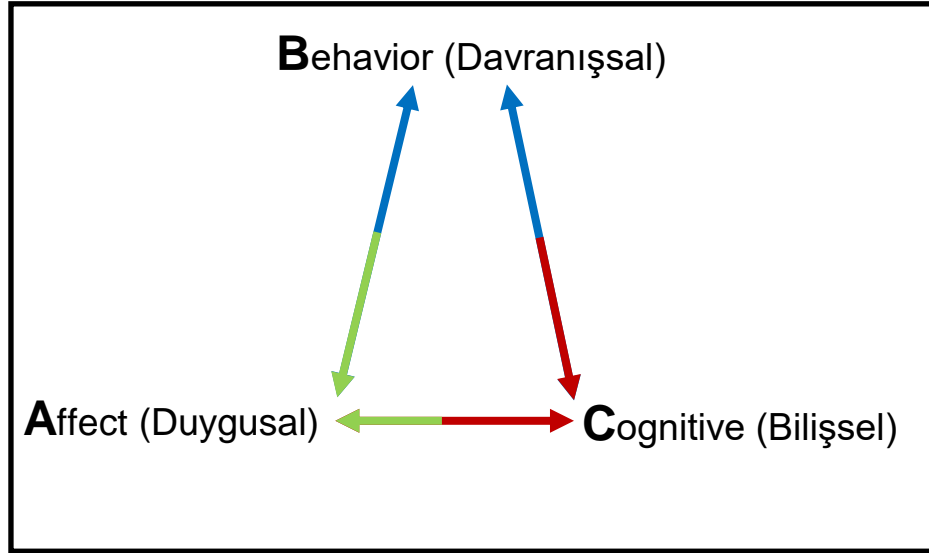
Bir tutum bir nesneye ilişkin duygu, düşünce ve davranışlardan oluşmaktadır. Bu nedenle, bir tutumun üç bileşenenden oluştuğunu söylemek mümkündür (şekil 7). Bunlar bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerdir.



şekil 7. Tutumun Bileşenleri

(Özkalp ve Kirel, 2013)

Ancak, hemen belirtmek gerekir ki, bu bileşenler birbirlerinden bağımsız değildir. Karşılıklı olarak birbirlerini etkiler, birbirlerinden etkilenir ve çoğu kez aralarında bir tutarlılık bulunmaktadır (Şekil 8) (Myers ve Twenge, 2016; Tutar, 2016).



Şekil 8. Tutumun ABC'si

(Myers ve Twenge, 2016)

1.3.1.1. Duygusal Bileşen

Tutumun bilişsel bileşeni, bireyin tutum nesnesine ilişkin duygu ve değerlendirmelerinden oluşur. Bir şeyi değerlendirme ya da bir şeyle ilgili duyumsama olarak da ifade edilebilir (Yılmaz ve Eroğlu, 2013). Bir nesneye ilişkin olumlu tutumu olan bir birey bu nesneyi olumlu olarak değerlendirecek ve bu nesneye karşı olumlu duygular besleyecektir. Buna karşı, olumsuz tutum içinde olduğu bir nesneyi ise olumsuz olarak değerlendirecek ve bu nesneye karşı olumsuz duygular besleyecektir. (Aydın, 2004). Bir takımı iyi bir takım olarak değerlendirirsiniz, bu takımı severseniz, galip geldiği zaman sevinir, yenildiği zaman üzülürsünüz. Kısacası, bir nesneye ilişkin bir tutumdan söz edebilmemiz için, bu nesneye ilişkin bilgi, düşünce ve inançlara olumlu veya olumsuz duyguların eşlik etmesi gerekmektedir (Delamater ve Myers, 2011).

1.3.1.2. Bilişsel Bileşen

Bir tutumun bilişsel bileşeni bireyin tutum nesnesine ilişkin düşünce, bilgi ve inançlarından oluşur (Özkalp ve Kirel, 2013). Örneğin, bir bireyin enerji üretimi için nükleer santraller kurulmasına ilişkin tutumunun bilişsel bileşeni, bireyin atomun yapısı, radyasyonun etkisi, nükleer santrallerin yararları, zararları hakkındaki bilgilerinden ve bu tür santrallerin tehlikeli olup olmadıkları, gereken önlemler alındığı takdirde tehlikenin ortadan kaldırılıp kaldırılamayacağı, ülke çıkarlarına ters düşüp düşmeyeceği konusundaki inançlarıdır. Bu bileşen, bireyin algısal edimleri ya da inancının sözel ifadesidir (Aydın, 2004; Delamater ve Myers, 2011).

1.3.1.3. Davranışsal Bileşen

Tutumun üçüncü bileşeni davranışsal bileşendir. Bir tutum genellikle bireyi tutum nesnesine ilişkin davranışlarda bulunmaya eğilimli kılar. Bir nesneye ilişkin olumlu tutumu olan bir birey, bu nesneye karşı olumlu davranmaya, ona yaklaşmaya, yakınlık göstermeye, onu desteklemeye, yardım etmeye eğilimli olacaktır. Bir nesneye ilişkin tutumu olumsuz olan bir birey ise, bu nesneye ilgisiz kalma veya ondan uzaklaşma, eleştirme, hatta ona zarar verme eğilimi gösterecektir. Ancak bazı durumlarda tutumun davranışa yansımaması, yani tutumun davranışsal bileşeninin değerinin sıfır olması mümkündür (Aydın, 2004).

1.3.2. Tutum ve Davranış İlişkisi

Tutum değişikliği hakkında tüm çalışmalara rağmen, araştırmacıları uzun süre uğraştıran nokta tutumla davranış arasında nasıl bir bağlantı bulunduğuydur. Bu çalışmaların ilklerinden olan ve Richard La Piere adında bir sosyolog tarafından gerçekleştirilen bir araştırma sonucuna göre, insanların tutumları hakkındaki sözel ifadelerin, gerçek davranışların göstergesi olamayacağını ortaya koymuştur. Richard La Piere, 1920'li yılların başında Çinli genç bir karı-koca ile birlikte ABD'de 66 otel, motel ve 184 lokantaya gitmiş, her gittikleri yerlerde de kabul görmüşler ve kendilerine servis yapılmış, yalnızca üçüncü sınıf bir motelde kabul edilmemişlerdir. Bu deneyden 6 ay sonra La Piere, bütün bu gittikleri yerlere mektup yazarak Çinli bir müşterinin kabul edilip edilmeyeceğini sormuş ve ancak bu mektupların yarısına cevap alabilmiştir. Gelen cevapların %92'si Çinlilerin kabul edilemeyeceğini bildirirken, sadece %1'i olumlu cevap vermiştir. Yüzlerce

araştırmadan elde edilen sonuçlar, çok güçlü tutumlara dayanarak davranış tahmin yapmanın, orta derecede güçlü tutumlardan davranış tahmini yapmadan daha geçerli olduğunu ortaya koymuştur (Yılmaz ve Eroğlu, 2013).

İnsanlar tutum bileşenleri arasında tutarlı olma eğilimindedirler. Ancak insanların her zaman tutumlarına uygun davranış sergilemedikleri görülmektedir. Kişilerin söylemleri ile davranışları arasında hiçbir ilişki yoktur demek mümkün olmamakla birlikte, insanların günlük yaşamlarında tutumlarına uygun yaşamadıklarını gösteren örneklerle rastlamak mümkündür (Krech ve Crutchfield, 1948). Aynı zamanda literatürde kişilerin tutumlarına uygun hareket ettiğini gösteren araştırmalara da rastlamak oldukça olasıdır (Ajzen, 2005; Allport, 1935). Tutum ile davranış arasındaki ilişki incelendiğinde, kuvvetli bir tutumun davranışa dönüşme olasılığının zayıf bir tutuma oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bir tutumun davranışa dönüşmesini belirleyen önemli bir faktör ortamın özellikleridir. Bireyin içinde bulunduğu birtakım ortam özelliği tutumun davranışa dönüşmesini engelleyebilmekte, dolayısıyla kişiler sahip oldukları tutuma rağmen ortama uygun davranmak zorunda kalabilmektedir. Bireyin davranışlarının doğuracağı sonuçlara ilişkin beklentileri de bir tutumun davranışa dönüşüp dönüşmeyeceğine etki eden önemli diğer bir faktördür. Bir tutumuna uygun şekilde davranmanın kendisi için bazı sonuçları olabileceği beklentisi olan bireylerin, bu tutumlarını davranışa dönüştürme ihtimali daha düşük olacaktır (Aydın, 2004).

1.3.3. Sağlık Çalışanlarının Olay Bildirimine Yönelik Tutumları

Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların önlenmesinde olay bildiriminin çok büyük bir önemi bulunmaktadır. Etkili bir OBS'nin, hasta güvenliği uygulamaların temel taşı olduğuna, bir hastane ya da başka bir sağlık kuruluşu içinde güvenlik kültürü elde etme yolundaki ilerlemenin bir ölçüsü olduğuna inanılmaktadır (WHO, 2005).

Türkiye'de yapılan bir doktora çalışmasında, OBS'yi kullanan hekim ve hemşirelerin olay bildiriminin önemi ve yaygınlaştırılmasına yönelik farkındalıklarının geliştiği, sistemin problem çözme odaklı olduğunun ifade edildiği, ayrıca katılımcıların OBS'nin hatalardan öğrenmeyi desteklediğini (Desai, 2015; Firth-Cozens, 2001) belirttikleri ifade edilmiştir (Ünal, 2016). Hatalardan ders çıkarılarak başarısızlıklardan öğrenme (Desai, 2015; Kavak, 2007), organizasyonların ve örgüt içindeki ekiplerin yaptıkları hatalarının

öğrenmelerinin sağlanması ve hasta ve çalışan güvenliğinin artırılması açısından önemli bir yol olduğu görülmektedir.

Ancak istenmeyen olayların bildirilmesi konusunda yapılan birçok çalışma, bu olayların yeterince bildirilmediğini göstermektedir. OBS'den elde edilen bilgilerin gerçek anlamda meydana gelen olay oranlarını göstermediğini ifade eden Vincent vd. (1999), meydana gelen olayın çoğunluğunun çalışanlar tarafından bildirilmediği (Poorolajal vd., 2015; Wilson vd., 2008; Yücesan ve Alkaya, 2017) ya da risk yöneticileri tarafından olayların tanımlanmış olmasına rağmen, ılımlı veya küçük olanlara oranla ciddi olayların nispeten daha çok sayıda bildirildiği belirtilmiştir.

Kingston vd. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, hekim ve hemşireler arasındaki kültürel farklılıkların istenmeyen olay bildirimine yönelik tutumları desteklediği ifade edilmiştir. Bu kapsamda, 1998-2002 yıllarını kapsayan bir araştırmaya göre, yapılan olay bildirimlerinin %88'inin hemşireler tarafından ve %2'lik bir oranın ise diğer sağlık çalışanları tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Pediatri alanında yapılan bir başka çalışmada ise hekimlerin meydana gelen istenmeyen olayların ortaya çıkarılmasının zorluğunu ifade ettikleri, bazı çocuk hastalıkları hekimlerinin ise hastanın ailesinin anlamayacağı veya farkında olmadıkları yahut da bilmek istemediklerini düşündüklerinde meydana gelen olayı ailelerine açıklamalarının düşük bir ihtimal olduğunu söyledikleri ifade edilmektedir (Garbutt vd., 2007).

Milch vd. (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, 26 hastanede bildiri yapılan 92.547 istenmeyen olay incelenmiş, olay bildirimlerinin yarıdan fazlasının hemşireler tarafından yapıldığı ve sadece %2'sinin hekimler tarafından bildirildiği sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Evans vd. (2006) tarafından yapılan bir başka çalışmada da hemşirelerin hekimlere oranla daha sıklıkla olay bildiri yaptığı ortaya konmuştur.

Uğrak (2019) doktora çalışmasında, hekimlerin istenmeyen olaya yönelik tutumlarına ilişkin ifadelerine katılımlarının olumlu düzeyde bulunduğu, hekimlerin tıbbi hata tutumuna ilişkin olarak istenmeyen olayların bildirilmesi, hasta ve hasta yakınları ve meslektaşlarıyla paylaşılması yönünde görüş bildirdikleri ifade edilmektedir.

Yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının OB'ye yönelik tutumlarının hasta güvenliğinin geliştirilmesi bakımından önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, Wilson vd. (2008) tarafından geliştirilen ve farklı üç çalışmada (Kusumawati vd., 2019; Litke vd., 2020; Sun vd., 2014) kullanıldığı belirlenen olay bildirim tutum ölçeği (OBTÖ), bu çalışma kapsamında kullanılarak, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olaylara karşı sağlık çalışanlarının tutumlarının ölçülmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin (sağlık teknisyeni/teknikeri) cevaplarından elde edilen sonuçlar, ulusal ve uluslararası çapta yapılan araştırmalar çerçevesinde değerlendirilmiştir.

1.3.4. Sağlık Çalışanlarının Güvenlik Tutumları

Sağlıklı ve güvenli bir ortam, her hastanın ve sağlık çalışanının temel gereksinimlerinden birisidir. Hem hastalar hem de çalışanların güvenliğini etkilediği düşünülen, havalandırma, aydınlatma, gürültü, hijyenik olmayan şartlar ve uygun olarak tasarlanmamış çalışma ortamı, hastanelerde güvenlik tehdidi oluşturan nedenlerden bir kaçıdır. Bununla birlikte, sağlık çalışanları kendilerine özgü iş risklerine de maruz kalmaktadır. Maruz kalınan, iğne batmaları, bel ve sırt problemleri, alerjik reaksiyonlar, şiddete maruz kalma ve stres gibi bu meslek riskleri, sağlık çalışanlarının iş performanslarını etkilemekte, iş kazalarına neden olmakta ve dolayısıyla da hem hastaların hem de çalışanların sağlık ve güvenlikleri olumsuz etkilenebilmektedir (Çevik, 2018; Meydanlıoğlu, 2013).

Hasta güvenliği, sağlık hizmet sunumunun çok önemli bir bileşenidir (WHO, 2005). Buna karşın, hastanelerde yeterli güvenlik tedbirlerinin alınmaması, olumsuz çalışma ortamı, sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları ile iletişim eksikliği, iş yükü ve stres düzeylerindeki artış, eğitim eksikliği, personel eksikliği gibi nedenlerden dolayı çeşitli istenmeyen olayların meydana geldiği belirtilmektedir (Çevik, 2018). Yapılan araştırmalar, Türkiye'de sağlık çalışanlarının ağır şartlarda görev yaptığı ve hastanelerde hasta ve çalışan güvenliği konusunda yeterli önlem alınmadığını (İzgi ve Türkmen, 2012); artan çalışma sürelerinin çalışanların mesleki riskini yükselttiğini ve yüksek haftalık çalışma saatlerinin kaza geçirme ihtimalini artırdığını ortaya koymaktadır (Azap vd., 2005). Hasta güvenliği ve istenmeyen olaylar kapsamında yapılan çalışmalar, hastanelere başvuran hastaların %2,9 ila %16,6'sının bir veya daha fazla istenmeyen olay yaşadığını, üstelik bu olayların %50'sinin önlenemez cinsten bir olay olduğunu

belirtmektedir (Brennan vd., 2004; Kaya vd., 2010). Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, hastane ve sağlık profesyonellerinin çalışma ortamları ile iş koşullarının iyileştirilmesinin, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların önüne geçilebilmesi ya da azaltılmasına katkı sağlayacağı söylenebilir.

Güvenlik kültürü, örgüt kültürünün bir parçasıdır ve çalışanların güvenlikle ilgili paylaştıkları tutum, inanç, algı ve değerler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri kalitesi ve güvenliğinin, meydana gelen olayların meydana geldiği sistemler ve ilgili faktörler çerçevesinde araştırılması gerektiğine, bu olayların azaltılması ve hasta güvenliğinin artırılması için bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerektiğine inanılmaktadır. (Kaya vd., 2010; Seo vd., 2004).

Sağlık yöneticilerinin, sağlık hizmetleri süreçlerinde güvenlik kültürünün geliştirilmesine, sağlık çalışanlarının ise hasta güvenliğinin geliştirilmesi için belirlenmiş hedeflere odaklanması gerekmektedir. Güvenliğin sağlanması, her kademede sağlık yöneticisi ve politika yapıcısının profesyonel desteğini gerektirdiği zorunlu bir örgütsel hedeftir. Sağlık kurumlarında yönetiminin sorumluluğunun açıkça belirlendiği ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için güçlü, açıkça ifade edilen desteğin bulunduğu hasta güvenliği programlarına ihtiyaç bulunmaktadır (Kohn vd., 1999).

Ekip/takım çalışması, hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli ve önemli bir bileşendir. Sağlık kurumlarında güvenli bir ortamın oluşturulması için, sağlık hizmetleri farklı disiplinlerde eğitim almış ve gerekli becerileri ile donatılmış kişilerden oluşturulan bir ekip tarafından verilmelidir. Ekip çalışmasıyla sağlık çalışanlarının birbirine destek olması sağlanarak, iş yoğunluklarının azaltılması ve daha iyi bir çalışma ortamının hazırlanması sağlanabilecektir (Akman, 2010).

Güvenlik iklimi, motivasyon, çalışma ortamı koşulları, takım çalışması ve yönetsel destek gibi faktörlere ilişkin tutumlar, sağlık hizmet sunumunu etkileyen faktörler olarak tanımlanmaktadır (Vincent vd., 1998). Sağlık hizmeti sağlayıcısının bu faktörlere ilişkin tutumları, kuruluşun güvenlik kültürünün bir bileşenidir. İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services, NHS), JCI, AHRQ ve ABD Ulusal Kalite Forumu gibi etkili kuruluşlar güvenlik kültürünün ölçülmesini teşvik etmektedir (Sexton vd., 2006a).

Sağlık kurumlarında güvenliğinin sağlanabilmesi için sağlık çalışanlarının güvenlik kültürüne ilişkin tutumlarının ölçülmesi bir gerekliliktir. Bu ölçüm ise genellikle işgücü anketleri ile ölçülmektedir (Flin vd., 2006). İlgili literatür incelendiğinde hasta güvenliği kültürünü ölçmek için birçok farklı anketin kullanıldığı görülmektedir. Bu kapsamda en yaygın kullanılan anketlerden birisi de, Teksas Üniversitesi tarafından geliştirilen *Güvenlik Tutumu Anketi (GTA)'dir* (Safety Attitudes Questionnaire, SAQ). Güvenlik tutumu anketi (GTA), çalışma kapsamında araştırmmanın diğer ölçekleri ile isim bütünlüğü sağlaması anlamında güvenlik tutumu ölçeği (GTÖ) olarak adlandırılarak kullanılmıştır. Çalışmada veri toplama araçlarından birisi olarak kullanılan GTÖ, University of “Texas Center for Healthcare Quality and Safety” tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de ise Kaya vd. (2010) tarafından geçerlik ve güvenilirlik testleri gerçekleştirilmiştir.

Yapılan literatür çalışmasında GTÖ’nün ABD, İngiltere, Yeni Zelanda, Norveç, Türkiye, Çin, Brezilya, Belçika, İsveç, Filistin, İran, Arnavutluk, Danimarka, İtalya, Hollanda, Hindistan vb. birçok farklı ülkede uygulandığı ve yoğun bakım ünitesi versiyonu (France vd., 2010; Poley vd., 2011; Pronovost vd., 2008; Sexton vd., 2011), ameliyathane versiyonu (Baykal vd., 2010; Carney vd., 2010), yatan hasta versiyonu (Kaya vd., 2010), ayakta hasta versiyonu (Holden vd., 2009; Modak vd., 2007), eczacılık versiyonu (Baykal vd., 2010; Norden-Hagg vd., 2010), kısa form versiyonu (Cui vd., 2017; De Carvalho ve Cassiani, 2012; Deilkas ve Hofoss, 2008; Lee vd., 2010), doğum servisi versiyonu (Sexton vd., 2006b) gibi farklı şekillerde kullanılacak şekilde uyarlamasının sağlandığı (Sexton vd., 2006a) ve dünyada birçok dile çevrilerek yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir.

GTÖ ifade içeriklerinin bu versiyonların her biri için aynı olduğu, ancak klinik alanı yansıtması için küçük değişiklikler yapılmış olduğu ifade edilmektedir (Cui vd., 2017). Dünyada uyarlaması yapılan ve erişilebilen GTÖ çalışmaları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Dünyada Uyarlaması Yapılan Güvenlik Tutumu Ölçeği Çalışmaları

Çalışma örneklemi	Uyarlanan/ uygulanan ülke	Versiyonu	Yazar
Hekim, hemşire	İtalya	Yeni doğan Yoğun bakım	(Zenere vd., 2016)
Hekim, hemşire, paramedik, sosyal çalışmacı	Hollanda	Yatan hasta, ayakta hasta, yoğun bakım	(Buljac-Samardzic vd., 2016)
Hekim ve hemşire, diğer sağlık personeli, eczacı, diğer		Kısa form	(Haerkens vd., 2016)
Hekim, hemşire		1.Basamak Sağ.Hiz.leri	(Smits vd., 2017)
Hekim, hemşire, diğer sağlık personeli, eczacı, terapist, kat sekreteri	Birleşik Krallık	Yoğun bakım	(Sexton vd., 2006a)
	Yeni Zelanda	Yoğun bakım	
	ABD	Yoğun bakım	
	ABD	Genel yatan hasta	
	Yeni Zelanda/Birleşik Krallık	Ameliyathane	
Hekim, hemşire, diğer sağlık personeli	Portekiz	ABD	Ayakta hasta
		Ameliyathane	(Pinheiro ve de Sousa Uva, 2016)
Hemşire		Yoğun bakım	(Águas vd., 2017)
Hekim, hemşire	Hindistan	Genel yatan hasta	(Patel ve Wu, 2016)
Eczacı		Kısa form	(Norden-Hagg vd., 2010)
Hekim, hemşire	İsveç	Ameliyathane	(Goras vd., 2013)
Hemşire		Ameliyathane	(Zheng, 2012)
Hekim, hemşire		Ameliyathane	(Nilsson vd., 2018)
Hekim, hemşire, diğer sağlık çalışanları	İtalya	Kısa form	(Nguyen vd., 2015)
Hekim, hemşire, diğer sağlık çalışanları, yöneticiler	ABD	Ayakta Hasta	(Modak vd., 2007)
Hekim, hemşire, terapist, eczacı, kat sekreteri, diğer		Yoğun bakım	(Huang vd., 2010)
Hekim, hemşire, diğer sağlık çalışanları, yöneticiler			(Li vd., 2017)
Hekim, hemşire, diğer sağlık personeli, eczacı, diğer	Çin	Kısa form	(Cui vd., 2017)
Hekim, hemşire, eczacı			(Lee vd., 2010)
Hekim ve hemşire, diğer sağlık personeli, klinik yöneticisi, terapist	Danimarka	Kısa form	(Kristensen vd., 2015)
Hekim, hemşire, diğer sağlık personeli, ofis yöneticileri, stajyer	Slovenya	Ayakta hasta	(Klemenc-Ketis vd., 2017)
Hekim, diş hekimi, hemşire, yöneticiler		Kısa form	(Klemenc-Ketis vd., 2018)
Hekim, hemşire	Türkiye	Yatan Hasta	(Kaya vd., 2010)
Hemşire		Ameliyathane, eczane, kadın doğum	(Baykal vd., 2010)
Hekim, hemşire	Arnavutluk	Kısa form	(Gabrani vd., 2015)
Hekim, hemşire	Filistin	Kısa form	(Elsous vd., 2017)
Hekim, hemşire, diğer	Norveç	Kısa form	(Deilkas ve Hofoss, 2008)
Hekim, hemşire, diğer sağlık personeli, psikoterapist	Brezilya	Kısa form	(De Carvalho ve Cassiani, 2012)

GTÖ kapsamındaki uyarlamalar incelendiğinde (Tablo 2), özellikle hekim ve hemşireler başta olmak üzere çok farklı meslek grupları ve birçok farklı GTÖ formu kullanılarak ölçeğin birçok ülkede kullanıldığı görülmektedir.

Pronovost ve Sexton (2005) tarafından, GTÖ'nün sağlık hizmetlerinde bugüne kadar en çok kullanılan kültürel değerlendirme aracı olduğunu belirtmektedir. Bu bakımdan, güvenlik kültürü seviyelerini belirlemek isteyen sağlık kurumlarına *güvenlik tutumlarının* ölçülmesi tavsiye edilmekte, kendilerinin de hastanelerde her yıl bu amaçla ölçeği kullandıkları ifade edilmektedir. Güvenlik unsurunun ön planda bulunduğu alanlarda, ekip çalışması ve yapılan işin doğasıyla ilgili tutumların ölçülmesi, güvenliğin geliştirilmesi açısından oldukça önemli bir adımdır. Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların oluşmasına yol açan sistemin ve ilgili faktörlerin de bu çerçevede ele alınması gerekmektedir. Bu kapsamda klinik çalışmalara etki eden yedi faktörü şu şekilde tanımlamaktadır (Vincent vd., 2000): 1. Kurumsal bağlam, 2. Örgütsel ve yönetimsel faktörler, 3. Çalışma koşulları, 4. Ekip çalışması faktörleri 5. Bireysel faktörler, 6. Göreve ilişkin faktörler, 7. Hastaya ilişkin faktörler. Vincent vd. (2000) tarafından da belirtildiği bu faktörler sağlık hizmetlerinin güvenli bir şekilde sunumuyla doğrudan ilgili hususlardır (Özcan, 2018).

Sağlık kurumlarında istenmeyen olayların oluşmasında özellikle personel yetersizliği, aşırı iş yükü, çalışma koşullarının yetersiz olması ve eğitim eksikliğinin etkili olduğu ifade edilmektedir (Alsafi vd., 2015; Yıldırım vd., 2009; Yücesan ve Alkaya, 2017). Bu kapsamda, NAM'nın da belirttiği gibi sağlık kurumlarında ekip çalışmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Her ne kadar tarihsel olarak hekimler, hemşireler ya da diğer sağlık çalışanlarının farklı görev yaptıkları bilinse de, sağlık profesyonelleri arasında koordinasyon ve iletişimi geliştirmek ve daha kaliteli bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir (Baker vd., 2006; Kohn vd., 1999).

Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların önemli olduğu ifade edilmekle birlikte, bu olayların tartışılmasının zor olduğu ve hastanelerde bunların iyi bir şekilde ele alınmadığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarınca stres ve yorgunluğun performansları üzerindeki etkileri kabul edilmediğinde, meydana gelen istenmeyen olayların tartışılmasının daha da zorlaşacağı ifade edilmektedir. Çoğu zaman gözden kaçan, ancak stres araştırmalarında iyi tespit edilmiş bulgulardan biri, stres veya uyarılmanın

artmasıyla, bireyin düşünce süreçlerinin ve dikkat genişliğinin daralması olduğudur. Buna ilaveten, iyi oluşturulamayan ekip çalışması ve çalışanlar arasındaki iletişim eksikliğinin de hasta bakım hizmetlerinin aksamasına neden olduğu görülmektedir (Sexton vd., 2000).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada, GTÖ kapsamında çalışanların iş doyumlarının daha olumlu olduğu ifade edilmekte ve çalışanların görev yaptıkları süreçte yaşamış oldukları olumlu/olumsuz hususlara odaklanılmaktadır (Özcan, 2018). Özellikle yüksek stres altında bulunan durumlarda ya da uzun çalışma saatleri yüzünden (Bodur ve Filiz, 2009) insan hatasının oluşmasının kaçınılmaz olduğuna vurgu yapılmaktadır. Meydana gelen istenmeyen olaylarla baş edebilmek için, öncelikle bu durumun kaçınılmaz olduğunu kabul etmek gerekir. Stres ve yorgunluk seviyesinin yükseldikçe bilişsel işlev seviyelerinin tehlikeye girdiği ve bazı karmaşık, yüksek yoğunluklu çalışma alanlarında bu durumun doğal olduğu ifade edilmektedir (Hales ve Pronovost, 2006). Çalışanların görev başı ya da akademik anlamda eğitim alırken göz ardı edilen veya gözden kaçan hatalarının, çalışan gerçekten göreve başladığında meydana gelmesi kaçınılmaz olacaktır. Önemli olan bu bilince sahip olmak ve bütün bu durumlara hazırlıklı olabilmektir (Sergier, 2017). Bu anlamda stresin kabulü, çalışan performansının stres faktörlerinden nasıl etkilendiğinin kabul edilmesi anlamına gelmekte ve GTÖ ölçeğinin bu boyutunda alınan yüksek skorlar olumlu olarak kabul edilmektedir (Özcan, 2018).

Hastanelerde kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunun verilebilmesi için iyi bir ekip çalışmasının kurulması, çalışanlar arasında güvenlik kültürünün yerleştirilmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, hastane yönetimi ile çalışanların koordineli bir şekilde görev yapması, dolayısıyla iş doyumunu yüksek ve stres seviyesi düşük bir ortamın oluşturulmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Bunların gerçekleştirilebilmesi ile sağlık kurumlarının güvenlik durumunun ve sağlık çalışanlarının güvenlik tutumlarının belirlenmesinin gerekli ve faydalı olacağı değerlendirilmektedir. Sağlık kurumlarında çalışanların güvenlik tutumlarının ölçülmesinde sıklıkla kullanıldığı görülen GTÖ’nün, Türkiye sağlık kurumlarında kullanılmasının hasta güvenliğinin ve sağlık hizmetleri sunumu kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. ALGI ve TUTUM İLİŞKİSİ

Kişilerin tutumları onların istek ve amaçlarını yansıtmakta ve istekleri onların bütün psikolojik faaliyetlerini yöneltmek ve sürdürmek üzere organize olmaktadır. Kişinin algıları, düşünceleri, duyguları eski alışkanlıklarının harekete geçmesi, yeni alışkanlıklar kazanması gibi tüm faaliyetleri, daima onu iten kuvvetlerle (istekler) amaçlarının etkisindedir; onun istek ve amaçları devamlı olarak gelişir ve değişir. Sosyal bilimlerdeki modern eğilimin psikolojik gelişimi, biyo-sosyal bir gelişim olarak ele aldığı bilinmektedir. Dolayısıyla kişinin biyolojik, psikolojik veya çevreyle ilişkilerinde (sosyal) değişiklik oldukça davranışlarında da değişme olabilmektedir. Kişinin fizyolojik toplumsal durumu ve yaşantısı değiştikçe, istek ve amaçlarında da değişmeler, gelişmeler olacaktır; bazı eski istekler ve amaçlar kaybolacak, onların yerini yenileri alacaktır. Deneyimler, belli bekleyişlere yönlendirici olduğundan, algıda fiziki veya sosyal nesnelere hakkında, belirli davranışlar yaratacaktır. Algılama ve öğrenme ile ilgili olarak kişide oluşan bu hazır olma durumu, algılanan nesnenin doğasına yönelmiştir. Bu kapsamda tutum ve algı arasında sıkı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır (İnceoğlu, 2010).

Kişinin dış dünyaya ilişkin elde ettiği, organize ettiği ve işlediği bilgiler, onların dünya hakkında bir takım kuram, varsayım ve fikirlere sahip olmalarını ve aynı zamanda davranış ve tutumlarının da bunlara göre oluşmasını sağlar. Algı yönetimi ile özellikle amaçlanan, geçerlilik kazanmak, kamuoyu desteği oluşturmak ve belirlenen topluluğun davranış ve tutumlarını istenilen doğrultuda etkilemektir (Bakan ve İlker, 2012).

Algı tutumlarla yakından ilişkilidir. Algı, organizmaların anlamlı bir dünya deneyimi yaratmak için duyuları yorumlama ve düzenleme sürecidir. Başka bir deyişle, bir kişi bir durum veya uyarıya karşı karşıya kalır. Kişi uyarıyı önceki deneyimlere dayanarak kendisi için anlamlı bir şey olarak yorumlar. Bununla birlikte, bir kişinin yorumladığı veya algıladığı şey gerçeklikten önemli ölçüde farklı olabilir. Dolayısıyla bir kişinin algılaması sonucu elde ettiği bilgi, bir tutum ve davranış şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Pickens, 2011).

2. BÖLÜM: OLAY BİLDİRİMİ

Bildirim *bilginin, sistemin iyileştirilmesi amacıyla uygun sorumlu kişi veya kuruluşlarla paylaşıldığı bir etkinlik* olarak tanımlanmaktadır. Bildirim bazen açığa vurmamak, ifşa etmek (disclosing), bilgilendirme (informing) ve ilam etme (notifying) ile karıştırılmaktadır. Açığa vurmamak, söylemek, izhar etmek (disclosing), sağlık çalışanlarının (ve bazı durumlarda sağlık kuruluşlarının) hastalara veya onların önemli olanlarına, hastaların çıkarlarını etkileyen (veya etkilemekle yükümlü) herhangi bir sağlık hizmeti olayıyla ilgili bilgi verilmesidir. Olay bildirimini, sağlık hizmeti veren bir kuruluşa dahili veya harici yapılabilir. Bildirme, ilam etme (notifying), resmi bir bildirimde bulunmak anlamına gelir (Flemons ve McRae, 2012).

Literatür incelendiğinde, sağlık hizmetleri sunumu esnasında meydana gelen istenmeyen olayların bildirilmesinin farklı zamanlarda farklı şekillerde yapıldığı görülmektedir. Örneğin Robins vd. (1987) tarafından yapılan bir araştırmada, Cape Town Üniversitesi tarafından desteklenen ve bağımsız bir kuruluş olan İlaç Güvenliği Merkezi (The Medicines Safety Centre), 1981 yılında Batı Kap (Western Cape)'taki tüm hekim, diş hekimi ve eczacılara kapalı zarflarda olumsuz/istenmeyen ilaç reaksiyonu (Adverse drug reactions) bildirim formu gönderilerek, buna benzer reaksiyon durumlarının bildirilmesi istendiği görülmektedir.

Olay bildiriminin kurumsallaşması anlamında havacılık sektörü başı çeken bir sektördür. ABD Federal Havacılık Kurulu (Federal Aviation Administration) tarafından 1975 yılında pilotların olumsuz olayları bildirebilecekleri Hava Güvenliği Bildirim Sistemi (Air Safety Reporting System)'ni tesis ederek olay bildiriminin kurumsal bir yapıya kavuşturulmasını sağlamıştır. Kurul, tesis ettiği yapıda pilotların kimlik bilgilerinin gizliliğine önem vermiş, aynı zamanda olay bildirimini yapanların herhangi bir cezai yaptırıma uğramamasını da sağlamıştır. Ancak havacılığın aksine, olayların engellenmesi sağlık sektörü pratiğinde öncelik olarak ele alınmamıştır. Bu, istenmeyen olayların görmezden gelindiği anlamına gelmemekle birlikte, sağlık sisteminde daha çok ölüm ve sakatlık konferansları, olay bildirimleri, risk yönetimi aktiviteleri ve kalite komiteleri genel olarak olaylar ve bireyler üzerine yoğunlaşmıştır. Sağlık kurumlarında bir olay meydana geldiği zaman, bunlar incelenmiş ve problem çözme yöntemleri kullanılmış, sorun tespit edilmiş ve giderilmiştir. Ancak soruların altında yatan sistemsel sorunlar göz ardı edilmiştir. Sistem tasarımcıları

tarafından, hataların ve istenmeyen olayların kaçınılmaz olduğu ve bunları önlemek veya absorbe etmek için gerekli olan unsurun sistemin yeniden tasarlanması olduğu dikkate alınmamıştır. Sağlık hizmetlerinde olay bildirimini kurumsallaşamamasında elbette bu sektörün karmaşık yapısının da etkili olduğu söylenebilir (Leape, 1994).

Sağlık hizmetleri dışındaki özellikle havacılık başta olmak üzere diğer bazı endüstrilerden elde edilen olay bildirim deneyimleri, OBS'nin başarılı bir şekilde kullanılabileceğini göstermiştir. Olay bildirim her ne kadar hasta güvenliği sorunlarının belirlenmesinde vazgeçilmez bir unsur ise de tek başına hasta güvenliğini tehdit eden kaynakların büyük resmini de göstermediği açıktır (WHO, 2005).

Reason (1997), güvenlik kültürünün dört niteliğinden biri olarak olay bildirim ve bildirim kültürünü işaret etmiştir. Diğer nitelikler; öğrenme, esneklik ve kültürdür. Reason (1997), örgütsel öğrenme kültürünü "*güvenlik bilgi sisteminden doğru sonuçları çıkarmaya istekli ve yetkinlik ve ihtiyaç duyulduğunda büyük reformları uygulama isteği*" olarak tanımlamakta, olay bildirim kültürünü ise "*insanların neden oldukları istenmeyen olayları ve ramak kala hataları bildirdikleri örgütsel iklimdir*" şeklinde ifade etmektedir. Bu ise örgütün, bilgileri nasıl işlediğine ve suçlama ve cezalandırmanın nasıl üstesinden geldiği ile ilişkilidir. Reason (1998), sağlık kurumlarında OBS'nin kurularak, olay bildirimlerinin toplanmasını, hasta güvenliğinin inşa edilebilmesi için bu bildirimlerin analiz edilerek gerekli iyileştirmelerin yapılmasını hasta güvenliğinin bir bileşeni olarak ifade etmektedir.

Westrum (2004), bildirilen olayların bilgi işleminde kullanılan üç klasik örgütsel yaklaşımını şu şekilde tanımlamıştır:

1. *Patolojik, (Güç odaklılık)*: Olay bildirim yapanlar hedef alınmaktadır. Başarısızlık, yönetimi günah keçisi bulmaya iter ve kurumda yenilik yapılması mümkün değildir.
2. *Bürokratik, (Kural odaklılık)*: Olay bildirim yapanlar görmezden gelinmektedir. Başarısızlık yargıya intikal ettirilebilmektedir ve yenilik yapmak hala sorunlu durumdadır.
3. *Üretken, (Performans odaklılık)*: Olay bildirim yapanlar eğitilmiştir. Başarısızlık sorgulanmaktadır ve elde edilen sonuçlar yeniliğe yol açmaktadır.

Westrum'un sınıflandırdığı bilgi işleme yaklaşımlarına göre öğrenen organizasyon olmak dolayısıyla kurumlarında istenmeyen olayları önlemek isteyen ve yenilikçiliğe açık sağlık kurumları, performans odaklılığı yani üretken yaklaşımı tercih etmelidir.

2.1. OLAY BİLDİRİMİNİN AMACI

Son yıllarda sağlık kalitesinin yükseltilmesi ve hasta güvenliğine ilişkin çalışmalarda bir artış olsa da, sağlık kurumları istenmeyen olayların bildirilmesine dayanan etkili öğrenme sistemlerini oluşturmakta zorlanmaktadır. Hasta güvenliği kültürünün zayıf olması ve cezalandırılma korkusu, istenmeyen olayların bildirilmesini büyük ölçüde engellemektedir. Olay bildirimine ek olarak, klinik verilerin toplanması, saklanması, sınıflandırılması, analiz edilmesi ve yorumlanması için küresel standartların geliştirilmesi ve olay bildiriminin önündeki engellerin kaldırılması gerekmektedir. Genel anlamda OBS'nin üç ana amacı vardır (WHO, 2014b):

- ✓ *Olayı tanımlama (Ne oldu?):* Hastanın durumu, meydana gelen olayın özellikleri, olayın nerde olduğu ve kimlerin karıştığı belirlenmesi,
- ✓ *Olayı açıklama (Neden oldu?):* Olaya neden olan etkenin ne olduğu, olayın oluşmasına katkı veren ya da olayı hafifletici faktörlerin neler olduğu,
- ✓ *Düzeltilici tedbirler alma (Reaksiyon ne oldu?):* Sağlık bakım zincirinin zayıf yönlerinin belirlenmesi, klinik süreçlerin ve prosedürlerin gözden geçirilmesi, benzer olayın tekrar ortaya çıkmasına mâni olmak, hastaya verilen zararın en az düzeye indirebilmek ve doğrudan ve dolaylı maliyetleri azaltmak için gerekli idari tedbirlerin alınması ve gerekli eğitimlerin verilmesini kapsar.

Wachter ve Gupta (2018) ise hastanede meydana gelen olayların bildirilmesi ile;

- ✓ Hastanede meydana gelen olayların izlenmesi ve olaya hızlı reaksiyon gösterilmesinin,
- ✓ Edinilen tecrübeyle sağlık hizmeti sunucularının hasta güvenliği konusunda personelin eğitilmesinin,
- ✓ Alınan bildirimler doğrultusunda sonuçların ölçülmesi, değerlendirilmesi ve hasta güvenliğinin geliştirilmesi amacıyla programlar geliştirilmesinin,

- ✓ Meydana gelen ciddi olaylar için kök neden analizi uygulanması ve gelecekte meydana gelebilecek hataları önlemeye yönelik eylem planları geliştirilmesinin mümkün olabileceğini ifade etmektedir.

Türkiye’de SB, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek ramak kala ve istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, bu olayları izlemek, yapılan olay bildirimleri sonucunda bu olaylara yönelik önlemelerin alınmasını sağlamak amacıyla 2016 yılında OBS’yi hayata geçirmiştir. OBS temel olarak hasta ve çalışan güvenliğinin yükseltilmesini hedeflemiştir. SB., OBS’nin temel amaç ve hedeflerini şu şekilde ortaya koymaktadır (SB, 2016, 2017):

- ✓ Tıbbi süreçlerde yapılan hata bildirimlerini ulusal boyutta toplamak,
- ✓ Toplanan bildirimler kullanılarak yeni kalite standartlarının geliştirilmesi ve sistemsel boyutta iyileştirme sağlamak,
- ✓ Tüm bildirimleri analiz ederek ve değerlendirerek istenmeyen olayları önlemeye yönelik ulusal stratejileri ve kurumsal düzeydeki iyileştirme faaliyetlerini belirlemek,
- ✓ İstenmeyen olaylar ve bunların bildiri konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmak,
- ✓ Elde edilen bildirimler vasıtası ile sağlık tesislerine iyileştirme fırsatları açısından yol gösterici olmak,
- ✓ Bilgi merkezi vasıtası ile sağlık tesislerine dahili bildirim sistemlerini nasıl yapılandırabilecekleri konusunda rehberlik etmek.

Gelişmiş sağlık sistemlerinde, meydana gelen istenmeyen olaylar anlık olarak izlenmekte ve bu olaylar bildirilmektedir. Böylelikle sağlık hizmetleri sunumunda kalite artırılmaya çalışılmakta, istenmeyen olayların gerçekleşmesinin önüne geçilmeye çalışılmaktadır. OBS ve istenmeyen olayların bildirilmesi sağlık sistemlerinin işlerliği açısından çok büyük önem arz etmektedir (Çakmak vd., 2018).

Sağlık çalışanlarından istenmeyen olayları ya da kusurları bildirilmesinin istenme amaçlarından birisi, sağlık sisteminin bakım sağlama süreçlerindeki zayıflıklarını öğrenme fırsatını mümkün kılmasıdır. Ramak kala ve istenmeyen olayların bildirilmesi ve olayların analiziyle, olayların meydana gelmesine neden olan faktörlere ışık tutacak

ve bunların tekrar etme olasılığını azaltmak için sistemik eksikliklere yönelik müdahaleler yapılmasını sağlayacaktır (Flemons ve McRae, 2012).

OBS'nin öncelikli amacı hastaların daha güvenli sağlık hizmeti almalarına yardımcı olmak için tasarlanmış olmasıdır. Buradan hareketle, bu sistemlerin, hasta güvenliği sorunlarını tespit etmek, örgütsel ve sistemsel öğrenme için veri sağlamak amacıyla önemli bir araç olarak ortaya çıktığı söylenebilir (Walshe ve Boaden, 2006).

Ne kadar gelişmiş bir OBS kurulursa kurulsun, OB sonrası elde edilen analiz ve sonuçları dış bir otoriteye bildirilmediği takdirde, alınan dersler hastanenin duvarlarında hapsedilmiş olacaktır. Sonuç olarak, sorunun çözümüne ilişkin genelleme fırsatı kaybedilecek ve daha güçlü ve geliştirilebilir çözümler üretme fırsatı kaçırılmış olacaktır (WHO, 2005).

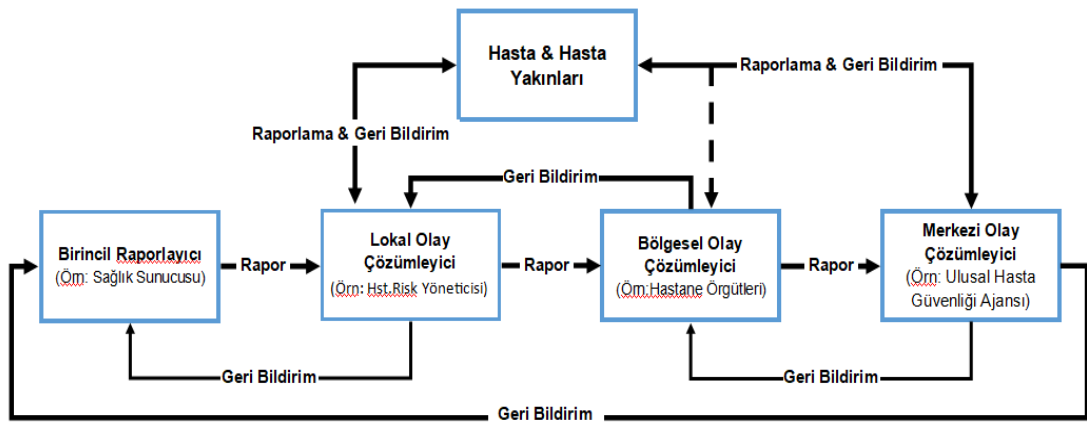
2.2. OLAY BİLDİRİMİNİN BİLEŞENLERİ

Sağlık sektöründe OBS ilk defa yirmi yıl kadar önce havacılık, kimyasallar ve nükleer enerji gibi sektörlerdeki olay bildirim sistemi örnekleri izleyerek ortaya çıktığı görülmektedir. OBS, riskleri tanımlamak ve sağlık hizmetleri kalitesinin artırılması için sistematik olarak bilgi toplamayı hedeflemektedir. Bu amaçla OBS'nin, cezalandırıcı olmayan ve bildirim yapanın kimlik gizliliği sağlanmış, bağımsız, zamanında, sistem odaklı ve uzman analizlerine dayalı bir şekilde tasarlanması gerekmektedir (Hoffmann vd., 2011; Leape, 2002).

OBS'nin belirli hedefleri bulunmaktadır. Bu hedeflerin bir ucunda, öğrenmeye ve sistemin yeniden tasarlanmasına katkıda bulunmaya odaklanan sistemler bulunurken, diğer tarafta, öncelikle kamu hesap verebilirliğini sağlamak için dış düzenleyici veya yasal kurumlar tarafından geliştirilen sistemler bulunmaktadır. Bu sistemler tipik olarak, düzeltici eylem veya disiplin için bakım seviyesinin kabul edilemez olduğu sağlık kuruluşlarını tanımlamaya çalışmaktadır. Uygulamada, OBS'ler birden fazla hedefi gözetmeye çalışabilir. Kamusal hesap verebilirliğin amaçları ile iyileştirme için öğrenme arasında bir denge kurmak mümkün olabilir. Ancak çoğu OBS bunların birine odaklanmaktadır. Her ne kadar bu amaçlar birbiriyle tamamen uyumsuz olmasa da OBS'ler, olay bildiriminin zorunlu ya da gönüllü olup olmadığı, olay bildirimlerinin

tamamen güven içinde tutulup tutulmadığı, kamu veya düzenleyici kurumlarla paylaşılma durumları gibi hususları kapsayan çeşitli tasarım özelliklerini içermektedir (WHO, 2005).

Herhangi bir OBS'nin temsili olarak bilgi akışı Şekil 9'da gösterilmektedir. Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olaylar öncelikle OBS'lere aktarılır. Sonrasında ise tüm sağlık sunucuları ve sağlık hizmetleri paydaşları açısından bir motivasyon unsuru olan geri bildirim olarak ilgili birimlere, hasta ya da hasta yakınlarına dönüş yapılır (EU Commission, 2014).



Şekil 9. Olay Bildirimi Akış Şeması

(EU Commission, 2014).

AB komisyonunun da belirttiği gibi olay bildirim önemli bir unsur, hangi seviyede olsun tüm paydaşların (hasta yakınları dahil) olay bildirimlerine dahil edilmesidir (EU Commission, 2014). Bu kapsamda, SB yayınlarında ve OBS'inde herhangi bir kısıtlamaya gitmediğinden, tüm paydaşların (hasta, hasta yakını, sağlık çalışanı ve diğer kurum çalışanları vb.) olay bildirimine müsaade edildiği ifade edilebilir. Şekil 9'da görüleceği üzere, elde edilen bütün verileri ulusal anlamda merkezi olay çözümleyicisi olarak belirlenen kurum tarafından analiz ederek gerekli önlemlerin alınması ve bu tedbirlerin ilgililerine bildirilmesi OB akışında önemli ve nihai basamaktır.

Yapılacak düzenlemelerle gerek SB gerekse de sağlık kurumlarının bildirim yapılan olaylara ilişkin olarak, OB yapan biliniyorsa doğrudan bildirim yapana, OB yapan bilinmiyorsa, SB ya da sağlık kurumuna ait internet sayfasından belirli aralıklarla geri bildirimlerin yapılması önemli olacaktır. Özellikle, bildirim yapanın bir kurum çalışanı

olduğu durumlarda, hem olay ile ilgili yapılan düzenleme hakkında hem de çalışanın bir dahaki OB'ne teşvik etmek amacıyla mutlaka çalışana geri bildirim sağlanmalıdır.

2.2.1. Olay Bildirim Sistemleri

Dünyada, yapısı, kapsamı ve karmaşıklığı bakımından değişkenlik gösteren çeşitli OBS'ler geliştirildiği görülmektedir. Bunların bazıları açık uçlu ve tüm sağlık hizmet sunumu boyunca ramak kala ve istenmeyen olayları yakalama girişimidir. Diğerleri ise, belirli türdeki istenmeyen olaylara veya bu olayların ortaya çıkabileceği teknolojilere veya bakım sürecine (örneğin tıbbi cihazlar, kan nakli, ilaç kullanımı) odaklanmaktadır. Temel amacı deneyimden öğrenmek olan OBS'de, olay bildirimini tek başına hasta güvenliğini arttırmadığına dikkat etmek gerekmektedir. Aslında değişime yol açan, bildirimlere verilen cevaplar olmaktadır. Bir sağlık kurumunda, ramak kala veya istenmeyen olayın bildirilmesi, olayın altında yatan sistem arızalarını belirlemek için derinlemesine bir araştırma başlatılmasını sağlamalı ve olayın tekrarını önlemek için sistemleri yeniden tasarlama çabalarına yol açmalıdır (WHO, 2004).

Bir OBS'den, olay bildirimini sonrasında bireyleri veya kurumları bildirim yapmaya teşvik etmesi ve sistemin yararlı bir cevap üretmesi beklenmektedir. OBS'ye bildirilen olay, sistemin kendisinden daha önemlidir. Olay bildirimini, hasta güvenliğinin geliştirilmesi ve birkaç şekilde hatadan öğrenme kapasitesinin yükseltilmesine kılavuzluk etmelidir. Öncelikle, OBS önemli yeni tehlikelerle ilgili uyarılar üretebilir (Örneğin yeni bir ilacın komplikasyonları). İkincisi, hastanelerin ciddi bir olayı araştırmasından aldıkları dersler yaygınlaştırılabilir. Üçüncüsü, bildirim alan kurum tarafından yapılacak birçok bildirim analizi, tanınmayan eğilimleri ve dikkat gerektiren tehlikeleri ortaya çıkarabilir. Son olarak, birden fazla bildirim analizi, altta yatan sistem arızalarına ilişkin içgörülere yol açabilir ve herkesin izleyebilmesi için *en iyi uygulamalar* şeklinde önerilerde bulunabilir. OBS'nin geliştirilmesine kılavuzluk edecek temel ilkeler şu şekilde ifade edilmektedir (WHO, 2004):

- ✓ OBS'lerin temel rolü, başarısızlıklardan, yani tıbbi tedavinin neden olduğu olaylardan ve yaralanmalardan ders alarak güvenliği artırmaktır,
- ✓ Olay bildirimini güvenli olmalı, olayları bildiren eden kişiler cezalandırılmamalı veya başka olumsuz sonuçlara maruz kalmamalıdır,

- ✓ Olay bildirimini, yalnızca yapıcı bir cevapla sonuçlandırıldığında değerlidir. En azından bu, veri analizinden elde edilen bulguların geri bildirimini gerektirir. İdeal olarak, sağlık hizmeti süreçlerinde ve sistemlerinde değişiklik önerileri de içerir,
- ✓ Bildirimlerden alınan derslerin anlamlı analizi, öğrenilmesi ve yaygınlaştırılması ilgili uzmanların, diğer insan ve finansal kaynaklarını zorunlu kılar. Olay bildirimini alan kurum çözümler üretebilmeli, bilgiyi yayınlatabilmeli ve değişiklik önerileri sunabilmelidir.

Yine bir başka yayınında DSÖ (WHO, 2005), başarılı bir OBS prensiplerini şu şekilde tarif etmektedir:

- ✓ *Cezalandırıcı olmama*: Raporlayanlar, kendilerine karşı misilleme yapılmasından veya bildirim sonucunda başkalarının cezalandırılmasından korkmazlar.
- ✓ *Gizlilik*: Hasta, bildirim yapan ve kurumun kimlikleri asla açıklanmaz.
- ✓ *Bağımsız olma*: OBS, bildirim yapanı veya kuruluşu cezalandırma yetkisine sahip herhangi bir otoriteden bağımsızdır.
- ✓ *Uzman analizi gerektirme*: Raporlar, klinik koşulları anlayan ve altta yatan sistem nedenlerini tanımak için eğitilen uzmanlar tarafından değerlendirilir.
- ✓ *Zamanında olma*: Raporlar derhal analiz edilir ve özellikle ciddi tehlikeler belirlendiğinde, bilmesi gerekenlere öneriler hızla ulaştırılır.
- ✓ *Sistem odaklılık*: Öneriler, bireysel performans hedef almak yerine sistemlerdeki, süreçlerdeki veya ürünlerdeki değişikliklere odaklanır.
- ✓ *Duyarlılık*: Raporları alan kurum, tavsiyeleri yaygınlaştırabilir. Katılımcı kuruluşlar, mümkün olduğunda tavsiyeleri uygulamayı taahhüt ederler.

“*İstenmeyen Olay Bildirimi ve Öğrenme Sistemleri Taslak Kılavuzları*”nı (WHO, 2005) hazırlamak için birlikte çalışılan Harvard Halk Sağlığı Okulu'ndan Profesör Lucian Leape, OBS'nin gerekliliği, hasta güvenliği ile ilgili olarak şu çarpıcı tespitte bulunmaktadır:

“Hasta güvenliğinin en sinir bozucu yönlerinden biri, sağlık hizmetlerinin hatalarından ders alma konusundaki yetersizliğidir. Trajik hatalar sürekli olarak yeni yerlerde tekrar meydana geliyor. Bu sorunun çözümü, hatalarımızı araştırmak ve bir olay bildirim sistemi aracılığıyla öğrenilen dersleri paylaşmaktır.”

Hasta güvenliğini artırma stratejisinin önemli bir bileşeni, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların belirlenmesi ve bu olayların nedenlerini belirleyerek uygun önlemleri almaya teşvik eden bir ortam oluşturmaktır. OBS'nin literatürde farklı şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Bu kapsamda OBS, NAM tarafından gönüllü ve zorunlu olay bildirim sistemi olmak üzere iki tür başlık altında açıklanırken (Kohn vd., 1999); bu sınıflandırma DSÖ tarafından, öğrenen sistemler ve hesap verebilir sistemler olarak açıklanmaktadır (WHO, 2005).

Sağlık kurumları, olay bildiriminde öncelikli hedefin hesap verebilirlik olduğu sistemleri oluşturabilmektedir. Bu sistemlerde ramak kala ve istenmeyen olay bildirimleri kullanılarak, sağlık kurumları sorumlu tutulmaya çalışılabilmekte ve kurumların performans değerlendirmeleri için kullanılabilir. Öncelikli amacı hesap verilebilirlik olan OBS'ler, olay bildirimini zorunlu olmasını gerektirmektedir (WHO, 2005). Bununla birlikte, OBS'ler, öğrenme ve hesap verebilirlik dışındaki amaçlar için de kullanılmaktadır. Bazı kuruluşlar, hasta güvenliğini takip etmek ya da ölçmek için OBS verilerini kullanmaktadır. Örneğin kuruluşların *düşme* bildirimlerini, düşme oranı performans ölçütü olarak kullanmaları sıkça rastlanılan bir olgudur. Ancak sağlık kurumlarında olay bildirimlerinin tam olarak yapılmadığı ya da bildirimler sistematik olmadığı için, bildirilen olaylar istenmeyen olayların oranının objektif bir tahminini yansıtmamaktadır. Dolayısıyla da OBS'lerin bir sağlık sisteminin daha fazla ya da daha az güvenli hale gelip gelmediğini tahmin etmede yardımcı olmadığı da ifade edilmektedir (Flemons ve McRae, 2012).

Hesap verebilirlik sistemlerinde olay bildirimleri genellikle zorunludur ve beklenmedik ölüm, transfüzyon reaksiyonu ve yanlış taraf cerrahi işlemi gibi tanımlanmış *vahim olaylar* listesiyle sınırlıdır. Hesap verebilirlik sistemleri tipik olarak, bir olayın araştırılmasını ve sistem analizini (kök neden analizi) gerektirerek iyileştirmeler sağlamaktadır. Örneğin Slovenya'da, meydana gelen bir *vahim olayın* ülkenin sağlık bakanlığına 48 saat içinde bildirilmesi beklenmektedir. Olayla ilgili tatmin edici bir analizin yapılması ve düzeltici eylemlere gidilmesinin ise 45 gün içerisinde gerçekleşmesi istenmektedir (WHO, 2005). *Zorunlu olay bildirim sistemleri*, ciddi yaralanmalara ilişkin elde edilen bildirimlerle hasta güvenliğini sağlamaktan sorumlu kurumları ve sağlık hizmeti sunucularını sorumlu tutmakta ve halkın haber alma, olayı öğrenme hakkına cevap vermektedir. Bu tür olayların meydana gelme olasılığını azaltan iç güvenlik sistemlerini uygulamak için sağlık kuruluşlarını teşvik edilmektedir (Çakmak ve Kurt, 2018; Kohn vd., 1999).

Gönüllü olay bildirim sistemleri örgütsel öğrenme odaklı sistemlerdir. Bu sistemler, asgari bakım standardını sağlamak yerine, temaları belirleyerek, varyasyonları azaltarak, en iyi uygulamaların paylaşımını kolaylaştırarak ve sistem genelindeki iyileştirmeleri teşvik ederek sağlık hizmetleri sunumunda sürekli gelişmeleri teşvik etmek için tasarlanan sistemlerdir. Örneğin, Avustralya'da 200'den fazla sağlık kuruluşu veya sağlık hizmeti gönüllü olarak Avustralya Hasta Güvenliği Vakfı (APSF)'na rapor göndermektedir. İngiltere ve Galler'deki Ulusal Bildirim ve Öğrenme Sistemi (NRLS) bir öğrenme sistemi örneğidir. NRLS, yerel sağlık kuruluşlarından hasta güvenliği olaylarının bildirimlerini almaktadır (WHO, 2005). Gönüllü olay bildirim sistemleri, zorunlu bildirim sistemlerinin tamamlayıcısı olarak tasarlanmakta, daha geniş yelpazede bir hataya odaklanmaktadır. Bu sistemler, hastaların ciddi bir zarara uğramadan önce sistemin zayıflıklarını tespit etmek için çaba göstererek, kalite iyileştirme gayretlerini desteklemek için bilgi sağlayabilmektedir (Çakmak ve Kurt, 2018; Kohn vd., 1999).

2.2.1.1. Dünyada Olay Bildirim Sistemleri

Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerde Olay Bildirim Sistemleri

AB üyesi ülkelerin hem kendi aralarında hem de Türkiye ile karşılaştırıldığında OBS'leri arasında farklılıklar olduğu görülmektedir (Tablo 3). Üye ülkeler arasında hem gönüllü hem de zorunlu olay bildirim sistemleri bulunmaktadır. Hasta güvenliğinin artırılması için hem sağlık kurumu çalışanlarının hem de hasta ve hasta yakınlarının sağlık sisteminin hatalarından ders almaları gerektiği açıktır. Meydana gelen istenmeyen bir olayın analizi sonrası elde edilen kazanımların paylaşılması çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinin daha güvenli ve kaliteli hale getirilmesinde bu çok önemli bir fırsattır (EU Commission, 2014).

Tablo 3. Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye OBS Karşılaştırması

AB Üye Ülkeleri	Sağlık Çalışanı Bildirimi	Sağlık Kuruluşu Bildirimi	Hasta Bildirimi	Hasta Yakını Bildirimi	Kamu/ Halk Bildirimi	Kanuni Düzenleme Var mı?
Avusturya	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Belçika	Gönüllü	Yok	Gönüllü	Yok	Yok	Kısmen
Hırvatistan	Zorunlu	Yok	Gönüllü	Yok	Yok	Kısmen
Kıbrıs	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Çekya	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Danimarka	Zorunlu	Yok	Gönüllü	Gönüllü	Yok	Var
Estonya	Zorunlu	Yok	Yok	Yok	Yok	Kısmen
Fransa	Zorunlu	Yok	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Kısmen
Almanya	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Bilgi yok
Macaristan	Gönüllü	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok
İrlanda	Zorunlu	Var	Yok	Yok	Yok	Kısmen
İtalya	Zorunlu	Var	Yok	Yok	Yok	Kısmen
Letonya	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Kısmen
Lüksemburg	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Hollanda	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Kısmen
Norveç	Zorunlu	Yok	Yok	Yok	Yok	Var
Slovakya	Gönüllü	Zorunlu	Yok	Yok	Yok	Yok
Slovenya	Gönüllü	Zorunlu	Yok	Yok	Yok	Yok
İspanya	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
İsveç	Zorunlu	Zorunlu	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Var
Birleşik Krallık	Gönüllü	Zorunlu	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Kısmen
Türkiye	Gönüllü	Yok	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Yok

(Çakmak ve Kurt, 2018; EU Commission, 2014)

Türkiye, sağlık çalışanlarınca olay bildirimlerinin gönüllülük esasında göre yapıldığı bir ülkedir. Tablo 3 incelendiğinde, sağlık çalışanlarınca yapılacak bildirimler açısından, 21 AB üyesi ülkenin 13'ünde OBS sisteminin gönüllülük esasında dayalı olduğu; sağlık kurumları açısından değerlendirildiğinde ise olay bildiriminin sadece 4 üye ülkede zorunlu olduğu, 2 üye ülkede ise gönüllülük esasına dayalı olduğu görülmektedir.

AB üyesi ülkelerde OBS'lerden sorumlu birimler farklılık göstermektedir. Sorumluluğun çoğunlukla Sağlık Bakanlıkları ya da bakanlığın altındaki bir birime verildiği görülmektedir. Bazı AB ülkelerinin ise ülke çapında olay bildirim sistemlerine sahip olmadığı ve bildirim sorumluluklarının yerel hastanelerde olduğu bilinmektedir. OBS'ler, Danimarka, Norveç, İsveç ve Birleşik Krallık'ta ülkelerin sağlık bakanlıklarının altında teşkil edilmiştir. Fransa, Almanya, Macaristan, Hollanda ve Slovakya gibi ülkeler, yeni olay bildirim sistemlerinin geliştirilmesine, tıp ve hemşirelik kuruluşları gibi çeşitli profesyonel kuruluşları dahil etmeyi önermektedir. Belçika, Kıbrıs, Fransa, Letonya,

Lüksemburg, Norveç ve İsveç, hastaneleri olaylarını sistematik olarak bildirim gereken ulusal bir veri tabanına sahip değildir. Raporlanabilir olayların tanımları, üye devletlerde yerleşik olay bildirim ve öğrenme sistemleri arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. *Rapor edilebilirlik* üye ülkeler genelinde aşağıdaki yollardan biriyle tanımlanmaktadır (EU Commission, 2014):

- *Ciddi olaylar*: Norveç gibi bazı üye ülkeler sadece ciddi olaylar bildirilmektedir.
- *Olayın tipi*: Macaristan ve Polonya gibi bazı ülkelerdeki akredite hastanelerde, belirli bir kısım olay türleri bildirilmektedir.
- *Her ikisinin kombinasyonu* (ciddi olay ve olay tipi): Danimarka ve İtalya gibi ülkelerde her iki türdeki olaylar da bildirilmektedir.
- *Ramak kala*: Almanya'da ramak kala olaylar bildirilmektedir.

Bunun yanı sıra, temelde tüm olay bildirimlerini (örneğin Çekya, Danimarka, İrlanda, İspanya, İsveç, Birleşik Krallık'ta) kabul eden geniş çapta tanımlanmış bir hasta güvenliği olayı temelinde çalışan sistemler de vardır.

Tüm tanım ve yöntemlerin, OBS'nin amacına bağlı olarak avantaj ya da dezavantajları bulunmaktadır. Olay bildiriminde bulunan kişiler açısından, bildirim yapılabilir olayların açık olarak belirtildiği basit listelerin bulunması, bildirim kolaylaştırıcaktır. OBS'lerin sağlık hizmeti sunan kuruluşun tüm personelinin, hatta hasta ve hasta yakınlarının dahi olay bildirebildiği şekilde tasarlanması gerektiği göz önüne alındığında sadece birkaç AB üye ülkesinin böyle bir uygulama içinde olduğu görülmektedir. AB üyesi devletlerin OBS'lerin düzenlenmesinde farklı yaklaşımları vardır. Zorunlu bildirim yapılan sistemlere sahip üye devletlerin bildirimde bulunanın kimlik gizliliğini düzenlemek için bir kısım yasalara veya yönergelere sahip oldukları görülmektedir (Tablo 3) (EU Commission, 2014).

OBS'lerin tesis edilmesinde AB üyesi devletlerin ana motivasyon kaynağı, istenmeyen olaylardan elde edilen bilgiler ve hatalardan öğrenme kültürü ile birlikte hasta güvenliği kültüründe bir artış meydana getirmektir. Hataların tekrarlanmasını önlemeyi öğrenmeye odaklanmak ve böylece olay bildirimini motive etmek için hesap verebilirlik kültüründen hareket etmeye çalışılmaktadır. Bununla birlikte, bildirim için başka faktörler de motivasyon kaynağı olmuştur. Sağlık sunucularının hasta güvenliği konusunda kıyaslama yapabilmeleri için duyulan ihtiyaç veya istek, medyanın hasta güvenliği

konusundaki politik tepkileri, ulusal hastane akreditasyon politikaları, AB veya DSÖ tavsiyeleri başlıca faktörlerdir. Örneğin Danimarka 2004 yılında kısmen politik baskı nedeniyle ulusal hasta güvenliği kanununu çıkarmıştır. Yine Almanya, Norveç, İspanya ve Birleşik Krallık hem halk hem de politik baskılara maruz kalmıştır. Çekya, Lüksemburg ve Litvanya için ise OBS kurulması konusunda Avrupa Konseyinin tavsiyeleri motivasyon unsuru olmuştur (WHO, 2005).

Diğer Dünya Ülkelerinde Olay Bildirim Sistemlerine Örnekler

İngiltere Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi (NRLS), hasta güvenliği olay bildiriminin merkezi bir veri tabanıdır. NRLS 2003 yılında kurulmuş ve ulusal sağlık hizmetlerinde güvenliği artırmak için olay bildirim kültürünün geliştirilmesine büyük katkısı olmuştur. NRLS ile elde edilen tüm veriler, hasta güvenliğini sürekli iyileştirmek için tehlikeler, riskler ve fırsatların belirlenmesi için analiz edilmektedir. (NRLS, 2020; WHO, 2005).

NRLS, elde edilen her yıl iki milyondan fazla olay bildirimini ile dünyanın en büyük ve en kapsamlı olay bildirim sistemidir. İstenmeyen olayların kaydedilmesinin hastaları zarardan koruyacağı ve onların hayatlarını kurtaracağı prensibi ile işletilen NRLS ile, bildirilen olaylardan öğrenmenin gerçekleştirilmesi ve benzer olayların tekrar meydana gelme riskinin azaltılması için yerel anlamda etkili ve sürdürülebilir önlemler alınmaktadır. Sistem vasıtasıyla elde edilen veriler aylık olarak güncel bir şekilde bildirilmekte ve internet sayfası üzerinden kullanıma sunulmaktadır. Bu şekilde kurumsal düzeyde veri sağlanmakta, veri şeffaflığı teşvik edilmekte ve kurumlarda yapılan yetersiz olay bildirimini izlenmektedir. İngiltere için NRLS'ye bir örnek vermek gerekirse, Temmuz-Eylül 2019 tarihleri arasında 548.761 olay bildirildiği ve bunun bir önceki yılın aynı dönemine göre (488.242) %12,4'lük bir artış anlamına geldiği görülmektedir (NHS, 2020).

Japonya'da hastanelerin dahili bildirim sistemlerine sahip olması zorunludur. Ancak eğitim hastaneleri için zorunlu olan olay bildirimini, diğer hastaneler için gönüllülük esasına göre yürütülmektedir. Elde edilen verilerin değerlendirmesi sonucu ulusal kalite komitesi tarafından özet raporlar hazırlanmakta ve bu raporlar sağlık sunucuları ve halkla şeffaf bir şekilde paylaşılmaktadır (WHO, 2005).

Kanada'da ulusal düzeyde olay bildirim sistemlerinin var olduğu, ancak genellikle dar kapsamlı olduğu görülmektedir. Daha çok aşılama ve ilaç uygulamaları ile ilgili

istenmeyen olaylara odaklanılmış ve olay bildirim sistemi gönüllük esasına dayalı şekilde yapılmaktadır. Bununla birlikte ulusal anlamda eyaletlerde kullanılan çeşitli olay bildirim sistemleri bulunmaktadır. Genel anlamda Kanada OBS'leri incelendiğinde, her ne kadar DSÖ (WHO, 2005)'nin de belirttiği "*İstenmeyen Olay Bildirimi ve Öğrenme Sistemleri*" on yıl kadar önce kabul edilmiş olsa da ulusal anlamda önemli bir gelişme olmamıştır. Yine hasta güvenliği ve olay bildirim sistemi ile ilgili DSÖ (WHO, 2009) tarafından ortaya konan standart bir terminolojiye geçilmesine de ihtiyaç duyulmaktadır. Olay bildirim sistemlerinin içinde hastanın standart hale getirilmiş bir rolünün de bulunmadığı görülmektedir. (Boucaud ve Dorschner, 2016).

ABD'de istenmeyen olay sistemleri Ulusal İlaç ve Gıda Dairesi (Food and Drug Administration, FDA) tarafından yürütülmektedir. FDA, istenmeyen olay bildirim sistemi (Adverse Event Reporting System, FAERS) kapsamında oluşturulan ve MedWatch (The FDA Safety Information and Adverse Event Reporting Program) adı verilen olay bildirim programı vasıtasıyla sağlık profesyonelleri, hastalar ve diğer paydaşlardan gönüllülük esasına göre olay bildirimleri alınmaktadır. Bununla birlikte bazı koşullar altında yasa ve yönetmelikler gereğince, daha önce ilan edilerek belirlenmiş durumlarda zorunlu bildirimler de yapılabilmektedir. MedWatch sistemi kapsamı itibarıyla, reçeteli-reçetesiz ilaçlar, kan bileşenleri, medikal cihazlar, gıda takviyeleri ve bebek mamaları, kozmetik ve diyet destek ürünleri gibi birçok farklı alanlardan olay bildirimlerini toplamaktadır. Olay bildirimleri, sağlık çalışanları tarafından online portal ya da bir çeşit form kullanılarak yapılabılırken, hastalar ve diğer tüketiciler sadece bir başka tür form kullanarak MedWatch'a olay bildiriminde bulunabilmektedir. Bu bildirimler, FDA internet sayfasından şeffaf bir şekilde paylaşılmaktadır. Örneğin, 2018 yılında toplam 2.154.814 olay bildirimleri yapılırken, bu sayı 2019 yılı için 2.190.695 olarak gerçekleşmiştir. FDA internet sayfası incelendiğinde 1968 yılından bu yana yapılan olay bildirimleri sayılarına ulaşabilmenin mümkün olduğu görülmektedir (FDA, 2020).

2.2.1.2. Türkiye'de Olay Bildirim Sistemleri

Sağlık Bakanlığı ulusal OBS başlığı altında istenmeyen olayların bildirilmesi için geliştirilen sistemi açıklamaktadır. OBS, sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, ülkemizde yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri bir platformdur. OBS, Bakanlık tarafından İnternet sayfasında *Güvenlik Raporlama Sistemi*

başlığı altında işletilmekle birlikte, yayınlamış olduğu Sağlıkta Kalite Standartları (Hastane) 6'ncı sürümünde, *Güvenlik Raporlama Sisteminin* ismini Olay Bildirim Sistemi olarak değiştirmiştir (SB, 2019, 2020). Bu nedenle, bu çalışma genelinde bu sistemler için Olay Bildirim Sistemi (OBS) isminin kullanılması tercih edilmiştir.

Dünya çapında olay bildiriminde yaklaşım, hatayı kimin yaptığına değil, hatanın kendisine odaklanmak olsa da çoğu ülke, olay bildiriminde yeterli kimlik gizliliği şartlarını sağlayamadığı için ulusal bir OBS oluşturmakta çeşitli engeller ile karşılaşmaktadır. Doğru ve yeterli sayıda bildirim almak için birçok kişisel, toplumsal ve örgütsel kaynaklı bu engellerin aşılması gerekmektedir. Bu yüzden, kimlik gizliliği yani anonimizasyon bu alandaki olay bildirim sistemlerinde birincil öncelik olmak durumundadır (EU Commission, 2014; Leape, 2002; WHO, 2005).

Türkiye'de OBS, kimlik gizliliği gerekliliğini sağlamak adına herhangi bir manuel veri girişine imkân tanımamakta, hata bildirim için *Hata Sınıflandırma Sistemleri* standardını kullanmaktadır. Ayrıca bildirim sırasında IP adresi, yer/konum bilgisi, kişi adı vb. hiçbir kişisel bilgi veri tabanına kaydedilmemektedir. Sisteme yapılan bildirimler, OBS'nin yetenekleri sayesinde anında elde edilebilmektedir. Sağlık tesislerinin hata risklerine karşı önlem alma amacı ile gerçekleştirdiği faaliyetlerde yol gösterici olması, sağlık çalışanlarının yaygın hatalar konusunda daha bilinçli olması adına önemli bildirimler, sağlık tesisleriyle düzenli olarak paylaşılmaktadır. Ayrıca hatalara ilişkin tüm bildirimler, *Sağlıkta Kalite Standartları*'nın geliştirilmesi amacı ile kullanılmakta, böylece sağlık hizmet süreçlerine ilişkin hataların önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Sağlık Bakanlığı, yayınlamış olduğu OBS bildirimlerinde tüm kullanıcıların (SB, 2018);

- ✓ En Sık Bildirimi Yapılan İlk 10 Hata Kodu,
- ✓ Zaman Aralıklarına Göre Bildirim Sayı Dağılımları,
- ✓ Meslek Gruplarına Göre Bildirim Sayı Dağılımları,
- ✓ Hata Yerine Göre Bildirim Sayı Dağılımları,
- ✓ Hata Sürecine Göre Bildirim Sayı Dağılımları,
- ✓ En Sık Bildirimi Yapılan İlk 10 Hata,
- ✓ Yıllık veya dönemsel hata analizlerine ulaşabileceklerini ifade etmiştir.

Sağlık Bakanlığınca Türkiye’de Mart 2016’da OBS kurulmuş, 2016 ve 2017 yıllarında ait OB istatistikleri yayımlanmıştır. 23 Mart 2016 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığınca belirtilen hata türlerine göre bildirim yapılan hata istatistikleri incelendiğinde şu şekilde gerçekleştiği belirlenmiştir (Çakmak vd., 2018; SB, 2019):

- Laboratuvar hatası bildirim sayısı : 135.688 (%87,37)
- Cerrahi hata bildirim sayısı : 7.610 (%4,90)
- İlaç hatası bildirim sayısı : 7.156 (%4,61)
- Hasta güvenliği hatası bildirim sayısı : 4.841 (3,12)

OBS’ye ilgili tarihler arasında yapılan toplam olay bildirim sayısı 155.295 adet olduğu, hata bildirim sayıları incelendiğinde laboratuvar hatası bildirimlerinin ilk sırayı aldığı, sonra sırasıyla cerrahi hata bildirimleri, ilaç hataları bildirimleri ve en az bildirim yapılan hata türünün ise, hastanın düşmesi, hastanın yanlış kimliklendirilmesi, hasta tesliminin yapılmaması vb. hasta güvenliği hataları olduğu görülmektedir.

Hata türlerine göre en sık bildirim yapılan ilk on hata sıklık ve yüzde oranları Tablo 4’te gösterilmiştir (Çakmak vd., 2018; SB, 2019).

Tablo 4. Hata Türlerine Göre En Sık Bildirimi Yapılan Hatalar

Tıbbi Hata Türleri	Bildirimi En Sık Yapılan Hatalar (Alt parametreler)	Sıklık	Yüzde
Cerrahi Hatalar	Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi	1.143	15,02
	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması	459	6,03
	Ekib üyelerinin kendini tanıtmaması	445	5,85
	Malzemenin hazır ve steril olduğunun kontrol edilmemesi	431	5,66
	Cerrahi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi	429	5,64
	Gerekli cerrahi profilaksisinin uygulanmaması	423	5,56
	Anestezi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi	415	5,45
	Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi	413	5,43
	Gerekli DVT-profilaksisinin uygulanmaması	413	5,43
	Antikoagülan kullanımının sorgulanmaması	411	5,40
	Diğer	2.628	34,53
Toplam	7.610	100,00	
İlaç Hataları	Hatalı doz istemi	1.141	15,94
	Yanlış ilaç istemi	765	10,69
	Yanlış ilaç hazırlanması	493	6,89
	Eczaneden yanlış ilacın transferi	363	5,07
	Elektronik ortamda yanlış ilaç istemi	358	5,00
	İletişim eksikliği	338	4,72
	İlaçların yanlış paketlenmesi	286	4,00
	Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu	276	3,86
	Okunaksız el yazısı	191	2,67
	Yanlış ilaç uygulaması	186	2,60
Diğer	2.759	38,56	
Toplam	7.156	100,00	
Laboratuvar Hataları	Hemolizli numune	39.901	29,41
	Pıhtılı numune	33.246	24,50
	Yetersiz numune	16.861	12,43
	Hatalı test istemi	8.302	6,12
	Numune alım zamanının kaydedilmemesi	5.722	4,22
	Uygunsuz alınmış numune	4.748	3,50
	Hatalı numune kabı/tüpü	4.312	3,18
	Patoloji istek formunun düzenlenmemesi	3.987	2,94
	Hatalı kayıt	2.820	2,08
	Test isteminde eksik/yanlış bilgi	2.614	1,93
Diğer	13.175	9,71	
Toplam	135.688	100,00	
Diğer Hasta Güvenliği Hataları	Hastanın düşmesi (hasta/refakatçi kaynaklı hatalar)	1.416	29,25
	Hastanın düşmesi (bakım, teşhis ve tedavi sürecine ilişkin hatalar)	230	4,75
	Hastanın yanlış kimliklendirilmesi	218	4,50
	Asansör arızası kaynaklı hastanın mahsur kalması	169	3,49
	Bakım/Tedavi gecikmesi kaynaklı hastada komplikasyon gelişmesi	155	3,20
	Hasta tesliminin uygun yapılmaması	151	3,12
	Bakım/Tedavi öncesi hasta kimliğinin doğrulanmaması	143	2,95
	Yapılan Bakım/Tedavinin tıbbi kayıtlara hatalı işlenmesi	135	2,79
	Hastanın uygulanan bakım, teşhis yöntemi veya tedavi konusunda bilgilendirilmemesi	123	2,54
	Arızalı ekipmanın zamanında onarılmaması ya da değiştirilmemesi	114	2,35
Diğer	1.987	41,05	
Toplam	4.841	100,00	

Hata görülme sıklığı bakımından ilk sırada “*Laboratuvar hatalarının*” bulunduğu görülmektedir. Alt parametrelere bakıldığında ilk sırada %29,41 (n=39.901) ile “*Hemolizli numune*” hatasının olduğu, bunu %24,50 (n=33.246) ile “*Pıhtılı numune*” hatasının takip ettiği belirtilmektedir. Hata görülme sıklığı bakımından ikinci sırada yer alan “*Cerrahi işlem hataları*”, alt parametrelerine göre ele alındığında ilk sırayı %15,02 (n=1.143) ile “*Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi*” hatasının aldığı, bunu %6,03 (n=459) ile “*Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması*” hatasının takip ettiği görülmektedir (Tablo 4).

Hata görülme sıklığı bakımından üçüncü sırada yer alan ilaç hataları alt parametrelerine göre değerlendirildiğinde, en sık bildirim yapılan ilaç hatası türünün %15,94 (n=1.141) ile “*Hatalı doz istem*” hatasının olduğu, bunu %10,69 (n=765) ile “*Yanlış ilaç istem*” hatası izlediği görülmektedir. Tıbbi hata türleri arasında en az sıklıkta bildirimde bulunan hata türü hasta güvenliği ile ilgili bildirimlerdir. Bildirim yapılan hasta güvenliği hataları alt parametrelerine göre, en sık bildirim yapılan hasta güvenliği hatası türünün %29,25 (n=1.416) ile “*Hastanın düşmesi (hasta/refakatçi/tedavi/teşhis/bakım kaynaklı)*” olduğu, bunu %4,75 (n=230) ile “*Hastanın düşmesi (bakım, teşhis ve tedavi sürecine ilişkin hatalar)*” hatasının takip ettiği görülmektedir.

OBS'ye yapılan bildirimlere göre hatayı yapan meslek gruplarının dağılımı Tablo 5'te sunulmuştur (Çakmak vd., 2018).

Tablo 5. Hata Türlerine Göre Hatayı Yapan Meslek Grupları

Tıbbi Hata Türleri	Meslek Grupları	Sıklık	Yüzde
Cerrahi Hatalar	Asistan (Cerrahi branş)	2.997	39,38
	Uzman hekim (Cerrahi branş)	2.029	26,66
	Hemşire	1.335	17,54
	Asistan (Anestezi)	680	8,94
	Uzman hekim (Asistan)	195	2,56
	Anestezi teknisyeni/teknikeri	159	2,09
	Biyomedikal mühendis	88	1,16
	Teknisyen	40	0,53
	Hasta	39	0,51
	Hasta Yakını	9	0,12
	Diğer	39	0,51
	Toplam	7.610	100,00
İlaç Hataları	Hemşire	2.969	41,50
	Uzman hekim	1.256	17,56
	Eczacı	914	12,78
	Eczane teknisyeni	740	10,34
	Asistan	715	9,99
	Pratisyen hekim	236	3,30
	Stajyer	94	1,31
	Diş tabibi	77	1,08
	Hasta	36	0,50
	Hasta yakını	25	0,35
	Diğer	94	1,31
	Toplam	7.156	100,00
Laboratuvar Hataları	Hemşire	91.406	67,36
	Teknisyen	31.674	23,34
	Tıbbi sekreter	3.910	2,88
	Hasta	3.756	2,77
	Hekim	1.877	1,38
	Stajyer	1.230	0,91
	Transfer elemanı	956	0,70
	Hasta yakını	322	0,24
	Diğer	557	0,41
	Toplam	135.688	100,00
Diğer Hasta Güvenliği Hataları	Hemşire	1.580	32,64
	Uzman hekim	629	12,99
	Asistan	199	4,11
	Pratisyen hekim	111	2,29
	Diş tabibi	49	1,01
	Eczacı	46	0,95
	Stajyer	44	0,91
	Eczane teknisyeni	17	0,35
	Diğer	2.166	44,74
	Toplam	4.841	100,00

Buna göre, cerrahi işlem hataları kategorisinde en çok hata yapan meslek grubunun %39,38 (n=2.997) ile cerrahi branşlı asistan hekimler olduğu, bunu %26,66 (n=2.029) ile uzman cerrah hekimlerin izlediği; ilaç hataları kategorisinde en çok hata yaptığı bildirilen meslek grubunun %41,50 (n=2.969) ile hemşireler olduğu, bunu %17,56 (n=1.256) ile uzman hekimlerin izlediği; laboratuvar hataları kategorisinde en çok hata yaptığı bildirilen

meslek grubunun %67,36 (n=91.406) ile hemşireler olduğu, bunu %23,34 (n=31.674) ile teknisyenlerin izlediği; hasta güvenliği hata kategorisinde en çok hata yaptığı bildirilen meslek grubunun %32,64 (n=1.580) ile hemşireler olduğu, bunu %12,99 (n=629) ile uzman hekimlerin izlediği görülmektedir (Tablo 5).

2.2.1.3. Çalışma Yapılan Kuruma Ait Olay Bildirim Sistemi

Türkiye’de olay bildirimini gönüllük esasına göre yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, kendi bünyesinde kurduğu OBS (Güvenlik Raporlama Sistemi) ile olay bildirimini alırken, hastanelerde kurulacak OBS'lere de kılavuzluk etmektedir (SB, 2018). Bununla birlikte, hastanelerin kurum OBS'lerinde bir standart yaklaşım bulunmamaktadır. Hastane OBS'lerinin incelendiği bir çalışmada, hastanelerin bir kısmında herhangi bir şekilde OB yapılmasına imkân veren bir bağlantı (link) ya da sekme bulunmadığı, bazı hastanelerin ise İnternet sayfaları üzerinden farklı şekillerde OB kabul ettiği belirlenmiştir. Çalışma yapılan kurum İnternet sayfası üzerinde yapılan incelemede, kurumun SB’liğince belirlenen başlıklarda OB kabul edildiği tespit edilmiştir (EZH., 2020). Hastanenin OBS yapılanması ve işletilmesine ilişkin bilgi, takip eden paragraflarda verilmiştir.

Kurum OBS’sine ilişkin bilgiler:

- ✓ Kurum OBS’nin amacı, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayın bildirilmesi, incelenmesi ve analiz edilerek izlenecek yolların belirlenmesi, bu olayların azaltılması için yöntemler geliştirilmesidir. Kurum bu anlamda sorumluluk çerçevesini hastane yönetimi başta olmak üzere kalite yönetim direktörlüğü, bölüm/birim kalite sorumluları, iş sağlığı ve güvenliği kurulu ile tüm çalışanlar olarak belirlemiştir.
- ✓ Faaliyet akışı kapsamında, olay bildirim sistemi gizlilik esas alınarak kurulduğu, hiçbir şekilde kullanıcıların IP kayıtları alınmadığı ve OBS’nin, kullanıcıların kendilerini güvende hissedecekleri bir şekilde ve kullanıcı dostu bir ara yüze sahip olarak tesis edildiği ifade edilmektedir.
- ✓ OBS, hastane web sayfası (www.ezh.gov.tr) adresinde yer alan istenmeyen olay bildirim bölümü üzerinden yürütülmektedir. Kurum belirtilen çerçevede hasta ve çalışan güvenliği kapsamında olay bildirim almaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Çalışma Yapılan Kurumun Olay Bildirim Sisteminin Kapsamı

Hasta Güvenliği	Çalışan Güvenliği
<ul style="list-style-type: none"> • İlaç güvenliği, • Transfüzyon güvenliği, • Cerrahi güvenlik, • Laboratuvar güvenliği, • Radyasyon güvenliği, • Hasta kimliklendirme, • Hasta bilgilendirme, rızasının alınması, • Enfeksiyon kontrolü, • Hasta düşmeleri, • Tesis güvenliği ve hasta güvenliğini tehdit eden diğer tüm alanlar 	<ul style="list-style-type: none"> • Çalışana yönelik şiddet ve mobbing, • Radyasyon güvenliği, • Enfeksiyon kontrolü, • Kesici delici alet yaralanmaları, • Kan ve vücut sıçramaları ile bulaşma durumu, • Tehlikeli maddelere maruziyet, • Tesis kaynaklı riskler ve çalışan güvenliğini tehdit eden diğer tüm alanlar

- ✓ Olay bildiriminde bulunan kişi hiçbir zaman kişisel bilgilerini formda belirtmek zorunda değildir. Kullanıcı eğer konu ile ilgili bilgilendirme almak istiyorsa ancak formda bu bilgilere yer verebilecektir.
- ✓ OBS yoluyla elde edilen bilgiler, kurum kalite birimi tarafından takip ve analiz edilmektedir. Alından bildirimler kalite birimi tarafından aylık, üç aylık ve altı aylık analizler olarak ilgili komitelere ve hastane yönetimine bildirilmektedir. Kişisel mahremiyet gerektiren hususların bulunduğu durumlarda olay bildirimini sadece hastane yönetimine yapılmaktadır.
- ✓ Hastane yönetiminde elde edilen bilgiler ışığında kök neden analizleri yapılır ve gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetlerin başlaması sağlanır.
- ✓ Kurum tarafından tüm çalışanlara kalite birimim tarafından OBS hakkında eğitim verilerek sistemin etkinliği ve sürdürülebilirliği sağlanır ve alınan düzeltici ve önleyici tedbirler konusunda çalışanlara geri bildirim yapılır.

Olay Bildirim Eğitimleri

Olay bildirim eğitimleri kapsamında, kuruma yeni katılan her çalışan uyum eğitimleri bağlamında OB ve OBS eğitimine tabi tutulmaktadır. Hastane yönetiminde, bütün

çalışanlara verilen ve SB'liğinca yılda iki kez verilmesi zorunlu olan eğitimler dışında, yine yılda iki kez olmak üzere tüm çalışanlara öz *değerlendirme eğitimleri* verilmektedir. Buna ilaveten, kurum OBS'sinde ya da SB güvenlik raporlama sisteminde meydana gelen değişiklikler için zamana bağlı kalmaksızın çalışanlar bilgilendirilmektedir. Çalışanların herhangi bir istenmeyen olaya (kesici, delici alet yaralanması, iğne batması vb.) maruz kalması durumunda kurumun kalite birimi, enfeksiyon birimi ve iş sağlığı ve güvenliği birimince kişiye özel eğitimler verilmektedir.

Olay Bildirimlerinin Analizi ve Düzeltici Eylemler

Kurum OBS'sine bildirilen olaylarla ilgili olarak kalite birimince hazırlanan raporlar hastane yönetimine sunulmaktadır. Hastane yönetiminin OB'ye yönelik konulan hedeflerle, gerçekleşen olayların uyumsuzluğunun tespit edilmesi durumunda KNA gerçekleştirilerek sorunun kaynağı tespit edilmektedir. Yapılan analizler sonucunda istenmeyen olayın tekrar edilmesinin önüne geçilmesi ya da azaltılması için gerekli müdahaleler yapılarak süreç iyileştirilmektedir. Örneğin, *düşme* olaylarının kurum hedefleri ile uyumsuz olduğu bir olaya ilişkin KNA gerçekleştirilmiş, olaya personel sayısının azlığının neden olmuş olabileceğine ilişkin bir sonuca ulaşıldığından, ilgili birime personel desteği sağlanmıştır.

Kurum kalite birimi, enfeksiyon birimi ve iş sağlığı ve güvenliği birimi ile ortak düzenlenen koordinasyon toplantılarında, özellikle çalışanların maruz kaldığı istenmeyen olaylara ilişkin OB yapılmadığının tespit edilmesi durumunda, olaya maruz kalan çalışana yönelik olarak ilgili birim tarafından kişiye özel eğitim verilmekte ve OB yapılması sağlanmaktadır.

Gerek kurum OBS'si gerekse de matbu form ile OB yapan bildirim sahibi, kendisine ilgili olay hakkında geri bildirim yapılmasını istediği ve ulaşım bilgilerini verdiği durumlarda bildirim yapana dönüş yapılmakta ve olayla ilgili bilgi verilmektedir.

2.2.2. Olay Bildirimi Süreci

Olay bildirim sistemleri açık uçlu olabilir ve tüm sağlık hizmet sunumu süreci boyunca ramak kala ve istenmeyen olayları yakalamaya çalışabilir ya da ilaç hataları veya

önceden tanımlanmış ciddi yaralanmalar gibi belirli olay türlerine odaklanabilir. Genel olarak, odaklanmış olay bildirim sistemleri, yeni zayıf alanları keşfetmekten daha çok, belirli bir bakım alanının anlaşılmasını derinleştirmek anlamında daha değerlidir. Bazı kılavuzlar, istenmeyen olaylarla ilgili olay bildirim sistemlerine odaklanırken, diğer olay bildirim sistemleri tıbbi cihazlara, antimikrobiyal direncin ortaya çıkması gibi epidemiyolojik sonuçlara, pazarlama sonrası ilaç gözetimi ve kan nakli gibi belirli alanlara odaklanmaktadır (WHO, 2004). Olay bildirim sistemleri, kimlerin bildirim yapması gerektiğini belirtmelidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde devlet sağlık departmanı sistemleri ve JCI gibi hesap verebilirlik sistemlerinde olay bildirim kuruluş tarafından yapılır. Sistemlerin birçoğu aynı zamanda bakım verenlerden (hekimler ve hemşireler) bildirim talep eder ve alır. Bazı olay bildirim sistemleri, hastalara, ailelere ve tüketici hakları birimlerine olayları bildirmelerini sağlar. Genel olarak, öğrenen sistemler sağlık çalışanlarından ya da kuruluşlardan olay bildirim yapmalarını ister. İlaç hataları veya yoğun bakım hataları gibi belirli alanları hedef alan odaklanmış sistemler, eczacılar ya da yoğun bakım uzmanları gibi uzmanlardan gelen bildirimleri isterken, daha geniş tabanlı sistemler kuruluşlar ve sağlık çalışanları ile birlikte, genellikle herkesin olay bildirimlerini kabul eder (WHO, 2005).

Önemli bir şekilde kullanılmayan potansiyel bir bildirim kaynağı da istenmeyen bir olaya maruz kalan hastalar ve onların aileleridir. Hastalar sıklıkla başkalarına gelecekteki zararı önlemek için yapılan düzeltici eylemi görme konusunda yüksek bir istek duymaktadır. Olay bildirim bu süreç için bir başlangıç olabilecektir. Hastalar gerçekte, sağlık kuruluşlarının güvenlik ağlarındaki sorunların nerede olduğunu anlamalarına, kök nedenlerini tespit etmelerine ve zararı azaltmalarına yardımcı olan tanımlanamayan sorunları bildirebilecek kişilerdir. Bir hasta, hastaneden taburcu oluncaya kadar ortaya çıkmayan ve bu nedenle başka şekilde elde edilemeyen bir yaralanma ile karşılaşabilir. Hastaların, hizmet sunumu süreci boyunca sağlık sunucuları arasındaki hasta nakil ve ulaştırma hatalarını tespit etmek için hizmet sunucularından daha iyi bir konumda olduğu bir gerçektir (WHO, 2005).

Olay bildirim yöntemleri, yerel altyapı ve teknolojiye göre değişiklik gösterebilir. Yazılı bildirimlerin postalanmasından merkezi adrese kadar, çok sayıda bildirim yüksek yapılandırılmış bir veri tabanında toplanmasını ve toplanmasını sağlayan web tabanlı sistemlere kadar uzanabilir. Posta, faks ve telefon aramaları en yaygın şekilde kullanılır, çünkü bu mekanizmalar yaygın olarak kullanılabilir. Raporları e-postayla veya İnternet

üzerinden almak için basitleştirilmiş bir işlem tesis edilebilir; bu teknolojilere erişimi olan kullanıcılar için bu çok hızlı ve kolay olabilir. E-posta veya İnternet kullanan sistemler, kullanıcılara teknik destek sağlayabilmelidir. Olay bildirimleri, belirli türden bilgi gerektiren, yüksek düzeyde yapılandırılmış olabilir veya analiz için olayların anlatım açıklamasını sağlar. Analiz için veri setlerinin ne kadar geliştirilebileceği, kısmen bildirilen verilere özgü standardizasyon derecesine bağlıdır. İlaç hatalarının yanlış ilaç olarak sınıflandırılması, yanlış doz, yanlış sıklık vb. gibi yaygın olarak kabul edilen veri unsurlarına dayanan olaylar, standart bir bildirim formatına kolayca yapılandırılabilir (WHO, 2005). Artık günümüz teknoloji dünyasında, hemen her sağlık kuruluşunun ve sağlık bakanlıklarının İnternet erişimlerinin bulunabileceği göz önüne alınırsa, mektup, telefon, fax vb. iletişim araçlarından ziyade, web tabanlı sistemlerin ya da akıllı cihazların kullanılmasının, çok sayıda bildirim çok hızlı bir şekilde alınarak analiz edilebileceği ve zamanın yapılacak müdahalelerle hastaların bir zarara uğramalarının önüne geçilebileceği ifade edilebilir.

2.2.3. Olay Bildirimlerinin Sınıflandırılması

Tesis edilen OBS'lerin amacı yeni ve beklenmeyen tehlikeleri tespit etmek, hata eğilimlerini keşfetmek ve iyileştirici çabalar için öncelikli alanlar belirlemek, istenmeyen olaylara kaynaklık eden faktörleri ortaya çıkarmak, meydana gelen istenmeyen olaylar nedeniyle hastaya gelecek zararı asgari düzeye indirmek için stratejiler geliştirmek olmalıdır. OBS'nin amacı ne olursa olsun ne olayların bildirilmesi ne de veri toplama işlemi analiz edilerek gerekli değişiklikler için önerilerde bulunulmadıkça asıl amaç olan istenmeyen olayların engellenmesi ya da etkilerinin azaltılması amacı gerçekleşemez. Olayların sınıflandırılması işlemi yapılacak analizde ilk adımı oluşturmaktadır (WHO, 2005). Sınıflandırma, genelleştirilebilecek çözümler geliştirme sürecini başlatmaktadır.

Hasta güvenliği ile ilgili verilerin sınıflandırılması için bütün dünyada kabul edilen bir kılavuz bulunmadığı görülmekle birlikte, bu konuda ciddi bir çabanın bulunduğu da bir gerçektir. Olay bildiri için, DSÖ tarafından geliştirilmekte olan Hasta Güvenliği İçin Uluslararası Sınıflandırma (International Classification for Patient Safety, ICPS) kavramsal çerçevesine uygun bir kodlama sistemi kullanılmaktadır. Böylece verilerin birleştirilebilir ve anlamlı hale getirilecek şekilde analiz edilebilir hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sınıflandırma sisteminin kapsadığı terminoloji seti aşağıda belirtilen 10 temel sınıfı kapsamaktadır. İstenmeyen olayların bildirilmesi hasta

güvenliğinin temin edilmesi açısından ne kadar gerekli ve elzem ise, bu bildirimlerin sınıflandırılması ve bir bütünlük içinde değerlendirilmesi ve kaynakların buna göre dağıtılması da bir o kadar elzem ve önemlidir (Çakmakçı ve Akalın, 2011; WHO, 2009):

1. Olayın türü
2. Hasta sonuçları
3. Hasta özellikleri
4. Olayın özellikleri
5. Katkıda bulunan faktörler / tehlikeler
6. Örgütsel çıktılar
7. Tespit etme (Keşfetme)
8. Azaltıcı faktörler
9. Düzeltici faaliyetler
10. Risk azaltıcı eylemler

DSÖ, bir olay sınıflandırma sisteminin tasarımında en az üç temel faktöre vurgu yapmaktadır. Bunlar (WHO, 2005):

1. *Olay bildirim sisteminin amacının tespit edilmesi:* Olay bildirim sisteminden ne beklendiği, sınıflandırmanın yapılacak analizi nasıl kolaylaştıracağı.
2. *Kullanılabilir veri çeşidi:* Olay bildirim yapanlardan araştırma ve analiz yapması bekleniyor mu? Aksi durumda, olayın altında yatan sistem nedenleri hakkında yeterli bilgi elde etmek mümkün olmayacaktır.
3. *Kaynaklar:* Sınıflandırma sistemi ne kadar ayrıntılı ve özenli olursa, daha fazla uzmanlık gerekecek ve sistemin bakımı da daha masraflı olacaktır.

JCI tarafından hazırlanan bir rapora göre ise ideal bir sınıflandırma şu özellikleri içermelidir (Jerod ve Andrew, 2003):

1. Çok çeşitli sağlık hizmetleri ortamlarında geniş ve çeşitli hasta güvenliği konularını ve endişelerini ele almalıdır.
2. Sağlık sistemleri için önemli olan yüksek öncelikli hasta güvenliği veri unsurlarını tanımlamalıdır.

3. Tıbbi yönetimin neyi, nerede ve nasıl yanlış gittiğine, tıbbi olayların nedenlerinin ortaya çıkmasına ve bunların sağlık hizmetlerindeki etkilerini iyileştirmek veya etkilerini iyileştirmek için hangi önleyici ve düzeltici stratejiler geliştirilebileceğine dair bilgileri sınıflandırmalıdır.
4. Katkıda bulunan faktörler ile olumsuz olaylara yol açan hata ve sistem hataları arasında anlamlı ve kapsamlı bir bağlantı sağlamalıdır.
5. Halk sağlığı düzeyinde ramak kala ve istenmeyen olayların izlenmesini, bildirilmesini ve araştırılmasını kolaylaştırarak toplanan verilerin birleştirilmesine ve izlenmesine olanak sağlamalıdır.

Türkiye’de istenmeyen olayların bildirilmesi amacıyla başlatılan çalışma sonucunda SB., ulusal çapta ilk defa 2016 yılında tamamen gönüllük esasına dayalı OBS’yi hayata geçirmiştir (SB, 2017). Bakanlık ayrıca, hastanelerde 2016 ve 2017 yıllarında meydana gelen istenmeyen olayları ilk defa yıllık raporlar halinde internet ortamında paylaşmıştır (SB, 2017, 2018). SB, OBS’nin işletilebilmesi için istenmeyen olay sınıflandırmasını aşağıda belirtilen başlıklar altında toplamıştır (SB, 2019):

- İlaç güvenliği
- Laboratuvar güvenliği
- Cerrahi güvenlik
- Hasta güvenliği
- Çalışan güvenliği

SB, ilk dört başlık altında OB almayı sürdürmektedir. Çalışan güvenliği kapsamında ise Bakanlığın çalışmaları devam etmektedir.

2.2.4. Olay Bildirimlerinin Analizi

OBS’lerce elde edilen verilerin analizi yapılmadıkça toplanan verilerin bir değeri olmayacaktır. Olay bildiriminde nihai amaç, hastanın zarar görmesini azaltmak ya da hiç zarar görmemesini sağlayabilmek için elde edilen verilerin analiz edilerek, hataların giderilmesine yardımcı olacak sistemin geliştirilmesine kılavuzluk etmektir. Kurumsal düzeyde, elde edilen olay bildirimlerinin bu anlamda soruşturulması ve paydaşların görüşlerinin alınması ile sistemin tasarlanmasındaki hataların belirlenmesi

gerekmektedir. Ulusal OBS'ler, ülke genelinde meydana gelen ve kendini tekrar eden sistem arızalarının giderilmesi için çok önemli olan, kurumsal düzeyde bilgileri toplayacak ve analiz edilecek biçimde tasarlanmış olmalıdır (WHO, 2005). Sağlık Bakanlığı da yayınlamış olduğu OBS istatistik raporlarında, elde edilen olay bildirimlerinin analiz edilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması konusunda, "*Raporları analiz ederek ve değerlendirerek istenmeyen olayları önlemeye yönelik ulusal stratejileri ve kurumsal düzeydeki iyileştirme faaliyetlerini belirlemek*" bir amaç olarak ortaya konulmuştur (SB, 2018).

2.3. HASTA GÜVENLİĞİNDE OLAY BİLDİRİMLERİNİN ROLÜ

Her yıl sağlık hizmet sunumu esnasında meydana gelen istenmeyen olaylar nedeniyle on milyonlarca insanın zarar gördüğü ve bu olayların on milyarlarca dolar maddi kayba yol açtığı göz önüne alındığında sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının ne kadar önemli olduğu anlaşılacaktır. İstenmeyen olayların önlenmesinin, hem hastalara verilecek zararın önüne geçilmesi ve hem de kaynakların israf edilmemesi anlamında, oldukça önemli olduğu görülmektedir. İstenmeyen olayların önlenmesinin ise, öncelikle bu olayların tanımlanması, bildirilmesi ve onlardan ders alınması ile mümkün olacağı açıktır. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması hastaya güvenli sağlık hizmeti sunmanın ilk adımını oluşturmaktadır (Akalin, 2005). Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların bildirilmesi, hastaya zarar vermeden sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için sağlık çalışanlarının hasta güvenlik kültürü sorumluluğuna sahip olması gerektiği ifade edilmektedir (Altındış, 2010; Dursun vd., 2010; Vural vd., 2014).

Sağlık hizmetleri sektörü, insan odaklı olmak zorunda olan ve hizmetini *sıfır hata* prensibi ile yapması gereken, bununla birlikte bünyesinde yüksek risk faktörleri barındıran bir sektördür. Bu nedenle hasta güvenliğinin sağlanması başta olmak üzere, çalışan güvenliği, tıp etiği ve hasta hakları kavramlarının önem kazandığı görülmektedir (Aksay vd., 2012). Bu kapsamda, hastaya uygulanacak prosedürle ilgili olarak onun anlayabileceği şekilde bilgi verilmesi, bu prosedürün süresi, başarı şansı ya da hastanın sağlığı açısından oluşabilecek riskler konusunda aydınlatılması ve bunun onam belgesi ile hastaya tebliğ edilmesi gerekmektedir. Hastanın tedaviyi reddetmesi durumunda oluşabilecek sonuçlar ve risklerin de onam belgesinde yer alması önemlidir. Bu hususlar Hasta Hakları Yönetmeliğinde şu şekilde yer almaktadır (Polat ve Pakiş, 2011):

“Hastaya; hastalığın muhtemel nedenleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir” (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hasta ile hekim arasında var olduğu kabul edilen vekalet sözleşmesi ile hekim, hastanın sağlığının korunması ve geliştirilmesi için gereken bütün özeni ve sadakati gösterme konusunda söz vermiş olmaktadır. Hastanın hayatını kaybetmesi durumunda ya da sağlığının bozulmasını sonuç veren istenmeyen olay nedeniyle hekim, Tük Ceza Kanunu gereğince 3 aydan 6 seneye kadar cezalandırılabilen, hekimlik mesleği icrasından da yoksun bırakılabilmektedir. İstenmeyen olaylar nedeniyle dava konusu edilen ve en sık karşılaşılan durumun, hekimin bir ihmalinin bulunduğu ya da gerekli tedavinin hastaya verilmediği durumlar olduğu ifade edilmektedir (Polat ve Pakiş, 2011).

Olay bildirim sistemlerinin tesis edilmesi ve etkin bir şekilde işletilmesi hem hasta haklarının korunması hem de haksız bir şekilde sağlık çalışanının suçlanmasının engellenmesi için önemli bir unsurdur. Çünkü, hastanelerde meydana gelen istenmeyen olaylarda sağlık çalışanının hatasının ortaya konulmasına çalışılmakta, ancak sağlık çalışanında somutlaşan hataların olası gizil nedenlerinin genellikle dikkatlerden kaçtığı görülmektedir. Meydana gelen olayların araştırılmasında gizil nedenlerin ortaya çıkarılarak analiz edilmesi, bilgilerin toplanarak rapor edilmesi ve elde edilecek sonuçların bu hata kaynaklarının ortadan kaldırılması için kullanılması gerekmektedir (Polat ve Pakiş, 2011). Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin bütün iyileştirme ve geliştirme çabalarına ilaveten, hasta ve sağlık çalışanının haklarının güvence altına alınabilmesi için OBS'nin sağlık kurumları için oldukça önemli ve gerekli olduğu göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

2.3.1. Olay Bildirimi ve Öğrenme Kültürü

Birçok kurum, olay bildirimini ve örgütsel öğrenme için kilit bir süreç olarak OBS'ye güvenmektedir. Olay bildirimini, bir olayın gerçekleşmesini beklemek yerine, çalışanların ramak kala ve istenmeyen olaylara ilişkin bildirimlerinden elde edilecek verilerle, öğrenmenin sağlanabileceği varsayımına dayanmaktadır (Sujan, 2015).

Hasta güvenliği, önleyici eylemi ve öğrenmeyi teşvik edecek şekilde risk kaynaklarını ve nedenlerini tanımlayan bir dizi geçerli olay bildirimini, analitik ve soruşturma aracı olmadan geliştirilemez. Sağlık kuruluşlarının, sıklıkla hatalarından ders almayı başaramadıkları görülmektedir. Ne sağlık hizmet sağlayıcılarının ne de sağlık yönetimlerinin, bir aksilik ortaya çıktığında başkalarına tavsiyede bulunmadığı ve öğrendiklerini paylaşmadıklarına şahit olunmaktadır. Sonuç olarak, aynı hatalar tekrarlanmakta ve hastalar önlenemez hatalardan dolayı zarar görmeye devam etmektedir. OBS'ler, sağlık kuruluşları içinde, bölgesel ve ulusal olarak hasta güvenliği sorunlarını tanımlamaya yardımcı olmak, kurumsal ve sistem öğrenimi kapsamında veri sağlamak için önemli bir araç olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sistemlerin temel rolü, sağlık sisteminin başarısızlıklarından ders alarak hasta güvenliğini arttırmaktır. Sonuçta, değişime yol açan ve sorunların tespitine cevap olarak alınan eylemdir. Olay bildirimini herhangi bir sistem hatasını tespit etmek için kendi başına güvenliği arttırmadığına dikkat etmek gerekir. Değişime yol açan, OBS bildirimlerine verilen cevaplar ve gerçekleştirilen eylemlerdir. Olay bildirimini, riskleri, tehlikeleri ve olayları tespit etmenin temel bir yolu olmasına rağmen, kendi başına tüm risk kaynakları ve hasta zararları hakkında tam bir fikir veremez. Bu nedenle, olay bildirim sistemleri ile birlikte, tıbbi kayıtların denetimi, olay incelemelerinin bulgularının havuzlanması ve analizi, proaktif risk değerlendirme araçları ve hata tanımlama ve iyileştirme için gözlem araçları gibi yöntemler içeren çok yönlü bir yaklaşıma ihtiyaç vardır (WHO, 2007).

Olay bildirimini öğrenme için kritik olduğu ve hasta güvenliğini artırmak için sürekli öğrenmenin vazgeçilmez olduğu vurgulanmaktadır. Olay bildirimini amacı örgütsel öğrenmeye katkıda bulunmak, çalışmaların ters gittiği temel koşulların giderilmesini amaçlayan sistemik değişiklikler yapılarak meydana gelen hatanın önlenmesine yardımcı olmaktır. Bu, güvenli uygulamalara ışık tutabilecek (ve koşulların iyileştirilmesine yardımcı olacak) herhangi bir olayın, prensip olarak, bildirilmeye ve soruşturmaya değer olduğu anlamına gelir (Dekker, 2007).

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen istenmeyen olayların tanımlanması, bu olaylar nedeniyle hastaların zarar görmesinin engellenmesi, kurumda buna benzer olayların tamamen ortadan kaldırılması ya da azaltılması, ancak olayların bildirilmesi ve bunların analizi ile mümkündür (İntepeler ve Dursun, 2012). Olay bildirim sistemleri bu anlamda, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların azaltılması ve gerekli güvenlik tedbirlerinin alınabilmesi için vazgeçilmez bir gerekliliktir (Kohn vd., 1999). Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin artırılması için OBS'lerin önemli bir rolü olduğu yadsınamaz bir gerçektir (Çakmak vd., 2018).

Sağlık hizmetleri paydaşlarının birlikte gayret göstermek suretiyle, istenmeyen olaylara neden olabilecek ahlaki, bilimsel, hukuki, pratik ve tıbbi eksiklerden kaynaklı sorunları ortadan kaldırmaya özen göstermelidir. Bu amaca ise ancak, kurumda yaygın ve zengin bir olay bildirim kültürünün teşvik edilmesi, olay bildirimlerinin doğru ve ayrıntılı olarak kaydedilmesi ve paydaşların bu kayıtlara kolayca ulaşabilmeleri ile mümkün olacaktır (Barach ve Small, 2000).

İstenmeyen olayları bildirmenin temel nedeni, hasta güvenliğini arttırmak için meydana gelen olayları hiç yaşanmamış gibi davranmak yerine, meydana gelen ramak kala ve istenmeyen olaylardan örgütsel öğrenme yoluyla güvenliğin arttırılabileceği inancıdır. 1990'lı yıllardan beri, sağlık hizmetlerinde meydana gelen istenmeyen olayların minimum seviyeye indirilmesi konusunda hastane sistemlerinin geliştirilmesi için veri toplanmasının gerekliliği ifade edilmektedir. Olayların bildirilerek meydana gelen hataların ve bunlara neden olan faktörlerin daha iyi anlaşılmasının önemi vurgulanmaktadır. Uluslararası anlamda DSÖ de, etkili bir OBS'nin kurulması için yıllardır çalışmalar yürütmektedir (Mahajan, 2010).

Sağlık çalışanlarının OB yapmalarındaki önemli bir motivasyon unsurunun, çalışanların kurumlarında olumlu bir güvenlik kültürü olduğunu düşünmeleri ve OB'nin hasta ve çalışan güvenliğine olumlu katkı sağlaması olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, raporlamanın hem personel sayısı hem de deneyim seviyeleri açısından potansiyel olarak daha uygun personel düzenlemesi ile sonuçlanacağı düşünülürse, sağlık çalışanlarının OB konusunda daha motive olacakları ifade edilmektedir (Gifford ve Anderson, 2010). Yapılan bir çalışmada hasta hizmetleri konusunda yardım alma, hatalardan öğrenme ve etik yükümlülüklerin OB konusunda motive edici unsurlar olduğu belirtilmektedir (Rashed ve Hamdan, 2019). OB prosedürlerinin açık ve anlaşılır olması,

OB ile ilgili geri bildirim verilmesi, kimliğinin gizli kalması konusunda OBS'ye duyulan güven (Pfeiffer vd., 2013), sağlık çalışanlarını olumlu anlamda OB yapmaya teşvik etmektedir. Buna karşın OB yapmanın kişinin işinin bir parçası olmadığı inancı, OBS'nin hasta güvenliğini geliştirmeye katkısının olmayacağı düşüncesi, hangi olayların bildirileceği konusundaki kafa karışıklığı, OBS'nin kullanıcı dostu olmaması vb. birçok husus da sağlık çalışanlarının OB yapmalarında engel oluşturmaktadır (Pfeiffer vd., 2010).

2.3.2. Hatalardan Öğrenme

İstenmeyen olaylar, savunmasız sistemlerin sonuçları olarak görülebilir. Sonuçlar veya olaylar hakkında bilgi edinmeye ek olarak, sistemdeki güvenlik açıkları ve sağlık sistemlerini korumak ve güçlendirmek için olası çözümler hakkında bilgi edinmek çok yararlıdır (WHO, 2005).

Literatür incelendiğinde önceleri daha çok mühendislik ve kimya iş kolları için kullanılan ancak daha sonraları sağlık sektörü başta olmak üzere birçok alanda kullanılan özellikle riskli alanlarda belirlenmiş risklerin kontrolü ve bunların ortadan kaldırılması ya da etkilerinin azaltılması için uygulanacak çeşitli yöntemler olduğu görülmektedir. Bu yöntemler, Hata Türü ve Etkileri Analizi (HTEA) (Failure mode and effect analysis, FMEA), BOW TIE, Kök Neden Analizi (KNA) (Root cause analysis, RCA), Pareto Analizi, Balık Kılıçığı vb. sorun belirleme yaklaşımları, Altı-Sigma vb. şeklinde sıralanabilir (Aksay vd., 2012; Aydın, 2010).

İstenmeyen olayları önlemek ve hatalardan öğrenebilmek amacıyla HTEA gibi prospektif yöntemler kullanılabildiği gibi, Global Trigger Tool (GTT) denilen ve retrospektif bir analiz yöntemi olan araçlarla da istenmeyen olaylar ölçülebilmektedir. Bu kapsamda GTT yöntemiyle istenmeyen olay ölçümü açısından Türkiye'de ilk kez yapıldığı belirtilen ve bir üniversite hastanesinde bir yıllık süreyi kapsar şekilde bildirilen hasta güvenliği olaylarından elde edilen verilerin kullanıldığı araştırmada; bir dizi seçim kriteri kullanılarak, toplam 219 hasta kaydı seçilmiş ve daha sonra hasta kayıtlarının içeriğindeki pozitif tetikleyicileri araştırmak için eğitilmiş bir GTT ekibi tarafından incelenmiş, 1000 hasta günü başına istenmeyen olayların toplamının 80,72 olduğu, 100 başvuru başına 29,39 istenmeyen olay ve istenmeyen olaylarla kabul oranının ise

%16,67 olduğu tespit edilmiştir. Ancak araştırmacılar, GTT'nin içeriğinin, Türk sağlık sisteminde kullanılan standartlar ve belgelere göre daha yararlı olacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiğine vurgu yapmışlardır (Kurutkan vd., 2015).

Avrupa Komisyonunca hazırlanan bir rapora göre Avrupa Birliği ülkeleri genelinde kullanılan analiz yöntemleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. AB Ülkelerinde Kullanılan Hata Analiz Yöntemleri

Analiz Seviyesi	Analiz Modeli	Lokal/Bölgesel Analiz	Merkezi Düzey Analiz
Ardışık Analiz Modeli	5 Neden (5 Why)	Letonya (Bir hastanede)	
Epidemiyolojik Analiz Modeli	Kök Neden Analizi	Avusturya, Belçika, Kıbrıs, Çekya, Danimarka, Macaristan, İtalya, Letonya (Bir hastanede), Lüksemburg, Slovenya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık.	
	NITHA*	Lüksemburg	
	Alarm yöntemi	Belçika, Lüksemburg	
	PRISMA	Belçika, Danimarka, Letonya Bir hastanede), Lüksemburg ve İsveç	
Sistemik Analiz Modeli	Fonksiyonel rezonans analiz Modeli (Functional resonance analysis model)	Danimarka	
Diğer Modeller	Tanımlayıcı istatistikler	Macaristan ve İspanya	Danimarka, Macaristan İspanya
	Kümelenmiş Nitel Analiz	Danimarka, Macaristan (planlanmış), İspanya	Birleşik Krallık, Danimarka

*İsveç: İstenmeyen olay bildirimleri ve öğrenme için ulusal bilgi teknolojileri ve "kök neden analizi" yöntemini kullanmaktadır. Fransa: Farklı analiz yöntemleri kullanmaktadır.

(EU Commission, 2014).

2.3.2.1. Hata Türü ve Etkileri Analizi

Hasta güvenliği OBS'lerin çoğu istenmeyen olayları analiz etmeye odaklanır; herhangi bir öğrenme gerçekleşmeden önce yaralanma meydana gelmiştir. Daha ilerici sistemler, trajik bir sonuçla sonuçlanmayan bir olaydan öğrenme fırsatı veren ramak kala olayları analiz etmeye de odaklanır. Hizmet sunumunun güvenilirliğini sağlamak için hizmet süreçlerinin kontrol edilmesi, hata arama ve OBS'lerin oluşturulması ve uygun hata

analizlerinin yapılmasıyla birlikte düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca, ramak kala olaylar gerçekleşmeden önce güvenlik açıklarının proaktif olarak değerlendirilmesine izin veren sistemler de mevcuttur. Mühendislik topluluğu bu işlevi yerine getirmek için HTEA tekniğini kullanmıştır. HTEA, ürün üretim süreçlerine odaklanır ve her değişkenin bir ile on arasında puanlandığı üç değişkenli bir denklem aracılığıyla risk önceliği sayısının hesaplanmasını içerir (DeRosier vd., 2002).

HTEA, hizmet süreçlerinin geliştirilmesinde hata riskinin ortadan kaldırılmasını önceleyen bir tekniktir. Başarılı bir HTEA uygulamasıyla, her hatanın nedenlerini ve etkenlerini tespit eder, potansiyel hata ve kaynaklarını tanımlar, hatanın şiddeti ya da oluşma olasılığına göre, hataların önceliği ortaya konularak, hataların izlenmesi ve düzeltici faaliyetlerin yapılması sağlanır (Aydınlı, 2010). HTEA genellikle sistem analizinin ilk adımıdır. Hata türlerini, bunların nedenlerini ve etkilerini tanımlamak için mümkün olduğunca çok sayıda bileşen ve alt sistemi incelemeyi içerir. Her bileşen için, hata türleri ve bunların sistemin geri kalanındaki sonuç etkileri belirli bir HTEA çalışma sayfasına kaydedilir. HTEA prensipte ileri bir mantık analizidir; ancak, hata olasılığı ancak hata mekanizması anlaşılabilir tahmin edilebilir veya azaltılabilir (EU Commission, 2014).

Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olaylar, sağlık gibi kırılgan sistemlerin bir sonucu olarak görülebilir. Sonuçlar hakkında bilgi edinmeye ek olarak, sistemi güçlendirmek, bunun için muhtemel çözümleri ve sistemdeki güvenlik açıklarını öğrenmek oldukça faydalı olacaktır. HTEA, süreçteki kırılganlıkları tespit edebilmek amacıyla sıklıkla başvurulan proaktif bir yöntemdir. Analiz sistematik olarak sürecin her adımını tanımlayarak başlar ve hata türlerini araştırır, yani neyin yanlış gidebileceğini fark eder. Bir sonraki adım, hata türünün nasıl meydana gelebileceğini ve bu hatanın etkilerinin değerlendirilmesidir. HTEA, yeni bir süreci veya önerilen tasarım değişiklikleri için mevcut bir süreci değerlendirmek için kullanılan proaktif bir araçtır (WHO, 2005).

HTEA sürecinin temel yönleri: HTEA, bir sağlık hizmetleri sürecini proaktif olarak değerlendirmek için disiplinler arası bir ekip kullanan 5 adımlı bir süreçtir. Bunlar: 1. HTEA konusunu tanımlama, 2. Ekip oluşturma, 3. Süreci grafik olarak hazırlama, 4. Tehlike analizi yapma, 5. Eylemler ve sonuç önlemleri. Ekip, olası güvenlik açıklarını belirlemek ve değerlendirmek için süreç akış diyagramı, bir tehlike skoruması matrisi ve

HTEA karar ağacı kullanır. HTEA çalışma sayfası ekibin değerlendirmesini, önerilen eylemlerini ve sonuç ölçümlerini kaydetmek için kullanılır. HTEA, sistemin etkili bir şekilde çalışmasını ve sistemin başka bir yerine yeni güvenlik açıklarının girmemesini sağlamak için testler içerir (DeRosier vd., 2002).

2.3.2.2. Kök Neden Analizi

Hasta ve çalışan güvenliği programları, sağlık kuruluşlarında sürekli iyileştirmeye odaklanan kalite iyileştirme programlarının ve kalite birimlerinin bir parçasıdır. Hasta güvenliği, bu hizmetlerin neden olduğu yaralanma ve ölümleri gidermek için sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve tüm sistemin yeniden tasarlanmasıdır. Bununla birlikte çalışan güvenliği, çalışanların güvenli bir ortamda ve güvenli şartlarda çalışmasını amaçlayan ve sağlayan, çalışanların fiziksel veya ruhsal ve sosyal olarak iyi durumda olmaları için yapılan çalışmalarını nitelemek için kullanılır. Sağlık kuruluşlarında ramak kala ve vahim olaylar gibi istenmeyen olaylar meydana gelebilmektedir. Gerçekleşen bu olayların nedenlerini bulmak ve bu hataların tekrarlanmasını önlemek için kök neden analizinin yapılması gerekmektedir (Kaya, 2017).

Kök neden, belirli bir ürün sorunu için, düzeltildiğinde sorunun ortadan kalktığı ve geri gelmediği faktördür. KNA, süreç sorunlarımızın gerçek nedenlerine ulaşmak için sistematik bir yaklaşım, hataların veya sorunların temel nedenlerini tanımlamak için kullanılan bir problem çözme yöntemidir. Bir faktör, sorunlu hata dizisinden çıkarıldığında son olayın tekrarlanması önlenemiyorsa bu bir kök neden olarak kabul edilir. Nedensel bir faktörün ortadan kaldırılması sonuca fayda sağlayabilir ancak olayın tekrarlanmasını kesin olarak önlemez. KNA, hataların veya sorunların temel nedenlerini tanımlamak için kullanılan bir problem çözme yöntemidir (Rodriguez, 2016). KNA, meydana gelen hatalarda hataların çıkış noktasındaki asıl nedenin ne olduğunun tespitinde ve hataların tekrarlanmaması için alınacak tedbirlere yönelik çalışmaları kapsamaktadır (Kaya, 2017).

KNA, ilaç hatalarına katkıda bulunan faktörleri anlamak, bu hatalara katkıda bulunan sistem faktörlerini tanımlamak ve birey kaynaklı suçun ötesine geçmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bir hata oluştuğunda, sağlık kuruluşları hataya katkıda bulunan hem sistem hem de bireysel tüm faktörleri belirlemek için bir KNA gerçekleştirir. Bu,

gelecekteki ilaç hatalarının önlenmesi için sistemde uygun değişikliklerin yapılmasına izin verir (Dolansky vd., 2013).

2.3.3. Olay Bildirim Eğitimi

Sağlık çalışanlarının çalışmaya başlamasıyla birlikte oryantasyon eğitimine tabi tutularak bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması ve istenmeyen olayların önlenmesi açısından önemli bir unsurdur. Sağlık kurumunda meydana gelen istenmeyen olayların, eğitim ya da toplantılarda gündeme getirilmesi ve hangi tür olayların bildirilmesi gerektiğine dair bilgi çalışanlara bilgi verilmesi gerekmektedir. OB işleminin basitleştirilmesi ve OBS'nin daha kullanışlı hale getirilmesi, çalışanlara olay bildirimleri ve bunun sonucunda alınan önlem ve düzenlemelerle ilgili geri bildirim verilmesiyle çalışanların bu süreçlerden haberdar edilmesi önemlidir. Olay bildiriminde bildirim yapanın kimliğinin gizliliğinin sağlanması konusunda azami özen gösterilmesi ve çalışanlara OB konusunda verilecek eğitimlerin belirli periyotlarda tekrar edilmesi de sağlık yöneticilerinin planlaması gereken hususlar arasındadır (Kingston vd., 2004).

Türkiye'de yapılan bir doktora çalışmasında, malpraktis ve istenmeyen olaya yönelik eğitim alan hekimlerin oranının %30 olduğu, hekimlerin %88'inin ise OB'nin nasıl yapılacağını bilmediğini ortaya koymaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin malpraktis ve istenmeyen olay bilgi seviyelerinin yeterli olmadığı vurgusu yapılan çalışmada, olay bildirim yapmayı bilen hekimlerin malpraktis korkularının da düşük olduğu belirtilmektedir (Uğrak, 2019).

Diğer yandan, OBS'nin daha etkin kullanılması ve daha fazla olay bildirimini elde edilmesi için sağlık kurumları yöneticilerinin olay bildirimini iyileştiren şu stratejileri dikkate almalıdır (Alduais vd., 2014):

1. Hataları bildirmek için açık yönergeler ve prosedürler olmalıdır,
2. Formlar ve diğer belgeler açık ve anlaşılır olmalıdır,
3. Personel istenmeyen olayların bildirilmesi konusunda eğitilmelidir,
4. Personel her zaman istenmeyen olayların bildirmeye teşvik edilmelidir.

Hasta güvenliğinin geliştirilmesi hususunda önemli gelişmelerin olduğu görülmektedir. Bu kapsamda yapılan birçok çalışmada hasta güvenliğinin sağlanması adına prensipler ortaya koymaktadır. Jin ve Pepper (2002), çalışmasında bu prensipleri şu şekilde ifade etmektedir:

- ✓ Bütün yaralanmalar önlenir,
- ✓ Çalışanların sürece katılımı kaçınılmazdır,
- ✓ Güvenliğin sağlanmasından yönetim sorumludur,
- ✓ İş güvenliğinin sağlanması, istihdam edilmenin bir şartıdır,
- ✓ Bütün olay bildirimleri güvence altına alınmalıdır.
- ✓ Eğitim vazgeçilmezdir,
- ✓ Güvenlik çok önemli bir faaliyettir.

Hem hasta güvenliğinin sağlanması hem de sağlık hizmeti sağlayıcıları için olayların bildirilmesi konusunda eğitimlerin planlanması önemlidir. AB üyesi bazı ülkeler, olay bildiren tüm potansiyel kişiler için bir olay bildirim eğitim programının başlangıçtan beri kurulmuş olması gerektiğini ifade etmektedir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çeşitli eğitim düzenlemeleri bulunmaktadır. Tüm eğitim materyallerinin ve rehberliğin, kullanıcı geri bildirimlerine dayanarak ve sistemler geliştikçe güncellenmesi önemlidir (EU Commission, 2014).

Hastaların güvenliğini geliştirmek, üç tamamlayıcı eylemi içerir. Bunlar (WHO, 2004):

- ✓ İstenmeyen olayları önlemek,
- ✓ Bu olayları görünür kılmak ve
- ✓ Meydana geldiklerinde etkilerini hafifletmek.

Bu eylemlerin yerine getirilmesi ise şunları gerektirir:

- ✓ Daha iyi olay bildirim sistemleri, olayların ustaca araştırılması ve verilerin sorumlu bir şekilde paylaşılması yoluyla hatalardan öğrenme yeteneğinin artırılması,
- ✓ Hataları öngörme ve olumsuz bir olaya yol açabilecek sistemik zayıflıkları araştırma kapasitesi,
- ✓ Sağlık sektörü içinde ve dışında mevcut bilgi kaynaklarını belirlemek,
- ✓ Sağlık hizmeti sunum sisteminin kendisindeki gelişmeler.

DSÖ, bireysel veya örgütsel suçlu aramak yerine sistem ve insan kaynaklı hataların önlenmesine ve düzeltilmesine yardımcı olan olay bildirim mekanizmalarıyla istenmeyen olaylarla başa çıkmak için cezalandırıcı olmayan bir güvenlik kültürüne sahip olmanın çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bunun nasıl yapılacağı ile ilgili olarak atılması gereken ilk adımın ise, sağlık çalışanlarının, hasta güvenliği kavramı, iş birliği içinde çalışma ve günlük işlerin nasıl yürütülmesi gerektiği konusunda eğitilmesi olduğu ifade edilmektedir (WHO, 2011). DSÖ'ye göre, hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde eğitim ve öğretimin tam bir rol oynaması için yeni yaklaşımlar geliştirilmesi, hasta güvenliği ile ilgili kavramların sağlık hizmetleri paydaşlarıncı öğrenilmesi ve öğretilmesi gerekmektedir. (Ünal, 2016; WHO, 2011).

Türkiye'de gerçekleştirilen bir doktora çalışmasında, hekim ve hemşirelerin OBS ile ilgili olarak, elde edilen bildirimlerin çalışanlar ve sağlık yöneticileri için eğitici olması gerektiği ve bildirim yapılan olayların verilen eğitim sürecine dahil edilmesi gerektiğinin vurgulandığı, hasta güvenliği kapsamında uzaktan eğitim programına alınan hekim ve hemşirelerin OB oranındaki artışın dikkat çekici olduğu ifade edilmektedir Ünal (2016).

2.3.4. Hasta Güvenliği ve Teknolojinin İlişkisi

Hasta güvenliğinin geliştirilmesi çabalarına rağmen yapılan çalışmalar, yıllık 421 milyon hasta yatışına karşılık hastanelerde 42,7 milyon istenmeyen olayların meydana geldiğini ortaya koymaktadır (Jha vd., 2013). Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların ortadan kaldırılması ya da azaltılmasının önemli bir yönünü hasta güvenliğinin bileşenlerinden olan olay bildirim yapılması oluşturmaktadır (WHO, 2005). İstenmeyen olayların bildiriminde gelişen teknoloji ile birlikte farklı sistemler kullanıldığı görülmektedir. İnternetin yaygınlaşmasıyla birlikte halk sağlığı için özellikle mobil yazılım uygulamalarının kullanılmaya başlandığı görülmektedir (Freifeld vd., 2010)

Günümüzde sıklıkla kullanılan akıllı cihazlar ve telefonlar için geliştirilen bir olay bildirim programı kullanılarak yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının aylık OB oranlarında artış olduğu belirlenmiştir. Geliştirilen mobil cihaz yazılımı ile, sağlık çalışanları açısından OB engeli olarak görülen, bildirim yapmanın fazla zaman alması, OB sistemlerinin kullanışsız olması ve OB yapmayı unutmaya gibi sorunların önüne geçildiği ve bu sayede OB oranlarında artış sağlandığı ifade edilmektedir (Rubin vd., 2019).

Olay bildirimini için mobil uygulama kullanımı kapsamında yapılan bir diğer çalışmada, FDA'ya bir tıbbi cihaz ile ilgili olarak bildirimde bulunmanın yaklaşık 40 dakika sürdüğü ve geliştirilecek kullanıcı dostu uygulamalarla OB konusunda verimliliğin artırılabilceği ifade edilmektedir. Bu kapsamda FDA'nın, 2012 yılında, hastalar ve klinisyenler için ücretsiz, halka açık bir mobil istenmeyen olay bildirimini uygulaması olan *MedWatcher'* piyasaya sürdüğü görülmektedir. MedWatcher programı kullanılarak hastalar ve hekimler tıbbi cihaz, ilaç ve aşı gibi konularda istenmeyen OB yapabilmektedir. Bu uygulama, bir form doldurulmasını, bu formda bir e-postanın belirtilmesini ve bildirim yapılacak olayın tanımlanmasını zorunlu kılmakta, kullanıcılar yaptıkları bildirim sonucunda, olayın içeriği ve sağlık sunucularına durumun paylaşılması ile ilgili olarak bir e-posta onayı almaktadır (Bahk vd., 2015)

Günün teknolojilerine uygun olarak geliştirilen program ve mobil uygulamalarla birlikte, sağlık çalışanlarının daha fazla ve daha hızlı OB yapabilecekleri görülmektedir. Dolayısıyla, SB'nın ve Türkiye'deki sağlık kurumlarının da geliştirecekleri gelişmiş teknolojik yazılım, program ve uygulamalarla, sayı ve kapsamca daha fazla OB elde edebilecekleri değerlendirilmektedir.

3. BÖLÜM: GEREÇ ve YÖNTEM

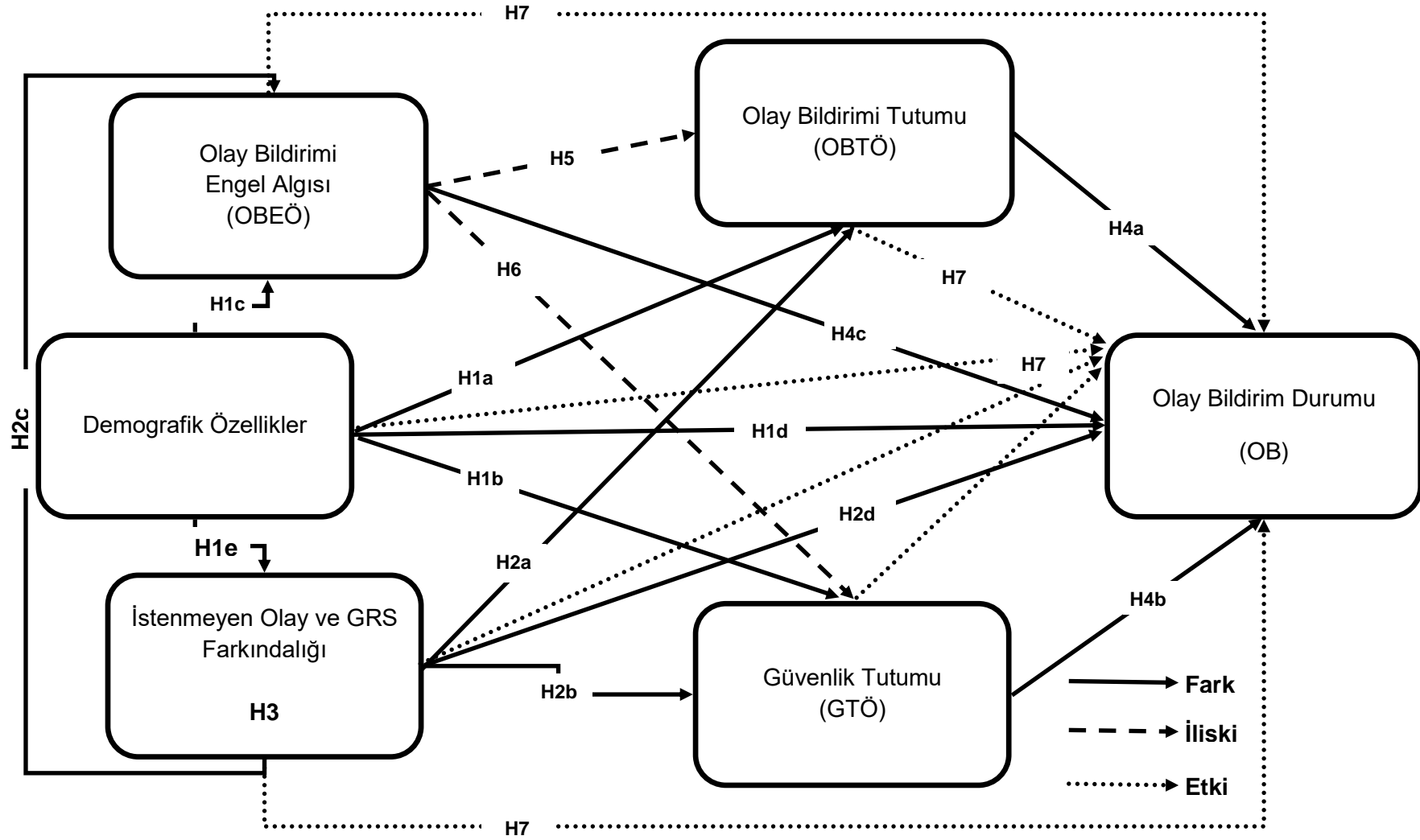
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ

Bu çalışmada temel amaç, hasta güvenliğinin ve sağlık hizmet sunumu kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlanması kapsamında, sağlık çalışanlarının olay bildirim durumlarına etki eden durumların ortaya konulmasıdır. Sağlık çalışanlarının herhangi bir şekilde dahil ya da tanık oldukları istenmeyen olayların bildirilmesinde nasıl bir tutum içinde bulduklarının belirlenmesi ve güvenlik tutumlarının ortaya konulması, DSÖ ve SB'nin yayınlarında belirttiği gibi, çalışanların olay bildirim sistemleri ve olay bildirim farkındalıklarının ortaya konulması da çalışmanın diğer amaçları arasındadır.

Çalışmayla elde edilecek sonuçların, sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürü oluşturtulmasına yönelik politikaların üretilmesine ve geliştirilecek politikalarla OBS ve OB farkındalığının yükseltilmesine katkı sağlanacağı değerlendirilmektedir. Dolayısıyla, olay bildirim engel algılarının azaltılması ya da ortadan kaldırılması ile istenmeyen OB oranının yükseltilmesinin sağlanabileceği, yapılan olay bildirimleri sonucu elde edilen verilerinin iyi bir şekilde analiz edilmesi ve düzeltici/iyileştirici tedbirlerin alınması ile sağlık hizmeti sunum süreçlerinin geliştirilmesi ve süreçlerin standardize edilmesine katkı sağlanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada kullanılan olay bildirim tutum ölçeğinin (OBTÖ) ve literatürden elde edilen ifadelerden oluşturulan olay bildirim engel algıları ölçeğinin (OBEÖ) Türkçe'ye uyarlanarak ilk defa kullanılacak olmasının çalışmaya bir özgün nitelik sağlayacağı, ulusal ve uluslararası literatüre önemli katkılar sağlayacağı değerlendirilmektedir. Çalışmada kullanılan her üç ölçeğin birlikte kullanılmasıyla beraber, sağlık çalışanlarının OB durumlarına etki eden faktörlerin belirlenmesi, OBS ve OB farkındalıklarının güncel olarak değerlendirilmiş olması çalışmanın önemini artırmaktadır.

Çalışmada ele alınan değişkenler ve bu kapsamda oluşturulan hipotezler çerçevesinde oluşturulan model Şekil 10'da gösterilmiştir.



Şekil 10. Araştırmanın Modeli

Sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildiriminde hangi durumların kendileri için engel olarak algıladıkları ve bu olayların bildiriminde nasıl bir tutum içerisinde buldukları ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada nihai bağımlı değişken katılımcıların *istenmeyen olay bildirim durumları* olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda, olay bildirim tutumu ölçeği, güvenlik tutumu ölçeği ve olay bildirim engel algıları ölçeği ile OBS ve OB farkındalıkları bağımsız değişkenler olarak araştırmaya dahil edilmiştir. Yine katılımcıların demografik özellikleri de çalışmada bağımsız değişken olarak ele alınmıştır (Şekil 10).

Bu kapsamda, çalışmanın modeli değişkenleri arasındaki çalışma kapsamında oluşturulan problem cümlesi ve hipotezleri müteakiben verilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLESİ ve HİPOTEZLERİ

Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları, güvenlik tutumları ve olay bildirim engel algıları ile demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğretim düzeyi, meslek, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, mesleki görev süresi, çalışılan bölüm ve bölümdeki görev süresi), istenmeyen olay ve olay bildirimi farkındalığı (Olay bildirimi eğitimi alma, olaya tanık olma, olaya dahil olma) Olay bildirim sistemi (OBS) farkındalığı, olay bildirimi yapma bilgisi ve olay bildirim durumlarına göre farklılık göstermekte midir? sorusu çalışmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

Çalışmanın amacına ulaşmak ve bu amaç doğrultusunda geliştirilmiş problem cümlesine cevap bulmak için test edilecek hipotezler şunlardır:

H1: Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre;

H1a. Olay bildirimi tutumları,

H1b. Güvenlik tutumları,

H1c. Olay bildirimi engel algıları,

H1d. Olay bildirim durumları,

H1e. Olay bildirimi farkındalıkları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H2: Sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirimi farkındalıklarına göre;

H2a. Olay bildirimi tutumları,

H2b. Güvenlik tutumları,

H2c. Olay bildirimini engel algıları,

H2d. Olay bildirimini durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H3: Sağlık çalışanlarının olay bildirimini eğitimi alma durumlarına göre, olay bildirimini farkındalıkları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H4: Sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirim durumları;

H4a. Olay bildirimini tutumlarına,

H4b. Güvenlik tutumlarına,

H4c. Olay bildirimini engel algılarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H5. Sağlık çalışanlarının olay bildirimini engel algıları ile olay bildirimini tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

H6: Sağlık çalışanlarının olay bildirimini engel algıları ile güvenlik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

H7: Sağlık çalışanlarının demografik özellikleri, istenmeyen olay ve OBS farkındalıkları, olay bildirimini tutumları, güvenlik tutumları ve olay bildirimini engel algıları, çalışanların istenmeyen olay bildirimleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

3.3. EVREN ve ÖRNEKLEM

Çalışma Ankara'da bir dal hastanesi olarak hizmet veren 420 yataklı Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Hastane, 1990 yılında kurulmuş, 2004 yılında "SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi" ve 2005 yılında "Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi" ismi ile faaliyetlerini sürdürmüştür. 2008 yılında bu yana da "Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi" ismi ile hizmet vermektedir (EZH., 2020).

Çalışmanın evrenini Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli (Sağlık Teknisyeni/Teknikeri) oluşturmaktadır. Hastanede toplam 205 hekim, 158 hemşire, 222

ebe ve 105 diğer sağlık çalışanı olmak üzere 690 personel görev yapmaktadır. Evrenin belirli olduğu durumlarda kullanılan örneklem belirleme formülü kullanılarak yapılan örneklem hesabında 690 kişilik evren için %95'lik güven düzeyinde örneklem sayısının 247 olması gerektiği belirlenmiştir:

$$n = \frac{N \times p \times q \times Z^2}{[(N-1) \times t^2] + (p \times q \times Z^2)} = \frac{690 \times 0,5 \times 0,5 \times 1,96^2}{[(690-1) \times 0,05^2] + (0,5 \times 0,5 \times 1,96^2)} = 247$$

Formülde n örneklem sayısını, N evren sayısını, p incelenen özelliğin gerçekleşme olasılığını, q incelenen özelliğin gerçekleşmeme olasılığını, Z güven düzeyine göre t tablosu teorik değerini ve t kabul edilebilir hata oranını ifade etmektedir.

3.3.1. Kota Örneklem

Kota örneklem, tabakalı örneklem yönteminin tesadüfi olmayan biçimidir. Evrenin özelliklerinin belirlediğine inanılan belli değişkenler dikkate alınarak, örnek kütle oluşturulması hedeflenir (Altunışık vd., 2012). Yani ana kütlede var olan özelliğin oranı, örneklem aynı oranda geçmelidir (Bayram, 2010). Olasılıksız örneklem yöntemleri içinde diğerlerine oranla evreni temsil gücü daha yüksek olan bir yöntemdir. Bu yöntemde evren tabakalara bölünür ve örneklem seçilecek katılımcılar rastlantısal olmayan yöntemlerle belirlenir (Erdoğan vd., 2015).

Çalışma katılımcılarının hekim, ebe, hemşire ve diğer sağlık personelinden oluşması ve grupların kendi aralarında gerçek bir farklılık bulunması nedeniyle kota örneklem yönteminin kullanılması tercih edilmiştir. Uygulamada öncelikle elemanlar meslek gruplarına göre tabakalara ayrılmış, sonra her tabakadan yeteri kadar eleman rastgele yöntemle belirlenmiştir. Çalışmada tabakaların evren içindeki oranları korunarak katılımcı sayısının mümkün olduğunca fazla olmasına önem verilmiştir. Kota örneklem kapsamında hesaplanarak çalışmaya dahil edilen katılımcı sayısı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Araştırma Evreni ve Örneklem Hesaplaması

Tabaka Nu	Tabaka Adı	Tabakanın Evrendeki Sayısı	Tabakanın Evrendeki Oranı	Örneklem Giren Katılımcı Sayısı	Tabakanın Örneklemdeki Oranı	Erişilen Katılımcı Sayısı
1	Hekim	205	205/690=%29,71	292x0,297= 87	87/292=%29,79	87
2	Hemşire	158	158/690=%22,90	292x0,229= 67	67/292=%22,95	67
3	Ebe	222	222/690=%32,17	292x0,322= 94	94/292=%32,19	94
4	Diğer Sağlık Personeli	105	105/690=%15,22	292x0,152= 44	44/292=%15,07	44
TOPLAM	4 tabaka	690	%100	292	%100	292

Çalışma süresince 05 Şubat 2018 - 05 Nisan 2018 tarihleri arasında katılımcılarla gönüllülük esasına dayalı olarak anket uygulaması yapılmıştır. Hesaplanan örneklem dahilinde hastanede görev yapan hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeline anket dağıtılmıştır. Belirlenen örneklem sayısına ulaşıldıktan sonra, kota örnekleme kapsamında belirlenen tabaka oranlarına sadık kalmak koşuluyla anket toplanmaya devam edilmiştir. Kota örnekleme kapsamında tabakalar arasındaki oranların korunduğu 292 adet anket ile çalışmaya devam edilmiş olup, toplanan anket sayısının evrenin %42,32'sine tekabül ettiği görülmüştür. Mevcut anket sayısının hesaplanan örneklem sayısından (n=247) %18,21 daha fazla olması nedeniyle araştırma örnekleminin evreni temsil ettiği değerlendirilmiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Çalışmada kullanılan anket beş bölümden oluşmaktadır (Ek 1). Anketin birinci bölümü katılımcıların (hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli) demografik özelliklerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Anketin ikinci bölümünde katılımcıların OB ve OBS konusunda farkındalıkları ve olay bildirim durumlarını ortaya koyan sorular yer almaktadır.

Anketin üçüncü bölümünde katılımcıların istenmeyen olay bildirim tutumlarını belirlemeye yönelik olan Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ), dördüncü bölümde katılımcıların güvenlik tutumlarını belirlemek için Güvenlik Tutumu Ölçeği (GTÖ), anketin beşinci bölümünde ise katılımcıların istenmeyen olay bildirim engel algılarını ortaya

koyması amacıyla Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği (OBEÖ) kullanılmıştır. Anketin tüm bölümlerine ait genel bilgi Tablo 9'da verilmiştir.

Anket formunda kullanılan ölçeklere ilişkin gerekli izinler, ilgili kişilerle e-mail yolu ile iletişime geçilerek alınmıştır (Ek 2). Anketin üçüncü bölümünde yer alan GTÖ, Kaya vd. (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmış haliyle kullanılmıştır. Anketin üçüncü ve dördüncü bölümünde yer alan OBTÖ ve OBEÖ ifadelerinin Türkçe diline çevirisinde geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Orijinal ölçeklere ait ifadeler hem Türkçe'ye hem de İngilizce'ye hâkim bir akademisyen tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmiş hali, hem Türkçe'ye hem de İngilizce'ye hâkim ikinci bir akademisyen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Anketlerin orijinal hali ve çevirileri, çevirmenlerin ve araştırmacının bir araya gelerek çevirinin uygunluğu değerlendirilmiştir. Son olarak çevrilmiş anketin dilsel ve kültürel olarak aynı anlamı vermesi için gerekli son düzeltmeler yapılmıştır. Çevrilmiş ölçek ifadelerinin orijinaline uyumlu olarak Türkçe diline uyumlu olduğu ve ölçeklerin dil geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir.

Bu çalışma kapsamında kullanılan her üç ölçek için gerçekleştirilen geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine "3.7.3. Araştırma Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri" bölümünde yer verilmiştir.

Tablo 9. Anket Bölümlerine Ait Genel Bilgi ve Cevap Skalası

Bölüm		Soru Sayısı	Cevap Skalası
I. Bölüm	Kişisel ve demografik Bilgiler	10	Sorulara bağlı olarak değişmektedir
II. Bölüm	Olay Bildirimi ile ilgili Farkındalık ve Olay Bildirimi Durumu	6	Sorulara bağlı olarak değişmektedir
III. Bölüm	Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği	25	(1) Hiç Katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Katılıyorum (4) Tamamen Katılıyorum
IV. Bölüm	Güvenlik Tutumu Ölçeği	30	(1) Hiç Katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kararsızım (4) Katılıyorum (5) Tamamen Katılıyorum
V. Bölüm	Olay Bildirimi Engel Algıları Ölçeği	10	(1) Hiç Katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kararsızım (4) Katılıyorum (5) Tamamen Katılıyorum (10.Soru açık uçlu olarak sorulmuştur)

3.4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Anketin birinci (I.) bölümünde, sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, öğretim düzeyi, meslek, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, mesleki tecrübe yılı, çalışılan bölüm ve çalışılan bölümdeki görev yılını belirlemeye yönelik 10 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Olay Bildirim Farkındalığı ve Olay Bildirim Durumu

Anketin ikinci (II.) bölümünde sağlık çalışanlarının olay bildirim farkındalıklarının ve istenmeyen olay bildirim yapıp yapmadıklarının değerlendirilmesi için katılımcılara toplam altı soru yöneltilmiştir. İlk dört soru/ifade evet/hayır tipinde sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular:

- Bugüne kadar olay bildirimini ile ilgili hiç eğitim aldınız mı?
- Mesleğinizi icra ederken son 12 ayda bildirilmesi gereken bir olaya dâhil oldunuz mu?
- Mesleğinizi icra ederken son 12 ayda bildirilmesi gereken bir olaya tanık oldunuz mu?
- Son 12 ayda herhangi bir olay bildirimini yaptınız mı? şeklindedir.

Katılımcıların “*Son 12 ayda herhangi bir olay bildirimini yaptınız mı*” sorusuna vermiş olduğu cevaplardan elde edilen “*olay bildirimini yapma durumu*” değişkeni çalışmanın nihai bağımlı değişkeni olarak kullanılmıştır.

Katılımcılara yöneltilen son iki ifade sağlık çalışanlarının olay bildirim sistemlerinin varlığından haberdar olma (OBS farkındalığı) ve olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumunun değerlendirilmesi (OBS kullanım bilgisi) için sorulmuş 5’li likert tipi (1=Hiç katılmıyorum - 5=Tamamen katılıyorum) şeklindeki ifadelerdir. Bunlar:

- Hastanemde bir olay bildirim sistemi vardır (OBS farkındalığı).
- Olay bildirimini nasıl yapılacağını biliyorum (OBS kullanım bilgisi) şeklindedir.

Bu kapsamda katılımcıların her iki ifade için de almış oldukları yüksek ortalama puanları, olumlu OBS farkındalığının yüksek olması ve OBS’nin nasıl kullanılacağını bilmesi anlamına gelmektedir.

Bu bölümde (II.) yer alan ve katılımcıların “*olay bildirimini yapma durumu*”nun belirlenmesine yönelik ifade olan “*Son 12 ayda herhangi bir olay bildirimini yaptınız mı?*” dışındaki beş soru/ifade çalışma kapsamında olay bildirim farkındalığı başlığı altında değerlendirilmiştir.

3.4.3. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ)

Anketin üçüncü (III.) bölümünde yer alan OBTÖ, sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumlarının belirlenmesi amacıyla Wilson vd. (2008) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, Sun vd. (2014) tarafından Çince'ye, Litke vd. (2020) tarafından da Almanca'ya uyarlaması yapılmıştır. OBTÖ, Wilson vd. (2008)'den izin alınmak suretiyle Türkçe'ye uyarlaması yapılarak kullanılmıştır.

Ölçek orijinalinde kullanıldığı gibi 4'lü likert şeklinde, ancak araştırmada kullanılan diğer ölçeklerle yön bütünlüğünün sağlanması için, OBTÖ orijinal ölçeğin aksi istikametinde kodlamalar kullanılarak, 1=Hiç katılmıyorum, 4= Kesinlikle katılıyorum şeklinde tasarlanarak kullanılmıştır.

Wilson vd. (2008) araştırmasında 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25 ifadelerinin ters kodlandığı görülmektedir. Ancak bu çalışmanın geçerlilik, güvenilirlik ve diğer analizlerinin yapılarak orijinal ölçekle karşılaştırmalarının yapılabilmesi için Wilson vd. (2008) araştırmasının aksi istikametinde 1, 3, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 24 ifadeleri ters kodlanmıştır (Tablo 10). Dolayısıyla, OBTÖ'den elde edilecek yüksek skor, Wilson vd. (2008) araştırmasında olduğu gibi olumsuz olay bildirim tutumuna işaret etmektedir.

OBTÖ, *suçlama/ayıplama*, *olay bildirim kriterleri*, *meslektaş beklentisi*, *olay bildiriminin faydası*, *olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği* ölçek boyutları ve ifadelerin dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Olay Bildirimi Tutum Ölçeğinin Boyutları ve İfade Numaraları

Boyutlar	III. Bölüm İfade Numaraları
Suçlama (Ayıplama)	5, 7, 12, 18, 21, 23
Olay Bildirim Kriterleri	2, 3*, 10, 14, 15, 20
Meslektaş Beklentisi	6, 9*, 11*, 19, 22, 25
Olay Bildiriminin Faydası	1*, 4, 16*, 17*, 24*
Olay Bildirim Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği	8*, 13*

* Araştırmacı tarafından ters kodlanmıştır.

3.4.4. Güvenlik Tutumu Ölçeği (GTÖ)

Anketin dördüncü (IV.) bölümünde yer alan GTÖ, sağlık çalışanlarının güvenlik tutumlarının ölçülebilmesi amacıyla Sexton vd. (2006a) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Kaya vd. (2010) tarafından gerçekleştirilmiştir. Birçok dilde çevirisi yapılarak kullanılan ölçek 5'li likert şeklindedir ve çalışmada da bu şekliyle kullanılmıştır. GTÖ boyutları ve ifadelerin dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Güvenlik Tutum Ölçeğinin Boyutları ve İfade Numaraları

Boyutlar	IV. Bölüm İfade Numaraları
Ekip Çalışması İklimi	1, 2*, 3, 4, 5, 6
Güvenlik İklimi	7, 8, 9, 10*, 11, 12, 13
İş Doyumu	14, 15, 16, 17, 18
Stresin Kabulü	19, 20, 21, 22
Yönetime İlişkin Algılar	23, 24, 25, 26
Çalışma Koşulları	27, 28, 29, 30

*Ters kodlanmıştır.

GTÖ'den alınacak yüksek skor, katılımcıların yüksek güvenlik tutumuna işaret etmektedir.

3.4.5. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği (OBEÖ)

Anketin beşinci (V.) bölümünde yer alan OBEÖ, sağlık çalışanlarının olay bildiriminde karşılaştıkları engel algılarını ortaya konulması amacıyla uygulanmıştır. Bu ölçek, literatür araştırması sonucunda Tablo 12'de gösterilen araştırmalardan elde edilen ifadeler kullanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

Tablo 12. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği İfadelerinin Yer Aldığı Çalışmalar

V. Bölüm İfadeleri	Yer Aldığı Çalışma
1. Olay bildirimini yapmak ekstra zaman gerektiriyor	Alduais vd. (2014), Evans vd. (2006), Merchant ve Gully (2005), Uribe vd. (2002), Wu vd. (2008), Wakefield vd. (1996), Coyle vd. (2005)
2. Olay bildirimini kimin yapması gerektiğini bilmiyorum.	Alduais vd. (2014), Evans vd. (2006), Vincent vd. (1999), Merchant ve Gully (2005), Schectman ve Plews-Ogan (2006), Waring (2005),
3. Olay bildirimini konusunda arkadaşlarımdan yeterli desteği göremiyorum	Evans vd. (2006), Vincent vd. (1999), Merchant ve Gully (2005), Schectman ve Plews-Ogan (2006)
4. Olay bildirimimde kişisel bilgilerim gizli kalmaz.	Alduais vd. (2014), Evans vd. (2006), Merchant ve Gully (2005), Schectman ve Plews-Ogan (2006), Kingston vd. (2004), Beasley vd. (2004), Wu vd. (2008), Karsh vd. (2006)
5. Ayıplanmaktan korkuyorum.	Alduais vd. (2014), Evans vd. (2006), Merchant ve Gully (2005), Schectman ve Plews-Ogan (2006), Uribe vd. (2002), Kingston vd. (2004), Beasley vd. (2004), Waring (2005), Karsh vd. (2006), Wakefield vd. (1996), Coyle vd. (2005)
6. Cezalandırılmaktan korkuyorum.	Alduais vd. (2014), Evans vd. (2006), Vincent vd. (1999), Merchant ve Gully (2005), Schectman ve Plews-Ogan (2006), Beasley vd. (2004), Wakefield vd. (1999), Waring (2005), Kingston vd. (2004).
7. Olay bildirimini sistemleri yetersiz.	Alduais vd. (2014), Merchant ve Gully (2005), Schectman ve Plews-Ogan (2006), Uribe vd. (2002), Beasley vd. (2004).
8. Olay bildirimini formunu doldurmada zorluklar var.	Alduais vd. (2014), Evans vd. (2006), Merchant ve Gully (2005), Schectman ve Plews-Ogan (2006), Uribe vd. (2002), Beasley vd. (2004).
9. Olay bildiriminin faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım.	Alduais vd. (2014), Evans vd. (2006), Vincent vd. (1999), Merchant ve Gully (2005), Schectman ve Plews-Ogan (2006), Kingston vd. (2004), Uribe vd. (2002), Beasley vd. (2004), Waring (2005), Wu vd. (2008), Coyle vd. (2005).

Ölçeğe verilecek cevaplar çalışmada kullanılan diğer ölçeklere uygun olacak (1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) şekilde düzenlenmiştir. Ölçek 9 ifade ve 2 boyuttan oluşmaktadır. Yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda OBEÖ boyutları, bireysel faktörler ve örgütsel faktörler olarak isimlendirilmiştir. Ölçek boyutları ve ifadelerin dağılımı Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeğinin Boyutları ve İfade Numaraları

Boyut Adı	V. Bölüm İfade Numaraları
Örgütsel Faktörler	1,3,7,8,9
Bireysel Faktörler	2,4,5,6

OBEÖ'den alınacak yüksek skor, katılımcıların yüksek olay bildirim engel algısına sahip olduğuna işaret etmektedir.

3.5. VERİ TOPLAMA ARACININ (ANKET) UYGULANMASI

Çalışmada kullanılacak olan anket formunun hazırlanmasını müteakip, çalışmanın etik açıdan incelenmesi ve uygunluk izni için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve çalışma için etik uygunluk izni alınmıştır (Ek 3). Çalışmanın Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (EZH) sağlık çalışanlarına uygulanabilmesi için kuruma başvuruda bulunulmuş ve çalışmanın uygulanması hastane başhekimliğince uygun bulunmuştur (Ek 4).

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma çerçevesinde toplanan veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23.0 istatistik paket programı ve Analysis of Moment Structures (AMOS) 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sayısal değişkenler için yapılacak istatistiki analizler için önem taşıyan önemli hususlardan birisi, verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığıdır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogrov-Smirnov ve Shai-pro-Wilk testleri ile değerlendirilebilmektedir. Bu test sonucuna göre, 0,05'ten küçük p değeri bulunan değişkenin normal dağılmadığı söylenebilir (Çokluk vd., 2010; Hayran ve Hayran, 2011). Bununla birlikte, testlerin parametrik analiz yöntemlerinin kullanılarak yapılabilmesi için gruplar arası istatistiksel karşılaştırma verilerinin de her grup için normal dağılım varsayımını karşılaması gerekmektedir (Field, 2009).

Çalışma kapsamında ölçeklerin normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığı Kolmogrov-Smirnov ve Shaipro-Wilk testleri ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14. Ölçeklerin Normallik Varsayımının Analizi (n=292)

Ölçek Adı ve Boyutları	Med(Min/Max)	Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-Wilk
Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği			
RT1 Suçlama Ayıplama	2,58(1,00-4,00)	<0,001	<0,001
RT2 Olay Bildirimi Kriterleri	2,33(1,00-3,67)	<0,001	<0,001
RT3 Meslektaş Beklentisi	2,17(1,00-4,00)	<0,001	<0,001
RT4 Olay Bildiriminin Faydası	2,20(1,00-4,00)	<0,001	<0,001
RT5 Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği	1,50(1,00-4,00)	<0,001	<0,001
Güvenlik Tutumu Ölçeği			
GT1 Ekip Çalışması İklimi	3,83(1,33-5,00)	<0,001	<0,001
GT2 Güvenlik İklimi	3,43(1,57-4,86)	<0,001	<0,001
GT3 İş Doyumu	3,60(1,00-5,00)	<0,001	<0,001
GT4 Stresin Kabulü	4,00(1,00-5,00)	<0,001	<0,001
GT5 Yönetime İlişkin Algılar	3,00(1,00-5,00)	<0,001	<0,001
GT6 Çalışma Koşulları	3,00(1,00-5,00)	<0,001	<0,001
Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği			
RE1 Örgütsel Faktörler	3,00(1,80-5,00)	<0,001	<0,001
RE2 Bireysel Faktörler	3,00(1,25-5,00)	<0,001	<0,001

Verilere ait medyan, minimum ve maximum değerleri Tablo 14'te görülmektedir. Yapılan Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri sonucunda çalışmada kullanılan verilerinin normallik varsayımını karşılamadığı ($p < 0,05$) belirlenmiştir. Çalışma verilerinin normallik varsayımını karşılamaması nedeniyle, yapılan analizlerde parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma değerleri verilmiştir. Gruplar arası istatistiksel karşılaştırmalarda verilerin grupların normal dağılım varsayımının karşılanmamasından dolayı Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U Analizi kullanılırken, ölçeklerin yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analiz (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analiz (DFA), değişkenler arası ilişkilerin belirlenmesinde Spearman Korelasyon Analizi, bağımsız değişkenlerin istenmeyen olay bildirim durumu üzerindeki etkisini belirlemek için Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Çalışmada kesikli verilerin analiz

edilmesinde yerine göre ki-kare testi ya da Fisher's Exact Test kullanılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir. Araştırma ölçeklerinin güvenilirlik analizleri, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ve bileşik güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi, değişkenler arasında ilişki olup olmadığını, ilişki varsa bu ilişkinin yönünü ve gücünü ortaya koyan bir analiz türüdür ve sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılır. Korelasyon analizi ile hesaplanan katsayı "r" ile gösterilir ve -1 ile +1 arasında değer alır. Korelasyon katsayısının (r) +1 olması iki değişken arasında pozitif yönlü mükemmel bir doğrusal ilişki olduğunu, -1 olması durumunda ise negatif yönlü mükemmel bir doğrusal ilişki olduğunu gösterir. Her iki yönden 0'dan 1'e yaklaştıkça ilişkinin kuvveti artar, 1'den 0'a yaklaştıkça azalır ve 0'a gelince bu kuvvet kaybolur. Korelasyon katsayısı şu değerler dikkate alınarak yorumlanır (Altunışık vd., 2012; Erdoğan vd., 2015):

- ±0,00 – ±0,25 arası çok zayıf düzeyde ilişki
- ±0,26 – ±0,49 arası zayıf düzeyde ilişki
- ±0,50 – ±0,69 arası orta düzeyde ilişki
- ±0,70 – ±0,89 arası yüksek düzeyde ilişki
- ±0,90 – ±1,00 arası çok yüksek düzeyde ilişki

Çalışma kapsamında ele alınan değişkenlerin normal dağılım varsayımını karşılamaması nedeniyle, değişkenler arasındaki ilişki analizinin yapılması için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Lojistik Regresyon Analizi

Lojistik regresyon, çoklu regresyonun özel bir türüdür. Regresyon analizinde kullanılan değişkenlerin ölçülebilir olması gerekmektedir. Bağımlı değişkenin kategorik olduğu durumlarda regresyon analizi kullanılamaz. Bu durumda kullanılacak analizlerden birisi lojistik regresyondur (Altunışık vd., 2012; Çokluk vd., 2010; Erdoğan vd., 2015). Lojistik regresyon, bağımlı değişkenin yani sonuç değişkeninin ya da merak edilen sonucun dikotom (iyi/kötü, var/yok vb.) olduğu ve bu sonucun birçok bilinen değişkenin

değerlerine göre tahmin edilmesi istendiğinde uygulanabilecek bir yöntemdir (Hayran ve Hayran, 2011). Lojistik regresyon, doğrusal regresyon modellerindeki temel sayıtların karşılanmasını gerektirmez. Aslında kategorik verilerin çok değişkenli istatistiksel analizi, hemen hemen tüm alanları ilgilendirmektedir. Lojistik regresyon analizi, regresyon tipi mantığıyla ve diğer analizlere göre daha kullanışlı olmasının sağladığı avantajla, kategorik veri analizinde önemli bir yere sahiptir (Çokluk vd., 2010).

Diğer regresyon analizleri gibi lojistik regresyon da bir tür modelleme yöntemidir ve birçok değişkenin değerlerinden yola çıkarak iki sonuçtan hangisinin gerçekleşme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koyan bir model oluşturur (Hayran ve Hayran, 2011). Bağımlı değişkenin 0 ve 1 olarak kodlandığı lojistik regresyon analizi ile bir durumun gerçekleşme ya da gerçekleşmeme olasılığı hesaplanır ve bu olasılık Odds Oranı ile ifade edilir. Çoklu regresyon analizinde olduğu gibi öncelikle modelin uygunluğu test edilir. İstatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olması durumunda model değerlendirilmeye devam edilir (Erdoğan vd., 2015).

Regresyon modellerinin genelinde model uyumu bir bütün olarak değerlendirilir. Oysa her bir bağımsız değişkenin modele katkısı ayrı ayrı belirlenmek istenebilir. Modelin katsayılarının anlamlılığını test eden tabloda bulunan Wald istatistiği, β 'nin anlamlılığına ilişkin bir ölçüdür. Bağımsız değişkenlerin β katsayılarının, sıfırdan anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini tespit etmeye çalışarak her bir değişkenin modele katkısını açıklar. β katsayıları diğer durumlarda değişkenlerle çarpım durumunda olup yorumu açık iken, lojistik regresyon modelinde farklı düşünülmesi gerekir. Bu modellerde β katsayıları odds oranına ilişkin ölçümler olup, logit dönüşüm ile elde edilirler. β katsayıları ile ilişkinin yönü tespit edilebilir. Pozitif katsayı olasılığı yükseltirken, negatif katsayı olasılığı düşürür (Baydemir, 2014).

Model tarafından bağımlı değişkende açıklanan varyans, Cox&Snell R^2 ve Nagelkerke R^2 değerleri ifade edilir bu değerler doğrusal regresyondaki R^2 'ye benzer şekilde yorumlanır. Bu değer bağımlı değişkendeki varyansın (değişimin) ne kadarının (yüzde kaçının) bağımsız değişken tarafından açıklandığını gösterir (Erdoğan vd., 2015). Modelde yer alan "wald" istatistiği değeri, doğrusal regresyon analizinde yer alan t değerine karşılık gelir. Analiz tablosunda "Exp(B)" sütunundaki değerler ise Odds Oranını gösterir. Odds Oranı, bir ihtimalin diğer ihtimale oranı olarak tanımlanır. Exp(B)

değeri söz konusu değişkende yapılan bir birimlik artışın olasılık oranında yapacağı değişimi gösterir (Altunışık vd., 2012; Erdoğan vd., 2015).

Lojistik regresyonda Hosmer-Lemeshow test sonuçları, modelin iyilik uyum değerinin değerlendirilmesinde kullanılır. Bu test sonucunda p değerinin 0,05'ten büyük çıkması durumunda modelin iyi bir model olduğu yorumu yapılabilir (Hayran ve Hayran, 2011). Yani, bu teste ilişkin sonucun anlamlı olmaması ($p>0,05$), model-veri uyumunun yeterli düzeyde olduğunu gösterir (Çokluk vd., 2010). Lojistik regresyon modeline hangi değişkenlerin dahil edilmesi gerektiği çok önemli bir konudur. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler modele dahil edilmelidir. Aralarında yüksek korelasyon bulunan değişkenlerden ise sadece biri modele dahil edilmelidir (Hayran ve Hayran, 2011).

3.7. GEÇERLİLİK ve GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Çalışmada veri toplama amacıyla kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik kavramları kelime olarak benzerlik göstermekle birlikte farklı kavramlardır ve birbirlerini tamamlarlar. Güvenilirliği yüksek bir testin geçerliliği artmakla birlikte, geçerliliği yüksek olan bir test için aynı şey söz konusu değildir. İyi bir test hem geçerli hem de güvenilir olmalıdır. Geçerlilik, bir test veya ölçeğin ölçülmek istenen şeyi ölçebilme derecesidir (Hayran ve Hayran, 2011) yani bir ölçme aracının “neyi”, “ne kadar”, “isabetli/doğru” olarak ölçtüğünü göstermektedir (Erdoğan vd., 2015). Güvenilirlik ise, bir teste, bir yönteme ait ölçümlerin tutarlılığıdır (Hayran ve Hayran, 2011). Güvenilirlik bir ölçüm aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği tutarlı ve istikrarlı bir şekilde ölçme derecesidir (Altunışık vd., 2012). Güvenilir olmayan bir ölçüm aracının bilimsel değeri de düşük olarak kabul edilmektedir (Erdoğan vd., 2015).

3.7.1. Geçerlilik Yöntemleri

Bu bölümde, araştırmada kullanılan geçerlilik yöntemleri hakkında bilgi verilmiştir.

3.7.1.2. Yüzeysel/Yüzeysel Geçerlilik

Yüzeysel geçerlilik, ölçek sorularının net bir şekilde incelenen konu ile ilgili olması ve araştırma konusu kapsamında doğru bilgiye yönelik olduğuna dair uzman görüşünden ibarettir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Ölçme aracının kâğıt üzerinde ya da ekranda açık ve anlaşılır olarak algılanmasına dayalı bir geçerlik türüdür. Aracın adı, ne amaçla kullanıldığı, nasıl kullanılacağı, sonuçların nasıl değerlendirileceği ve aracın sağlıklı bir biçimde kullanılmasını sağlayacak öteki yönergelerin açık ve net olarak ortaya konmuş olması geçerliği sağlamak için gereklidir (Salı, 2012).

3.7.1.3. Yapı Geçerliliği

Ölçümün gerçek hayattaki neden sonuç ilişkisi ile uyumu anlamındadır. Uyumlu olması gereken parametrelerle uyumu, farklılık göstermesi gereken parametrelerle ilişkisizliği yapı geçerliliğinin incelediği konulardır (Hayran ve Hayran, 2011). Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin yapı geçerliliği Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere iki yöntemle değerlendirilmiştir.

Açıklayıcı (Keşfedici) Faktör Analizi (AFA)

Faktör analizi ile ilgili teknikler temelde iki başlık altında incelenmektedir. Bunlardan birincisi, yeni oluşturulan ya da yabancı bir dilden başka bir dile çevrilmiş bir ölçeğe ait değişkenleri temsil eden ifadelerin altında yatan faktör yapısını ortaya çıkarmayı/keşfetmeyi amaçlayan Açıklayıcı (Keşfedici) Faktör Analizi (AFA) (Exploratory Factor Analysis)'dir (Altunışık vd., 2012; Erdoğan vd., 2015).

Sosyal bilimler, birçok kavramın bir tek soru ya da ölçekle ölçülmesi mümkün olmayan bir alandır. Doğrudan ölçülemeyecek olan kavramları ölçmek için farklı ölçekler geliştirme yoluna gidilmektedir. Faktör analizi, birbiri ile ilişkisi olduğu düşünülen çok sayıdaki değişkenler arasındaki ilişkinin yapısını belirlemek için kullanılmaktadır. AFA, araştırma

konusu kapsamında değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik herhangi bir fikrin veya öngörünün bulunmadığı durumlarda değişkenler arasındaki muhtemel ilişkiyi ortaya çıkarmaya çalışır (Altunışık vd., 2012).

Faktör analizinde örneklem yeterliliği için önemli bir gösterge Kaiser-Meyer-Olkin katsayısıdır. KMO katsayısı 0 ile 1 arasında bir değerdir (Yaşlıoğlu, 2017). Altunışık vd. (2012), KMO katsayısının 0,50'nin altında olması durumunda örneklem büyüklüğünün geçerlilik analizi açısından yeterli olmadığını gösterdiğini belirterek, KMO değerinin yorumlanmasında 0,80 ve üzeri değerin yüksek, 0,70-0,79 arası değerin orta, 0,60-0,69 arası değerin vasat, 0,50-0,59 arası değerin zayıf, 0,50 ve daha düşük değerin ise kabul edilemez olarak değerlendirildiğini ifade eder. Genel olarak araştırmacılar tarafından 0,70 KMO değerinin tatminkâr olduğunun kabul edildiği görülmektedir (Altunışık vd., 2012; Hair vd., 2014).

Faktör analizine uygunluk açısından ele alınan diğer test Bartlett Testi'dir. Bartlett Küresellik testi korelasyon matrisinde yer alan tüm korelasyonların genel anlamlılık değerini gösteren istatistiksel bir değerdir. Bu testte istenen, sonucunun anlamlı çıkmasıdır (Yaşlıoğlu, 2017). Bartlett Küresellik testi ki-kare değerinin anlamlı çıkması ($p < 0,05$) korelasyon matrisinin faktör analizine uygun olduğunu gösterir (Altunışık vd., 2012; Hair vd., 2014).

Faktör analizinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer göstergeler açıklanan toplam varyans, ortak varyans ve özdeğerdir. Faktör sayısına karar verilirken kullanılan bir katsayı olan özdeğerin 1'den büyük olması, faktörün anlamlı olduğu anlamına gelmektedir. Özdeğer yükseldikçe, faktörün açıkladığı varyans da yükselir (Büyüköztürk, 2002; Yaşlıoğlu, 2017).

Açıklanan toplam varyans tüm faktörler tarafından açıklanan varyanstır. Açıklanan varyans ise faktör analizinde açıklanan toplam varyansın her bir faktörce açıklanan kısmıdır. Açıklanan toplam varyansın %50'nin üzerinde olması önemli bir kriterdir (Altunışık vd., 2012). Çünkü oluşturulan ölçek faktör yapısı toplam değişken varyansının yarısından azını açıklıyor ise ölçeğin temsil yeteneğinden söz etmek yanlış olacaktır (Yaşlıoğlu, 2017).

AFA'da ilişkiler faktör yükleri ile temsil edilmektedir. Bir ölçüm için tasarlanan öğelerin, ilgili faktörlerin altında yüksek faktör yükleri ile, diğerlerinde ise düşük faktör yükü ile toplanması beklenir. Bu yaklaşımla AFA, ölçüm aracının aslında amaçlanan faktörleri ölçtüğü konusunda hiçbir bilginin bulunmaması anlamında “*keşfedici*” olarak kabul edilir (Byrne, 2016). İstatistiksel anlamlılık, örnek boyutuna bağlı olarak ele alındığında örnek boyutuna bağlı olarak gerekli faktör yüklerinin ne olması gerektiğine ilişkin şu basit kural önerilmektedir (Altunışık vd., 2012): n=50 için 0,722; n= 100 için 0,512; n=200 için 0,384; n=300 için 0,298; n=600 için 0,210 faktör yükü gereklidir. Bu çalışma kapsamında (292 örneklem boyutu için) 0,300 sınır olarak kabul edilmiş bu değerden daha yüksek faktör yüküne sahip ifadeler çalışmaya dâhil edilmiştir. Çokluk vd. (2010), bu değeri 0,320 olarak kabul etmiştir

Belirli bir açıklayıcı faktör analizinde, faktörleri daha iyi yorumlayabilmek için genellikle döndürme (rotation) gerekir (Çokluk vd., 2010). Faktör döndürmesinde amaç, değişkenlerin belirli faktörlere yüksek yüklemeler yapmasını, ancak diğer faktörlere ise oldukça düşük yüklemeler yapmasını sağlamaktır (Altunışık vd., 2012). Rotasyon yöntemlerinin temel amacı faktör matrislerindeki satır ve sütunların birleştirilerek anlaşılır hale getirmektir. Seçilen yöntemin orthogonal ya da oblique olmasında amaç her zaman aynıdır. Orthogonal olarak bilinen yöntemler (varimax, quartimax, equimax), faktörler arası korelasyona izin vermezken, oblique yöntemler (oblimin, promax) bu korelasyona izin vermektedir (Altunışık vd., 2012; Yaşlıoğlu, 2017). Çalışma kapsamında yapılan AFA'larda orthogonal ve oblique döndürme yöntemleri kullanılmıştır. AFA çalışmalarında SPSS 23 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer faktör analizi yöntemi ise daha önce kullanılmış olan bir ölçeğin, güncel olan araştırmada kullanıldığında orijinal faktör yapısına uyup uymadığını, uyuyor ise ne derece uygun olduğunu ortaya koymak için kullanılan “Doğrulayıcı Faktör Analizidir (DFA)” (Confirmatory Factor Analysis) (Altunışık vd., 2012; Erdoğan vd., 2015; Meydan ve Şeşen, 2011; Yaşlıoğlu, 2017).

DFA, ölçek geliştirme çalışmalarının yanı sıra daha önce keşfedilmiş ve farklı çalışmalarda kullanılmış bir yapının doğrulanmasında (Yaşlıoğlu, 2017) ve AFA

sonucunda ortaya konan faktörlerin hipotez ile belirlenen faktör yapılarına uygunluğunu test etmekte kullanılmaktadır. DFA, araştırmacının elindeki verilerin orijinal yapıya uyup uymadığını gösterir. Kısacası DFA'da amaç, teoride var olan kavramsal model ile araştırmada elde edilen veriyi test etmektir (Meydan ve Şeşen, 2011).

Bu kapsamda, çalışmada kullanılan ölçüm araçlarının DFA testleri, faktör yüklerinin tahmininde kullanılan ve en yaygın uygulama olan AMOS 24 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. AMOS programı kullanılarak ölçeklerin DFA değerlendirmesi için birden fazla yöntem bulunmaktadır (Meydan ve Şeşen, 2011). Çalışmada ölçeklerin DFA testi için bu yöntemlerden *tek faktörlü model* yöntemi kullanılmıştır.

AMOS paket programı, tahminlerini birkaç farklı yöntem ile gerçekleştirmektedir. "*Maximum Likelihood*" (ML) uygulamanın kullandığı varsayılan yöntemdir. Bununla birlikte "*Generalized Least Squares (GLS)*", "*Unweighted Least Square (ULS)*", "*Asymptotically Distribution Free (ADF)*" yöntemleri de kullanılan yöntemler arasındadır. Bütün bu yöntemlerin sonuçlar üzerinde bir etkisinin bulunmadığı, fakat kullanımlarının kullanıcıya farklı faydalarının bulunabileceği yapılan uygulamalarca ortaya konmuştur (Yaşlıoğlu, 2017).

DFA ve yapısal eşitlik modellemesi (YEM) aslında aynı hesaplama tekniğini kullanmakta ve aynı mantığa dayanmaktadır (Bayram, 2010). DFA'nın temel varsayımlarından birisi de çok değişkenli normallik varsayımdır. Çok değişkenli normallik varsayımının değerlendirilmesinde çok değişkenli basıklık (multivariate kurtosis) ve kritik oran (critical ratio -cr) değerlerine bakılmakta, kritik oran değerinin 1,96'dan daha büyük olması durumunda çok değişkenli normallik varsayımının ihlal edildiği sonucuna ulaşılmaktadır (Bayram, 2010). Çok değişkenli basıklık (multivariate kurtosis) oranının 5'ten büyük olması durumunda da yine çok değişkenli normallik varsayımının karşılanmadığı değerlendirilmektedir (Kline, 2011).

DFA'ya çok değişkenli normallik varsayımının karşılanarak analize devam edilmesi esastır. Aksi takdirde sonuçların yanlış çıkmasına neden olmaktadır (Raykov ve Marcoulides, 2006). Çok değişkenli normal dağılımın karşılanmadığı durumlarda Asimptotik Olarak Dağılımdan Bağımsız Tahmin Yöntemi (Asymptotic Distribution Free -ADF) ve Ağırlıksız En Küçük Kareler Tahmin Yöntemi (Unweighted Least Squares-ULS)

gibi tahmin yöntemleri önerilmektedir. ADF tahmin yönteminin 1000'den daha az örneklerde uygulandığı durumlarda tutarsız sonuçlar verdiği bilinmektedir (Byrne, 2016; Kline, 2011). Bununla birlikte, parametrelerin ve standart hataların tahmininde bootstrap tahmin tekniğinin kullanılması tavsiye edilmektedir (Bayram, 2010). Araştırma verilerinin çok değişkenli normallik varsayımını karşılamadığı durumlarda daha tutarlı sonuç elde edebilmek için kullanılan bootstrap metodu, araştırma verilerinin esas alınarak teorik anlamda alt örnekler oluşturularak daha doğru tahminlere ulaşmayı hedeflemektedir. Bootstrap metodu ile orta düzeydeki örneklerle daha tutarlı analizler yapılabilmektedir (Byrne, 2016; Uğrak, 2019).

Bu çalışmada, çok değişkenli basıklık (multivariate kurtosis) değerinin 5'ten büyük olması nedeniyle çok değişkenli normal dağılım varsayımının karşılanmadığı değerlendirilmiştir. Çalışmada test edilen modellerin çok değişkenli normal dağılımın karşılanmadığı yapısal eşitlik modellerinde tahmin yöntemlerinden ağırlıklandırılmamış en küçük kareler (Unweighted Least Squares-ULS) yöntemi ile birlikte %95 güven aralığında bootstrap tekniği kullanılmıştır.

Bir ölçeğin yapı geçerliğinin sağlanabilmesi için, DFA'nde yapılan *uyum iyiliği istatistiklerinin* istenilen düzeyde olması gerekmektedir. DFA testleri, sınanmaya çalışılan modelin, o model için toplanmış veriler için ne derece uygun olduğuna dair değerlendirme ölçütleri, başka bir deyişle uyum indeksleri sunar. Bir modelin veri ile uyum ya da uyumsuzluğu test sonucu ortaya konulan çeşitli uyum indeksler değerlendirilerek yapılır. DFA modellerinin hangi değerlerinin bildirilmesi gerektiği kesin olarak belli değildir. Bununla birlikte her çalışmada *iyilik uyum indeksi değerleri* (GFI, Goodness Of Fit Index ve AGFI, Adjustment Goodness Of Fit Index), ki-kare (X^2), serbestlik derecesi (sd) mutlaka verilmektedir. Diğer indekslerden (NFI, Normlaştırılmış Uyum İndeksi-Normed Fit Index, IFI, Artırmalı Uyum İndeksi-Incremental Fit Index, CFI, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi-Comparative Fit Index, RMSEA, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü-Root Mean Square Error Of Approximation) birkaçı ise amaca uygun olarak çalışmalarda ifade edilmektedir (Meydan ve Şeşen, 2011). Bu araştırma kapsamında kullanılan uyum indeksleri ve ölçütleri Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Yapısal Eşitlik Modeli Uyum İndeksleri Uyum Ölçütleri

Ölçüm (Uyum istatistiği)	İyi Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 3$	$3 \leq \chi^2/sd \leq 5$
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$
GFI	$0,90 \leq GFI \leq 1,00$	$0,85 \leq GFI \leq 0,90$
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$
RMR	$0,00 \leq RMR \leq 0,05$	$0,05 \leq RMR \leq 0,08$

(Meydan ve Şeşen, 2011)

Modelin uyumunu gösteren bir diğer gösterge de doğrulanmış olan modelde doymuş (saturated) modelin ki-kare değerinin $p < 0,001$ ve bağımsız (independent) modelin ki-kare değerinin ise maksimum olmasıdır (Bayram, 2010).

3.7.2. Güvenilirlik Yöntemleri

Bu bölümde, araştırmada kullanılan güvenilirlik yöntemleri açıklanmıştır.

3.7.2.1. Cronbach's Alpha Katsayısı

Ölçeğin her bir maddesinin kendi içerisinde aynı tutumu ölçtüğünün belirlenmesi gerekir. Bunun için en uygun yol Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısının hesaplanmasıdır. Ölçeğin maddelerinin; doğru-yanlış, evet-hayır, var-yok gibi iki yanıtı olmadığı, 1-3, 1-4, 1-5 gibi ikiden fazla seçenekle puanlandığında ve madde yanıtları süreklilik gösteriyorsa kullanılan bir yöntemdir (Erdoğan vd., 2015).

Cronbach's Alpha Katsayısı likert tipi ölçeklerin iç tutarlılığı belirlenirken sıklıkla kullanılır (Altunışık vd., 2012; Erdoğan vd., 2015). Alfa değeri olası tüm ikiye ayırma kombinasyonları sonucu ortaya çıkacak olan ikiye ayırma katsayılarının bir ortalamasını göstermektedir. Alfa değeri 0 ile 1 arasında değerler alır ve en az 0,70 olması arzu edilir. Ancak inceleme türü çalışmalarda bu değer 0,50'ye kadar olması makul kabul edilebileceği de öngörülmektedir (Altunışık vd., 2012).

3.7.2.2. Bileşik Güvenilirlik

Cronbach's Alpha değeri, ölçek madde sayılarından etkilenmekte ve madde sayısı arttıkça bu değer de artmaktadır. Dolayısıyla Cronbach's Alpha'da meydana gelen bu

artış geçeceği yansıtmayabilmektedir. Bu nedenle bileşik (kompozit) güvenilirlik, Cronbach's Alpha iç tutarlılığına alternatif veya kontrol aracı olarak kullanılmaktadır (Altunışık vd., 2012). Bileşik güvenilirlik değerinin de Cronbach's Alpha değerine benzer şekilde 0,70'den büyük olması beklenmektedir (Hair vd., 2014).

3.7.3. Araştırma Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Bu bölümde, sağlık çalışanlarının OB tutumlarını, güvenlik tutumlarını ve OB engel algılarını ölçmeye yönelik olarak kullanılan ifadelerin yer aldığı anket formunun geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine yer verilmiştir. Anketin yüzeyel geçerliliği kapsamında uzman görüşüne başvurulmuş, yapı geçerliliği için ise Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Anketin güvenilirlik analizleri için Cronbach's Alpha Katsayısına ve bileşik güvenilirlik Katsayısına bakılmıştır.

3.7.3.1. Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

OBTÖ ifadelerinin anlaşılabilirliği ve ölçmek istediği konuyla ilgisi bakımından 7 sağlık çalışanının (3 Hekim, 2 Hemşire, 2 Ebe) görüşüne sunulmuştur. Sağlık çalışanlarının değerlendirmeleri sonucunda ölçek ifadelerinin yüzeyel geçerlilik bakımından uygun olduğu belirlenmiştir. Wilson vd. (2008) tarafından OBTÖ yapı geçerliliğini değerlendirilmek amacıyla AFA yapılmış ve ölçekte mevcut 25 ifade ve 5 faktör altında toplanmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizi

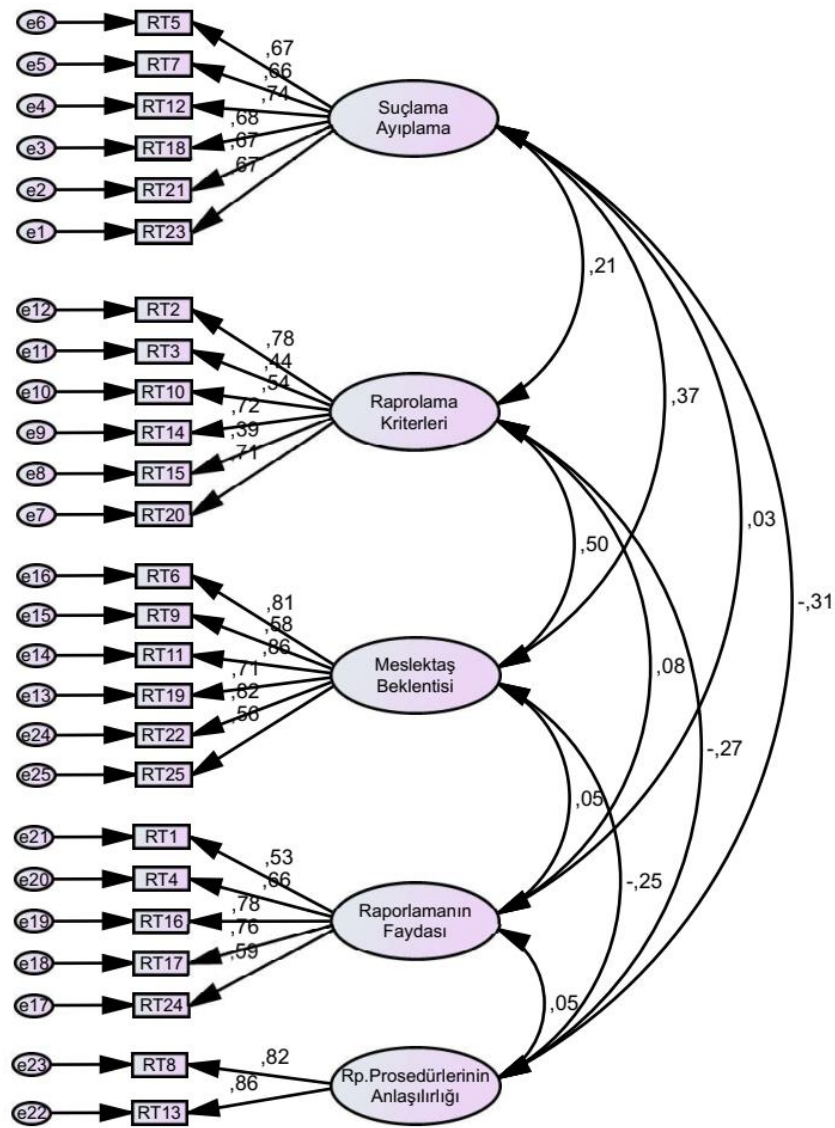
Araştırmada kapsamında OBTÖ için Temel Bileşen Analizi ve Varimax yöntemleri ile AFA uygulanmıştır. Sonuç olarak Wilson vd. (2008)'nin çalışmasına benzer biçimde 25 ifadenin aynı 5 boyut altında toplandığı belirlenmiştir. Faktör analizi örneklem büyüklüğü şartı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısına, normallik şartı için ise Küresellik Test Değerine ve anlamlılık düzeyine bakılmıştır. Yapılan AFA sonucunda KMO örneklem yeterliliği 0,825, Bartlett Küresellik Test Değeri 2780,779 ($p < 0,001$) olarak bulunmuş ve OBTÖ ölçeğinin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu belirlenmiş, açıklanan toplam varyans değerinin %58,27 olduğu görülmüştür. Ölçek ifadelerinin faktör yükleri değerlendirilmiş ve herhangi bir ifadenin çalışma dışında tutulmasına gerek görülmemiştir. OBTÖ açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçütü		0,825
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	2780,779
	Serbestlik Derecesi	300
	Anlamlılık	<0,001
Açıklanan Toplam Varyans		58,270
Olay Bildirimi Tutumu		Faktör Yüğü
Suçlama/ ayıplama		
RT5	İstenmeyen olayları bildirmek dikkatleri benim üzerimde toplar.	0,744
RT7	İstenmeyen olayı bildiren sağlık çalışanı gelecekte kariyer sorunu yaşar.	0,768
RT12	İstenmeyen olayları bildirmek benim için sorun oluşturur.	0,731
RT18	İstenmeyen olayı bildirmek, benim yanlış yaptığımı herkesin öğrenmesine yol açar.	0,709
RT21	İstenmeyen olay bildirimi bir tür suçlu bulma yoludur.	0,690
RT23	Olay bildirimi, bir olaya karıştığım konusunda meslektaşlarımın dedikodular yapmasına sebep olur.	0,735
Olay Bildirimi Kriterleri		
RT2	Meydana gelen istenmeyen olaydan haberdar olan kişi az ise olayın bildirilmesine gerek yoktur.	0,739
RT3	Meslektaşlarımın karıştığı istenmeyen olayları bildirmek benim sorumluluğum değildir.	0,589
RT10	Minör istenmeyen olayların bildirilmesine gerek yoktur.	0,653
RT14	Sadece seyrek gerçekleşen olaylar bildirilmelidir.	0,759
RT15	Meydana gelen istenmeyen olayı sadece hasta dosyasına not etmek, olay bildirimi kadar iyidir.	0,478
RT20	Sadece kendisinden bir şeyler öğrenilebilen olumsuz olaylar bildirilmelidir.	0,734
Meslektaş Beklentisi		
RT6	Meydana gelen istenmeyen olaylardan ders çıkarılabildiği sürece bildirimine gerek yoktur.	0,775
RT9	İstenmeyen olayı bildirmedığım zaman, işimi gereği gibi yapmadığımı düşünüyorum.	0,680
RT11	Meslektaşlarım istenmeyen olayların bildirilmesini benden bekliyor.	0,812
RT19	İstenmeyen olayları bildirmeye iznim yok.	0,763
RT22	İstenmeyen olaylar engellenemez, bu yüzden onları bildirmenin bir anlamı yoktur.	0,820
RT25	İstenmeyen olay olduğunda, meslektaşlarım bunu bildirmede ilgisiz davranıyor.	0,632
Olay Bildiriminin Faydası		
RT1	İstenmeyen olayların bildirilmesi eğitim eksikliklerinin belirlenmesine yardımcı olur.	0,652
RT4	İstenmeyen olayları bildirmek hastaları korur.	0,775
RT16	Çalıştığım kıdemli personelin beni cesaretlendirmesi, istenmeyen olay bildiriminde bana güç verir.	0,813
RT17	Hastanemde istenmeyen olayları gözlemleyen bir birim olması, olay bildirimlerinde teşvik edici olur.	0,779
RT24	İstenmeyen olayların bildirilmesi, insanları eylemlerinden hesap verebilir hale getirir.	0,683
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılrlığı		
RT8	İstenmeyen olayların nasıl bildirileceği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	0,889
RT13	Hangi tür istenmeyen olayların bildirilmesi gerektiği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	0,880

Doğrulayıcı Faktör Analizi

AFA sonucunda suçlama/ayıplama boyutu için 6 ifade , olay bildirim kriterleri boyutu için 6 ifade, meslektaş beklentisi boyutu için 6 ifade, olay bildiriminin faydası boyutu için 5 ifade ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutu için 2 ifade olmak üzere toplam 25 ifade ve 5 boyuttan meydana gelen OBTÖ'nün çoklu değişkenli normal dağılımı karşılamaması (multivariate kurtosis=48,823; c.r.=11,353) nedeniyle tahmin yöntemlerinden ağırlıklandırılmamış en küçük kareler (Unweighted least squares) yöntemi tercih edilmiştir. OBTÖ 1. Düzey DFA modeli Şekil 11'de gösterilmiştir.



$\chi^2/sd:0,295$; $GFI:0,978$; $AGFI:0,973$; $NFI:0,957$; $RMR:0,029$

Şekil 11. Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model

Analiz sonuçlarına göre, X^2/sd , GFI, AGFI, NFI, RMR değerlerinin kabul edilebilir uyum değerlerinin üzerinde olduğu (Şekil 11) ve birinci düzey çok faktörlü modelin verilerle uyumlu olduğu görülmektedir. Yapılan birinci düzey çok faktörlü modelde doymuş model için ($x^2 < 0,001$) ve bağımsız model için ($x^2 = 2054,718$) ki-kare değerleri modelin uyumunu desteklemektedir. OBTÖ DFA'ya ilişkin analiz bulguları Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Ölçek Boyutları/Değişken Adı	Standardize Regresyon Yükü	p
Suçlama/ayıplama		
RT12	0,743	0,004
RT18	0,675	0,002
RT21	0,671	0,003
RT5	0,667	0,006
RT23	0,666	0,004
RT7	0,659	0,003
Olay Bildirimi Kriterleri		
RT2	0,782	0,003
RT14	0,723	0,005
RT20	0,706	0,003
RT10	0,539	0,005
RT3	0,444	0,003
RT15	0,388	0,005
Meslektaş Beklentisi		
RT11	0,864	0,003
RT22	0,815	0,004
RT6	0,811	0,003
RT19	0,711	0,006
RT9	0,576	0,003
RT25	0,557	0,006
Olay Bildiriminin Faydası		
RT16	0,778	0,005
RT17	0,762	0,006
RT4	0,664	0,004
RT24	0,594	0,005
RT1	0,526	0,004
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği		
RT13	0,861	0,003
RT8	0,825	0,007

Buna göre OBTÖ Standardize Faktör Yükleri 0,388 ile 0,864 arasında yer almaktadır. DFA sonucunda ölçekte en düşük faktör yükü değerinin (RT15) 0,388 olduğu

belirlenmiştir. Bununla birlikte, ifadenin (RT15), araştırma faktör yükü sınırının (0,300) üzerinde faktör yüküne sahip olması (0,388) ve anlamlılık değerinin de $p=0,005$ olması nedeniyle ifadeye ölçekte yer verilmiştir. DFA sonucunda OBTÖ suçlama/ayıplama boyutunun 6 ifadeden oluştuğu ve faktör yüklerinin 0,659-0,743 arasında yer aldığı, olay bildirim kriterleri boyutunun 6 ifadeden oluştuğu ve faktör yüklerinin 0,388-0,782 arasında yer aldığı, meslektaş beklentisi boyutunun 6 ifadeden oluştuğu ve faktör yüklerinin 0,557-0,864 arasında yer aldığı, olay bildirim faydası boyutunun 5 ifadeden oluştuğu ve faktör yüklerinin 0,526-0,778 arasında gerçekleştiği, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunun ise 2 ifadeden meydana geldiği ve faktör yüklerinin 0,825 ve 0,861 olarak gerçekleştiği belirlenmiştir.

Güvenilirlik Analizi

Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği (OBTÖ) (Reporting of Clinical Adverse Effects Scale, RoCAES), sağlık çalışanlarının OB'ye karşı tutumlarının analiz edilmesi amacıyla 25 ifade ve 5 boyuttan oluşan faktör yapısı ile Wilson vd. (2008) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Wilson vd. (2008)'in, ölçeğin güvenilirlik testi sonucunda elde ettiği Cronbach Alpha değerleri ile araştırma kapsamında elde edilen verilerin karşılaştırması ve çalışmada elde edilen bileşik güvenilirlik değerleri Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Güvenilirlik Değerleri

Boyut Adı	Wilson vd. (2008) Cronbach Alpha Değerleri	OBTÖ Cronbach Alpha Değerleri	OBTÖ Bileşik Güvenilirlik Değerleri
Suçlama/Ayıplama	0,810	0,838	0,838
Olay Bildirimi Kriterleri	0,770	0,770	0,775
Meslektaş Beklentisi	0,720	0,869	0,871
Olay Bildirim Faydası	0,660	0,799	0,801
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği	0,840	0,830	0,831
Toplam	0,830	0,779	0,957

Anket güvenilirliği çalışması sonucunda 292 sağlık çalışanının vermiş oldukları cevaplar üzerinden hesaplanan Cronbach Alpha değerlerine bakıldığında; suçlama/ayıplama için 0,838, olay bildirim kriterleri için 0,770, meslektaş beklentisi için 0,869, olay bildirim

faydası için 0,799, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği için 0,830 ve 25 ifadenin bütünü için 0,779 alfa değerine ulaşıldığı görülmektedir. Yine OBTÖ'nün bileşik güvenilirlik değerlerinin de 0,775 ile 0,838 değerleri arasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Her iki güvenilirlik analizinden elde edilen sonuç OBTÖ'nün yüksek düzeyde bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeği geliştiren Wilson vd. (2008) çalışmasında alt boyutlara ait güvenilirlik katsayılarının 0,660-0,840 arasında, ölçeğin Çince versiyonunu geliştiren Sun vd. (2014) çalışmasında 0,700 ile 0,850 arasında gerçekleştiği, ölçeğin Almanca versiyonunu geliştiren Litke vd. (2020) çalışmasında toplam güvenilirlik katsayısının 0,790 olarak gerçekleştiği belirlenmiştir.

3.7.3.2. Güvenlik Tutumu Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Güvenlik tutumu ölçeği (GTÖ), Sexton vd. (2006a) tarafından geliştirilmiş, ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Kaya vd. (2010) tarafından gerçekleştirilmiş ve yapılan AFA sonucunda mevcut 30 ifade 6 faktör altında toplanmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizi

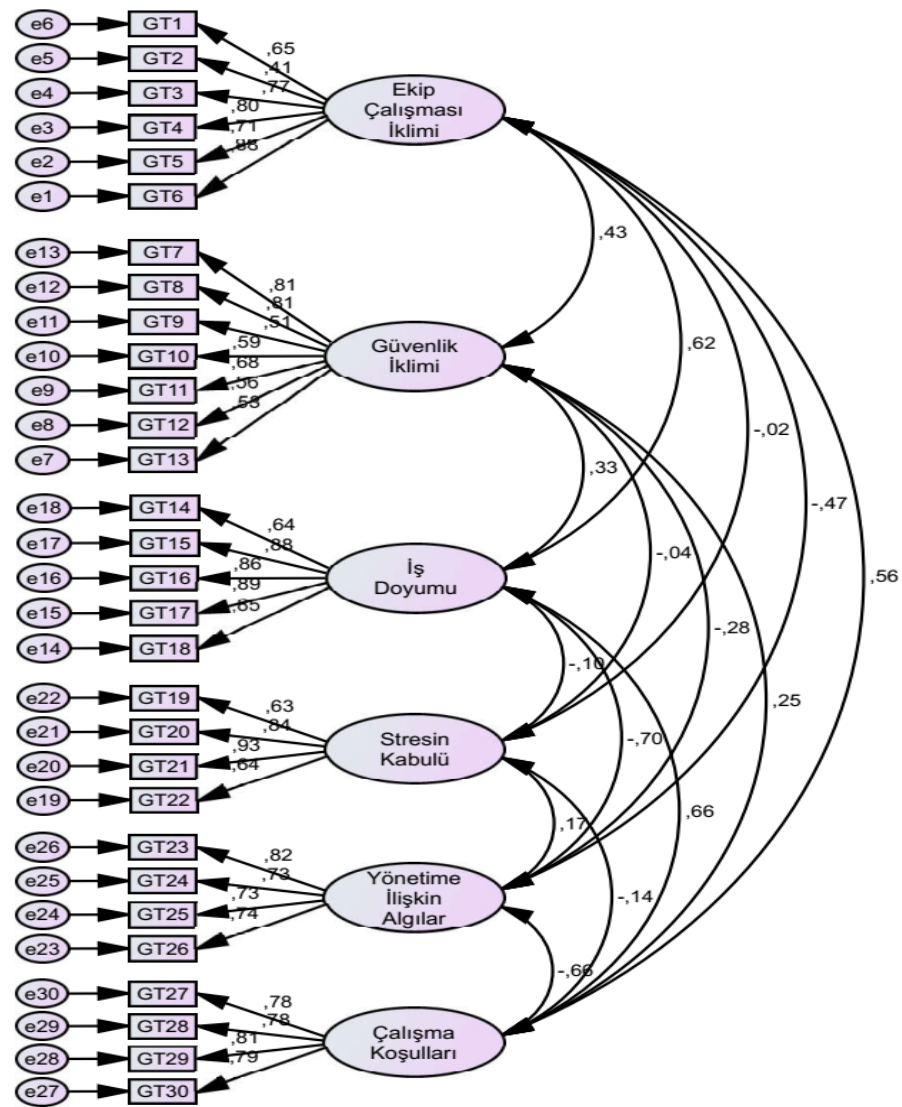
Araştırmada kapsamında GTÖ'ye Temel Bileşen Analizi ve Oblique (direct obliminal) yöntemleri ile tekrar AFA uygulanmıştır. Sonuç olarak Kaya vd. (2010)'ne benzer biçimde 30 ifadenin aynı 6 boyut altında toplandığı görülmüştür. Faktör analizi örneklem büyüklüğü şartı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısına, normallik şartı için ise Küresellik Test Değerine ve anlamlılık düzeyine bakılmıştır. Yapılan AFA sonucunda KMO örneklem yeterliliği 0,879, Bartlett Küresellik Test Değeri 5030,712 ($p < 0,001$) olarak bulunmuş ve GTÖ ölçeğinin faktör analizi için yeterli uygun olduğu belirlenmiş, açıklanan toplam varyansın %65,33 olduğu görülmüştür. Ölçek ifadelerinin faktör yükleri değerlendirilmiş ve herhangi bir ifadenin çalışma dışında tutulmasına gerek görülmemiştir. GTÖ açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Güvenlik Tutumu Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçütü		0,879
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	5030,712
	Serbestlik Derecesi	435
	Anlamlılık	<0,001
Açıklanan Toplam Varyans		65,33
Güvenlik Tutumu		Faktör Yüğü
Ekip Çalışması İklimi		
GT1	Bu serviste hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.	0,727
GT2	Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılırsam, onu söylemekte zorlanırım.	0,760
GT3	Bu servisteki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre).	0,711
GT4	Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.	0,753
GT5	Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.	0,724
GT6	Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.	0,511
Güvenlik İklimi		
GT7	Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.	0,770
GT8	Bu serviste tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	0,790
GT9	Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.	0,560
GT10	Bu serviste, hataları tartışmak zordur.	0,725
GT11	Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	0,701
GT12	Bu servisin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.	0,664
GT13	Bu servisteki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.	0,662
İş Doyumu		
GT14	İşimi severim.	0,810
GT15	Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.	0,754
GT16	Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	0,856
GT17	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	0,821
GT18	Bu serviste / birimde moral yüksektir.	0,605
Stresin Kabulü		
GT19	Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.	0,769
GT20	İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.	0,862
GT21	Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.	0,883
GT22	Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.	0,771
Yönetime İlişkin Algılar		
GT23	Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.	0,741
GT24	Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.	0,633
GT25	Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.	0,769
GT26	Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	0,799
Çalışma Koşulları		
GT27	Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	-0,814
GT28	Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.	-0,773
GT29	Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.	-0,759
GT30	Benim mesleğimdeki asistanlar / stajyerler yeterince denetlenir.	-0,702

Doğrulayıcı Faktör Analizi

AFA sonucunda ekip çalışması iklimi boyutu için 6 ifade, güvenlik iklimi boyutu için 7 ifade, iş doyumu boyutu için 5 ifade, stresin kabulü boyutu için 4 ifade, yönetime ilişkin algılar boyutu için 4 ifade ve çalışma koşulları boyutu için 4 ifade olmak üzere toplam 30 ifade ve 6 boyuttan meydana gelen GTÖ'nün çoklu değişkenli normal dağılımı karşılamaması (multivariate kurtosis=139,665; c.r.=27,233) nedeniyle tahmin yöntemlerinden ağırlıklandırılmamış en küçük kareler (Unweighted least squares) yöntemi tercih edilmiştir. GTÖ 1. Düzey DFA modeli Şekil 12'de gösterilmiştir.



$\chi^2/sd:0,616$; $GFI:0,987$; $AGFI:0,984$; $NFI:0,982$; $RMR:0,042$

Şekil 12. Güvenlik Tutumu Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model

Analiz sonuçlarına göre, X^2/sd , GFI, AGFI, NFI, RMR değerlerinin kabul edilebilir uyum değerlerinin üzerinde olduğu (Şekil 12) ve birinci düzey çok faktörlü modelin verilerle uyumlu olduğu görülmektedir. Yapılan birinci düzey çok faktörlü modelde doymuş model ($x^2 < 0,001$) ve bağımsız model için ($x^2 = 13306,611$) ki-kare değerleri modelin uyumunu desteklemektedir. GTÖ DFA'ya ilişkin analiz bulguları Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Güvenlik Tutumu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Ölçek Boyutları/Değişken Adı	Standardize Regresyon Yükü	p
Ekip Çalışması İklimi		
GT1	0,654	0,003
GT2	0,409	0,005
GT3	0,772	0,003
GT4	0,799	0,006
GT5	0,712	0,005
GT6	0,879	0,003
Güvenlik İklimi		
GT7	0,809	0,001
GT8	0,809	0,002
GT9	0,510	0,002
GT10	0,588	0,004
GT11	0,677	0,004
GT12	0,562	0,002
GT13	0,526	0,003
İş Doymu		
GT14	0,641	0,005
GT15	0,880	0,003
GT16	0,864	0,010
GT17	0,893	0,006
GT18	0,851	0,003
Stresin Kabulü		
GT19	0,631	0,010
GT20	0,841	0,003
GT21	0,931	0,001
GT22	0,644	0,008
Yönetime İlişkin Algılar		
GT23	0,816	0,004
GT24	0,728	0,003
GT25	0,728	0,002
GT26	0,736	0,006
Çalışma Koşulları		
GT27	0,784	0,004
GT28	0,776	0,006
GT29	0,810	0,004
GT30	0,793	0,007

Buna göre GTÖ'nün 30 ifade ve 6 boyuttan oluştuğu ve standardize faktör yüklerinin 0,409 ile 0,931 arasında yer aldığı belirlenmiştir. DFA sonucunda, GTÖ ekip çalışması iklimi boyutunun 6 ifadeden oluştuğu ve faktör yüklerinin 0,409-0,879 arasında yer aldığı, güvenlik iklimi boyutunun 7 ifadeden oluştuğu ve faktör yüklerinin 0,510-0,809 arasında yer aldığı, iş doyumunu boyutunun 5 ifadeden oluştuğu ve faktör yüklerinin 0,641-0,893 arasında yer aldığı, stresin kabulü boyutunun 4 ifadeden oluştuğu ve faktör yüklerinin 0,631-0,931 arasında gerçekleştiği, yönetime ilişkin algılar boyutunun 4 ifadeden meydana geldiği ve faktör yüklerinin 0,728 ve 0,816 arasında gerçekleştiği ve çalışma koşulları boyutunun 4 ifadeden meydana geldiği ve faktör yüklerinin 0,776 ve 0,810 arasında gerçekleştiği belirlenmiştir.

Güvenilirlik Analizi

GTÖ, Sexton vd. (2006a) tarafından sağlık çalışanlarının güvenlik tutumlarının analiz edilmesi amacıyla geliştirilmiş, Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ise Kaya vd. (2010) tarafından yapılmıştır.

Yapılan literatür çalışması sonunda Türkçe'ye uyarlaması yapılan bu ölçeğin birçok farklı ülkelerde de kullanılmak amacıyla farklı dillere çevrilerek kullanıldığı görülmüştür. Ölçeğin güvenilirlik testi kapsamında farklı ülkelerde elde edilen sonuçların birkaçı ile bu çalışma sonucunda elde edilen Cronbach Alpha değerleri ve bileşik güvenilirlik değerleri Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21. Güvenlik Tutumu Ölçeği Güvenilirlik Değerleri

Boyut Adı	Diğer Çalışmalara Ait Cronbach Alpha Değerleri						GTÖ Cronbach Alpha Değerleri	GTÖ Bileşik Güvenilirlik Değerleri
	(Kaya vd., 2010), Türkiye	(Gabrani vd., 2015), Arnavutluk	(Devriendt vd., 2012), Hollanda	Goras vd. (2013), İsveç	(Cui vd., 2017), Çin	(Elsous vd., 2017), Filistin		
Ekip Çalışması İklimi	0,75	0,79	0,72	0,80	0,785	0,755	0,860	0,852
Güvenlik İklimi	0,73	0,82	0,74	0,83	0,822	0,768	0,833	0,869
İş Doyumu	0,77	0,78	0,81	0,78	0,899	0,807	0,916	0,881
Stresin Kabulü	0,71	0,62	0,79	0,76	0,881	0,822	0,840	0,893
Yönetime İlişkin Algılar	0,66	0,64	0,79	0,63	0,879	0,780	0,835	0,826
Çalışma Koşulları	0,68	0,76	0,68	0,59	0,785	0,769	0,869	0,848
Toplam	0,89		0,90		0,945	0,747	0,780	0,951

Anket güvenilirliği çalışması sonucunda 292 sağlık çalışanının vermiş oldukları cevaplar üzerinden hesaplanan Cronbach Alpha değerlerine bakıldığında; ekip çalışması iklimi için 0,860, güvenlik iklimi için 0,833, iş doyumu için 0,916, stresin kabulü için 0,840, yönetime ilişkin algılar için 0,835, çalışma koşulları için 0,869 ve ölçeğin 30 ifadeli bütünü için 0,780 olarak gerçekleştirildiği görülmektedir.

GTÖ'nün bileşik güvenilirlik değerlerinin ise 0,826 ile 0,893 değerleri arasında gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Her iki güvenilirlik analizinden elde edilen sonuç GTÖ'nün yüksek düzeyde bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

3.7.3.3. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği (OBEÖ), sağlık çalışanlarının hizmet sunumları esnasında karşılaştıkları istenmeyen olayları bildirmede hangi engellerle karşılaştıklarının analiz edilmesi amacıyla literatürden elde edilen ifadelerden oluşturulmuştur (Ölçek kapsamındaki ifadelerin hangi çalışmalardan elde edildiğine dair bilgi Tablo 12'de verilmiştir). OBEÖ'de bulunan 9 ifade AFA ve DFA sonucunda iki boyut altında toplandı ve görülmüştür. Aynı faktör altında toplanan ifadeler incelendiğinde, meydana gelen boyutların *bireysel faktörler* ve *örgütsel faktörler* olarak isimlendirilmesi uygun bulunmuştur.

Açıklayıcı Faktör Analizi

OBEÖ ifadelerinin anlaşılabilirliği ve ölçmek istediği konuyla ilgisi bakımından 7 sağlık çalışanının (3 Hekim, 2 Hemşire, 2 Ebe) görüşüne sunulmuştur. Sağlık çalışanlarının değerlendirmeleri sonucunda ölçek ifadelerinin yüzeyel geçerlilik bakımından uygun olduğu belirlenmiştir.

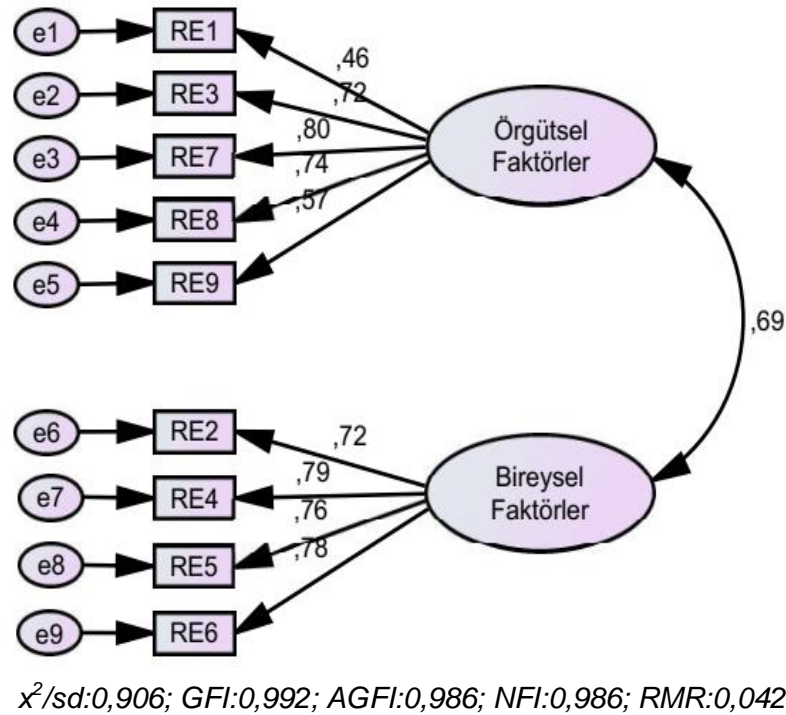
Araştırma kapsamında OBEÖ'ye Temel Bileşen Analizi ve Oblique (direct obliminal) yöntemleri ile AFA uygulanmıştır. Toplam 9 ifadenin 2 boyut altında toplandığı görülmüştür. Faktör analizi örneklem büyüklüğü şartı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısına, normallik şartı için ise Küresellik Test Değerine ve anlamlılık düzeyine bakılmıştır. Yapılan AFA sonucunda KMO örneklem yeterliliği 0,864, Bartlett Küresellik Test Değeri 1067,751 ($p < 0,001$) olarak bulunmuş ve OBEÖ ölçeğinin faktör analizi için uygun olduğu belirlenmiş, OBEÖ'de açıklanan toplam varyansın %61,94 olduğu görülmüştür. Ölçek ifadelerinin faktör yükleri değerlendirilmiş ve herhangi bir ifadenin çalışma dışında tutulmasına gerek görülmemiştir. OBEÖ açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçütü		0,864
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	1067,751
	Serbestlik Derecesi	36
	Anlamlılık	<0,001
Toplam Açıklanan Varyans		61,94
Olay Bildirimi Engelleri		Faktör Yüğü
Örgütsel Faktörler		
RE1	Olay bildirim yapmak ekstra zaman gerektiriyor	0,710
RE3	Olay bildirim konusunda arkadaşlarımdan yeterli desteği göremiyorum	0,542
RE7	Olay bildirim sistemleri yetersiz.	0,647
RE8	Olay bildirim formunu doldurmakta zorluklar var.	0,794
RE9	Olay bildirimiminin faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım.	0,779
Bireysel Faktörler		
RE2	Olay bildirimini kimin yapması gerektiğini bilmiyorum.	0,800
RE4	Olay bildiriminde kişisel bilgilerim gizli kalmaz.	0,671
RE5	Ayıplanmaktan korkuyorum.	0,880
RE6	Cezalandırılmaktan korkuyorum.	0,868

Doğrulayıcı Faktör Analizi

AFA sonucunda, 5 ifade *örgütsel faktörler* boyutunda ve 4 ifade *bireysel faktörler* boyutunda olmak üzere toplam 9 ifade ve 2 boyuttan meydana gelen OBEÖ'nün çoklu değişkenli normal dağılım varsayımını karşılamaması nedeniyle (multivariate kurtosis=11,445; c.r.=6,949) sebebiyle tahmin yöntemlerinden ağırlıklandırılmamış en küçük kareler (Unweighted least squares) yöntemi tercih edilmiştir. GTÖ 1.Düzye DFA modeli Şekil 13'de gösterilmiştir.



Şekil 13. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model

Yapılan analiz sonuçlarına göre, X^2/sd , GFI, AGFI, NFI, RMR değerlerinin kabul edilebilir uyum değerlerinin üzerinde olduğu (Şekil 13) ve birinci düzey çok faktörlü modelin verilerle uyumlu olduğu görülmektedir. Yapılan birinci düzey çok faktörlü modelde doymuş model ($x^2 < 0,001$) ve bağımsız model için ($x^2 = 1720,960$) ki-kare değerleri modelin uyumunu desteklemektedir. OBEÖ DFA'ya ilişkin analiz bulguları Tablo 23'de gösterilmiştir.

Tablo 23. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Ölçek Boyutları/Değişken Adı	Standardize Regresyon Yüğü	p
Örgütsel Faktörler		
RE1	0,462	0,003
RE3	0,716	0,005
RE7	0,800	0,004
RE8	0,741	0,003
RE9	0,574	0,004
Bireysel Faktörler		
RE2	0,721	0,006
RE4	0,789	0,004
RE5	0,756	0,006
RE6	0,778	0,007

Buna göre, OBEÖ DFA faktör yükleri örgütsel faktörler için 0,462 ile 0,800 arasında, bireysel faktörler için 0,721 ile 0,789 arasında gerçekleşmiştir (Tablo 23).

Güvenilirlik Analizi

Yapılan literatür çalışması sonunda oluşturularak Türkçe'ye uyarlaması yapılan, 9 ifade ve 2 boyuttan oluşan OBEÖ ölçeği güvenilirlik çalışması sonucunda elde edilen Cronbach Alpha değerleri ve bileşik güvenilirlik değerleri Tablo 24'de verilmiştir.

Tablo 24. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği Güvenilirlik Değerleri

Boyut Adı	Cronbach Alpha Değerleri	Bileşik Güvenilirlik Değerleri
Örgütsel Faktörler	0,792	0,826
Bireysel Faktörler	0,846	0,882
Toplam	0,861	0,919

Buna göre, örgütsel faktörler için 0,792, bireysel faktörler için 0,846 ve 9 ifadenin bütünü için 0,861 alfa değerine ulaşıldığı görülmektedir. Yine OBEÖ'nün bileşik güvenilirlik değerlerinin de 0,826 ve 0,882 olarak gerçekleştiği belirlenmiştir. Her iki güvenilirlik

analizinden elde edilen sonuç, OBEÖ'nün yüksek düzeyde bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışma Ankara ilinde faaliyet gösteren Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli (Sağlık teknisyeni/teknikeri) ile sınırlı kalmıştır. Bu nedenle çalışma bu hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının görüşlerine dayanmaktadır. Dolayısıyla elde edilen sonuçların Türkiye'deki tüm sağlık çalışanlarına ve hastanelerine genellenmesi mümkün değildir. Elde edilen sonuçların sağlık çalışanlarının olay bildirim farkındalıkları, olay bildirim ve güvenlik tutumları ile olay bildirim engel algılarına ilişkin yaklaşımlarda önemli ipuçları verebileceği değerlendirilmektedir.

4. BÖLÜM: BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, araştırma sonuçlarına ilişkin tanımlayıcı bulgulara ve hipotezlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde araştırmada kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir.

4.1.1. Bağımsız Değişkenlere İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin elde bilgiler Tablo 25'de sunulmuştur.

Buna göre sağlık çalışanlarından çalışmaya katılanların yaş grubu itibarıyla en fazla çalışanın bulunduğu grup %41,10 (n=120) ile 31-40 yaş grubu olurken, 41 ve üzeri yaşta bulunanlar %36,60 (n=107) ve 30 yaş altı çalışan sağlık personeli %22,26 (n=65) olmuştur. Katılımcıların %80,14'u (n=234) kadın iken bu oran erkeklerde %19,86 (n=58)'dir.

Katılımcıların %72,26'sı (n=211) evli, %27,74'ü (n=81) bekdir. Çalışmaya öğretim düzeyleri açısından %45,20 oranında (n=132) en fazla lisans seviyesinde sağlık çalışanı katılırken, bu oran lise mezunu için %3,80 (n=11) ile en az katılımcının olduğu öğretim düzeyi olmuştur. Katılımcıların %29,79'u (n=87) hekim, %32,19'u (n=94) ebe, %22,95'i (n=67) hemşire ve %15,07'si (n=44) ise diğer sağlık personelidir. Tamamı uzman hekimlerden oluşan doktora mezunu katılımcıların oranı %8,60 (n=25) olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 25. Demografik Özellikler (n=292)

Demografik Özellikler	n	%
Yaş Grubu (Ort:37,66)		
30 ve altı	65	22,26
31-40	120	41,10
41 ve üzeri	107	36,64
Cinsiyet		
Kadın	234	80,14
Erkek	58	19,86
Medeni Durum		
Evli	211	72,26
Bekar	81	27,74
Öğretim Düzeyi		
Lise	11	3,80
Ön Lisans	44	15,10
Lisans	132	45,20
Yüksek Lisans	80	27,40
Doktora	25	8,60
Meslek		
Hekim	87	29,79
Hemşire	67	22,95
Ebe	94	32,19
Diğer Sağlık Personeli	44	15,07
Çalışma Şekli		
Gündüz	78	26,71
Gündüz/Gece	214	73,29
Haftalık Çalışma Saati		
40-50 Saat Arası	189	64,73
50 Saatten Fazla	103	35,27
Mesleki Tecrübe Süresi (Ort:14,58)		
0-5 yıl	40	13,70
6-10 yıl	70	23,97
11-20 yıl	95	32,53
21 yıl ve üzeri	87	29,79
Çalışılan Birim		
Doğum Öncesi Hizmetler	56	19,18
Doğum ve Sonrası Hizmetler	142	48,63
Diğer Sağlık Hizmetleri	94	32,19
En Son Birimindeki Görev Süresi (Ort:5,77)		
0-5 yıl	176	60,30
6-10 yıl	67	22,90
11 yıl ve üzeri	49	16,80

Katılımcıların gündüz çalışanlarının oranı %26,71 (n=78) olurken hem gece hem de gündüz çalışanların oranı %73,29 (n=214) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların verdiği cevaplardan sadece gece mesai yapanın bulunmadığı belirlenmiştir. Haftalık çalışma saatleri bakımından katılımcılardan haftalık 40 saatten az çalışanın bulunmadığı tespit edilmiş, haftalık 40-50 saat çalışanların oranı %64,73 (n=189) ve haftalık 50 saatten fazla mesai yapanların oranı %35,27 (n=103) olarak gerçekleşmiştir.

Mesleki tecrübe açısından 11-20 yıl arası tecrübeye sahip olanların oranı %32,53 (n=95) ile en yüksek orana sahipken, bu oran 21 yıl ve üzeri için %29,79 (n=87), 6-10 yıl arası tecrübe için %23,97 (n=70) ve 0-5 yıl mesleki tecrübeye sahip olan katılımcıların oranı %13,70 (n=40) olarak gerçekleşmiştir.

Katılımcıların çalıştığı görev yerleri itibarıyla vermiş oldukları cevaplardan çalışma yerleri; 1. Doğum öncesi hizmetler (erken gebelik servisi, riskli gebelik servisi, perinatoloji yoğun bakım), 2. Doğum ve doğum sonrası hizmetler (Sezaryen/normal doğum servisi, yenidoğan yoğun bakım, ameliyathane, doğumhane), 3. Diğer sağlık hizmetleri (Acil, laboratuvar, radyoloji, poliklinikler) olarak gruplandırılmıştır. Bu gruplarda görev yapan çalışan sayısı ve oranları ise doğum öncesi hizmetler için %19,18 (n=56), doğum ve sonrası hizmetler için %48,63 (n=142) ve diğer sağlık hizmetleri için %32,19 (n=94) olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların en son görev yaptığı yerdeki tecrübeye ilişkin elde edilen bilgilere göre katılımcılardan 0-5 yıllık tecrübeye sahip olanların oranı %60,30 (n=176) olurken bu oran 6-10 yıl için %22,90 (n=67), 11 yıl ve üzeri için %16,80 (n=49) olarak gerçekleşmiştir.

Katılımcıların OB farkındalıklarının ölçülmesi amacıyla anketin 2. bölümünde kendilerine yöneltilen 5 adet soruya ilişkin olarak verdikleri cevaplara ait bulgular Tablo 26'da sunulmuştur.

Tablo 26. Olay Bildirimi Farkındalıklarına İlişkin Bulgular (n=292)

Farkındalık İfadesi	n	(%)
OB Eğitimi Alma Durumu		
Hayır	141	48,30
Evet	151	51,70
Son 12 Ayda Olaya Dâhil Olma Durumu		
Hayır	239	81,85
Evet	53	18,15
Son 12 Ayda Olaya Tanık Olma Durumu		
Hayır	182	62,33
Evet	110	37,67
Farkındalık İfadesi	\bar{x}	Ss
OBS Farkındalığı	3,76	0,93
OBS Kullanım Bilgisi	3,36	1,07

Buna göre katılımcılardan OB eğitimi alanların oranı %48,30 (n=141), son 12 ayda herhangi bir olaya dahil olanların oranı %18,15 (n=53), son 12 ay içinde herhangi bir olaya tanık olanların oranı %37,67 (n=110) olarak gerçekleştiği tespit edilmiştir. Katılımcıların OBS farkındalık ortalamasının 3,76 ($\pm 0,93$) ve OBS kullanım bilgisi ortalamasının 3,36 ($\pm 1,07$) olarak gerçekleştiği belirlenmiştir.

4.1.2. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların OBÖ'ye verdikleri cevaplara ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 27. Olay Bildirimi Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular (n=292)

Ölçek Boyutları/ Değişken Adı	İfade	\bar{x} (Ss)
Suçlama/Ayıplama		2,65 (±0,57)
RT5	İstenmeyen olayları bildirmek dikkatleri benim üzerimde toplar.	2,77 (±0,74)
RT7	İstenmeyen olayı bildiren sağlık çalışanı gelecekte kariyer sorunu yaşar.	2,64 (±0,73)
RT12	İstenmeyen olayları bildirmek benim için sorun oluşturur.	2,55 (±0,77)
RT18	İstenmeyen olayı bildirmek, benim yanlış yaptığımı herkesin öğrenmesine yol açar.	2,64 (±0,79)
RT21	İstenmeyen olay bildirimini bir tür suçlu bulma yoludur.	2,58 (±0,78)
RT23	Olay bildirimini, bir olaya karıştığım konusunda meslektaşlarımdan dedikodular yapmasına sebep olur.	2,72 (±0,80)
Olay Bildirimi Kriterleri		2,36 (±0,53)
RT2	Meydana gelen istenmeyen olaydan haberdar olan kişi az ise olayın bildirilmesine gerek yoktur.	2,33 (±0,83)
RT3	Meslektaşlarımdan karıştığı istenmeyen olayları bildirmek benim sorumluluğum değildir.	2,58 (±0,81)
RT10	Minör istenmeyen olayların bildirilmesine gerek yoktur.	2,32 (±0,68)
RT14	Sadece seyrek gerçekleşen olaylar bildirilmelidir.	2,27 (±0,79)
RT15	Meydana gelen istenmeyen olayı sadece hasta dosyasına not etmek, olay bildirimini kadar iyidir.	2,31 (±0,72)
RT20	Sadece kendisinden bir şeyler öğrenilebilen olumsuz olaylar bildirilmelidir.	2,33 (±0,84)
Meslektaş Beklentisi		2,09 (±0,61)
RT6	Meydana gelen istenmeyen olaylardan ders çıkarılabildiği sürece bildirmeye gerek yoktur.	2,00 (±0,88)
RT9	İstenmeyen olayları bildirmediyim zaman, işimi gerektiği gibi yapmadığımı düşünüyorum	2,26 (±0,68)
RT11	Meslektaşlarımdan istenmeyen olayların bildirilmesini benden bekliyor.	1,98 (±0,84)
RT19	İstenmeyen olayları bildirmeye iznim yok.	2,02 (±0,73)
RT22	İstenmeyen olaylar engellenemez, bu yüzden onları bildirmenin bir anlamı yoktur.	1,96 (±0,79)
RT25	İstenmeyen olay olduğunda, meslektaşlarımdan bunu bildirmede ilgisiz davranıyor	2,35 (±0,77)
Olay Bildiriminin Faydası		2,10 (±0,61)
RT1	İstenmeyen olayların bildirilmesi eğitim eksikliklerinin belirlenmesine yardımcı olur.	1,89 (±0,69)
RT4	İstenmeyen olayları bildirmek hastaları korur.	2,01 (±0,83)
RT16	Çalıştığım kıdemli personelin beni cesaretlendirmesi, istenmeyen olay bildiriminde bana güç verir.	2,10 (±0,81)
RT17	Hastanemde istenmeyen olayları gözlemleyen bir birim olması, olay bildirimlerinde teşvik edici olur.	2,22 (±0,90)
RT24	İstenmeyen olayların bildirilmesi, insanları eylemlerinden hesap verebilir hale getirir.	2,28 (±0,81)
Olay Bildirimi Prosedürlerin Anlaşılabilirliği		1,72 (±0,89)
RT8	İstenmeyen olayların nasıl bildirileceği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	1,71 (±0,95)
RT13	Hangi tür istenmeyen olayların bildirilmesi gerektiği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	1,73 (±0,97)
Olay Bildirimi Tutumu Genel Ortalaması		2,26 (±0,32)

Buna göre, OBTÖ kapsamında ortalamasının en yüksek olduğu boyutun suçlama/ayıplama boyutu 2,65 (±0,57) olduğu, ölçekte en düşük ortalamaya ise olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunun 1,72 (±0,89) sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer boyutlara ilişkin ortalamalar, olay bildirim kriterleri boyutu için 2,36 (±0,53), meslektaş beklentisi boyutu için 2,09 (±0,61), olay bildiriminin faydası boyutu için 2,10 (±0,61) olarak gerçekleşmiştir. Katılımcıların OBTÖ genel ortalaması 2,26 (±0,32) olarak

gerçekleşmiştir. Dolayısıyla katılımcıların olay bildirimine ilişkin tutumlarının kısmen daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir.

Tüm OBTÖ ifadeleri dikkate alındığında en yüksek ortalamaya “*İstenmeyen olayları bildirmek dikkatleri benim üzerimde toplar*” ifadesinin 2,77 ($\pm 0,74$) sahip olduğu, bunu “*Olay bildirimini, bir olaya karıştığım konusunda meslektaşlarımdan dedikodular yapmasına sebep olur*” 2,72 ($\pm 0,80$) ifadesinin izlediği belirlenmiştir.

İfadeler içinde en düşük ortalamaya “*İstenmeyen olayların nasıl bildirileceği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır*” 1,71 ($\pm 0,95$) ifadesinin sahip olduğu, bunu “*Hangi tür istenmeyen olayların bildirilmesi gerektiği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır*” 1,73 ($\pm 0,97$) ifadesinin izlediği tespit edilmiştir.

Katılımcıların GTÖ'ye verdikleri cevaplara ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 28'de sunulmuştur.

Buna göre, GTÖ kapsamında en yüksek ortalamaya sahip boyutun ekip çalışması iklimi boyutu 3,82 ($\pm 0,67$) olduğu, ölçekte en düşük ortalamaya ise yönetime ilişkin algılar boyutunun 2,96 ($\pm 0,90$) sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer boyutlara ilişkin ortalamalar, güvenlik iklimi boyutu için 3,31 ($\pm 0,59$), iş doyumu boyutu için 3,39 ($\pm 1,00$), stresin kabulü için 3,71 ($\pm 0,89$), çalışma koşulları boyutu için ise 3,11 ($\pm 0,81$) olarak gerçekleşmiştir. GTÖ 5'li likert olarak uygulanmış ve katılımcıların GTÖ genel ortalaması 3,40 ($\pm 0,34$) olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla katılımcıların olay bildirimlerine ilişkin tutumlarının kısmen daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 28. Güvenlik Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular (n=292)

Ölçek Boyutları/ Değişken Adı	İfadeler	\bar{x} (Ss)
Ekip Çalışması İklimi		3,82 (±0,67)
GT1	Bu serviste hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.	3,81 (±0,88)
GT2	Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılırsam, onu söylemekte zorlanırım.	3,85 (±0,89)
GT3	Bu servisteki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre).	3,64 (±0,93)
GT4	Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.	3,89 (±0,80)
GT5	Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.	3,95 (±0,83)
GT6	Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.	3,75 (±0,91)
Güvenlik İklimi		3,31 (±0,59)
GT7	Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.	3,30 (±0,86)
GT8	Bu serviste tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	3,45 (±0,92)
GT9	Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.	2,86 (±0,83)
GT10	Bu serviste, hataları tartışmak zordur.	3,42 (±0,80)
GT11	Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	3,37 (±0,82)
GT12	Bu servisin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.	3,25 (±0,87)
GT13	Bu servisteki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.	3,55 (±0,78)
İş Doyumu		3,39 (±1,00)
GT14	İşimi severim.	3,84 (±1,00)
GT15	Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.	3,36 (±1,20)
GT16	Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	3,26 (±1,22)
GT17	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	3,19 (±1,19)
GT18	Bu serviste / birimde moral yüksektir.	3,30 (±1,19)
Stresin Kabulü		3,71 (±0,89)
GT19	Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.	3,37 (±1,21)
GT20	İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.	3,97 (±0,99)
GT21	Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.	3,78 (±1,05)
GT22	Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.	3,73 (±1,06)
Yönetime İlişkin Algılar		2,96 (±0,90)
GT23	Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.	2,98 (±1,11)
GT24	Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.	2,58 (±0,98)
GT25	Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.	3,31 (±1,25)
GT26	Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	2,95 (±1,06)
Çalışma Koşulları		3,11 (±0,81)
GT27	Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	2,96 (±0,94)
GT28	Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.	3,32 (±0,89)
GT29	Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.	2,97 (±0,99)
GT30	Benim mesleğimdeki asistanlar / stajyerler yeterince denetlenir.	3,18 (±1,00)
Güvenlik Tutumu Genel Ortalaması		3,40 (±0,36)

GTÖ'nün tüm ifadeleri dikkate alındığında “*İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer*” 3,97 ($\pm 0,99$) ifadesinin en yüksek ortalamaya sahip olduğu, bunu “*Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır*” 3,95 ($\pm 0,83$) ve “*Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm*” 3,89 ($\pm 0,80$) ifadelerinin izlediği belirlenmiştir. Tüm ifadeler içinde “*Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz*” 2,58 ($\pm 0,98$) ifadesinin en düşük ortalamaya sahip ifade olduğu, bunu “*Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım*” 2,86 ($\pm 0,83$) ifadesinin izlediği belirlenmiştir.

Katılımcıların OBEÖ'ye verdikleri cevaplara ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 29'da sunulmuştur.

Tablo 29. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeğine İlişkin Bulgular (n=292)

Ölçek Boyutları/ Değişken Adı	İfadeler	\bar{x} (Ss)
Örgütsel Faktörler		3,04 ($\pm 0,68$)
RE1	Olay bildirimini yapmak ekstra zaman gerektiriyor	2,52 ($\pm 0,86$)
RE3	Olay bildirimini konusunda arkadaşlarımdan yeterli desteği göremiyorum	3,17 ($\pm 0,94$)
RE7	Olay bildirimini sistemleri yetersiz.	3,17 ($\pm 0,92$)
RE8	Olay bildirimini formunu doldurmakta zorluklar var.	3,16 ($\pm 0,85$)
RE9	Olay bildirimiminin faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım.	3,18 ($\pm 0,99$)
Bireysel Faktörler		3,14 ($\pm 0,86$)
RE2	Olay bildirimini kimin yapması gerektiğini bilmiyorum.	3,03 ($\pm 1,04$)
RE4	Olay bildiriminde kişisel bilgilerim gizli kalmaz.	3,05 ($\pm 1,01$)
RE5	Ayıplanmaktan korkuyorum.	3,18 ($\pm 1,01$)
RE6	Cezalandırılmaktan korkuyorum.	3,29 ($\pm 1,09$)
Olay Bildirimi Engelleri Algısı Genel Ortalaması		3,08 ($\pm 0,67$)

Buna göre, OBEÖ bireysel faktörler boyutunun 3,14 ($\pm 0,86$), örgütsel faktörler boyutunun 3,04 ($\pm 0,68$) ortalama değerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Tüm OBEÖ ifadeleri dikkate alındığında “*Cezalandırılmaktan korkuyorum*” ifadesinin 3,29 ($\pm 1,09$) ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu, bunu “*ayıplanmaktan korkuyorum*” 3,18 ($\pm 1,01$) ve “*Olay bildirimiminin faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım*” 3,18 ($\pm 0,99$) ifadelerinin izlediği belirlenmiştir. Tüm ifadeler içinde “*Olay bildirimini yapmak ekstra zaman gerektiriyor*” 2,52 ($\pm 0,86$) ifadesinin en düşük ortalamaya sahip ifade olduğu, bunu “*Olay bildirimini kimin yapması gerektiğini bilmiyorum*” 3,03 ($\pm 1,03$) ifadesinin izlediği bulgusu elde edilmiştir.

Katılımcıların OBEÖ genel ortalaması 3,08 ($\pm 0,67$) olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla genel anlamda katılımcıların OB engel algılarının kısmen daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların ölçeğin ve anketin tek açık uçlu sorusu olan ve diğer engel algılarının sorulduğu 10. Soruya genel olarak cevap vermediği, verilen çok az cevabın da OBEÖ ifadelerinin tekrarının olduğu görüldüğünden çalışma kapsamında analizlere dahil edilmemiştir.

Katılımcıların olay bildirim durumlarına verdikleri cevaplara ilişkin bulgular Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30. Olay Bildirim Durumuna İlişkin Bulgular (n=292)

Son 12 Ayda Olay Bildirim Durumu	n	%
Hayır	204	69,86
Evet	88	30,14

Buna göre, son 12 ay içinde 88 (%30,14) katılımcı olay bildiriminde bulunduğunu ifade ederken, 204 (%69,86) katılımcı son 12 ayda herhangi bir olay bildirmediğini belirtmiştir.

4.2. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, araştırma modelinde yer alan hipotezlere ilişkin bulgular yer almaktadır.

Araştırma kapsamında üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H, iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, kesikli verilerin analizi için ise yerine göre Ki-Kare testi ya da Fisher's Exact testi kullanılmıştır.

4.2.1. Demografik Özelliklere Göre Yapılan Analizler

Katılımcıların demografik özelliklerine göre yapılan analiz bulguları bu bölümde yer almaktadır.

4.2.1.1. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirimi Tutumlarının Analizi

Katılımcıların araştırmanın üçüncü bölümünde yer alan olay bildirim tutumu ölçeğine (OBTÖ) verdikleri cevapların demografik özelliklere göre yapılan analiz bulguları bu bölümde yer almaktadır.

Katılımcıların OB tutumlarının yaş gruplarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 31’de sunulmuştur.

Tablo 31. Olay Bildirimi Tutumunun Yaş Gruplarına Göre Analizi

OBTÖ Boyutları/Yaş Grubu	n	\bar{x}	Ss	χ^2	p**	Fark*
Suçlama/Ayıplama						
30 ve altı ¹	65	2,58	0,55			
31-40 ²	120	2,69	0,58	1,921	0,383	-
41 ve üzeri ³	107	2,64	0,58			
Olay Bildirimi Kriterleri						
30 ve altı ¹	65	2,33	0,57			
31-40 ²	120	2,28	0,51	8,225	0,016	2<3
41 ve üzeri ³	107	2,46	0,53			
Meslektaş Beklentisi						
30 ve altı ¹	65	2,10	0,61			
31-40 ²	120	2,03	0,52	0,281	0,869	-
41 ve üzeri ³	107	2,15	0,70			
Olay Bildiriminin Faydası						
30 ve altı ¹	65	2,18	0,58			
31-40 ²	120	2,14	0,55	0,225	0,893	-
41 ve üzeri ³	107	2,20	0,54			
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği						
30 ve altı ¹	65	1,68	0,85			
31-40 ²	120	1,76	0,89	0,709	0,701	-
41 ve üzeri ³	107	1,70	0,92			
Toplam Olay Bildirimi Tutumu Ortalaması						
30 ve altı ¹	65	2,24	0,33			
31-40 ²	120	2,24	0,31	1,742	0,419	-
41 ve üzeri ³	107	2,29	0,32			

*Mann Whitney U Testi, **Kruskal Wallis H Testi

Buna göre, toplam OB tutumu ortalaması açısından katılımcıların yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, katılımcıların OBÖTÖ olay bildirim kriterleri boyutunda, yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır. Gruplar arası farklılığın tespit edilmesi için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre, 41 ve üzeri yaş grubunda yer alan katılımcıların 2,46 ($\pm 0,53$), 31-40 yaş grubunda yer alan katılımcılara göre 2,28 ($\pm 0,51$) anlamlı bir şekilde daha yüksek bir tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların OB tutumlarının medeni durumlarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32. Olay Bildirimi Tutumunun Medeni Duruma Göre Analizi

OBÖTÖ Boyutları / Medeni Durum	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Suçlama/Ayıplama						
Evli	211	2,67	0,58	7742,500	-1,250	0,211
Bekar	81	2,59	0,56			
Olay Bildirimi Kriterleri						
Evli	211	2,39	0,53	7011,500	-2,388	0,017
Bekar	81	2,26	0,53			
Meslektaş Beklentisi						
Evli	211	2,10	0,63	8463,000	-0,129	0,898
Bekar	81	2,09	0,57			
Olay Bildiriminin Faydası						
Evli	211	2,19	0,55	8415,500	-0,202	0,840
Bekar	81	2,11	0,56			
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği						
Evli	211	1,72	0,91	8402,500	-0,234	0,815
Bekar	81	1,71	0,83			
Toplam Olay Bildirimi Tutumu Ortalaması						
Evli	211	2,28	0,32	7689,000	-1,327	0,184
Bekar	81	2,22	0,32			

Buna göre, toplam OB tutumu ortalaması açısından katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, OBÖTÖ olay bildirim kriterleri boyutunda, katılımcıların medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p<0,05$), diğer boyutlarda fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Olay bildirim kriterleri açısından, evli olan katılımcıların 2,39 ($\pm 0,53$), bekar katılımcılara göre 2,26 ($\pm 0,53$) anlamlı şekilde yüksek olay bildirim tutumuna sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların olay bildirim tutumlarının öğretim düzeylerine göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 33'de verilmiştir.

Tablo 33. Olay Bildirimi Tutumunun Öğretim Düzeylerine Göre Analizi

OBTÖ Boyutları/ Öğretim Düzeyi	n	\bar{x}	Ss	χ^2	p**	Fark*
Suçlama/ Aıplama						
Lise ¹	11	2,48	0,39			
Ön Lisans ²	44	2,51	0,54			
Lisans ³	132	2,67	0,60	6,041	0,196	-
Yüksek Lisans ⁴	80	2,71	0,54			
Doktora ⁵	25	2,66	0,60			
Olay Bildirimi Kriterleri						
Lise ¹	11	2,41	0,48			
Ön Lisans ²	44	2,24	0,49			2<3
Lisans ³	132	2,46	0,53	10,750	0,030	4<3
Yüksek Lisans ⁴	80	2,33	0,50			5<3
Doktora ⁵	25	2,08	0,61			
Meslektaş Beklentisi						
Lise ¹	11	2,20	0,46			
Ön Lisans ²	44	2,03	0,64			
Lisans ³	132	2,18	0,65	9,048	0,060	-
Yüksek Lisans ⁴	80	2,06	0,52			
Doktora ⁵	25	1,83	0,59			
Olay Bildiriminin Faydası						
Lise ¹	11	2,16	0,40			
Ön Lisans ²	44	2,07	0,50			
Lisans ³	132	2,24	0,53	5,918	0,205	-
Yüksek Lisans ⁴	80	2,11	0,62			
Doktora ⁵	25	2,12	0,54			
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılrlığı						
Lise ¹	11	1,86	0,78			
Ön Lisans ²	44	2,08	1,08			5<1
Lisans ³	132	1,68	0,86	11,273	0,024	3<2
Yüksek Lisans ⁴	80	1,67	0,88			4<2
Doktora ⁵	25	1,40	0,54			5<2
Toplam Olay Bildirimi Tutumu Ortalaması						
Lise ¹	11	2,24	0,24			
Ön Lisans ²	44	2,19	0,29			2<3
Lisans ³	132	2,33	0,33	12,872	0,012	5<3
Yüksek Lisans ⁴	80	2,25	0,28			5<4
Doktora ⁵	25	2,11	0,38			

*Mann Whitney U Testi, **Kruskal Wallis H Testi

Katılımcıların OB tutumlarının meslek gruplarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 34'de verilmiştir.

Tablo 34. Olay Bildirimi Tutumunun Mesleklere Göre Analizi

OBTÖ Boyutları/ Meslek Grubu	n	\bar{x}	Ss	χ^2	p**	Fark*
Suçlama/ Ayıplama						
Hekim ¹	87	2,71	0,53			
Hemşire ²	67	2,53	0,69	5,082	0,166	-
Ebe ³	94	2,70	0,54			
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	2,59	0,51			
Olay Bildirimi Kriterleri						
Hekim ¹	87	2,17	0,47			1<3
Hemşire ²	67	2,28	0,54	25,457	<0,001	2<3
Ebe ³	94	2,55	0,46			1<4
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	2,43	0,65			
Meslektaş Beklentisi						
Hekim ¹	87	1,96	0,47			
Hemşire ²	67	2,00	0,61	10,221	0,017	1<3
Ebe ³	94	2,24	0,66			2<3
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	2,20	0,69			
Olay Bildiriminin Faydası						
Hekim ¹	87	2,07	0,61			
Hemşire ²	67	2,27	0,50	2,467	0,481	-
Ebe ³	94	2,19	0,48			
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	2,17	0,62			
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği						
Hekim ¹	87	1,50	0,64			
Hemşire ²	67	2,14	1,06	19,935	<0,001	1<2
Ebe ³	94	1,57	0,77			3<2
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	1,83	1,05			
Toplam Olay Bildirimi Tutumu Ortalaması						
Hekim ¹	87	2,17	0,28			1<3
Hemşire ²	67	2,24	0,37	19,935	<0,001	1<4
Ebe ³	94	2,35	0,28			2<3
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	2,30	0,34			

*Mann Whitney U Testi, **Kruskal Wallis H Testi

Buna göre, toplam OB tutumu ortalaması açısından katılımcıların mesleklerine göre aralarında anlamlı fark bulunduğu ($p<0,05$); hekimlerin 2,17 ($\pm 0,28$), ebe 2,35 ($\pm 0,28$) ve diğer sağlık personelinden 2,30 ($\pm 0,34$), hemşirelerin 2,24 ($\pm 0,37$) ise ebelerden daha düşük ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir.

Bununla birlikte, OBTÖ olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutlarında, katılımcıların meslek gruplarına göre

istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Gruplar arası farklılığın tespiti için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre, olay bildirim kriterleri için ebelerin 2,55 ($\pm 0,46$), hekimlerden 2,17 ($\pm 0,47$) ve hemşirelerden 2,28 ($\pm 0,54$); diğer sağlık personelinin 2,43 ($\pm 0,65$) ise hekimlerden 2,17 ($\pm 0,47$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Meslektaş beklentisi boyutu için ebelerin 2,24 ($\pm 0,66$), hemşirelerden 2,00 ($\pm 0,61$) ve hekimlerden 1,96 ($\pm 0,47$); olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutu için hemşirelerin 2,14 ($\pm 1,06$) hekim 1,50 ($\pm 0,64$) ve ebelerden 1,57 ($\pm 0,77$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların OB tutumlarının çalışma şekillerine göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 35'de verilmiştir.

Tablo 35. Olay Bildirimi Tutumunun Çalışma Şekline Göre Analizi

OBTÖ Boyutları/ Çalışma Şekilleri	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Suçlama/ Ayıplama						
Gündüz	78	2,61	0,52			
Gündüz/Gece	214	2,66	0,59	7832,000	-0,810	0,418
Olay Bildirimi Kriterleri						
Gündüz	78	2,38	0,59			
Gündüz/Gece	214	2,35	0,51	7855,500	-0,773	0,440
Meslektaş Beklentisi						
Gündüz	78	2,00	0,64			
Gündüz/Gece	214	2,13	0,60	6996,000	-2,131	0,033
Olay Bildiriminin Faydası						
Gündüz	78	2,11	0,57			
Gündüz/Gece	214	2,09	0,61	8318,500	-0,043	0,965
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği						
Gündüz	78	1,67	0,90			
Gündüz/Gece	214	1,74	0,89	7720,000	-1037	0,300
Toplam Olay Bildirimi Tutumu Ortalaması						
Gündüz	78	2,23	0,35			
Gündüz/Gece	214	2,27	0,31	7783,000	-0883	0,377

Buna göre, toplam olay bildirim tutumu ortalaması açısından katılımcıların çalışma şekillerine göre anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, OBTO meslektaş beklentisi boyutunda, katılımcıların çalışma şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Meslektaş beklentisi boyutunda gece ve gündüz olarak dönüşümlü şekilde mesai yapanların 2,13 ($\pm 0,60$), gündüz mesai yapanlara 2,00 ($\pm 0,64$) göre olay bildirim tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların OB tutumlarının mesleki tecrübe düzeylerine göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 36'da verilmiştir.

Tablo 36. Olay Bildirimi Tutumunun Mesleki Tecrübe Düzeyine Göre Analizi

OBTO Boyutları/ Mesleki Tecrübe	n	\bar{x}	Ss	χ^2	p**	Fark*
Suçlama/Ayıplama						
0-5 yıl ¹	40	2,60	0,55			
6-10 yıl ²	70	2,70	0,57			
11-20 yıl ³	95	2,63	0,59	1,216	0,749	-
21 ve üzeri yıl ⁴	87	2,65	0,57			
Olay Bildirimi Kriterleri						
0-5 yıl ¹	40	2,28	0,63			
6-10 yıl ²	70	2,37	0,48			
11-20 yıl ³	95	2,25	0,50	9,452	0,024	3<4
21 ve üzeri yıl ⁴	87	2,50	0,53			
Meslektaş Beklentisi						
0-5 yıl ¹	40	2,04	0,63			
6-10 yıl ²	70	2,15	0,53			
11-20 yıl ³	95	1,98	0,56	6,642	0,084	-
21 ve üzeri yıl ⁴	87	2,20	0,70			
Olay Bildiriminin Faydası						
0-5 yıl ¹	40	1,98	0,71			
6-10 yıl ²	70	2,19	0,58			
11-20 yıl ³	95	2,06	0,58	3,944	0,268	-
21 ve üzeri yıl ⁴	87	2,13	0,58			
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği						
0-5 yıl ¹	40	1,50	0,62			
6-10 yıl ²	70	1,93	0,99			
11-20 yıl ³	95	1,70	0,89	5,574	0,134	-
21 ve üzeri yıl ⁴	87	1,67	0,89			
Toplam Olay Bildirimi Tutumu Ortalaması						
0-5 yıl ¹	40	2,18	0,35			1<2
6-10 yıl ²	70	2,33	0,30			1<4
11-20 yıl ³	95	2,19	0,30	13,369	0,004	2<3
21 ve üzeri yıl ⁴	87	2,32	0,32			3<4

*Mann Whitney U Testi, **Kruskal Wallis H Testi

Toplam OB tutumu ortalaması açısından katılımcıların mesleki tecrübe düzeylerine göre anlamlı fark bulunduğu ($p < 0,05$), buna göre 0-5 yıl mesleki tecrübeye sahip katılımcıların 2,18 ($\pm 0,35$), 6-10 yıl mesleki tecrübeye 2,33 ($\pm 0,30$) ve 21 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip 2,32 ($\pm 0,32$) katılımcılardan; 6-10 yıl tecrübeye sahip katılımcıların 11-20 yıl tecrübeye sahip katılımcılardan ve 11-20 yıl tecrübeye sahip katılımcıların, 21 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip katılımcılardan daha düşük bir tutum ortalamasına sahi olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların OBÖÖ olay bildirim kriterleri boyutunda, mesleki tecrübe düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p > 0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Gruplar arası farklılığın tespiti için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre, olay bildirim kriterleri boyutunda mesleki tecrübe açısından 21 ve üzeri yıl tecrübeye sahip olan katılımcıların 2,50 ($\pm 0,53$), 11-20 yıl arası mesleki tecrübeye sahip olanlara 2,25 ($\pm 0,50$) göre OB tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da 0-5 yıl mesleki tecrübeye sahip katılımcıların, daha fazla meslek tecrübesi olan çalışanlara göre daha düşük olay bildirim tutumuna sahip olduğu tespit edilmiştir.

Demografik değişkenleri bakımından katılımcıların, cinsiyet, çalışılan bölüm ve bölümdeki mesleki tecrübe durumları açısından olay bildirim tutumlarında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Katılımcıların demografik değişkenlerine göre olay bildirim tutumları incelenmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 1a** "*Sağlık çalışanlarının demografik değişkenlerine göre olay bildirim tutumları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir*" hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipoteze ait sonuçlar Tablo 37'de sunulmuştur.

Tablo 37. Hipotez 1a'ya Ait Sonuçlar

	Olay Bildirimi Tutumu					Hipotez
	1 Suçlama/ ayıplama	2 Olay bildirimini kriterleri	3 Meslektaş beklentisi	4 Olay bildiriminin faydası	5 Olay bildirimini prosedürlerinin anlaşılırlığı	
Yaş	*	p=0,016	*	*	*	Kabul
Cinsiyet	*	*	*	*	*	Ret
Medeni Durum	*	p=0,017	*	*	*	Kabul
Öğretim Düzeyi	*	p=0,030	*	*	p=0,024	Kabul
Meslek	*	p<0,001	p=0,017	*	p<0,001	Kabul
Çalışma Şekli	*	*	p=0,033	*	*	Kabul
Çalışma Saati	*	*	*	*	*	Ret
Mesleki Tecrübe	*	p=0,024	*	*	*	Kabul
Çalışılan Bölüm	*	*	*	*	*	Ret
Bölüm Tecrübesi	*	*	*	*	*	Ret

* p>0,05

4.2.1.2. Demografik Özelliklere Göre Güvenlik Tutumlarının Analizi

Bu bölümde katılımcıların güvenlik tutumlarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için yapılan istatistiksel analiz bulguları yer almaktadır.

Katılımcıların güvenlik tutumlarının yaş gruplarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile değerlendirilmiş ve elde edilen analiz bulguları Tablo 38'de sunulmuştur.

Tablo 38. Güvenlik Tutumunun Yaş Grubuna Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Yaş Grubu	n	\bar{x}	Ss	χ^2	p**	Fark*
Ekip Çalışması İklimi						
30 ve altı ¹	65	3,77	0,61			
31-40 ²	120	3,69	0,65	12,070	0,002	1<3 2<3
41 ve üzeri ³	107	3,98	0,70			
Güvenlik İklimi						
30 ve altı ¹	65	3,29	0,56			
31-40 ²	120	3,25	0,59	5,028	0,081	-
41 ve üzeri ³	107	3,40	0,61			
İş Doymu						
30 ve altı ¹	65	3,37	0,98			
31-40 ²	120	3,14	1,04	14,885	0,001	1<3 2<3
41 ve üzeri ³	107	3,69	0,91			
Stresin Kabulü						
30 ve altı ¹	65	3,63	0,92			
31-40 ²	120	3,86	0,79	5,518	0,063	-
41 ve üzeri ³	107	3,59	0,96			
Yönetime İlişkin Algılar						
30 ve altı ¹	65	3,00	0,86			
31-40 ²	120	3,09	0,88	8,827	0,012	3<2
41 ve üzeri ³	107	2,78	0,93			
Çalışma Koşulları						
30 ve altı ¹	65	3,14	0,69			
31-40 ²	120	2,89	0,88	15,897	<0,001	1<3 2<3
41 ve üzeri ³	107	3,33	0,73			
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
30 ve altı ¹	65	3,39	0,35			
31-40 ²	120	3,33	0,40	9,372	0,009	2<3
41 ve üzeri ³	107	3,50	0,32			

*Mann Whitney U Testi, **Kruskal Wallis H Testi

Buna göre, toplam güvenlik tutumu ortalaması açısından, katılımcıların yaş gruplarına göre anlamlı fark bulunduğu ($p<0,05$) ve 31-40 yaş grubu çalışanların, 40 yaş ve üzeri çalışanlardan daha düşük bir tutum ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların GTÖ ekip çalışması iklimi, iş doymu, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları boyutlarında, yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Gruplar arası farklılığın tespiti için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre, ekip çalışması iklimi boyutunda 41 yaş ve üzeri katılımcıların 3,98 ($\pm 0,70$) hem 30 yaş ve altı 3,77 ($\pm 0,61$), hem de 31-40 yaş grubundan 3,70 ($\pm 0,65$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. İş doyumu boyutunda 41 yaş ve üzeri katılımcıların 3,69 ($\pm 0,91$), hem 30 yaş ve altı 3,37 ($\pm 0,98$), hem de 31-40 yaş grubundan 3,14 ($\pm 1,04$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu; çalışma koşulları boyutunda 41 yaş ve üzeri katılımcıların 3,33 ($\pm 0,73$) hem 30 yaş ve altı katılımcılardan 3,14 ($\pm 0,69$), hem de 31-40 yaş grubu katılımcılardan 2,89 ($\pm 0,88$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu; yönetime ilişkin algılar boyutunda ise 41 yaş ve üzeri 2,78 ($\pm 0,93$) katılımcıların, 31-40 yaş grubu katılımcılardan 3,09 ($\pm 0,88$) daha düşük bir tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumlarının cinsiyetlerine göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiş ve elde edilen analiz bulguları Tablo 39'da sunulmuştur.

Tablo 39. Güvenlik Tutumunun Cinsiyete Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Cinsiyet	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Ekip Çalışması İklimi						
Kadın	211	3,83	0,69	6611,500	-0,305	0,760
Erkek	81	3,77	0,60			
Güvenlik İklimi						
Kadın	211	3,28	0,58	5615,000	-2,041	0,041
Erkek	81	3,44	0,62			
İş Doymu						
Kadın	211	3,33	1,04	5343,500	-2,516	0,012
Erkek	81	3,62	0,80			
Stresin Kabulü						
Kadın	211	3,67	0,89	5680,000	-1,942	0,052
Erkek	81	3,88	0,87			
Yönetime İlişkin Algılar						
Kadın	211	2,96	0,89	6599,000	-0,326	0,744
Erkek	81	2,95	0,98			
Çalışma Koşulları						
Kadın	211	3,14	0,81	6016,000	-1,348	0,178
Erkek	81	2,97	0,80			
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
Kadın	211	3,39	0,36	9637,500	-0,432	0,666
Erkek	81	3,47	0,37			

Buna göre, toplam güvenlik tutumu ortalaması açısından katılımcıların cinsiyetlerine göre anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, katılımcıların GTÖ güvenlik iklimi ve iş doyumu boyutlarında, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Güvenlik iklimi boyutunda erkek katılımcıların 3,44 ($\pm 0,62$) kadın katılımcılardan 3,28 ($\pm 0,58$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu; iş doyumu boyutunda erkek katılımcıların 3,62 ($\pm 0,80$) kadın katılımcılardan 3,33 ($\pm 1,04$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumlarının öğretim düzeylerine göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile değerlendirilmiş ve elde edilen analiz bulguları Tablo 40'da sunulmuştur.

Tablo 40. Güvenlik Tutumunun Öğretim Düzeyine Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Öğretim Düzeyi	n	\bar{x}	Ss	χ^2	p**	Fark*
Ekip Çalışması İklimi						
Lise ¹	11	3,74	0,52			
Ön Lisans ²	44	3,83	0,76			
Lisans ³	132	3,78	0,68	4,842	0,304	-
Yüksek Lisans ⁴	80	3,78	0,61			
Doktora ⁵	25	4,14	0,65			
Güvenlik İklimi						
Lise ¹	11	3,58	0,64			
Ön Lisans ²	44	3,33	0,63			3<1
Lisans ³	132	3,18	0,58	20,251	<0,001	3<2
Yüksek Lisans ⁴	80	3,48	0,52			3<4
Doktora ⁵	25	3,35	0,68			
İş Doyumu						
Lise ¹	11	3,49	0,60			
Ön Lisans ²	44	3,54	0,99			3<2
Lisans ³	132	3,13	1,02	19,583	0,001	3<4
Yüksek Lisans ⁴	80	3,61	0,87			3<5
Doktora ⁵	25	3,76	1,19			
Stresin Kabulü						
Lise ¹	11	3,48	0,75			
Ön Lisans ²	44	3,27	0,90			2<3
Lisans ³	132	3,78	0,87	17,917	0,001	2<4
Yüksek Lisans ⁴	80	3,84	0,79			2<5
Doktora ⁵	25	3,84	1,11			
Yönetime İlişkin Algılar						
Lise ¹	11	2,89	0,74			
Ön Lisans ²	44	2,89	0,94			
Lisans ³	132	3,10	0,84	11,030	0,026	5<3
Yüksek Lisans ⁴	80	2,95	0,93			5<4
Doktora ⁵	25	2,36	0,95			
Çalışma Koşulları						
Lise ¹	11	3,02	0,74			
Ön Lisans ²	44	3,34	0,76			
Lisans ³	132	3,00	0,81	7,720	0,102	-
Yüksek Lisans ⁴	80	3,06	0,81			
Doktora ⁵	25	3,45	0,81			
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
Lise ¹	11	3,42	0,27			
Ön Lisans ²	44	3,40	0,36			
Lisans ³	132	3,34	0,39	12,249	0,016	3<4
Yüksek Lisans ⁴	80	3,48	0,31			
Doktora ⁵	25	3,52	0,38			

*Mann Whitney U Testi, **Kruskal Wallis H Testi

Buna göre, toplam güvenlik tutumu ortalaması açısından katılımcıların öğretim düzeylerine göre anlamlı fark bulunduğu ($p<0,05$) ve lisans mezunu katılımcıların 3,34 ($\pm 0,39$), yüksek lisans mezunlarından 3,48 ($\pm 0,31$) daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumlarından güvenlik iklimi, iş doyumu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar boyutlarında, öğretim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Gruplar arası farklılığın tespiti için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre, güvenlik iklimi boyutunda lisans mezunlarının 3,18 ($\pm 0,58$) hem lise mezunlarından 3,58 ($\pm 0,64$) hem ön lisans 3,33 ($\pm 0,63$) mezunlarından hem de yüksek lisans mezunlarından 3,48 ($\pm 0,52$) daha düşük bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

İş doyumu boyutunda lisans 3,13 ($\pm 1,02$) hem ön lisans mezunlarından 3,54 ($\pm 0,9$), hem yüksek lisans 3,61 ($\pm 0,87$) hem de doktora mezunlarından 3,76 ($\pm 1,19$) daha düşük bir tutuma sahip olduğu, stresin kabulü boyutunda ön lisans mezunlarının 3,27 ($\pm 0,90$) hem lisans mezunlarından 3,78 ($\pm 0,87$) hem yüksek lisans mezunlarından 3,84 ($\pm 0,79$) hem de doktora mezunlarından 3,84 ($\pm 1,11$) daha düşük bir tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Yönetime ilişkin algılar boyutunda doktora mezunlarının 2,36 ($\pm 0,95$), hem yüksek lisans mezunlarından 2,95 ($\pm 0,93$) hem de lisans mezunlarından 3,10 ($\pm 0,84$) daha düşük bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumlarının meslek gruplarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 41'de sunulmuştur.

Tablo 41. Güvenlik Tutumunun Meslek Grubuna Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Meslek Grubu	n	\bar{x}	Ss	χ^2	p**	Fark*
Ekip Çalışması İklimi						
Hekim ¹	87	3,98	0,55			
Hemşire ²	67	3,70	0,64	9,974	0,019	2<1
Ebe ³	94	3,79	0,74			3<1
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	3,72	0,72			4<1
Güvenlik İklimi						
Hekim ¹	87	3,50	0,55			
Hemşire ²	67	3,32	0,62	20,829	<0,001	2<1
Ebe ³	94	3,16	0,54			3<1
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	3,25	0,66			4<1
İş Doyumu						
Hekim ¹	87	3,79	0,81			
Hemşire ²	67	3,26	0,99	32,236	<0,001	2<1
Ebe ³	94	3,03	1,06			3<1
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	3,58	0,96			4<1
Stresin Kabulü						
Hekim ¹	87	3,77	0,85			
Hemşire ²	67	3,61	0,86	9,892	0,020	4<1
Ebe ³	94	3,61	0,93			4<2
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	3,97	0"190			4<3
Yönetime İlişkin Algılar						
Hekim ¹	87	2,64	0,91			
Hemşire ²	67	3,07	0,82	15,629	0,001	1<2
Ebe ³	94	3,11	0,87			1<3
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	3,07	0,96			1<4
Çalışma Koşulları						
Hekim ¹	87	3,28	0,78			
Hemşire ²	67	2,91	0,81	7,421	0,060	-
Ebe ³	94	3,11	0,84			
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	3,07	0,73			
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
Hekim ¹	87	3,54	0,31			
Hemşire ²	67	3,33	0,39	23,524	<0,001	2<1
Ebe ³	94	3,31	0,37			3<1
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	3,45	0,34			

*Mann Whitney U Testi, **Kruskal Wallis H Testi

Buna göre, toplam güvenlik tutumu ortalaması açısından katılımcıların mesleklerine göre anlamlı fark bulunduğu ($p<0,05$) ve hekimlerin 3,54 ($\pm 0,31$), hemşire 3,33 ($\pm 0,39$) ve ebelerden 3,31 ($\pm 0,37$) daha yüksek güvenlik tutum ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların GTÖ ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar boyutlarında, meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p < 0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Gruplar arası farklılığın tespiti için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre, ekip çalışması iklimi boyutunda hekimlerin 3,98 ($\pm 0,55$), hem hemşire 3,70 ($\pm 0,64$), hem ebe 3,79 ($\pm 0,74$), hem de diğer sağlık personelinin 3,72 ($\pm 0,72$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu; güvenlik iklimi boyutunda hekimlerin 3,50 ($\pm 0,55$), hem hemşire 3,32 ($\pm 0,62$), hem ebe 3,16 ($\pm 0,54$), hem de diğer sağlık personelinin 3,25 ($\pm 0,66$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

İş doyumu boyutunda hekimlerin 3,79 ($\pm 0,81$), hem hemşire 3,26 ($\pm 0,99$), hem ebe 3,03 ($\pm 1,06$), hem de diğer sağlık personelinin 3,58 ($\pm 0,96$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu; aynı zamanda diğer sağlık personelinin hem hemşire hem de ebelerden yüksek bir tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Stresin kabulü boyutunda diğer sağlık personelinin 3,97 ($\pm 0,90$), hem hekim 3,77 ($\pm 0,85$), hem hemşire 3,61 ($\pm 0,86$), hem de ebelerden 3,61 ($\pm 0,93$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Yönetime ilişkin algılar boyutunda hekimlerin 2,64 ($\pm 0,91$), hem hemşire 3,07 ($\pm 0,82$), hem ebe 3,11 ($\pm 0,87$) hem de diğer sağlık personelinin 3,07 ($\pm 0,96$) daha düşük bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumlarının çalışma şekillerine göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 42'de sunulmuştur.

Tablo 42. Güvenlik Tutumunun Çalışma Şekline Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Çalışma Şekilleri	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Ekip Çalışması İklimi						
Gündüz	78	3,88	0,74			
Gündüz/Gece	214	3,79	0,64	7566,000	-1,229	0,219
Güvenlik İklimi						
Gündüz	78	3,33	0,63			
Gündüz/Gece	214	3,31	0,58	8206,500	-0,219	0,826
İş Doymu						
Gündüz	78	3,67	0,90			
Gündüz/Gece	214	3,29	1,02	6632,500	-2,694	0,007
Stresin Kabulü						
Gündüz	78	3,68	0,91			
Gündüz/Gece	214	3,72	0,88	8119,000	-0,359	0,719
Yönetime İlişkin Algılar						
Gündüz	78	2,83	0,90			
Gündüz/Gece	214	3,00	0,90	7457,500	-1,397	0,162
Çalışma Koşulları						
Gündüz	78	3,29	0,69			
Gündüz/Gece	214	3,04	0,84	7040,500	-2,060	0,039
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
Gündüz	78	3,47	0,35			
Gündüz/Gece	214	3,38	0,37	7783,000	-0,883	0,377

Buna göre, toplam güvenlik tutumu ortalaması açısından katılımcıların çalışma şekillerine göre anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, katılımcıların GTÖ iş doymu ve çalışma koşulları boyutlarında, çalışma şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Katılımcıların iş doymu boyutunda gündüz mesai yapanların 3,67 ($\pm 0,90$) gündüz ve gece dönüşümlü mesai yapanlara 3,29 ($\pm 1,02$) göre; çalışma koşulları boyutunda gündüz mesai yapanların 3,29 ($\pm 0,69$) gündüz ve gece dönüşümlü mesai yapanlara 3,04 ($\pm 0,84$) göre daha yüksek tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumlarının haftalık çalışma saatlerine göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 43'de sunulmuştur.

Tablo 43. Güvenlik Tutumunun Haftalık Çalışma Saatine Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Çalışma Şekilleri	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Ekip Çalışması İklimi						
40-50 Saat	189	3,79	0,70	9308,500	-0,620	0,535
50 Saatten Fazla	103	3,85	0,60			
Güvenlik İklimi						
40-50 Saat	189	3,30	0,63	9462,000	-0,395	0,693
50 Saatten Fazla	103	3,33	0,53			
İş Doymu						
40-50 Saat	189	3,49	1,01	8113,00	-2,360	0,018
50 Saatten Fazla	103	3,22	0,97			
Stresin Kabulü						
40-50 Saat	189	3,74	0,87	9461,000	-0,400	0,689
50 Saatten Fazla	103	3,67	0,93			
Yönetime İlişkin Algılar						
40-50 Saat	189	2,90	0,93	8818,000	-1,333	0,183
50 Saatten Fazla	103	3,06	0,85			
Çalışma Koşulları						
40-50 Saat	189	3,14	0,84	8963,500	-1,125	0,261
50 Saatten Fazla	103	3,04	0,75			
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
40-50 Saat	189	3,41	0,38	8963,500	-0,706	0,480
50 Saatten Fazla	103	3,39	0,35			

Toplam güvenlik tutumu ortalaması açısından katılımcıların haftalık çalışma saatlerine göre anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, katılımcıların GTÖ iş doymu boyutunda, haftalık çalışma saatlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Katılımcılardan haftalık 40-50 saat arası mesai yapanların 3,49 ($\pm 1,01$), 50 saatten fazla mesai yapanlara 3,22 ($\pm 0,97$) göre daha yüksek tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumlarının mesleki tecrübe düzeylerine göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 44'de sunulmuştur.

Tablo 44. Güvenlik Tutumunun Mesleki Tecrübe Düzeyine Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Mesleki Tecrübe	n	\bar{x}	Ss	χ^2	p**	Fark*
Ekip Çalışması İklimi						
0-5 yıl ¹	40	3,91	0,58			
6-10 yıl ²	70	3,52	0,63	18,131	<0,001	2<1
11-20 yıl ³	95	3,88	0,64			2<3
21 yıl ve üzeri ⁴	87	3,94	0,71			2<4
Güvenlik İklimi						
0-5 yıl ¹	40	3,31	0,55			
6-10 yıl ²	70	3,25	0,65	1,696	0,638	-
11-20 yıl ³	95	3,32	0,54			
21 yıl ve üzeri ⁴	87	3,36	0,62			
İş Doyumu						
0-5 yıl ¹	40	3,55	1,01			
6-10 yıl ²	70	2,91	1,07	20,348	<0,001	2<1
11-20 yıl ³	95	3,43	0,92			2<3
21 yıl ve üzeri ⁴	87	3,66	0,91			2<4
Stresin Kabulü						
0-5 yıl ¹	40	3,59	0,97			
6-10 yıl ²	70	4,01	0,71	8,111	0,044	3<2
11-20 yıl ³	95	3,59	0,95			4<2
21 yıl ve üzeri ⁴	87	3,66	0,87			
Yönetime İlişkin Algılar						
0-5 yıl ¹	40	2,97	0,86			
6-10 yıl ²	70	3,23	0,89	12,246	0,007	4<2
11-20 yıl ³	95	2,93	0,92			
21 yıl ve üzeri ⁴	87	2,76	0,87			
Çalışma Koşulları						
0-5 yıl ¹	40	3,26	0,62			
6-10 yıl ²	70	2,69	0,87	23,745	<0,001	2<1
11-20 yıl ³	95	3,17	0,82			2<3
21 yıl ve üzeri ⁴	87	3,31	0,71			2<4
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
0-5 yıl ¹	40	3,46	0,35			
6-10 yıl ²	70	3,28	0,38	12,949	0,005	2<1
11-20 yıl ³	95	3,41	0,37			2<3
21 yıl ve üzeri ⁴	87	3,48	0,332			2<4

*Mann Whitney U Testi, **Kruskal Wallis H Testi

Buna göre, toplam güvenlik tutumu ortalaması açısından katılımcıların mesleki tecrübe düzeylerine göre anlamlı fark bulunduğu ($p<0,05$) ve 6-10 yıl tecrübeye sahip katılımcıların 3,28 ($\pm 0,38$), diğer bütün mesleki tecrübeye sahip katılımcı gruplarından daha düşük ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların GTÖ ekip çalışması iklimi, iş doyumu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları boyutlarında, mesleki tecrübe düzeylerine göre istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiş ($p < 0,05$), güvenlik iklimi boyutunda anlamlı fark bulunmamıştır.

Gruplar arası farklılığın tespiti için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre, ekip çalışması iklimi boyutunda 6-10 yıl tecrübeye sahip olanların 3,52 ($\pm 0,63$), hem 0-5 yıl tecrübeli katılımcılardan 3,91 ($\pm 0,58$), hem 11-20 yıllık tecrübesi olanlardan 3,88 ($\pm 0,64$) hem de 21 yıl ve üzeri tecrübeye sahip olanlardan 3,94 ($\pm 0,71$) daha düşük tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

İş doyumu boyutunda 6-10 yıl tecrübeye sahip olanların 2,91 ($\pm 1,07$), hem 0-5 yıl tecrübeye sahip olanlardan 3,55 ($\pm 1,01$), hem 11-20 yıl tecrübeli olanlardan 3,43 ($\pm 0,92$), hem de 21 yıl ve üzeri meslek tecrübesine sahip olanlardan 3,66 ($\pm 0,91$) daha düşük tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Stresin kabulü boyutunda 6-10 yıl tecrübeye sahip olanların 4,01 ($\pm 0,71$), hem 11-20 yıl 3,59 ($\pm 0,95$), hem de 21 yıl ve üzeri 3,66 ($\pm 0,87$) mesleki tecrübeye sahip olanlardan daha yüksek bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Yönetime ilişkin algılar boyutunda 6-10 yıl tecrübeye sahip olanların 3,23 ($\pm 0,89$), 21 yıl ve üzeri 2,76 ($\pm 0,87$) mesleki tecrübeye sahip olanlardan daha yüksek bir tutuma sahip olduğu sonucu elde edilmiştir.

Çalışma koşulları boyutunda 6-10 yıl tecrübeye sahip olanların 2,69 ($\pm 0,87$), hem 0-5 yıl 3,26 ($\pm 0,62$) tecrübeye sahip olanlardan, hem 11-20 yıl 3,17 ($\pm 0,82$) tecrübeye sahip olanlardan, hem de 21 yıl ve üzeri 3,31 ($\pm 0,71$) tecrübeye sahip olanlardan daha düşük tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumlarının çalıştıkları bölümlere göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 45'de sunulmuştur.

Tablo 45. Güvenlik Tutumunun Çalışılan Bölüme Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Mesleki Tecrübe	n	\bar{x}	Ss	χ^2	p**	Fark*
Ekip Çalışması İklimi						
Doğum Öncesi Hizmetler ¹	56	3,81	0,65			
Doğum ve Sonrası Hizmetler ²	142	3,80	0,71	0,168	0,919	-
Diğer Sağlık Hizmetleri ³	94	3,85	0,62			
Güvenlik İklimi						
Doğum Öncesi Hizmetler ¹	56	3,35	0,50			
Doğum ve Sonrası Hizmetler ²	142	3,27	0,57	2,240	0,326	-
Diğer Sağlık Hizmetleri ³	94	3,36	0,67			
İş Doymu						
Doğum Öncesi Hizmetler ¹	56	3,19	0,94			
Doğum ve Sonrası Hizmetler ²	142	3,33	1,09	9,051	0,011	1<3
Diğer Sağlık hizmetleri ³	94	3,61	0,87			2<3
Stresin Kabulü						
Doğum Öncesi Hizmetler ¹	56	3,62	0,94			
Doğum ve Sonrası Hizmetler ²	142	3,66	0,91	3,090	0,213	-
Diğer Sağlık hizmetleri ³	94	3,85	0,82			
Yönetime İlişkin Algılar						
Doğum Öncesi Hizmetler ¹	56	2,89	0,89			
Doğum ve Sonrası Hizmetler ²	142	3,05	0,94	3,168	0,205	-
Diğer Sağlık hizmetleri ³	94	2,86	0,84			
Çalışma Koşulları						
Doğum Öncesi Hizmetler ¹	56	3,17	0,83			
Doğum ve Sonrası Hizmetler ²	142	3,06	0,87	1,423	0,491	-
Diğer Sağlık Hizmetleri ³	94	3,15	0,70			
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
Doğum Öncesi Hizmetler ¹	56	3,36	0,35			
Doğum ve Sonrası Hizmetler ²	142	3,38	0,37	4,594	0,101	-
Diğer Sağlık Hizmetleri ³	94	3,47	0,36			

*Mann Whitney U Testi, **Kruskal Wallis H Testi

Toplam güvenlik tutumu ortalaması açısından katılımcıların çalışılan bölüme göre aralarında anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, katılımcıların GTÖ iş doymu boyutunda, çalışılan bölüme göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Gruplar arası farklılığın tespiti için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre, hastanenin diğer sağlık hizmetleri bölümlerinde görev yapanların 3,61 ($\pm 0,87$), hem doğum öncesi hizmetler bölümlerinde görev yapanlardan 3,19 ($\pm 0,94$), hem de doğum

sonrası hizmetler bölümlerinde görev yapanlardan 3,33 ($\pm 1,09$) daha yüksek tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumlarının çalıştıkları bölümdeki mesleki tecrübe düzeylerine göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 46'da sunulmuştur.

Tablo 46. Güvenlik Tutumunun Bölümdeki Mesleki Tecrübe Düzeyine Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Bölümdeki Mesleki Tecrübe	n	\bar{x}	Ss	χ^2	p**	Fark*
Ekip Çalışması İklimi						
0-5 yıl ¹	176	3,72	0,63			
6-10 yıl ²	67	3,89	0,68	11,621	0,003	1<2
11 yıl ve üzeri ³	49	4,05	0,73			1<3
Güvenlik İklimi						
0-5 yıl ¹	176	3,26	0,56			
6-10 yıl ²	67	3,38	0,68	6,342	0,042	1<2
11 yıl ve üzeri ³	49	3,43	0,57			1<3
İş Doyumu						
0-5 yıl ¹	176	3,21	0,99			
6-10 yıl ²	67	3,58	0,95	16,259	<0,001	1<2
11 yıl ve üzeri ³	49	3,78	0,99			1<3
Stresin Kabulü						
0-5 yıl ¹	176	3,76	0,85			
6-10 yıl ²	67	3,72	0,85	1,023	0,600	-
11 yıl ve üzeri ³	49	3,54	1,07			
Yönetime İlişkin Algılar						
0-5 yıl ¹	176	3,09	0,79			
6-10 yıl ²	67	2,85	0,93	13,720	0,001	2<1
11 yıl ve üzeri ³	49	2,60	1,14			3<1
Çalışma Koşulları						
0-5 yıl ¹	176	3,02	0,73			
6-10 yıl ²	67	3,16	0,94	7,532	0,023	1<3
11 yıl ve üzeri ³	49	3,36	0,84			
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
0-5 yıl ¹	176	3,35	0,38			
6-10 yıl ²	67	3,46	0,34	6,988	0,030	1<2
11 yıl ve üzeri ³	49	3,50	0,30			1<3

*Mann Whitney U Testi, **Kruskal Wallis H Testi

Buna göre, toplam güvenlik tutumu ortalaması açısından katılımcıların bölüm tecrübesi düzeylerine göre anlamlı fark bulunduğu ($p<0,05$) ve 0-5 yıl tecrübeye sahip katılımcıların 3,35 ($\pm 0,38$) diğer tüm tecrübe düzeyine sahip katılımcılardan daha düşük ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların GTÖ ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumunu, yönetime ilişkin algılar, çalışma koşulları boyutlarında, bölümdeki mesleki tecrübe düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), stresin kabulü boyutunda anlamlı fark bulunmamıştır.

Gruplar arası farklılığın tespiti için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre, ekip çalışması iklimi boyutunda 0-5 yıl 3,72 ($\pm 0,63$) mesleki tecrübeye sahip katılımcıların hem 6-10 yıl 3,89 ($\pm 0,68$) tecrübeye sahip olanlardan hem de 11 yıl ve üzeri 4,05 ($\pm 0,73$) tecrübeye sahip olanlardan daha düşük tutuma sahiptir. Güvenlik iklimi boyutunda 0-5 yıl 3,26 ($\pm 0,56$) mesleki tecrübeye sahip katılımcıların hem 6-10 yıl 3,38 ($\pm 0,68$) tecrübeye sahip olanlardan hem de 11 yıl ve üzeri 3,43 ($\pm 0,57$) tecrübeye sahip olanlardan daha düşük tutuma sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İş doyumunu boyutunda 0-5 yıl 3,21 ($\pm 0,99$) mesleki tecrübeye sahip katılımcıların hem 6-10 yıl 3,58 ($\pm 0,95$) tecrübeye sahip olanlardan hem de 11 yıl ve üzeri 3,78 ($\pm 0,99$) tecrübeye sahip olanlardan daha düşük tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Yönetime ilişkin algılar boyutunda 0-5 yıl 3,09 ($\pm 0,79$) mesleki tecrübeye sahip katılımcıların hem 6-10 yıl 2,85 ($\pm 0,93$) tecrübeye sahip olanlardan hem de 11 yıl ve üzeri 2,60 ($\pm 1,14$) tecrübeye sahip olanlardan daha yüksek tutuma sahip olduğu; çalışma koşulları boyutunda 0-5 yıl 3,02 ($\pm 0,73$) mesleki tecrübeye sahip katılımcıların 11 yıl ve üzeri 3,36 ($\pm 0,84$) tecrübeye sahip olanlardan daha düşük tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre güvenlik tutumlarında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sağlık çalışanlarının demografik değişkenlerine göre güvenlik tutumları analiz edilmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 1b** “Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre güvenlik tutumları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipoteze ait sonuçlar Tablo 47’de sunulmuştur.

Tablo 47. Hipotez 1b'ye ait sonuçlar

	Güvenlik Tutumu						Hipotez
	1 Ekip çalışması iklimi	2 Güvenlik iklimi	3 İş doyumu	4 Stresin kabulü	5 Yönetime ilişkin algılar	6 Çalışma koşulları	
Yaş	p=0,002	*	p=0,001	*	p=0,012	p<0,001	Kabul
Cinsiyet	*	p=0,041	p=0,012	*	*	*	Kabul
Medeni Durum	*	*	*	*	*	*	Ret
Öğretim Düzeyi	*	p<0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,026	*	Kabul
Meslek	p=0,019	p<0,001	p<0,001	p=0,020	p=0,001	*	Kabul
Çalışma Şekli	*	*	p=0,007	*	*	p=0,039	Kabul
Çalışma Saati	*	*	p=0,018	*	*	*	Kabul
Mesleki Tecrübe	p<0,001	*	p<0,001	p=0,044	p=0,007	p<0,001	Kabul
Çalışılan Bölüm	*	*	p=0,011	*	*	*	Kabul
Bölüm Tecrübesi	p=0,003	p=0,042	p<0,001	*	p=0,001	p=0,023	Kabul

* p>0,05

4.2.1.3. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirimi Engel Algılarının Analizi

Katılımcıların olay bildirim engel algılarına ilişkin hipotez analizleri bu bölümde yer almaktadır. Araştırma kapsamında bağımsız değişken olarak değerlendirilen yaş, cinsiyet, medeni durum, öğretim düzeyi, meslek, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, mesleki tecrübe yılı, çalışılan bölüm, çalışılan bölümdeki görev süresine ilişkin OBEÖ açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların OB engel algılarına göre demografik değişkenleri analiz edilmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 1c** “Sağlık çalışanlarının demografik değişkenlerine göre olay bildirim engel algıları olay istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

4.2.1.4. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirim Durumlarının Analizi

Katılımcıların olay bildirim durumlarına ilişkin hipotez analizleri bu bölümde yer almaktadır.

Katılımcıların istenmeyen olay bildirim durumları, demografik değişkenler ve OB farkındalık durumları açısından Ki-kare Testi ile analiz edilmiş ve elde edilen analiz bulguları Tablo 48'de sunulmuştur.

Tablo 48. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirim Durumunun Analizi

Değişkenler	Olay Bildirim Durumu		x ²	p*	Fark
	Hayır (n=204)	Evet n=88)			
Cinsiyet					
Kadın ¹	157 (%67,09)	77 (%32,91)	4,290	0,039	2<1
Erkek ²	47 (%81,03)	11 (%19,97)			
Meslek					
Hekim ¹	73 (%83,91)	14 (%16,09)	11,615	0,009	1<2
Hemşire ²	43 (%64,18)	24 (%35,82)			
Ebe ³	60 (%63,83)	34 (%36,17)			
Diğer Sağ.Per. ⁴	28 (%63,64)	16 (%36,36)			

* Ki-kare Testi, (Satır yüzdeleri kullanılmıştır)

İstenmeyen olay bildirim durumu açısından, katılımcıların cinsiyet ve meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Araştırmada yer alan diğer demografik değişkenler açısından, katılımcıların olay bildirim durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Buna göre, kadın katılımcıların %32,91'i (n=77) olay bildirimini yaptığını belirtirken bu oranın erkek çalışanlarda %19,97 (n=11) olarak gerçekleştiği tespit edilmiştir.

Meslek grupları açısından değerlendirildiğinde, diğer sağlık personelinin %36,36'sı (n=16) ebelerin %36,17'si (n=34), hemşirelerin %35,82'si (n=24) ve hekimlerin %16,09'unun (n=14) olay bildirimini yaptıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Bu farkın hangi gruplar arasında meydana geldiğini bulmak için yapılan ikili karşılaştırma analizlerine göre; hekimlerin diğer bütün katılımcılardan istatistiksel anlamlı bir şekilde daha az olay bildiriminde bulunduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların demografik değişkenlerine göre olay bildirim durumları incelenmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 1d** “Sağlık çalışanlarının demografik değişkenlerine göre olay bildirim durumları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipoteze ait sonuçlar Tablo 49’da sunulmuştur.

Tablo 49. Hipotez 1d’ye ait sonuçlar

Değişken	Olay bildirim durumu	Hipotez
Yaş	*	Ret
Cinsiyet	p=0,038	Kabul
Medeni Durum	*	Ret
Öğretim Düzeyi	*	Ret
Meslek	p=0,009	Kabul
Çalışma Şekli	*	Ret
Çalışma Saati	*	Ret
Mesleki Tecrübe	*	Ret
Çalışılan Bölüm	*	Ret
Bölüm Tecrübesi	*	Ret

* p>0,05

4.2.1.5. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirimi Farkındalıklarının Analizi

Bu bölümde, araştırmanın ikinci bölümünde yer alan ve katılımcıların istenmeyen olay bildirim farkındalıklarına ilişkin sorulara verdikleri cevaplardan elde edilen analiz bulguları yer almaktadır.

Yapılan analizler kapsamında üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H, iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, kesikli verilerin analizi için ise yerine göre Ki-Kare testi ya da Fisher’s Exact testi kullanılmıştır

Katılımcıların demografik değişkenlerine göre olay bildirim farkındalıkları analiz edilmiş ve katılımcıların OBS farkındalıklarına ilişkin bulgular Tablo 50’de sunulmuştur.

Tablo 50. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirim Sistemi Farkındalığının Analizi

Bağımsız Değişken	Olay Bildirimi Sistemleri Farkındalığı				
	n	\bar{x} (Ss)	χ^2/U	p	Fark
Cinsiyet					
Kadın	234	3,83 ($\pm 0,91$)	5225,500*	0,004	
Erkek	58	3,47 ($\pm 0,94$)			
Öğretim Düzeyi					
Lise ¹	11	3,18 ($\pm 1,17$)	28,488**	<0,001	1<2
Ön Lisans ²	44	4,05 ($\pm 0,94$)			4<2
Lisans ³	132	3,96 ($\pm 0,87$)			5<2
Yüksek Lisans ⁴	80	3,51 ($\pm 0,86$)			1<3
Doktora ⁵	25	3,24 ($\pm 0,88$)			4<3
Meslek					
Hekim ¹	87	3,31 ($\pm 0,80$)	33,374**	<0,001	1<2
Hemşire ²	67	3,97 ($\pm 0,92$)			1<3
Ebe ³	94	3,94 ($\pm 0,85$)			1<4
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	3,95 ($\pm 1,08$)			

* Mann Whitney U Testi, ** Kruskal Wallis H Testi

Katılımcıların OBS farkındalıkları açısından, cinsiyet, meslek ve öğretim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Araştırmada yer alan diğer demografik değişkenler açısından, katılımcıların OBS farkındalıklarında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Buna göre, OBS farkındalığı açısından, kadın katılımcıların 3,83 ($\pm 0,91$) erkek katılımcılardan 3,47 ($\pm 0,94$) daha yüksek farkındalığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların meslek ve öğretim durumları açısından tespit edilen farkın hangi gruplar arasında meydana geldiğinin belirlenmesi için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, ön lisans 4,05 ($\pm 0,94$) ve lisans mezunlarının 3,96 ($\pm 0,87$), lise 3,18, ($\pm 1,17$), yüksek lisans 3,51 ($\pm 0,86$) ve hem de doktora 3,24 ($\pm 0,88$) mezunlarından daha yüksek farkındalığa sahip olduğu; meslek grupları açısından ise hekimlerin 3,31 ($\pm 0,80$), hemşire 3,97 ($\pm 0,92$), ebe 3,94 ($\pm 0,85$) ve diğer sağlık personelinden 3,95 ($\pm 1,08$) daha düşük bir OBS farkındalığına sahip olduğu belirlenmiştir.

Demografik değişkenlere göre katılımcıların OBS kullanım bilgisi analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 51'de sunulmuştur.

Tablo 51. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirim Sistemi Kullanım Bilgisinin Analizi

Bağımsız Değişken	OBS Kullanım Bilgisi				
	n	\bar{x} (Ss)	x^2/U	p	Fark
Cinsiyet					
Kadın	234	3,44 (1,06)	5449,500*	0,015	
Erkek	58	3,05 (1,08)			
Öğretim Düzeyi					
Lise ¹	11	3,27 (1,35)	14,850**	0,005	
Ön Lisans ²	44	3,30 (1,13)			5<2
Lisans ³	132	3,54 (1,11)			5<3
Yüksek Lisans ⁴	80	3,33 (0,93)			5<4
Doktora ⁵	25	2,72 (0,84)			
Meslek					
Hekim ¹	87	3,02 (0,84)	22,404**	<0,001	
Hemşire ²	67	3,67 (1,04)			1<2
Ebe ³	94	3,56 (1,05)			1<3
Diğ.Sağ.Per. ⁴	44	3,14 (1,34)			4<2
Yaş Grubu					
30 ve altı ¹	65	3,02 (1,24)	7,253**	0,027	1<2
31-40 ²	120	3,46 (0,97)			1<3
41 ve üzeri ³	107	3,47 (1,01)			
Mesleki Tecrübe					
0-5 yıl ¹	40	2,58 (1,22)	21,614**	<0,001	1<2
6-10 yıl ²	70	3,47 (1,09)			1<3
11-20 yıl ³	95	3,56 (0,88)			1<4
21 yıl ve üzeri ⁴	87	3,43 (1,03)			

* Mann Whitney U Testi, ** Kruskal Wallis H Testi

Katılımcıların OBS kullanım bilgisi açısından, cinsiyet, yaş grubu, meslek, öğretim düzeyi ve mesleki tecrübe düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Araştırmada yer alan diğer demografik değişkenler açısından, katılımcıların OBS kullanım bilgisi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Buna göre, OBS kullanım bilgisi açısından kadın katılımcıların 3,44 ($\pm 1,06$) erkek katılımcılardan 3,05 ($\pm 1,08$) daha yüksek ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 51'e göre üç ve daha fazla grupta tespit edilen farkın hangi gruplar arasında meydana geldiğinin belirlenmesi için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, katılımcıların yaşları açısından OBS kullanım bilgisi analiz edildiğinde, 30 yaş ve altı

katılımcıların 3,02 ($\pm 1,24$), hem 31-40 yaş grubu 3,46 ($\pm 0,97$), hem de 41 yaş ve üzeri 3,47 ($\pm 1,01$) katılımcılardan daha düşük ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların OBS kullanım bilgisi öğretim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde, doktora mezunlarının 2,72 ($\pm 0,84$), hem lisans 3,54 ($\pm 1,11$), hem ön lisans 3,30 ($\pm 1,13$), hem de yüksek lisans mezunlarından 3,33 ($\pm 0,93$) daha düşük ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir.

OBS kullanım bilgisi meslek açısından değerlendirildiğinde, hekimlerin 3,02 ($\pm 0,84$), hemşire 3,67 ($\pm 1,04$) ve ebelerden 3,56 ($\pm 1,05$); diğer sağlık personelinin 3,14 ($\pm 1,34$) ise hemşirelerden daha düşük ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

OBS kullanım bilgisi mesleki tecrübe açısından değerlendirildiğinde, 0-5 yıl 2,58 ($\pm 1,22$) meslek tecrübesine sahip olanların, hem 6-10 yıl 3,47 ($\pm 1,09$) tecrübeye sahip, hem 11-20 yıl 3,56 ($\pm 0,88$) tecrübeye sahip hem de 21 yıl ve üzeri 3,43 ($\pm 1,03$) tecrübeye sahip katılımcılardan daha düşük olay bildirim sistemi kullanım bilgisine sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Demografik değişkenlere göre katılımcıların istenmeyen olaya dahil olma ve OB eğitimi alma durumlarına ilişkin analiz bulguları Tablo 52'de sunulmuştur.

Tablo 52. Demografik Özelliklere Göre Olay Bildirimi Farklılıklarının Analizi

Değişkenler	Olay Bildirimi Eğitimi Alma Durumu		x ^{2*}	p	Fark
	Hayır (n=141)	Evet (n=151)			
Cinsiyet, n(%)					
Kadın ¹	100 (42,74)	134 (57,26)	14,546	<0,001	2<1
Erkek ²	41 (70,69)	17 (29,31)			
Meslek n(%)					
Hekim ¹	61 (70,11)	26(29,89)	28,999	<0,001	1<2 1<3 1<4
Hemşire ²	20 (29,85)	47 (70,15)			
Ebe ³	37 (39,36)	57 (60,64)			
Diğ.Sağ.Per. ⁴	23 (52,27)	21 (47,73)			
Öğretim Düzeyi n(%)					
Lise ¹	5 (45,45)	6 (54,55)	22,876	<0,001	4<2 4<3 5<1 5<2 5<3 5<4
Ön Lisans ²	17 (38,64)	27 (61,36)			
Lisans ³	51 (38,64)	81 (61,36)			
Yüksek Lisans ⁴	47 (58,75)	33 (41,25)			
Doktora ⁵	21 (84,00)	4 (16,00)			
İstenmeyen Olaya Dahil Olma					
	Hayır (n=239)	Evet (n=53)			
Meslek, n(%)					
Hekim ¹	74 (85,06)	13 (14,94)	9,213	0,027	1<4 2<4 3<4
Hemşire ²	58 (86,57)	9 (13,43)			
Ebe ³	78 (82,98)	16 (17,02)			
Diğ.Sağ.Per. ⁴	29 (65,91)	15 (34,09)			

* Ki-Kare Testi (Fisher's Exact Testi), satır yüzdeleri kullanılmıştır.

Buna göre, katılımcıların OB eğitimi alma durumunda, cinsiyet, meslek ve öğretim düzeyi değişkenleri açısından; istenmeyen olaya dahil olmada ise meslek değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte, katılımcıların diğer demografik değişkenleri açısından, OB eğitimi alma ve istenmeyen olaya dahil olma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca istenmeyen olaya tanık olma durumları açısından, katılımcıların demografik değişkenleri açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Buna göre OB eğitimi alan katılımcılar içinde erkek sağlık çalışanlarının (%29,31) kadın çalışanlardan (%57,26); yapılan ikili karşılaştırmalara göre hekimlerin (%29,89) diğer katılımcıların (Hemşire, %70,15; ebe, %60,64; diğer sağlık personeli, 47,73) hepsinden anlamlı bir şekilde daha az OB eğitimi aldığı tespit edilmiştir. Yine yapılan ikili karşılaştırmalarda, yüksek lisans mezunlarının (%41,25), ön lisans (%61,36) ve lisans (%61,36) mezunlarından, doktora (uzman hekim ya da PhD) mezunlarının (%16,00) ise

diğer bütün mezuniyet gruplarından anlamlı bir şekilde daha az OB eğitimi aldığı belirlenmiştir.

Meslek grupları istenmeyen olaya dahil olma durumları açısından değerlendirildiğinde, yapılan ikili karşılaştırmalarda, diğer sağlık personelinin (%34,09) diğer bütün meslek grubu katılımcılarından (hekim %14,94, hemşire %13,43, ebe %17,02) anlamlı bir şekilde daha fazla istenmeyen olaya dahil olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

Katılımcıların demografik değişkenlerine göre olay bildirim farkındalıkları incelenmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 1e** “Sağlık çalışanlarının demografik değişkenlerine göre olay bildirim farkındalıkları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipoteze ait sonuçlar Tablo 53’de gösterilmiştir.

Tablo 53. Hipotez 1e’ye ait sonuçlar

	1 Olay bildirimi eğitimi alma	2 Olaya tanık olma	3 Olaya dahil olma	4 OBS farkındalığı	5 OBS kullanım bilgisi	Hipotez
Yaş	*	*	*	*	p=0,027	Kabul
Cinsiyet	p<0,001	*	*	p=0,004	p=0,015	Kabul
Medeni Durum	*	*	*	*	*	Ret
Öğretim Düzeyi	p<0,001	*	*	p<0,001	p=0,005	Kabul
Meslek	p<0,001	*	p=0,027	p<0,001	p<0,001	Kabul
Çalışma Şekli	*	*	*	*	*	Ret
Çalışma Saati	*	*	*	*	*	Ret
Mesleki Tecrübe	*	*	*	*	p<0,001	Kabul
Çalışılan Bölüm	*	*	*	*	*	Ret
Bölüm Tecrübesi	*	*	*	*	*	Ret

* p>0,05

4.2.2. Olay Bildirimi Farkındalıklarına Göre Yapılan Analizler

Katılımcıların olay bildirim farkındalıklarına ilişkin hipotez analizleri bu bölümde yer almaktadır.

4.2.2.1. Olay Bildirimi Farkındalıklarına Göre Olay Bildirimi Tutumlarının Analizine İlişkin Bulgular

Katılımcıların OB tutumlarının, olay bildirim eğitimi alıp almama durumlarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 54’de verilmiştir.

Tablo 54. Olay Bildirimi Tutumunun Olay Bildirimi Eğitimi Alma Durumlarına Göre Analizi

OBTÖ Boyutları/ OB Eğt.Alma Durumu	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Suçlama/ Ayıplama						
Hayır	141	2,73	0,58	9044,00	-2,233	0,026
Evet	151	2,57	0,55			
Olay Bildirimi Kriterleri						
Hayır	141	2,46	0,53	8187,00	-3,429	0,001
Evet	151	2,26	0,52			
Meslektaş Beklentisi						
Hayır	141	2,29	0,70	7482,000	-4,421	<0,001
Evet	151	1,92	0,45			
Olay Bildiriminin Faydası						
Hayır	141	2,05	0,64	9681,500	-1,345	0,179
Evet	151	2,15	0,56			
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği						
Hayır	141	1,35	0,45	6435,00	-6,175	<0,001
Evet	151	2,06	1,05			
Toplam Olay Bildirimi Tutumu Ortalaması						
Hayır	141	2,31	0,37	9014,500	-7,939	0,024
Evet	151	2,21	0,26			

Buna göre, katılımcıların toplam olay bildirim tutumu açısından OB eğitimi alma durumlarına göre aralarında anlamlı fark bulunduğu ($p<0,05$); OB eğitimi alan katılımcıların 2,21 ($\pm 0,26$), bu eğitimi almayanlara göre 2,31 ($\pm 0,37$) daha düşük bir tutum ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların OBTÖ suçlama/ayıplama, olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutlarında, olay bildirim eğitimi alıp almamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda anlamlı fark bulunmamıştır.

Buna göre suçlama/ayıplama boyutunda olay bildirimini eğitimi almayan 2,73 ($\pm 0,58$) katılımcıların, bu eğitimi alanlara göre 2,57 ($\pm 0,55$); olay bildirimini kriterleri boyutunda olay bildirimini eğitimi almayan katılımcıların 2,46 ($\pm 0,53$), olay bildirimini eğitimi alanlara 2,26 ($\pm 0,52$) göre ve meslektaş beklentisi boyutunda olay bildirimini eğitimi almayan katılımcıların 2,29 ($\pm 0,70$), bu eğitimi alanlara 1,92 ($\pm 0,45$) göre tutumlarının daha yüksek olduğu; olay bildirimini prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda ise, olay bildirimini eğitimi almayan katılımcıların 1,35 ($\pm 0,45$) bu eğitimi alanlara göre 2,06 ($\pm 1,05$) tutumlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların OB tutumlarının bildirilmesi gereken bir olaya tanık olup olmama durumlarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 55'de verilmiştir.

Tablo 55. Olay Bildirimi Tutumunun Olaya Tanık Olma Durumuna Göre Analizi

OBTÖ Boyutları/ Olaya Tanık Olma Durumu	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Suçlama/Ayıplama						
Hayır	182	2,65	0,58	9992,500	-0,025	0,980
Evet	110	2,64	0,56			
Olay Bildirimi Kriterleri						
Hayır	182	2,41	0,48	8517,000	-2,147	0,032
Evet	110	2,27	0,60			
Meslektaş Beklentisi						
Hayır	182	2,15	0,61	8627,000	-1,993	0,046
Evet	110	2,00	0,60			
Olay Bildirimini Faydası						
Hayır	182	2,11	0,62	9833,000	-0,254	0,799
Evet	110	2,09	0,58			
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği						
Hayır	182	1,55	0,72	7997,000	-3,045	0,002
Evet	110	1,99	1,07			
Toplam Olay Bildirimi Tutumu Ortalaması						
Hayır	182	2,28	0,31	9552,500	-0,655	0,512
Evet	110	2,23	0,33			

Katılımcıların toplam olay bildirimini tutumu açısından olaya tanık olma durumlarına göre aralarında anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Bununla birlikte, katılımcıların OBTÖ olay bildirimini kriterleri, meslektaş beklentisi ve olay bildirimini prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutlarında, bildirilmesi gereken bir olaya tanık olup olmama

durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p < 0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Buna göre, olay bildirim kriterleri boyutunda bildirilmesi gereken bir olaya tanık olan sağlık çalışanlarının 2,27 ($\pm 0,60$), herhangi bir olaya tanık olmayanlara 2,41 ($\pm 0,48$) göre; meslektaş beklentisi boyutunda bildirilmesi gereken bir olaya tanık olan sağlık çalışanlarının 2,00 ($\pm 0,60$), herhangi bir olaya tanık olmayanlara 2,15 ($\pm 0,61$) göre OB tutumlarının daha düşük; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda bildirilmesi gereken bir olaya tanık olan sağlık çalışanlarının 1,99 ($\pm 1,07$), herhangi bir olaya tanık olmayanlara 1,55 ($\pm 0,72$) göre OB tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların istenmeyen olaya dahil olmaları açısından olay bildirim tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Katılımcıların OB tutumları, olay bildirim farkındalık durumlarına göre incelenmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 2a** “Sağlık çalışanlarının istenmeyen olay farkındalıklarına göre olay bildirim tutumları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipoteze ilişkin sonuçlar Tablo 56’da gösterilmiştir.

Tablo 56. Hipotez 2a’ya Ait Sonuçlar

Değişkenler	Olay Bildirimi Tutumu					Hipotez
	1 Suçlama/ ayıplama	2 Olay bildirim kriterleri	3 Meslektaş beklentisi	4 Olay bildirim faydası	5 Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği	
Olay Bildirim Eğitimi Alma	p=0,026	p<0,001	p<0,001	*	p<0,001	Kabul
Olaya Tanık Olma	*	p=0,032	p=0,046	*	p=0,002	Kabul
Olaya Dahil Olma	*	*	*	*	*	Ret

* $p > 0,05$

4.2.2.2. Olay Bildirimi Farkındalıklarına Göre Güvenlik Tutumlarının Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının güvenlik tutumlarının OB eğitimi alma durumlarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile analize edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 57’de sunulmuştur.

Tablo 57. Güvenlik Tutumunun Bildirim Eğitimi Alma Durumlarına Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ OB Eğitimi Alma	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Ekip Çalışması İklimi						
Hayır	141	3,89	0,64	9852,500	-1,483	0,138
Evet	151	3,75	0,69			
Güvenlik İklimi						
Hayır	141	3,31	0,63	10205,000	-0,613	0,540
Evet	151	3,32	0,56			
İş Doyumu						
Hayır	141	3,57	1,00	8315,000	-3,245	0,001
Evet	151	3,22	0,98			
Stresin Kabulü						
Hayır	141	3,71	0,90	10603,000	-0,060	0,952
Evet	151	3,72	0,88			
Yönetime İlişkin Algılar						
Hayır	141	2,78	0,94	8370,000	-3,168	0,002
Evet	151	3,12	0,84			
Çalışma Koşulları						
Hayır	141	3,19	0,82	9663,500	-1,372	0,170
Evet	151	3,03	0,79			
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
Hayır	141	3,43	0,35	9627,500	-1,413	0,158
Evet	151	3,38	0,38			

Katılımcıların toplam güvenlik tutumu açısından OB eğitimi alma durumlarına göre aralarında anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, GTÖ iş doyumu ve yönetime ilişkin algılar boyutlarında, katılımcıların OB eğitimi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Buna göre, iş doyumu boyutunda olay bildirim eğitimi alanların 3,22 ($\pm 0,98$) bu eğitimi almayanlara 3,57 ($\pm 1,00$) göre daha düşük tutuma sahip olduğu; yönetime ilişkin algılar

boyutunda olay bildirim eğitimi alanların 3,12 ($\pm 0,84$) bu eğitimi almayanlara 2,78 ($\pm 0,94$) göre daha yüksek tutuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumlarının istenmeyen bir olaya dahil olup olmama durumlarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 58'de sunulmuştur.

Tablo 58. Güvenlik Tutumunun Olaya Dahil Olma Durumuna Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Olaya Dahil Olma	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Ekip Çalışması İklimi						
Hayır	239	3,84	0,65			
Evet	53	3,71	0,73	5734,000	-1,084	0,278
Güvenlik İklimi						
Hayır	239	3,34	0,60			
Evet	53	3,19	0,56	5144,000	-2,146	0,032
İş Doymu						
Hayır	239	3,48	0,97			
Evet	53	2,97	1,05	4583,000	-3,160	0,002
Stresin Kabulü						
Hayır	239	3,69	0,88			
Evet	53	3,82	0,92	5632,500	-1,274	0,203
Yönetime İlişkin Algılar						
Hayır	239	2,90	0,90			
Evet	53	3,21	0,87	5135,500	-2,162	0,031
Çalışma Koşulları						
Hayır	239	3,15	0,80			
Evet	53	2,93	0,82	5393,000	-1,704	0,088
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
Hayır	239	3,43	0,35			
Evet	53	3,31	0,40	5338,000	-1,791	0,073

Buna göre, katılımcıların istenmeyen olaya dahil olma durumlarına göre güvenlik tutumlarında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bununla birlikte, GTÖ güvenlik iklimi, iş doymu ve yönetime ilişkin algılar boyutlarında, katılımcıların istenmeyen olaya dahil olup olmama durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p < 0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Güvenlik iklimi boyutunda, istenmeyen olaya dahil olduğunu belirten katılımcıların 2,97 ($\pm 1,05$), bir olaya dahil olmadığını belirten katılımcılara göre 3,48 ($\pm 0,60$) daha düşük bir

tutuma sahip olduğu; iş doyumu boyutunda istenmeyen olaya dahil olduğunu belirten katılımcıların 3,19 ($\pm 0,56$), bir olaya dahil olmadığını belirten katılımcılara göre 3,34 ($\pm 0,97$) daha düşük bir tutuma sahip olduğu; yönetime ilişkin algılar boyutunda istenmeyen olaya dahil olduğunu belirten katılımcıların 3,21 ($\pm 0,87$), bir olaya dahil olmadığını belirten katılımcılara göre 2,90 ($\pm 0,90$) daha yüksek bir tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların olay bildirim farkındalığı değişkenlerine göre güvenlik tutumları analiz edilmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 2b** “Sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirim farkındalıklarına göre güvenlik tutumları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipoteze ilişkin sonuçlar Tablo 59’da gösterilmiştir.

Tablo 59. Hipotez 2b’ye Ait Sonuçlar

Değişkenler	Güvenlik Tutumu						Hipotez
	1 Ekip çalışması iklimi	2 Güvenlik iklimi	3 İş doyumu	4 Stresin kabulü	5 Yönetime ilişkin algılar	6 Çalışma koşulları	
Olay Bildirimi Eğitimi Alma	*	*	p=0,001	*	p=0,002	*	Kabul
Olaya Dahil Olma	*	p=0,032	p=0,002	*	p=0,031	*	Kabul
Olaya Tanık Olma	*	*	*	*	*	*	Ret

* p>0,05

4.2.2.3. Olay Bildirimi Farkındalıklarına Göre Olay Bildirimi Engel Algılarının Analizine İlişkin Bulgular

Katılımcıların OB engel algılarının, olay bildirim eğitimi alma durumlarına ve istenmeyen olaya tanık olma durumlarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiş ve elde edilen analiz sonuçları Tablo 60’da verilmiştir.

Tablo 60. Olay Bildirimi Engel Algılarının Olay Bildirimi Farkındalıklarına Göre Analizi

Bağımsız Değişken	Örgütsel Faktörler					Bireysel Faktörler			
	n	\bar{x}	Ss	U	p	\bar{x}	Ss	U	p
OB Eğitimi Alma									
Hayır	141	3,31	0,61	5791,000*	<0,001	3,52	0,81	5344,500*	<0,001
Evet	151	2,79	0,64			2,78	0,74		
Olaya Tanık Olma									
Hayır	182	3,13	0,65	7866,500*	0,002	3,32	0,85	6640,000*	<0,001
Evet	110	2,90	0,69			2,85	0,79		

* Mann Whitney U Testi

Buna göre, katılımcıların OB engel algıları açısından, OB eğitimi alma ve istenmeyen olaya tanık olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p < 0,05$), istenmeyen olaya dahil olma durumları açısından, katılımcıların olay bildirim engel algıları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Örgütsel faktörler boyutunda, olay bildirim eğitimi alan katılımcıların 2,79 ($\pm 0,64$), bu eğitimi almayan katılımcılara 3,31 ($\pm 0,61$) göre daha düşük bir engel algısına sahip olduğu; aynı şekilde bireysel faktörler boyutunda olay bildirim eğitimi alan katılımcıların 2,78 ($\pm 0,74$), bu eğitimi almayan katılımcılara 3,52 ($\pm 0,81$) göre daha düşük bir engel algısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Örgütsel faktörler boyutunda, istenmeyen olaya tanık olduğunu belirten katılımcıların 2,90 ($\pm 0,69$), bir olaya tanık olmadığını belirten katılımcılara 3,13 ($\pm 0,65$) göre daha düşük bir engel algısına sahip olduğu; benzer şekilde bireysel faktörler boyutunda istenmeyen olaya tanık olduğunu belirten katılımcıların 2,85 ($\pm 0,79$), bir olaya tanık olmadığını belirten katılımcılara 3,32, ($\pm 0,85$) göre daha düşük bir engel algısına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların OB engel algılarına göre, olay bildirim farkındalıkları analiz edilmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 2c** “Sağlık çalışanlarının olay bildirim farkındalıklarına göre, olay bildirim engel algıları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipoteze ilişkin sonuçlar Tablo 61’de gösterilmiştir.

Tablo 61. Hipotez 2c'ye Ait Sonuçlar

Değişkenler	Olay Bildirimi Engel Algısı		Hipotez
	Örgütsel Faktörler	Bireysel Faktörler	
Olay Bildirimi Eğitimi Alma	p<0,001	p<0,001	Kabul
Olaya Tanık Olma	p<0,001	p<0,001	Kabul
Olaya Dahil Olma	*	*	Ret

* p>0,05

4.2.2.4. Olay Bildirimi Farkındalıklarına Göre Olay Bildirim Durumu Analiz Bulguları

Katılımcıların istenmeyen olay bildirim durumları, olay bildirim farkındalık durumlarına göre Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 62'de sunulmuştur.

Tablo 62. Olay Bildirim Durumunun Olay Bildirimi Farkındalıklarına Göre Analizi

Değişkenler	Olay Bildirim Durumu		x ² /U	p
	Hayır (n=204)	Evet (n=88)		
OB Eğitimi Alma				
Hayır	136 (%96,45)	5 (%3,55)	91,568*	<0,001
Evet	68 (%45,03)	83 (%54,97)		
Olaya Tanık Olma				
Hayır	147 (%80,77)	35 (%19,23)	27,294*	<0,001
Evet	57 (%51,82)	53 (%48,18)		
OBS Farkındalığı, $\bar{x}(Ss)$	3,56 ($\pm 0,98$)	4,23 ($\pm 0,58$)	5415,000**	<0,001
OBS Kullanım Bilgisi, $\bar{x}(Ss)$	3,17 ($\pm 1,16$)	3,81 ($\pm 0,64$)	6166,500**	<0,001

* Ki-kare Testi (Satır yüzdeleri kullanılmıştır), ** Mann Whitney U

Katılımcıların istenmeyen olay bildirim durumu açısından, olay bildirim eğitimi alma durumlarına, istenmeyen olaya tanık olma durumlarına, OBS farkındalıklarına ve OBS kullanım bilgisi durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş (p<0,05); istenmeyen olaya dahil olma durumları açısından, katılımcıların olay bildirim durumlarında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Buna göre olay bildirim eğitimi alanların %54,97 (n=83)'si, olay bildirim yaptıklarını belirtirken, katılımcıların sadece %3,55 (n=5)'i OB eğitimi almadan olay bildirim yaptıklarını ifade etmiştir.

İstenmeyen olaya tanık olduğunu belirten katılımcıların %48,18 (n=53)'i olay bildirim yaptıklarını belirtirken, bir olaya tanık olmadan olay bildirim ifade eden katılımcı oranı %19,23 (n=35) olarak belirlenmiştir.

Olay bildirdiğini ifade edenlerin katılımcıların OBS farkındalığı 4,23 ($\pm 0,58$) olay bildirmediklerini ifade edenlerin farkındalığına göre 3,56 ($\pm 0,98$); istenmeyen olay bildirdiğini ifade eden katılımcıların OBS kullanım bilgisi ortalamaları 3,81 ($\pm 0,64$) olay bildirmeyenlere göre 3,17 ($\pm 1,16$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların OB farkındalık değişkenlerine göre olay bildirim durumları incelenmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 2d** “Sağlık çalışanlarının olay bildirim farkındalıklarına göre, olay bildirim durumları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipoteze ilişkin sonuçlar Tablo 63’de gösterilmiştir.

Tablo 63. Hipotez 2d’ye ait sonuçlar

Değişkenler	Olay Bildirim Durumu	Hipotez
Olay Bildirim Eğitimi Alma	p<0,001	Kabul
Olaya Tanık Olma	p<0,001	Kabul
Olaya Dahil Olma	*	Ret
OBS Farkındalığı	p<0,001	Kabul
OBS Kullanım Bilgisi	p<0,001	Kabul

* p>0,05

4.2.2.5. Olay Bildirim Eğitimi Alma Durumlarına Göre, Olay Bildirim Farkındalıklarının Analizine İlişkin Bulgular

Katılımcıların olay bildirim eğitimi alma durumlarına göre, olay bildirim farkındalıkları Mann Whitney U ve Ki-kare Testi ile analiz edilmiş, elde edilen bulgular Tablo 64’de gösterilmiştir.

Tablo 64. Olay Bildirimi Eğitimi Alma Durumuna Göre Olay Bildirimi Farkındalıklarının Analizi

Değişkenler	Olay Bildirimi Eğitimi Alma Durumu		x ² /U	p
	Hayır (n=141)	Evet (n=151)		
Olaya Tanık Olma, n(%)				
Hayır	103 (73,05)	79 (52,32)	13,347*	<0,001
Evet	38 (26,95)	72 (47,68)		
Olaya Dahil Olma, n(%)				
Hayır	124 (87,94)	115 (76,16)	6,816*	0,010
Evet	17 (12,06)	36 (23,84)		
OBS Farkındalığı, \bar{x}(Ss)	3,45 (\pm 0,94)	4,05 (\pm 0,82)	6669,500**	<0,001
OBS Kullanım Bilgisi, \bar{x}(Ss)	3,07 (\pm 1,21)	3,64 (\pm 0,83)	7790,000**	<0,001

* Ki-kare Testi, (Satır yüzdeleri kullanılmıştır); ** Mann Whitney U Testi

Katılımcıların OB eğitimi alma durumu açısından, olaya tanık olma durumlarına, olaya dahil olma durumlarına, OBS farkındalıklarına ve OBS kullanım bilgisine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Buna göre, istenmeyen bir olaya tanık olduğunu ifade eden katılımcıların %47,68 (n=72)'ininin, istenmeyen olaya dahil olduğunu ifade eden katılımcıların ise %23,84 (n=36)'ünün OB eğitimi aldığı tespit edilmiştir.

OBS farkındalıkları açısından, OB eğitimi alan katılımcıların OBS farkındalık ortalamasının 4,05 (\pm 0,82), OB eğitimi almayan katılımcılardan 3,45 (\pm 0,94); OBS kullanım bilgisi bakımından OB eğitimi alan katılımcıların 3,64 (\pm 0,83), OB eğitimi almayan katılımcılardan 3,07 (\pm 1,21) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların OB eğitimi alma durumlarına göre, olay bildirim farkındalık durumları incelenmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 3** "Sağlık çalışanlarının olay bildirim eğitimi alma durumlarına göre, olay bildirim farkındalıkları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir" hipotezi kabul edilmiştir. Hipoteze ilişkin sonuçlar Tablo 65'de gösterilmiştir.

Tablo 65. Hipotez 3'e ait sonuçlar

Değişkenler	Olay Bildirimi Eğitimi Alma Durumu	Hipotez Kabul/Ret Durumu
Olaya Tanık Olma	$p < 0,001$	Kabul
Olaya Dahil Olma	$p = 0,010$	Kabul
OBS Farkındalığı	$p < 0,001$	Kabul
OB'nin Nasıl Yapılacağını Bilme	$p < 0,001$	Kabul

4.2.3. Olay Bildirim Durumlarına Göre Yapılan Analizler

Bu Bölümde katılımcıların olay bildirim durumlarına göre test edilecek hipotez bulgularına yer verilmiştir.

4.2.3.1. Olay Bildirimi Durumuna Göre Olay Bildirimi Tutumlarının Analizine İlişkin Bulgular

Katılımcıların olay bildirim etme durumları, olay bildirim tutumları açısından Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 66'da verilmiştir.

Tablo 66. Olay Bildirim Durumunun Olay Bildirimi Tutumuna Göre Analizi

OBÖ Boyutları/ Olay Bildirimi Durumu	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Suçlama/Ayıplama						
Hayır	204	2,73	0,57	6696,000	-3,463	0,001
Evet	88	2,47	0,53			
Olay Bildirimi Kriterleri						
Hayır	204	2,43	0,53	6378,000	-3,946	<0,001
Evet	88	2,19	0,50			
Meslektaş Beklentisi						
Hayır	204	2,19	0,66	6094,500	-4,386	<0,001
Evet	88	1,85	0,40			
Olay Bildiriminin Faydası						
Hayır	204	2,09	0,63	8740,000	-0,358	0,720
Evet	88	2,12	0,52			
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği						
Hayır	204	1,35	0,40	3536,000	-8,689	<0,001
Evet	88	2,57	1,11			
Toplam Olay Bildirimi Tutumu Ortalaması						
Hayır	204	2,29	0,34	7487,000	-2,251	0,024
Evet	88	2,19	0,24			

Buna göre, katılımcıların olay bildirim durumu açısından, toplam olay bildirim tutumlarında istatistiksel anlamlı fark bulunduğu ($p<0,05$); olay bildirmeyen katılımcıların 2,29 ($\pm 0,34$), olay bildirenlere 2,19 ($\pm 0,24$) göre daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir.

Bununla birlikte, katılımcıların OB TÖ suçlama/ayıplama, olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutlarında, olay bildirim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Suçlama/ayıplama boyutunda istenmeyen olayı bildirmeyen katılımcıların 2,73 ($\pm 0,57$), olay bildirim yapan katılımcılara 2,47 ($\pm 0,53$) göre; olay bildirim kriterleri boyutunda istenmeyen olayı bildirmeyen katılımcıların 2,43 ($\pm 0,53$), olay bildirim yapan katılımcılara 2,19 ($\pm 0,50$) göre; meslektaş beklentisi boyutunda istenmeyen olayı bildirmeyen katılımcıların 2,19 ($\pm 0,66$), olay bildirim yapan katılımcılara 1,85 ($\pm 0,40$) göre olay bildirim tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda ise istenmeyen olayı bildirmeyen katılımcıların 1,35 ($\pm 0,40$), olay bildirim yapan katılımcılara 2,57 ($\pm 1,11$) göre olay bildirim tutumları daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların OB tutumları, olay bildirim durumlarına göre incelenmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 4a** “Sağlık çalışanlarının olay bildirim durumları, olay bildirim tutumlarına göre olay istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipoteze ilişkin sonuçlar Tablo 67’de gösterilmiştir.

Tablo 67. Hipotez 4a’ya Ait Sonuçlar

Değişken	Olay Bildirim Tutumu					Hipotez
	1 Suçlama/ ayıplama	2 Olay bildirim kriterleri	3 Meslektaş beklentisi	4 Olay bildirim faydası	5 Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği	
Olay Bildirim Durumu	$p=0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	*	$p<0,001$	Kabul

* $p>0,05$

4.2.3.2. Olay Bildirim Durumuna Göre Güvenlik Tutumunun Analizine İlişkin Bulgular

Katılımcıların güvenlik tutumlarının istenmeyen bir olayı bildirim durumlarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 68’de sunulmuştur.

Tablo 68. Olay Bildirim Durumunun Güvenlik Tutumuna Göre Analizi

GTÖ Boyutları/ Olay Bildirimi Durumu	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Ekip Çalışması İklimi						
Hayır	204	3,89	0,66	7161,500	-2,756	0,006
Evet	88	3,64	0,66			
Güvenlik İklimi						
Hayır	204	3,28	0,61	8535,000	-668	0,504
Evet	88	3,39	0,55			
İş Doyumu						
Hayır	204	3,49	0,98	7222,500	-2,659	0,008
Evet	88	3,16	1,02			
Stresin Kabulü						
Hayır	204	3,66	0,89	7994,500	-1,499	0,134
Evet	88	3,82	0,89			
Yönetime İlişkin Algılar						
Hayır	204	2,82	0,88	6550,500	-3,678	<0,001
Evet	88	3,26	0,88			
Çalışma Koşulları						
Hayır	204	3,15	0,82	8228,000	-1,138	0,255
Evet	88	3,01	0,79			
Toplam Güvenlik Tutumu Ortalaması						
Hayır	204	3,41	0,36	8360,000	-0,931	0,352
Evet	88	3,39	0,37			

Katılımcıların olay bildirim durumu açısından, toplam güvenlik tutumlarında istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, katılımcıların GTÖ ekip çalışması iklimi, iş doyumu ve yönetime ilişkin algılar boyutlarında, istenmeyen olayı bildirim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Buna göre, ekip çalışması iklimi boyutunda istenmeyen olayı bildirmeyen katılımcıların 3,89 ($\pm 0,66$), olay bildiriminde bulunduğunu belirten katılımcılardan 3,64 ($\pm 0,66$); iş

doyumunu boyutunda, istenmeyen olayı bildirmeyen katılımcıların 3,49 ($\pm 0,98$), olay bildiriminde bulunduğunu belirten katılımcılardan 3,16 ($\pm 1,02$) daha yüksek güvenlik tutumuna sahip olduğu belirlenmiştir.

Yönetime ilişkin algılar boyutunda, istenmeyen olayı bildirmediğini belirten katılımcıların 2,82 ($\pm 0,88$), olay bildiriminde bulunduğunu belirten katılımcılardan 3,26 ($\pm 0,88$) daha düşük bir güvenlik tutumuna sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların olay bildirim durumu değişkenine göre güvenlik tutumları analiz edilmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 4b** “Sağlık çalışanlarının olay bildirim durumları, güvenlik tutumlarına göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hipoteze ilişkin sonuçlar Tablo 69’da gösterilmiştir.

Tablo 69. Hipotez 4b’ye ait sonuçlar

Değişken	Güvenlik Tutumu						Hipotez
	1 Ekip Çalışması İklimi	2 Güvenlik İklimi	3 İş Doyumu	4 Stresin Kabulü	5 Yönetime İlişkin Algılar	6 Çalışma Koşulları	
Olay Bildirim Durumu	p=0,006	*	p=0,008	*	p<0,001	*	Kabul

* p>0,05

4.2.3.3. Olay Bildirim Durumuna Göre Olay Bildirimi Engel Algısının Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının OB engel algılarının olay bildirim durumlarına göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 70’de verilmiştir.

Tablo 70. Olay Bildirim Durumunun Olay Bildirimi Engel Algısına Göre Analizi

OBEÖ Boyutları/ Olay Bildirimi Durumu	n	\bar{x}	Ss	U	z	p
Örgütsel Faktörler						
Hayır	204	3,30	0,58	2223,500	-10,242	<0,001
Evet	88	2,45	0,50			
Bireysel Faktörler						
Hayır	204	3,48	0,77	1877,500	-10,794	<0,001
Evet	88	2,34	0,38			
Toplam Olay Bildirimi Engel Algısı Ortalaması						
Hayır	204	3,38	0,55	1227,500	-11,723	<0,001
Evet	88	2,40	0,34			

Katılımcıların olay bildirim durumu açısından, toplam olay bildirim engel algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,001$); olay bildirmeyen katılımcıların 3,37 ($\pm 0,55$), olay bildiri yapanlara göre 2,40 ($\pm 0,34$) daha yüksek olay bildirim engel algısına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Bununla birlikte, katılımcıların OBEÖ örgütsel faktörler ve bireysel faktörler boyutlarında, olay bildirim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,001$). Buna göre örgütsel faktörler boyutunda olay bildirmedigini belirten 3,30 ($\pm 0,58$) katılımcıların, olay bildiri yaptığını belirten katılımcılara 2,45 ($\pm 0,50$) göre; bireysel faktörler boyutunda olay bildirmedigini belirten katılımcıların 3,48 ($\pm 0,77$), olay bildiri yaptığını belirten katılımcılara 2,34 ($\pm 0,38$) göre daha yüksek olay bildirim engel algısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların olay bildiri durumları, OB engel algılarına göre analiz edilmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 4c** “Sağlık çalışanlarının olay bildirim durumları, olay bildiri engel algılarına göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir. Hipoteze ilişkin sonuçlar Tablo 71’de gösterilmiştir.

Tablo 71. Hipotez 4c'ye Ait Sonuçlar

Değişken	Olay Bildirimi Engel Algısı		Hipotez
	Örgütsel faktörler	Bireysel faktörler	
Olay Bildirim Durumu	p<0,001	p<0,001	Kabul

4.2.4. Olay Bildirimi Engel Algıları, Olay Bildirimi Tutumu ve Güvenlik Tutumu Korelasyon Analizi

Bu bölümde ankette kullanılan olay bildirim engel algıları ölçeği, olay bildirim tutum ölçeği ve güvenlik tutumu ölçeği arasındaki korelasyon bilgilerine yer verilmiştir.

Ankette kullanılan olay bildirim engelleri ölçeği (OBEÖ) ve olay bildirim tutumu ölçeği (OBTÖ) arasındaki korelasyon bulguları Tablo 72'de sunulmuştur.

Tablo 72. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği ve Olay Bildirimi Tutumu Ölçeği Korelasyon Analizi

Ölçek ve Boyutlar	x	Ss	1	2	3	4	5	6	7
OBEÖ (1-2)	1. Örgütsel Faktörler	3,04	0,68	1					
	2. Bireysel Faktörler	3,14	0,86	0,555**	1				
	3. Suçlama/ayıplama	2,65	0,57	0,203**	0,142*	1			
	4. Olay Bildirimi Kriterleri	2,36	0,53	0,174**	0,237**	0,158**	1		
OBTÖ (3-7)	5. Meslektaş Beklentisi	2,09	0,61	0,156**	0,232**	0,306**	0,345**	1	
	6. Olay Bildiriminin Faydası	2,17	0,55	-0,132*	-0,017	0,016	0,064	0,034	1
	7. Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği	1,72	0,89	-0,518**	-0,478**	-0,239**	-0,228**	-0,156**	0,016

*p<0,05; **p<0,001

Buna göre, OBEÖ örgütsel faktörler ile bireysel faktörler ($r=0,555$; $p<0,001$) arasında orta düzeyde pozitif; OBTÖ suçlama/ayıplama ($r=0,203$; $p<0,001$), olay bildirim kriterleri ($r=0,174$; $p<0,001$), meslektaş beklentisi ($r=0,156$; $p<0,001$) boyutları arasında çok zayıf düzeyde pozitif; olay bildirim faydası boyutu ($r=-0,132$; $p<0,005$) arasında çok zayıf düzeyde ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutu ($r=-0,518$; $p<0,001$) arasında orta düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır.

OBEÖ bireysel faktörler ile OBEÖ suçlama/ayıplama ($r=0,142$; $p<0,005$), olay bildirim kriterleri ($r=0,237$; $p<0,001$) ve meslektaş beklentisi boyutları ($r=0,232$; $p<0,001$) arasında çok zayıf düzeyde pozitif; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği ($r=-0,478$; $p<0,001$) boyutu arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır.

OBTÖ suçlama/ayıplama boyutu ile olay bildirim kriterleri boyutu ($r=0,158$; $p<0,001$) arasında çok zayıf düzeyde ve meslektaş beklentisi ($r=0,306$; $p<0,001$) boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği ($r=-0,239$; $p<0,001$) boyutu arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır.

OBTÖ olay bildirim kriterleri boyutu ile meslektaş beklentisi ($r=0,345$; $p<0,001$) boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği ($r=-0,228$; $p<0,001$) boyutu arasında zayıf düzeyde ve meslektaş beklentisi boyutu ile olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği ($r=0,-156$; $p<0,001$) boyutu arasında çok zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır.

Sağlık çalışanlarının OB tutumları, güvenlik tutumları ve olay bildirim engel algıları incelenmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 5** “Sağlık çalışanlarının olay bildirim engel algıları ile olay bildirim tutumları arasında istatistiksel anlamlı ilişki vardır.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Ankette kullanılan olay bildirim engelleri ölçeği (OBEÖ) ve güvenlik tutumu ölçeği (GTÖ) arasındaki korelasyon bulguları Tablo 73’de sunulmuştur.

Tablo 73. Olay Bildirim Engelleri Ölçeği ve Güvenlik Tutumu Ölçeği Korelasyon Analizi

Ölçek ve Boyutlar	\bar{x}	Ss	1	2	3	4	5	6	7	8
OBEÖ (1-2)	1. Örgütsel Faktörler	3,04	0,68	1						
	2. Bireysel Faktörler	3,14	0,86	0,555**	1					
	3. Ekip Çalışması İklimi	3,82	0,67	0,177**	0,103	1				
	4. Güvenlik İklimi	3,31	0,59	-0,019	-0,041	0,383**	1			
GTÖ (3-8)	5. İş Doyumu	3,39	1,00	0,236**	0,121*	0,516**	0,366**	1		
	6. Stresin Kabulü	3,71	0,89	-0,198**	-0,136*	-0,030	-0,003	-0,031	1	
	7. Yönetime İlişkin Algılar	2,96	0,90	-0,176**	-0,169**	-0,347**	-0,323**	-0,610**	0,135*	1
	8. Çalışma Koşulları	3,11	0,81	0,072	0,086	0,417**	0,274**	0,584**	-0,091	-0,570**

* $p<0,05$; ** $p<0,001$

Buna göre, OBEÖ örgütsel faktörler ile bireysel faktörler boyutu arasında ($r=0,555$; $p<0,001$) orta düzeyde; GTÖ ekip çalışması iklimi boyutu ($r=0,177$; $p<0,001$) ve iş doyumunu ($r=0,236$; $p<0,001$) boyutları arasında çok zayıf düzeyde pozitif; stresin kabulü ($r=-0,198$; $p<0,001$) ve yönetime ilişkin algılar ($r=-0,176$; $p<0,001$) boyutları arasında çok zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır.

OBEÖ bireysel faktörler ile GTÖ iş doyumunu boyutu ($r=0,121$; $p<0,005$) arasında çok zayıf düzeyde pozitif; stresin kabulü ($r=-0,136$; $p<0,005$) ve yönetime ilişkin algılar ($r=-0,169$; $p<0,001$) boyutlarında çok zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır.

GTÖ ekip çalışması iklimi boyutu ile güvenlik iklimi ($r=0,383$; $p<0,001$) ve çalışma koşulları ($r=0,417$; $p<0,001$) boyutları arasında zayıf düzeyde; iş doyumunu boyutu ($r=0,516$; $p<0,001$) arasında orta düzeyde pozitif; yönetime ilişkin algılar boyutu ($r=-0,347$; $p<0,001$) arasında zayıf düzeyde negatif; güvenlik iklimi boyutu ile iş doyumunu ($r=0,366$; $p<0,001$) ve çalışma koşulları ($r=0,274$; $p<0,001$) boyutları arasında zayıf düzeyde pozitif; yönetime ilişkin algılar boyutu ($r=-0,323$; $p<0,001$) arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır.

GTÖ iş doyumunu boyutu ile çalışma koşulları ($r=0,584$; $p<0,001$) boyutu arasında orta düzeyde pozitif; yönetime ilişkin algılar boyutu ($r=-0,610$; $p<0,001$) arasında orta düzeyde negatif; stresin kabulü boyutu ile yönetime ilişkin algılar boyutu ($r=0,135$; $p<0,05$) arasında çok zayıf düzeyde pozitif; yönetime ilişkin algılar boyutu ile çalışma koşulları boyutu ($r=-0,570$; $p<0,001$) arasında orta düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır.

Sağlık çalışanlarının OB tutumları, güvenlik tutumları ve olay bildirimini engel algıları incelenmiş, elde edilen bulgulara göre **Hipotez 6** “Sağlık çalışanlarının olay bildirimini engel algıları ile güvenlik tutumları arasında istatistiksel anlamlı ilişki vardır.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

4.2.5. Sağlık Çalışanlarının Olay Bildirimi Yapma Durumlarına Etki Eden Değişkenlere İlişkin Değerlendirme: Lojistik Regresyon Analizi

Bu bölümde, katılımcıların olay bildirimini tutumları, güvenlik tutumları ve olay bildirimini engel algıları ile kişisel özelliklerinin sağlık çalışanlarının olay bildirim durumlarını

etkileyip etkilemediğini ortaya koymak amacıyla yürütülen lojistik regresyon analizi sonuçlarına yer verilmektedir.

Oluşturulan lojistik regresyon modelinde, katılımcıların olay bildirim durumları ile aralarında istatistiksel anlamlı fark bulunan, cinsiyet, meslek grubu, OBS farkındalık durumu, OB'nin nasıl yapılacağına bilinme durumu, istenmeyen olaya tanık olma ve katılımcıların OB eğitimi almış olma durumları değişkenleri ile OBTÖ, GTÖ ve OBEÖ ölçek alt boyutlarından aralarında istatistiksel anlamlı fark bulunan boyutlara yer verilmiştir.

Bağımsız değişkenler son lojistik regresyon modeli için uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow uyum iyiliği istatistiği ($\chi^2=6,007$, $sd=8$, $p=0,646$) değerlendirilmiştir. Hosmer ve Lemeshow testi sonucunun anlamlı olması ($p<0,05$), modelin kabul edilebilir uyuma sahip olmadığı anlamında gelmektedir. Yordayıcı değişkenler analize girdiğinde, Hosmer ve Lemeshow testi sonucunun anlamlı olmadığı ($p=0,646$) görülmektedir. Dolayısıyla çalışma modelinin kabul edilebilir uyuma sahip olduğu belirlenmiştir.

Modelde yordayıcı değişkenler analize girdiğinde, *olay bildirimi* yordanan değişkenindeki varyansın %84,90'ının (Nagelkerke $R^2=0,849$) açıklandığı belirlenmiştir. Buna göre, bağımlı değişkendeki (olay bildirimi yapma) değişimin %84,90'ının modeldeki bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı tespit edilmiştir. Lojistik regresyon analizinden alınan özet bulgular (beta katsayıları, olasılık oranı, %95 güven aralıkları ve p değeri) Tablo 74'de sunulmuştur.

Tablo 74. Sağlık Çalışanlarının Olay Bildirim Durumları Üzerinde Etkili Olan Değişkenlerine İlişkin Lojistik Regresyon (N=292)

Değişken	β	SE	Wald	df	p	Exp(B) (OB)	%95 CI
Cinsiyet (Erkek*)	0,565	1,052	0,288	1	0,592	1,759	0,224-13,825
Meslek			8,331	3	0,040		
Hemşire**	0,136	1,029	0,018	1	0,895	1,146	0,152-8,619
Ebe**	2,532	1,045	5,866	1	0,015	12,579	1,621-97,629
Diğer Sağlık Personeli**	0,625	1,063	0,345	1	0,557	1,867	0,232-15,009
OB Eğitimi Alma Durumu	2,834	0,852	11,060	1	0,001	17,007	3,201-90,342
Olaya Tanık Olma	1,167	0,633	3,405	1	0,065	3,213	0,930-11,100
OBS Farkındalığı	0,595	0,425	1,962	1	0,161	1,812	0,789-4,165
Olay Bildiriminin Nasıl Yapılacağını Bilme	0,280	0,371	0,569	1	0,451	1,323	0,639-2,739
OBTÖ-Suçlama/Ayıplama	-0,771	0,635	1,478	1	0,224	0,462	0,133-1,604
OBTÖ-Olay Bildirimi Kriterleri	-0,981	0,657	2,229	1	0,135	0,375	0,103-1,359
OBTÖ-Meslektaş Beklentisi	-0,707	0,791	0,799	1	0,371	0,493	0,105-2,323
OBTÖ-Rp. Prosedürlerin Anlaşılabilirliği	0,887	0,504	3,097	1	0,078	2,427	0,904-6,514
GTÖ- Ekip Çalışması İklimi	-0,296	0,614	0,232	1	0,630	0,744	0,223-2,478
GTÖ- İş Doymu	1,032	0,503	4,222	1	0,040	2,808	1,049-7,519
GTÖ- Yönetime ilişkin algılar	1,396	0,571	5,971	1	0,015	4,039	1,318-12,376
OBEÖ- Örgütsel Faktörler	-2,259	0,629	12,903	1	<0,000	0,104	0,030-0,358
OBEÖ- Bireysel Faktörler	-2,418	0,658	13,514	1	<0,000	0,089	0,025-0,323
Sabit	2,683	3,724	0,519	1	0,471	14,631	

Ommibus test: $\chi^2=267,329$ ($p<0,001$); Hosmer & Lemeshow Test: $\chi^2=6,007$ ($p=0,646$); Nagelkerke $R^2=0,849$

*Referans değer olarak "kadın" alınacaktır.

**Referans değer olarak "hekim" alınacaktır.

Tablo 74 incelendiğinde, katılımcıların istenmeyen olay bildirim durumları üzerinde, demografik değişken olarak meslek ($p=0,040$), olay bildirim farkındalık değişkeni olarak olay bildirim eğitimi alma durumu ($p=0,001$), GTÖ alt boyutlarından iş doymu ($p=0,040$) ve yönetime ilişkin algılar ($p=0,015$) boyutları yordayıcı değişkenlerinin pozitif yönlü; OBEÖ boyutları olan örgütsel faktörler ($p<0,001$) ve bireysel faktörlerin ($p<0,001$) negatif yönlü istatistiksel anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Buna göre; meslek grupları açısından değerlendirildiğinde, ebelerin ($p=0,015$) hekimlere göre olay bildirimine daha olumlu yaklaştığı ve ebelerin hekimlere göre olay bildirim olasılığının 12,58 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışanların “*olay bildirim eğitimi alma*” durumundaki bir (1) birimlik artışın ise, istenmeyen olayların bildirilmesi olasılığını 17,01 kat artırdığı belirlenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, çalışanların olay bildirim eğitimi almalarının katılımcıların olay bildirme durumlarına ciddi bir oranda etki ettiği görülmektedir.

Güvenlik tutumu ölçeği boyutu olan *iş doyumu* boyutu yordayıcı değişkenindeki bir (1) birimlik artışın, istenmeyen olayların bildirilmesi olasılığını 2,81 kat, yönetime ilişkin algılar boyutu yordayıcı değişkenindeki bir (1) birimlik artışın ise, bu olayların bildirilmesi olasılığını 4,04 kat artırdığı belirlenmiştir. Yani, her iki güvenlik tutumu ölçeği boyutundaki artışın, çalışanların olay bildirimini pozitif yönde etki yaptığı tespit edilmiştir.

OBEÖ boyutu olan örgütsel faktörler yordayıcı değişkenindeki bir (1) birimlik artışın, istenmeyen olayların bildirilmesi olasılığını 0,10 kat, bireysel faktörler yordayıcı değişkenindeki bir (1) birimlik artışın ise bu olayların bildirilmesi olasılığını 0,09 kat azalttığı; yani her iki engel algısı boyutundaki artışın, çalışanların istenmeyen olay bildirim durumlarına negatif yönlü anlamlı etki yaptığı tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının demografik özellikleri, OB farkındalıkları, olay bildirim ve güvenlik tutumları ile olay bildirim engel algıları incelenmiş, yapılan lojistik regresyon sonuçlarına göre **Hipotez 7** “*Sağlık çalışanlarının demografik özellikleri, olay bildirim farkındalıkları, olay bildirim tutumları, güvenlik tutumları ve olay bildirim engel algıları, çalışanların istenmeyen olay bildirimleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir*” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Çalışma kapsamında ele alınan hipotezlere ait bilgi Tablo 75’de sunulmuştur.

Tablo 75. Araştırma Hipotezleri Kabul/Ret Tablosu

Hipotez	Sonuç
H1: Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre;	
H1a. Olay bildirim tutumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H1b. Güvenlik tutumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H1c. Olay bildirim engel algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
H1d. Olay bildirim durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H1e. Olay bildirim farkındalıkları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H2: Sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirim farkındalıklarına göre;	
H2a. Olay bildirim tutumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H2b. Güvenlik tutumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H2c. Olay bildirim engel algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H2d. Olay bildirim durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H3: Sağlık çalışanlarının olay bildirim eğitimi alma durumlarına göre, olay bildirim farkındalıkları istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H4: Sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirim durumları;	
H4a. Olay bildirim tutumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H4b. Güvenlik tutumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H4c. Olay bildirim engel algılarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H5: Sağlık çalışanlarının olay bildirim engel algıları ile olay bildirim tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.	Kısmen Kabul
H6: Sağlık çalışanlarının olay bildirim engel algıları ile güvenlik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.	Kısmen Kabul
H7: Sağlık çalışanlarının demografik özellikleri, istenmeyen olay ve OBS farkındalıkları, olay bildirim tutumları, güvenlik tutumları ve olay bildirim engel algıları, çalışanların istenmeyen olay bildirimleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.	Kısmen Kabul

5. BÖLÜM: TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, hastanelerde meydana gelen istenmeyen olayların sağlık çalışanları tarafından bildirilme durumlarının değerlendirilmesine yönelik olarak, katılımcıların olay bildirim tutumları ve engel algıları, güvenlik tutumları ve olay bildirim farkındalıkları ulusal ve uluslararası çalışmalar çerçevesinde tartışılmıştır.

5.1. OLAY BİLDİRİMİ ENGEL ALGISI ve OLAY BİLDİRİMİ TUTUMUNA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

Yapılan literatür incelemesinde, sağlık çalışanlarının olay bildirim engel algıları açısından hekim, hemşire, ebe, eczacı, paramedik ve diğer sağlık personeli (tekniker, teknisyen) gibi birçok farklı sağlık çalışanının dahil olduğu çok fazla sayıda araştırmaya ulaşılmıştır. Bu araştırma kapsamında sağlık çalışanlarının OB engel algıları, literatürden elde edilen sorulardan oluşturulan olay bildirim engel ölçeği (OBEÖ) kullanılarak 2 boyut altında (örgütsel faktörler, bireysel faktörler) değerlendirilmiştir. Ölçek kapsamında alınan yüksek ortalama, yüksek engel algısına işaret etmektedir. Hekimler, fakülte eğitimleri boyunca toplam altı yıl tıp eğitim ve öğretimi almakta ve pratisyen hekim olarak (yüksek lisans dercesinde) mezun olmaktadır. Mezuniyetleri sonrasında tıpta uzmanlık eğitimi bitiren hekimler ise uzman hekim unvanını almaktadır. Temel bilimlerde doktora eğitimi alınarak elde edilen “*Phylosophical Doctorate (PhD)*” unvanı, “*tıpta uzmanlık*”a karşılık gelmektedir (Özdemir, 2020). Bu çalışma kapsamında araştırmaya katılan ve doktora mezunu olduğunu ifade eden bütün katılımcıların uzman hekim statüsünde olduğu kabul edilmektedir.

Katılımcıların OBEÖ kapsamında vermiş olduğu cevaplara göre, bireysel faktörler boyutunun örgütsel faktörler boyutundan daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, çalışanların bireysel engel olarak algıladığı faktörlerin, istenmeyen olay bildiriminde örgütsel faktörlere göre daha olumsuz olarak algılandığı söylenebilir. Ölçek ifadeleri değerlendirildiğinde, en yüksek ortalamaya “*Cezalandırılmaktan korkuyorum*” ifadesinin (Alduais vd., 2014; Chiang ve Pepper, 2006), en düşük ortalamaya ise “*Olay bildirim yapmak ekstra zaman gerektiriyor*” ifadesinin (Uribe vd., 2002) sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte “*Ayıplanmaktan korkuyorum*” ve

“*Olay olay bildiriminin faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım*” ifadelerinin de en yüksek ikinci ortalamaya sahip olan ifadeler olduğu tespit edilmiştir.

OB engel algıları kapsamında Pfeiffer vd. (2010), yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının en fazla engel olarak algıladığı ifadeler yer vererek tematik bir çerçeve çalışması ortaya koymuştur. Bu araştırma kapsamında elde edilen bulgularda da Pfeiffer vd. (2010)'nin sonuçlarına benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Literatür araştırmasına göre, sağlık çalışanlarının OB nedeniyle cezalandırılmaktan korktuğu, işini kaybetme korkusu yaşadığı, dava edilmekten çekindiği, yönetsel faktörlerin etkisinde kaldığı, olay bildirimini hakkında bilgi eksikliklerinin bulunduğu, olay bildirim formu/sistemi ile ilgili sorunlar yaşadığı, olay bildirimini ekstra zaman ve iş yükü gerektirdiği, olay bildirim sonucunda kendilerine geri bildirim yapılmadığı, olay bildiriminde kimlik bilgilerinin gizliliği konusunda endişe yaşadıkları vb. (Alduais vd., 2014; Byrne ve Bury, 2018; Chiang ve Pepper, 2006; Geravandi vd., 2019; Hurley vd., 2017; Poorolajal vd., 2015; Rutledge vd., 2018; Sinclair vd., 2018; Soydemir vd., 2017; Uribe vd., 2002; Vincent vd., 1999; Wakefield vd., 1996) şeklinde engel algılarının bulunduğu dair birçok araştırmaya rastlamak mümkündür. Dolayısıyla araştırma sonuçlarının da teyit ettiği gibi, sağlık çalışanlarının son 20 yılı aşkın bir süredir benzer olay bildirim engel algılarına sahip olduğu ifade edilebilir.

Araştırma kapsamında katılımcıların OB engel algılarının, demografik özelliklerine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının OB eğitimi alma durumları açısından olay bildirim engel algıları değerlendirildiğinde, OB eğitimi alan katılımcıların hem örgütsel faktörler, hem de bireysel faktörler kapsamında bu eğitimi almayanlara göre anlamlı bir şekilde daha olumlu bir algıya sahip oldukları belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının istenmeyen olaya tanık olma durumları açısından OB engel algıları değerlendirildiğinde, çalıştıkları son 12 ayda istenmeyen olaya tanık olanların, hem örgütsel faktörler, hem de bireysel faktörler kapsamında herhangi bir olaya tanık olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha olumlu bir algıya sahip olduğu görülmüştür.

Sağlık kurumlarında istenmeyen bir olaya tanıklık etmek ya da böyle bir olayın oluşmasına neden olmak, hiçbir sağlık çalışanının yaşamak istemeyeceği türden olaylardır. Yapılan literatür araştırması, istenmeyen olaylarla karşılaşan çalışanların bu olayları bildirmemeyi tercih ettiğini göstermektedir (Soydemir vd., 2017). Hekim ve

hemşirelerin OB tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada çalışanların alışkanlıkla, sık tanık olunan, hasta düşmeleri gibi acil durumlarla ilişkili durumların daha çok bildirildiği belirtilmektedir (Evans vd., 2006). Ancak sağlık çalışanlarının meydana gelen hataların nedenlerinin yeteri kadar araştırılmadığını, tanık olunan ve bildirilen hatalar nedeniyle kişilerin ispiyoncu (whistle-blower) olarak kategorize edildiklerini dolayısıyla dahil ya da tanık oldukları istenmeyen olayları başta korku faktörü, yasal yaptırımlar ve geri bildirim eksikliği başta olmak üzere farklı nedenlerden dolayı bildirmedikleri ifade edilmektedir (Soydemir vd., 2017).

Bu araştırma kapsamında, katılımcıların %37,67'sinin son 12 ayda istenmeyen bir olaya tanıklık ettiği tespit edilmiştir. Araştırmada, böyle bir olaya tanıklık eden çalışanların OB etme durumlarının, herhangi bir olaya tanıklık etmeyenlere göre daha yüksek olduğu, dolayısıyla daha az engel algısına sahip olduğu ifade edilebilir. Bununla birlikte, istenmeyen bir olaya tanık olan katılımcıların OBTO kapsamında "*Meydana gelen istenmeyen olaydan haberdar olan kişi az ise olayın bildirilmesine gerek yoktur.*" ifadesine vermiş oldukları cevaplar incelenmiştir. Buna göre, istenmeyen bir olaya tanıklık eden katılımcıların, ortalamalarının daha düşük (olumlu) olduğu, yani meydana gelen olaya tanık olan ya da olaydan haberdar olanların sayısına bakılmaksızın olayın bildirilmesi gerektiği olumlu tutumuna sahip oldukları görülmektedir.

İstenmeyen olayların bildirilmesi, daha da önemlisi bu olayların azaltılması ya da önlenmesi için daha fazla OB eğitimine ihtiyaç olduğu kabul edilen bir gerçektir. Yapılan bir çalışmada, hekim ve hemşirelerin bir OBS var olsa bile, çalışanların sistem hakkında yeterli eğitim almamış oldukları ve bu nedenle OBS'nin değerinin yeterince farkında olmadıkları belirtilmektedir. Olayların bildirilmesi, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinin önemli bir bileşeni olduğundan (WHO, 2005), sağlık yöneticileri tarafından hasta güvenliği çalışmaları ve istenmeyen olayların bildirilmesi sonucu elde edilen bilgi ve istatistiklerin analiz edilerek, icra edilen kurum içi eğitim programlarına olay bildirim ve hasta güvenliği vb. konuların dahil edilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Soydemir vd., 2017).

OB engel algıları açısından, katılımcıların meslekleri bakımından her ne kadar aralarında anlamlı bir farklılık oluşmamış olsa da, hekimlerin bireysel ve örgütsel faktörler boyutlarında diğer çalışanlardan daha olumsuz bir algıya sahip olduğu görülmektedir. Bu

durum, hekimlerin OB durumları açısından değerlendirildiğinde, hekimlerin yüksek olumsuz algısını destekler şekilde olduğu ve meslek grupları arasında en az olay bildiriminde bulunan sağlık çalışanının hekimler (n=14; %15,91) olduğu tespit edilmiştir. Literatür araştırmaları da hekimlerin, hemşirelere (Poorolajal vd., 2015; Tricarico vd., 2017) ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha az olay bildiriminde bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Katılımcıların olay bildirim durumları, çalışanların olay bildirim engelleri açısından değerlendirildiğinde, meydana gelen istenmeyen olayları bildirdiklerini ifade eden sağlık çalışanlarının hem örgütsel hem de bireysel faktörler boyutlarında daha düşük (olumlu) bir ortalamaya sahip oldukları, yani olay bildiriminde bulunan katılımcıların daha az engel algılarının bulunduğu tespit edilmiştir. Literatür araştırması, daha az engel algısına sahip olan sağlık çalışanlarının daha fazla olay bildirdiklerine dair çok sayıda çalışmaya rastlamak mümkündür. İlaç hatalarının bildirilmesi konusunda hemşirelerin katılımıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %9'unun iş hayatlarına zarar verebileceği algısı nedeniyle kariyer süreleri boyunca bazı ilaç hatalarını bildirmediklerini ifade ettikleri, %81,6 oranında katılımcının ise bu düşünceye katılmadıkları belirtilmektedir (Oğuz, 2007).

Her ne kadar araştırma kapsamında anlamlı bir sonuç elde edilememiş olsa da, "*Olay bildiriminin faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım*", "*Olay bildirim konusunda arkadaşlarımdan yeterli desteği göremiyorum*", "*Olay bildirim konusunda arkadaşlarımdan yeterli desteği göremiyorum*", "*Cezalandırılmaktan korkuyorum.*" ifadelerinin, meslek grupları açısından değerlendirildiğinde, AbuAIRub vd. (2015) çalışmasında olduğu gibi, hekimlerin hemşirelerden daha yüksek (olumsuz) engel algısı ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışma kapsamında, hekimlerin diğer meslek gruplarına göre daha az OB eğitimi almış olmasının bu bağlamda daha olumsuz OB engel algısına sahip olabileceği değerlendirilmektedir.

Literatür çalışması sonucunda, OBÖÖ kullanılarak çalışma yapılan dört çalışmaya ulaşılabilmektedir. Bunlardan ilki, ölçeği geliştirerek literatüre kazandıran Wilson vd. (2008), diğeri ölçeğin Çince uyarlamasını yapan Sun vd. (2014), bir diğeri ölçeğin Almanca uyarlamasını yapan Litke vd. (2020) ve sonuncusu Kusumawati vd. (2019) tarafından

Endonezya’da yapılan ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü konusunda OB tutumlarının incelendiği bir çalışmadır.

Katılımcıların araştırma kapsamında OBTO’ye verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde, en olumsuz olay bildirim tutumu ortalamasına “*Suçlama/ayıplama*” boyutunun, en olumlu olay bildirim tutumu ortalamasına ise “*Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği*” boyutunun sahip olduğu belirlenmiştir. Literatür çalışmasına göre, bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde “*Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği*” boyutunun en olumlu olay bildirim tutumu ortalamasına (Kusumawati vd., 2019; Wilson vd., 2008) ve “*Suçlama/ayıplama*” boyutunun da en olumsuz olay bildirim tutumu ortalamasına (Wilson vd., 2008) sahip olduğu tespit edilmiştir. Kusumawati vd. (2019) çalışmasında, en olumsuz olay bildirim tutumu ortalamasına “*Olay bildirim kriterleri*” boyutunun sahip olduğu görülmüştür.

OBTO ifadeleri değerlendirildiğinde ise, en yüksek ortalamaya “*İstenmeyen olayları bildirmek dikkatleri benim üzerimde toplar*” ifadesinin sahip olduğu, en düşük ortalamaya sahip ifadenin ise “*İstenmeyen olayların nasıl bildirileceği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır*” ifadesinin olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda OB tutumları açısından katılımcıların, suçlama ve ayıplama tutumlarının oldukça yüksek, bununla birlikte OB prosedürlerinin ise anlaşılır olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, olay bildirim kriterleri boyutunda 31-40 yaş arası çalışanların, 41 yaş ve üzeri çalışanlardan; medeni durumlarına göre bekar olan sağlık çalışanlarının evli olanlara göre ve kadın çalışanların erkeklere göre meslektaş beklentisi boyutunda daha olumlu ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, 29 ve daha küçük yaşta bulunan bulunan hemşirelerin OB isteklerinin daha fazla olduğu belirtilirken (Lin ve Ma, 2009), bir diğer çalışmada, olay bildiriminde bulunduğunu belirten hemşirelerin yaş ortalamasının daha genç olduğu ifade edilmektedir (Chiang vd., 2010). Hekim, hemşire ve eczacıların ilaç hatası bildirim bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği bir çalışmaya göre, 35 yaşından küçük katılımcıların OB bilgisinin daha yüksek olduğu ve kadın katılımcıların OB tutumlarının anlamlı olmasa da erkek çalışanlara göre daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Carandang vd., 2015b). Bununla birlikte, hemşirelerin OB niyetlerinin yaş değişkeni ile pozitif bir korelasyon içinde olduğunu vurgulayan çalışmalar da mevcuttur (Chen vd., 2018).

Katılımcılar öğretim düzeylerine göre değerlendirildiğinde, olay bildirim kriterleri boyutunda lisans mezunu sağlık çalışanlarının, önlisans, yüksek lisans ve doktora mezunu olanlara göre daha olumsuz ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda ise, ön lisans mezunu katılımcıların, lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu olan çalışanlardan daha olumsuz bir tutum ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Lin ve Ma (2009)'nın hemşirelerle yaptığı çalışmasında, üniversite mezunu çalışanların, yüksek okul mezunu olan katılımcılara göre bir OB konusunda daha istekli olduğu ifade edilmektedir. Benzer şekilde, Chen vd. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada da lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin olay bildirim yapma niyetinin kolej (veya daha düşük) ya da lisans derecesine sahip hemşirelere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Buna karşın, hemşirelerin ilaç bildirim engelleri konusunda yapılan bir çalışmada yüksek lisans mezunu hemşirelerin, önlisans ve lisans mezunu hemşirelere göre daha fazla "*korku*" algısıyla hareket ettiği, lisans mezunu hemşirelerin ise önlisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelere göre daha fazla "*kültürel engeller*" ve "*geri bildirim eksikliği*" engel algıları ile hareket ettikleri ve ilaç hataları bildiriminde bu hususları engel olarak gördükleri belirtilmektedir (Rutledge vd., 2018).

Katılımcılar mesleklerine göre değerlendirildiğinde, olay bildirim kriterleri boyutunda hekimlerin, ebe ve diğer sağlık personelinden; hemşirelerin ise ebelerden daha olumlu bir ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Meslektaş beklentisi boyutunda ebelerin, hem hekim hem de hemşirelerden daha olumsuz bir olay bildirim ortalamasına sahip olduğu; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda, hemşirelerin hekim ve ebelerden daha olumsuz bir ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların bildirilmesi, hasta güvenliğinin artırılması için vazgeçilmez bir unsurdur. Ancak, hasta güvenliğindeki gelişmelerin ölçülebilmesi için meydana gelen tüm olayların bildirilmesi gerekmektedir (Noble ve Pronovost, 2010). Ulusal ve uluslararası anlamda sağlık çalışanlarının OB tutumlarına ilişkin sorunlar bulunduğu görülmektedir. Sağlıklı bir güvenlik kültürü, sağlık hizmetlerinin güvenliğinin gerçekleştirilmesini destekleyecek unsurlardandır (Verbakel vd., 2015). Ancak olay bildiriminin önündeki sorunlar devam ettiği görülmektedir. Sağlık çalışanlarının önündeki en önemli kültürel engellerden birisi, "*suçlama kültürü*"dür (Noble ve Pronovost, 2010). Yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının olay bildirimini sonuçlarından endişe ettiklerini, bunun olay bildiriminde kendilerine bir engel oluşturduğunu (Coyle vd., 2005; Soydemir,

2015) ve hemşirelerin hekilere göre olay bildiriminde daha olumlu bir tutum içinde bulunduğunu göstermektedir (Wilson vd., 2008; Yıldız, 2015).

Kusumawati vd. (2019) çalışmasında, hemşirelerin sadece belirli olayları bildirdiklerini ve kayıt dışında kalmış olan vakalar olabileceğini; hemşirelerin genellikle küçük hataların kendilerini olumsuz olarak etkilemediğini ifade ettiklerini belirtmektedir Bununla birlikte, olay bildiriminde bulunan hemşirelere geri bildirim yapılmaması durumunda, tekrar OB yapmayı istemeyecekleri, bildirim sonuçlarından ya da cezalandırılmaktan korkan hemşirelerin olay bildiriminden kaçınacakları ifade edilmektedir (Aiken vd., 2002; Kusumawati vd., 2019). Bir başka çalışmada ise, hemşirelerin hataları kabul etmek ve bildirmek konusunda daha kararsız olduğu, hekimlerin % 55'inin, hemşirelerin ise %44'ünün bu durumu ifade ettikleri belirtilmektedir (Gabrani vd., 2015). İlaç hatalarının bildirilmesi ile ilgili olarak sağlık çalışanlarının tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, hemşirelerin (%27) hekim ve eczacılardan daha olumlu bir tutum içinde bulunduğu, hekimlerin (%11) ise en olumsuz tutuma sahip olduğu ifade edilmektedir (Carandang vd., 2015a). Hemşirelerin, direktif, protokoller ve güvenlik kavramını sağlayan kültür nedeniyle hekilere göre daha alışılmış şekilde olay bildiriminde bulunduğu belirtilmektedir. Olay bildirilminde hekimlerin daha çok adli tıp soruşturmaları ve dava edilme gibi dış etkenlerden etkilendiği, hemşirelerin ise OB sonrası çalışılan kurumun göstereceği tepki anlamında içsel faktörlerden etkilendiği vurgulanmaktadır (Kingston vd., 2004).

Hekim ve hemşirelerin OB algı ve tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, istenmeyen olayların tanımlanması ve olay bildiriminde kimin sorumlu olduğunun bilinmesi noktasında hekimlerin hemşirelerden daha bilgili olduğu, buna karşın hemşirelerin, olay bildiriminin çok fazla zaman aldığını düşündüklerini ortaya koymaktadır (Coyle vd., 2005; Rashed ve Hamdan, 2019).

Katılımcılar çalışma şekillerine göre değerlendirildiğinde, meslektaş beklentisi boyutunda, sadece gündüz mesai yapanların gündüz ve gece dönüşümlü mesai yapanlara göre daha olumlu ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar, gündüz ve gece dönüşümlü olarak çalışan sağlık çalışanlarının iş doyumlarının gündüz çalışanlara göre daha olumsuz olduğunu (Aydemir, 2015; Özcan, 2018) ve gece mesailerinin çalışanlar üzerinde başta uyku sorunları olmak üzere farklı psikolojik

sorunlara neden olduğunu ortaya koymaktadır (Bal, 2019). Buna karşın, hata türü ve meydana geliş zamanları incelendiğinde, sağlık çalışanlarının daha çok gündüz bu hatalara neden oldukları görülmektedir. Bu kapsamda yapılan bir çalışmada, iş yoğunluğunun fazla olması, dolayısıyla da işlerin hızlı yapılmasının gerekmesi nedeniyle, katılımcı hekimlerin %24,6'sı, hemşirelerin %62,3'ü, diğer hizmet personelinin ise %13,1'i tarafından istenmeyen olayların gündüz meydana geldiği belirtilmektedir (Khammarnia vd., 2015). Acil servis çalışanları ile yapılan bir diğer çalışmada ise meydana gelen hataların daha çok kalabalık olmanın en yüksek seviyede olduğu akşam vardiyasında meydana geldiği tespiti yapılmaktadır (Pham vd., 2011). Bu araştırma kapsamında elde edilen veriler gündüz çalışanların iş doyumlarının daha yüksek olduğu, her ne kadar iş yükleri fazla olsa da vardiyalı çalışmanın beraberinde getirdiği problemlerden uzak çalışmanın, gündüz mesai yapanların olay bildirimine daha olumlu bakmasını sağlamış olabileceği değerlendirilmiştir. OBÖ “*meslektaş beklentisi*” boyutunda meydana gelen anlamlı sonuç da bunu desteklemektedir. Boyut ifadeleri açısından değerlendirildiğinde gündüz mesai yapan çalışanların, “*Meydana gelen istenmeyen olaylardan ders çıkarılabildiği sürece bildirmeye gerek yoktur*” ifadesinde oldukça düşük bir ortalamaya (olumlu) sahip olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, vardiyalı çalışmanın sağlık çalışanları açısından getirmiş olduğu sorunların istenmeyen olay bildiriminde daha olumsuz tutum sergilemelerine neden olduğu söylenebilir.

Katılımcılar mesleki tecrübelerine göre değerlendirildiğinde, olay bildirim kriterleri boyutunda 11-20 yıl mesleki tecrübeye sahip çalışanların, 21 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip çalışanlardan daha olumsuz bir ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin OB isteklilikleri üzerine yapılan bir çalışmada, 12 aydan daha az mesleki tecrübeye sahip olan hemşirelerin 13 ay ve daha fazla mesleki tecrübeye sahip çalışanlara göre daha istekli oldukları, mesleki tecrübenin arttıkça OB isteğinin arttığı belirtilmektedir. Aynı şekilde, hemşirelerlik mesleğindeki ilerleme düzeyleri bakımından gruplandığında bütüncül bakım ve klinik eğitimi alan hemşirelerin diğer hemşirelere göre olay bildiriminde daha istekli oldukları ifade edilmiştir (Lin ve Ma, 2009). Hekim, hemşire ve eczacıların ilaç hatası bildirim bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği bir çalışmada 10 yıldan daha az mesleki tecrübeye sahip katılımcıların OB bilgisinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, yine 10 yıldan daha az tecrübeye sahip çalışanların OB tutumlarının anlamlı olmasa da daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (Carandang vd., 2015a).

Katılımcılar olay bildirimini eğitimi alma durumlarına göre değerlendirildiğinde, OB eğitimi alan sağlık çalışanlarının suçlama/ayıplama boyutu, olay bildirim kriterleri boyutu ve meslektaş beklentisi boyutunda bu eğitimi almayanlara göre daha olumlu; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda ise daha olumsuz bir ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların istenmeyen olaya tanık olma durumlarına göre değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının son 12 ayda herhangi bir olaya tanık olanların olay bildirim kriterleri ve meslektaş beklentisi boyutunda bir olaya tanık olmayanlara göre daha olumlu; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda ise daha olumsuz bir ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin OB istekliliklerinin değerlendirildiği çalışmada Lin ve Ma (2009), ilaç uygulaması hata deneyimi olan katılımcıların, OB sonucunda herhangi bir sorunla karşılaşmayacaksa, olay bildirimine daha fazla istekli oldukları belirtilmiştir. Hekimlerin istenmeyen olay tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, herhangi bir istenmeyen olaya tanık olan hekimlerin %34'ünün, hatayı olayın gerçekleştiği bölüm sorumlusuna, %22,2'sinin ise kurum yöneticisine olay bildirim yapacaklarını ifade ettikleri belirtilmektedir (Yıldırım vd., 2009). Bununla birlikte, istenmeyen olaya neden olanın hekimin kendisinin olması durumunda, bu oranlarda düşüş meydana geldiği belirlenmiştir. Odabaşı vd. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada ise, araştırmaya katılan hekimlerin %61,1'inin meslektaşlarının karıştığı istenmeyen olayları bildirebileceklerini ifade ettikleri belirtilmektedir (Yıldırım vd., 2009). Birçok araştırma, hekimlerin istenmeyen olayları bildirmede isteksiz davrandığını ve diğer sağlık çalışanlarına oranla en az olay bildirim yapan çalışan grubu olduğunu belirtmektedir (Evans vd., 2006; Taylor vd., 2004; Ünal, 2016). Ayrıca hekimlerin, hemşire ve ebelere oranla tanık oldukları olayları en az bildiren sağlık çalışanı olduğu tespit edilmiş (Lawton ve Parker, 2002) ve bu kapsamda araştırma bulgularının bu bağlamda desteklendiği görülmektedir.

Hasta güvenliği ve OB kapsamında verilen eğitimlerin istenmeyen olay bildirim sayılarını artırdığı (Ahmed vd., 2014), hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarına katılmanın, katılımcıların istenmeyen OB tutum ve davranışlarında olumlu bir etkiye yola açtığı belirlendiği ifade edilmektedir (Coyle vd., 2005). Ancak yapılan birçok çalışma OB konusunda sağlık çalışanlarına yeterli eğitim verilmediğini ortaya koymaktadır. Hekim ve hemşirelerin OBS hakkındaki görüşlerinin ve tıbbi hata tutumlarının değerlendirildiği bir doktora çalışmada, verilen "*hasta güvenliği ve tıbbi olay yönetimi*" eğitimlerinin hekim

ve hemşirelerin tutum ve davranışlarına olumlu katkı sağladığı ve OB oranındaki artışta bu eğitimlerin katkısının bulunduğu ifade edilmektedir (McCarthy vd., 2016; Ünal, 2016). İncesu ve Orhan (2018) tarafından Türkiye’de bir devlet hastanesinin OBS bildirimlerinin kesitsel ve retrospektif olarak analizinin yapıldığı ve eğitimin önemine özellikle vurgu yapılan bir diğer araştırmada ise, çalışanların %93,8’inin OBS hakkında eğitim aldıkları ve %91,2’sinin OBS’ni hasta ve çalışan güvenliğini sağlama da etkili bir yöntem olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarına OBS ve OB ile ilgili eğitim verilmesinin gerekliliği ile birlikte, kurumların OBS’lerinin erişilebilir olmasının da önemli olduğu bir diğer önemli husustur. Keleş ve Aloğlu (2019) tarafından Ankara’da hizmet veren devlet hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinin İnternet sayfalarından OBS erişim durumları açısından yapılan bir çalışmada, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin %72,7’sinin, eğitim araştırma hastanelerinin %53,8’inin ve devlet hastanelerinin %30’unun İnternet sayfalarından Sağlık Bakanlığı OBS’sine ya da kurum olay bildirim sistemi erişim sağlayabildiği belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının meydana gelen olayların bildirilmesini sağlayabilmek için, tüm hastanelerin olay bildirim sistemlerine erişilebilirlik seviyesini en üst düzeye çıkarması gerekmektedir.

İlaç hatası bildiriminde bulunma ile ilgili olarak Karagözoğlu vd. (2019) bir çalışmada hemşirelerin %63,7’sinin, Gupta vd. (2015) çalışmada hekim, hemşire ve eczacılardan oluşan bir katılımcı grubunun %46,5’inin herhangi bir olay bildirim eğitimi almadığını belirtirken, İstanbullu vd. (2012), OBS ile ilgili hastanede verilen hizmet içi eğitime %42,1 oranında katılım sağlanmadığını ve eğitime katılanların çok büyük bir oranda hemşirelerden oluştuğunu ifade etmektedir. Yine hasta güvenliği ve OB konusunda yapılan bir diğer çalışmada ise, hemşirelerin %76,2’sinin hasta güvenliği eğitimi aldığı ve eğitim alan hemşirelerin OB ortalamalarının eğitim almayanlara göre daha olumlu olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği eğitimi alma oranlarının yüksek olmasına karşın, katılımcıların istenmeyen OB oranlarının oldukça düşük olduğu (%8,6) ve bunun üzerinde düşünülmesi gereken önemli bir sorun olduğu ifade edilmektedir (Karaca ve Arslan, 2014). Bu araştırma kapsamında da, çalışanların %48,30’unun olay bildirim eğitimi almadığını belirttiği ve katılımcıların %69,86’sinin olay bildiriminde bulunmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının OB niyeti ile olay bildirim farkındalıkları ve olay bildirim tutumu arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Chen vd., 2018). Sağlık çalışanlarına OB

eğitimi verilmesinin onların farkındalıklarını artıracakđı ve olay bildirim sayısının artmasına faydalı olacakđı değerlendirilmektedir. OB eğitimlerinin çalışanlara verilen görev başı eğitimlere dahil edilerek verilebileceği gibi, yıl içine yayılarak sürekli bir faaliyet olarak gerçekleştirilebilir.

Katılımcıların olay bildirim durumları, çalışanların olay bildirim tutumları açısından değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarından meydana gelen istenmeyen olayları bildirdiklerini ifade edenlerin, suçlama ve ayıplama boyutu, olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi ortalamalarının anlamlı şekilde daha olumlu, olay bildirim prosedürleri boyutunun anlamlı şekilde daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Carandang vd. (2015a) tarafından yapılan bir çalışmada, ilaç hatası bildiren sağlık çalışanlarının tekrar olay bildirimine meyilli oldukları, olay bildiriminde olumsuz tutum sergileyenlerin ise ilaç hatalarını bildirmeme olasılıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Hemşirelerin tıbbi hata tanıklıkları konusunda yapılan bir diğer çalışmaya göre, OB nedeniyle suçlanma endişesinin %89,5 oranında çalışanın istenmeyen olayı bildirmeme nedeni olduğu vurgulanmıştır (Güven, 2014).

5.2. GÜVENLİK TUTUMUNA İLİŞKİN DEğerLENDİRME

Literatür incelendiğinde, GT'nn oldukça fazla sayıda ülkeye uyarlama çalışması yapıldığı tespit edilmiştir (Tablo 2). Bununla birlikte, GT kullanılarak farklı meslek gruplarının dahil edildiği birçok araştırma yapıldığı görülmektedir Ancak araştırma kapsamında olduğu gibi, literatürde sadece bu dört farklı meslek grubunun (hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli) bir arada bulunduğu bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Araştırma kapsamında sağlık çalışanlarının güvenlik tutumları, 6 boyut altında (ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumunu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları) incelenmektedir. Katılımcıların güvenlik tutumu leği (GT)'ne verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde, en yüksek ortalamanın (\bar{x} :3,82) "*Ekip alışması iklimi*" boyutunda, en düşük ortalamanın (\bar{x} :2,96) ise "*Yönetime ilişkin algılar*" boyutunda gerçekleştiği tespit edilmiştir.

Literatür incelendiğinde, birçok araştırmada (Hamdan, 2013; Ongun ve Intepeler, 2017; Serger, 2017; Teleş, 2011) bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde en yüksek ortalamaların “*Ekip çalışması iklimi*” boyutunda meydana geldiği, bununla birlikte farklı boyut ortalamalarının en yüksek olarak bulunduğu (Stres algısı boyutunda, Yılmaz vd. (2017), Seçer (2019), (Kaya vd., 2010); iş doyumu boyutunda, Özcan (2018)) çalışmalara da rastlamak mümkündür. Aynı şekilde, yapılan birçok araştırmada (Alayed vd., 2014; Chaboyer vd., 2013; De Carvalho ve Cassiani, 2012; Kaya vd., 2010; Profit vd., 2012) bu çalışmada olduğu gibi, “*Yönetim ilişkisi algıları*” boyutunun en düşük ortalamaya sahip olduğu çalışmaların bulunduğu görülmektedir.

GTÖ ifadeleri açısından bakıldığında bu çalışmada en yüksek ortalamaya sahip 3 ifadenin “*İş yükü aşırı arttığı zaman performansım düşer*” (Kaya vd. (2010), Seçer (2019), Özcan (2018) ilgili boyutta en yüksek ortalama), “*Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır*” (Sexton vd. (2006a), Gabrani vd. (2015), Zimmermann vd. (2013)), ve “*Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm*” (Gabrani vd. (2015)) ifadelerinin olduğu görülmüştür. Bu anlamda ilgili ifadelerin birçok çalışmada yüksek ortalamaya sahip ifadeler arasında bulunması yönüyle bu çalışmada elde edilen sonuçları destekler mahiyette bulgular olduğu görülmektedir.

Ölçekte en düşük ortalamaya sahip 3 ifadenin ise, “*Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz*” (Gabrani vd., 2015; Zimmermann vd., 2013), “*Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım*” (Kaya vd., 2010) ve “*Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim*” ifadelerinin olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında, konu kapsamında yapılan birçok çalışmada araştırma sonuçlarına benzer şekilde bulgular bulunması yönüyle, çalışmada elde edilen sonuçlar tarafından desteklendiği görülmektedir.

Çalışma kapsamında GTÖ alt boyutlarına ilişkin elde edilen bulgular boyutlar çerçevesinde literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

5.2.1. Ekip Çalışması İklimi

Ekip çalışması iklimi boyutu ifadeleri ele alındığında, “*Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır*” ifadesinin (\bar{x} :3,95) çalışmada ikinci en yüksek ortalamaya sahip ifade olduğu, “*Bu servisteki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre)*” ifadesinin (\bar{x} :3,64) ise boyutta en düşük ortalamaya sahip olan ifade olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamında katılımcılar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 40 yaş altı sağlık çalışanlarının 41 yaş ve üzeri çalışanlara göre olumsuz bir ekip çalışması tutum ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Araştırmalar genel anlamda, sağlık çalışanlarından yaşı daha küçük olanların daha olumsuz ekip çalışması tutumuna sahip olduğunu göstermektedir. Seçer (2019), 25 yaş ve altı çalışanların, 45 yaş ve üstü çalışanlara göre; Teleş (2011) ve Aydemir (2015), 30 yaş ve altı çalışanların diğer yaş gruplarına göre; Özcan (2018), 29 yaş ve altı çalışanların daha büyük yaş gruplarına göre; Raftopoulos vd. (2011), 35 yaşından küçük olan çalışanların daha büyük yaşta bulunan sağlık çalışanlarına göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğunu ifade etmektedir. Yılmaz vd. (2017) tarafından yapılan çalışmada ise, 31-35 yaş grubu çalışanların, 41 yaş ve üzeri çalışanlara göre daha olumsuz ekip çalışması tutumuna sahip olduğu belirtilmektedir. Çalışma bulgularının bu anlamda literatür sonuçları ile örtüştüğü, ekip çalışması ikliminin daha ileri yaşlarda bulunan sağlık çalışanlarında daha olumlu olarak algılandığı görülmektedir.

Katılımcılar mesleki tecrübe düzeylerine göre değerlendirildiğinde, 6-10 yıl arası tecrübeye sahip çalışanların diğer mesleki tecrübe düzeylerine sahip gruplara göre olumsuz ekip çalışması tutum ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların %62,32’si 11 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip çalışanlardan ve %13,70’i 0-5 yıl meslek tecrübesine sahip çalışanlardan oluşmaktadır. Çalışma kapsamında 6-10 yıl tecrübeye sahip çalışanların her iki gruptandan da anlamlı şekilde daha düşük bir ekip çalışması iklimi tutumuna sahip olduğu görülmüştür. Teleş (2011) çalışmasında, 0-5 yıl mesleki tecrübeye sahip olan çalışanların, daha fazla mesleki tecrübeye sahip olan sağlık çalışanlarından daha olumsuz bir ekip çalışması kültürüne sahip olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir başka çalışmada, mesleki tecrübesi daha az olan çalışanların, daha fazla mesleki tecrübeye sahip olan sağlık çalışanlarından daha

olumsuz bir tutum sahibi olduğu ifade edilmektedir (Raftopoulos vd., 2011). Buna karşın Aydemir (2015)'in hemşirelerin güvenlik tutumlarını değerlendirdiği çalışmasında, daha düşük mesleki tecrübeye sahip (0-5 yıl) olan çalışanların diğer katılımcılardan daha olumlu bir ekip çalışması tutumu içinde bulunduğunu belirtmektedir. Araştırmada katılımcılar görev yaptıkları bölümdeki tecrübe düzeylerine göre değerlendirildiğinde de mesleki tecrübe durumlarına göre gösterdikleri tutuma benzer şekilde 0-5 yıl arası mesleki tecrübeye sahip olan sağlık çalışanlarının 6 yıl ve daha fazla mesleki tecrübeye sahip olanlara göre daha olumsuz ekip çalışması tutum ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamında elde edilen bulgularla literatürden elde edilen sonuçların birbirini desteklediği görülmektedir.

Katılımcılar mesleklerine göre değerlendirildiğinde, hekimlerin diğer katılımcılara göre anlamlı bir şekilde daha olumlu bir ekip çalışması iklimi tutumuna sahip bulunduğu görülmüştür. Literatür incelemesinde, birçok meslek grubunun farklı şekillerde çalışmalara dahil edildiği görülmektedir. Değerlendirilen birçok çalışma, hekimlerin hemşirelerden (Chaboyer vd., 2013; Gabrani vd., 2015; Özcan, 2018; Poley vd., 2011); hekimlerin, hemşirelerden ve diğer sağlık personelinden (Profit vd., 2012; Teleş, 2011; Yılmaz vd., 2017) daha olumlu bir takım çalışması iklimi tutumuna sahip olduğunu göstermektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, hekimlerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bir ekip çalışması algısına sahip olduğu, sağlık çalışanlarının hastane ya da görev yapılan birimdeki tecrübeleri ve mesleki kıdemleri arttıkça ekip çalışmasına daha olumlu yaklaştıkları sonucuna ulaşılmaktadır (Önler, 2010). Hekimlerin diğer katılımcılara oranla hastanelerde yönetici kadrolarında daha fazla görev almasının ekip çalışması ikliminde daha fazla olumlu bir tutum sergilemesinde etkili olabilceği düşünülebilir. Araştırmada katılımcıların %78,74'ü, 31 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Çalışanların yaş ortalaması 37,66 ve mesleki tecrübe ortalaması 14,58 yıl olarak tespit edilmiştir. Genel anlamda çalışanların yaşı ve mesleki tecrübeleri açısından değerlendirildiğinde, literatürde belirtildiği gibi daha genç yaşta bulunan sağlık çalışanlarının daha olumsuz bir tutum içinde bulunduğu ifade edilebilir.

Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, çalışanların yaş ortalamasının büyük olması ve dolayısıyla kazandıkları mesleki tecrübe ile birlikte değerlendirildiğinde, katılımcıların bu

çalışmada ekip çalışmasına daha olumlu yaklaştıkları ifade edilebilir. Boyut ortalamasının çalışmada en yüksek ortalamaya sahip olan boyut olduğu ve boyut ifadelerinin ortalamaları dikkate alındığında, katılımcıların iyi seviyede ekip çalışması iklimi içerisinde görev yaptığı, ancak fikir ayrılıklarının çözümü noktasında daha dikkatli olunması gerektiği ve hasta odaklı karar alma konusunda daha fazla titizlik gösterilmesi gerektiği sonucuna ulaşılabilir.

5.2.2. Güvenlik İklimi

Güvenlik iklimi boyutu ifadeleri ele alındığında, “*Bu servisteki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum*” ifadesinin (\bar{x} :3,55) boyutta en yüksek ortalamaya, “*Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım*” ifadesinin (\bar{x} :2,86) ise ölçek kapsamında en düşük ortalamaya sahip olan ifade olduğu görülmektedir.

Katılımcılar cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde, kadın katılımcıların erkek sağlık çalışanlarına göre daha olumsuz bir güvenlik tutumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan literatür çalışmasında, kadın çalışanların güvenlik tutumlarının erkek çalışanlara göre daha olumsuz olduğunu ortaya koyan çalışmalara rastlamak mümkündür (Aydemir, 2015; Balık, 2014; Özcan, 2018; Yılmaz vd., 2017). Güvenlik iklimi ve ekip çalışması iklimi boyutlarının bir boyut olarak ele alındığı bir başka çalışmada da, kadın çalışanların erkeklere göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu ifade edilmiştir (Sergir, 2017). Bununla birlikte, erkek çalışanların kadınlara göre daha olumsuz güvenlik tutumu sergilediklerini belirten çalışmalar da mevcuttur (Çevik, 2018). Bu çalışmanın yapıldığı hastanenin bir kadın doğum hastanesi olması ve sağlık sektörünün kendine has özelliği nedeniyle katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%72,26) kadın çalışanlardan oluşmaktadır. Çalışmada elde edilen bulgulara göre, kadın çalışanların iş doyumlarının erkeklere göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu, stresin kabulü anlamında ise her ne kadar anlamlı bir fark oluşmasa da kadın çalışanların ortalamasının da yine erkeklere göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Yaş ortalamaları bakımından kadınların erkeklere göre kısmen daha genç bir yaş ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. GTÖ araştırmalarına bakıldığında, kadınların, hemşirelerin ve yaşı daha küçük olan çalışanların çalışma koşulları tutumlarının olumsuz olduğu görülmektedir (Özcan, 2018). Araştırmada kadın çalışanların güvenlik tutumlarının daha olumsuz olması bu çerçevede değerlendirilebilir.

Katılımcılar öğretim düzeylerine göre değerlendirildiğinde, lisans mezunlarının, lise, önlisans, yüksek lisans ve doktora mezunu çalışanlardan daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu görülmüştür. Özcan (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, lisans mezunlarının hem ilköğretim hem de lise mezunlarından, bir başka çalışmada ise, lisans mezunu hemşirelerin, meslek lisesi, önlisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerden daha olumsuz bir güvenlik iklimi algısına sahip olduğu ifade edilmektedir (Çevik, 2018). Elde edilen bulgular, öğretim düzeylerine göre sağlık çalışanlarının güvenlik iklimi tutumlarının farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır ve bu anlamda çalışma sonuçları literatür tarafından desteklenmektedir. Ancak konu ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında öğretim düzeyinin yüksek ya da düşük olmasının çalışanların güvenlik iklimi tutumu ile doğrudan ilişkilendirilmesinin mümkün olamayacağı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda yüksek lisans mezunu hemşirelerin daha düşük eğitim seviyesine sahip katılımcılardan daha olumsuz bir güvenlik iklimi tutumu olabileceğine de işaret etmektedir (Aydemir, 2015). Bu kapsamda, literatürde öğretim düzeyi ile güvenliği tutumu arasında anlamlı fark bulunmadığını ortaya koyan çalışmalara da rastlamak mümkündür (Aydın, 2010; Balık, 2014).

Katılımcılar mesleklerine göre değerlendirildiğinde, hekimlerin diğer katılımcılara göre daha olumlu bir tutuma sahip bulunduğu görülmüştür. Yapılan birçok çalışma hekimlerin hemşirelerden (Chaboyer vd., 2013; Gabrani vd., 2015; Poley vd., 2011) ve diğer sağlık çalışanlarından daha olumlu bir güvenlik tutumuna sahip olduğunu göstermektedir (Profit vd., 2012; Yılmaz vd., 2017). Geleneksel hekimler hiyerarşisi, çoğu zaman hemşirelerin hekimlerle iletişim kurmasını engelleyebilmektedir. Hemşireler, hekimlere göre, hastaların tıbbi durumları ile ilgili olarak daha az eğitim aldıklarından hasta bakımı konusunda hekimlerle karşı karşıya gelmekte tereddüt yaşayabilmektedir. Çalışmalar, hemşirelerin çalışma koşulları, iş doyumu ve güvenlik iklimi boyutlarında düşük ortalamalara sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Gabrani vd., 2015; Van Noord vd., 2010).

Katılımcılar görev yaptıkları bölümdeki tecrübe düzeylerine göre değerlendirildiğinde, 0-5 yıl mesleki tecrübeye sahip olan sağlık çalışanlarının 6 yıl ve daha fazla mesleki tecrübeye sahip olanlara göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu görülmüştür. Seçer (2019) bir çalışmasında, görev yaptıkları hastanede hizmet süresi 15 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanlarının, çalışma süresi 1-5 yıl olan çalışanlara göre daha olumlu bir tutum içerisinde olduğunu ifade etmektedir. Bir başka çalışmada ise, hizmet verdikleri hastane

ve doğum biriminde daha fazla süre görev yapan ebelerin, daha az tecrübeli olan ebelere göre daha olumlu bir güvenlik tutumu içerisinde olduğu görülmektedir (Raftopoulos vd., 2011). Mesleki tecrübe düzeylerinde olduğu gibi, çalışanların görev yaptıkları bölümde ya da hastane de çalışma süreleri arttıkça güvenlik tutumları ortalamasının arttığı ifade edilebilir. Acil serviste çalışan hemşirelerin güvenlik iklimi tutumlarını değerlendiren bir çalışmaya göre, 6 yıl ve daha fazla acil servis tecrübesi bulunan hemşirelerin daha olumlu bir güvenlik tutumuna sahip olduğu ifade edilmektedir (Aydemir, 2015).

Katılımcıların istenmeyen bir olaya dahil olup olmama durumlarına göre, son 12 ay içinde istenmeyen bir olaya dahil olduğunu ifade eden sağlık çalışanlarının, herhangi bir olaya dahil olmadığını belirten çalışanlara göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamında katılımcıların çalışmaları esnasında herhangi bir istenmeyen olaya tanık ve dahil olma durumları değerlendirilmiştir. Katılımcıların vermiş oldukları cevaplara göre, herhangi bir istenmeyen olaya tanık olanların bu olayları bildirmeye daha fazla yatkın olduğu, ancak bu tip olaylara dahil olan çalışanların böyle bir yatkınlıklarının olmadığı görülmektedir. Uğrak (2019) doktora çalışmasında, hekimlerin tıbbi hata ve malpraktise yönelik bizzat yaşadığı hususların, malpraktis korku seviyelerinin yüksek olmasında etkili olmuş olabileceği ifade edilmiştir. Ancak, hekimlerin istenmeyen OB durumlarının araştırıldığı bir başka çalışmada, hekimlerin malpraktis davalarında sanık ya da tanık olmalarının OB durumlarında bir farklılık oluşturmadığı ifade edilmektedir (Kaldjian vd., 2008). Bütün bu hususlar dikkate alındığında katılımcıların dahil oldukları istenmeyen olayları bildirmekten çekindikleri söylenebilir. Yapılan bir diğer çalışmada, hemşirelerin %20,8'inin ilaç hatası yaptığını ve %60,1'inin bir ilaç hatasına tanık olduğunu ifade ettikleri, ancak hemşirelerin yalnızca %25,1'inin bu olayları bildirdikleri belirtilmektedir (Yılmaz, 2009). Güvenlik iklimi boyutu açısından, çalışanlar tarafından *"Bu servisin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır"* ifadesine (\bar{x} :3,25) ve *"Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissedirdim"* (\bar{x} :3,30) ifadesine verilmiş olan cevap ortalamalarının boyut ortalamasının (\bar{x} :3,31) altında olduğu, katılımcıların bu anlamda dahil oldukları istenmeyen olaylardan dolayı daha olumsuz bir güvenlik tutumu içinde oldukları söylenebilir.

Çalışma kapsamında sağlık çalışanlarının GTÖ güvenlik iklimi boyutuna vermiş olduğu cevaplara dikkat edildiğinde, katılımcıların OBTÖ *"Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği"* boyutu ortalamasının oldukça olumlu olduğu (\bar{x} :1,72) ve çalışanların hasta

güvenliği konusunda meydana gelen olaylarla ilgili ne yapılacağına ilişkin prosedürlerin anlaşılır olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, çalışma kapsamında çalışanların OB engelleri algısı konusunda yöneltilen sorulara vermiş olduğu cevaplara bakıldığında, olay bildirimünün faydası konusunda kendilerine geri bildirim yapılmadığını düşündüğünü ifade eden katılımcıların ortalamasının da yüksek olduğu (\bar{x} :3,18) ve katılımcıların düşük bir oranda (%48,30) olay bildirimini eğitimi aldıkları görülmektedir. Hasta güvenliği ve OB eğitimleri kapsamında verilecek eğitimlerle sağlık çalışanlarının hem OB kanallarının farkındalığının artırılması hem de bildirim yapılan olayların analizi sonucu elde edilen bilgilerin çalışanlara aktararak sağlık çalışanlarının performansları hakkında geri bildirim yapılması sağlanmalıdır.

5.2.3. İş Doyumu

Katılımcıların iş doyumunu boyutunda en yüksek ortalamaya "*İşimi severim*" ifadesinde (\bar{x} :3,84), en düşük ortalamaya ise "*Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum*" ifadesinde (\bar{x} :3,19) ulaştığı görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada "*İşimi severim*" ifadesinin GTÖ anketi uygulamaları genelinde en yüksek ortalamaya sahip olan ifade olduğu belirlenmiştir (Sexton vd., 2006a; Zimmermann vd., 2013).

Katılımcılar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 40 yaş altı bütün sağlık çalışanlarının 41 yaş ve üzeri çalışanlara göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu görülmüştür. Hemşirelerin güvenlik tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, yaşı 40 ve daha küçük olan hemşirelerin, 41 ve daha büyük yaşta olanlara göre daha olumsuz bir iş doyumunu içerisinde oldukları ifade edilmektedir (Çevik, 2018). Benzer şekilde, yaşı 35 ve daha küçük olan hekim ve ebelerin, yaşça daha büyük olan çalışanlara göre (Seçer, 2019); yaşı 29 ve daha küçük yaş grubunda bulunan çalışanların, yaşça daha büyük olanlara göre (Özcan, 2018) ve yaşı 31-35 arası olan çalışanların 41 yaş ve üzeri çalışanlara göre daha olumsuz bir iş doyumunu tutumuna sahip olduğu belirlenmiştir (Yılmaz vd., 2017). Çalışma koşullarının değerlendirilmesinde de görüleceği üzere, daha genç yaşta bulunan çalışanların çalışma koşullarına ilişkin tutumları da olumsuzdur. Genel olarak, yaşça daha büyük olan çalışanların daha yüksek bir iş doyumunu içinde bulunduğu ve iş deneyimlerindeki olumlu unsurların daha fazla olduğu ifade edilebilir.

Katılımcılar cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde, kadın katılımcıların erkek sağlık çalışanlarına göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan literatür çalışmasında, kadın sağlık çalışanlarının iş doyumlarının erkeklere göre daha olumsuz olduğu ifade edilmektedir (Balık, 2014; Özcan, 2018; Yılmaz vd., 2017). Bununla birlikte, kadın çalışanların erkeklere göre daha olumlu iş doyumlarının bulunduğu belirtilen çalışmalar da bulunmaktadır (Çevik, 2018). Sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olaylar konusunda kadın hekimlerin algı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Top vd., 2008; Uğrak, 2019). Yapılan bir başka çalışma, kadın çalışanların stres oluşturan faktörlerden erkeklere göre daha fazla etkilendiklerini ve kadınların çalışma koşullarının daha kötü olduğunu düşündüklerini ortaya koymaktadır (Yılmaz vd., 2017). Bu çerçevede kadın çalışanların, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olaylardan ve görev yapılan stres yoğunluklu çalışma ortamlarından daha fazla etkilenmiş olabilecekleri ifade edilebilir. Araştırmada katılımcıların %80,14'ü (n=234) kadınlardan oluşmakta, bu oranın %77,36'sı (n=181) ise hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinden oluşmaktadır. Hekimlerin hastanelerde daha çok yönetici, başhekim, klinik şefi vs. olarak görev yapması ve toplumda edindikleri sosyal statü, hekimlerin diğer meslek gruplarına göre daha iyi bir ücret alması, çalışmada kadın çalışanların iş doyumunu boyutunda daha olumsuz bir tutum sergilemesine neden olabileceği düşünülebilir.

Katılımcılar öğretim düzeylerine göre değerlendirildiğinde, lisans mezunlarının, lise, önlisans, yüksek lisans ve doktora mezunu çalışanlardan daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularına benzer şekilde, yapılan bir çalışmada, lisans mezunlarının ilköğretim mezunlarından (Özcan, 2018), bir başka çalışmada ise lisans mezunu hemşirelerin meslek lisesi ve önlisans mezunu hemşirelerden daha olumsuz bir iş doyumunu tutumuna sahip olduğu ifade edilmektedir (Çevik, 2018). Bir diğer çalışmada, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin iş doyumlarının, diğer bütün öğretim düzeyindeki (önlisans, lisans, yüksek lisans) katılımcılardan daha olumlu olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmada elde edilen bulguların literatür bilgisi ile desteklendiği görülmektedir. Hem araştırma bulguları hem de literatürde ulaşılabilen çalışmalar çerçevesinde, katılımcıların öğretim durumlarına göre belirli bir iş doyumunu düzeyinin bulunduğunu söylemek olası değildir.

Katılımcılar mesleklerine göre değerlendirildiğinde, hekimlerin diğer katılımcılardan daha olumlu; diğer sağlık personelinin ise hemşire ve ebelerden daha olumlu bir tutuma sahip

olduğu görülmüştür. Gabrani vd. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, hekimlerin hemşirelere göre anlamlı bir şekilde daha olumlu bir iş doyumuna sahip olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada, hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha olumsuz bir iş doyumuna sahip olduğu ifade edilmiştir (Chaboyer vd., 2013; Özcan, 2018; Yılmaz vd., 2017). Araştırma sonucunda elde edilen bulguların literatür bilgisi ile desteklendiği söylenebilir. Bir çalışmada, hemşirelerin çalışma koşulları, güvenlik iklimi ve iş doyumunu boyutlarında sürekli düşük puanlar gösterdiği ifade edilmektedir. İş doyumları açısından, ABD'deki hemşirelerin %41'inin çalışmalarından memnun olmadığını, İngiltere'de ise hemşirelerin %38,9'unun mesleğini bırakmayı amaçladığını ifade ettikleri belirtilmektedir. Genel olarak, maaş, profesyonel olarak ilerleme ve özerklik, hemşirelik mesleğinin iş memnuniyetini etkileyen faktörlerden bazıları olduğu belirtilmektedir (Gabrani vd., 2015). Bir memnuniyet anketi çalışmasında sağlık çalışanlarının %82'sinin işini sevdiğini ifade ettiği, ancak %53 oranında bir katılımcının aldığı ücretten memnun olmadığını beyan ettiği belirtilmektedir (Altınöz vd., 2009). Arnavutlukta yapılan bir araştırmaya göre de, hemşirelerin terfi olanaklarından ve iş arkadaşlıklarından daha az memnun olduklarını ortaya koymaktadır (Gabrani vd., 2013). Hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarının hekimlere göre daha az ücret alması ve hekimlerin toplumdaki statüsünün, hekimlerin iş doyumlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olmasında açıklayıcı bir unsur olabileceği değerlendirilmektedir.

Katılımcılar çalışma (vardiya) şekillerine göre değerlendirildiğinde, sadece gündüz mesai yaptığını ifade eden çalışanların gündüz ve gece dönüşümlü şekilde mesai yaptığını söyleyen katılımcılara göre daha olumlu bir tutum ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Bir çalışmada gece ve gündüz dönüşümlü çalışanların iş doyumlarının daha olumsuz olduğu belirtilmektedir (Aydemir, 2015; Özcan, 2018; Seçer, 2019). Sağlık çalışanının gündüz ve gece dönüşümlü olarak ya da sadece gece görev yapmasından dolayı başta uyku problemi olmak üzere, bu çalışma şeklinin meydana getirmiş olabileceği problemlerden ötürü hastane personelinin olumsuz iş doyumuna sahip olabileceği ifade edilmektedir (Özcan, 2018). Vardiya sayısının daha az olması bile çalışanların iş doyumunu ortalamasının daha yüksek olmasını sağlamaktadır (Bal, 2019). Vardiyalı çalışmanın sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam edebilmesi, birey ve toplum sağlığı açısından kaçınılmaz olduğu muhakkaktır. Ancak bu gerekliliklerinin yanı sıra, vardiyalı çalışmanın sağlık çalışanlarının üzerinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda olumsuz etkileri olduğu, hatta bu etkinin çalışan ve hasta güvenliğini tehlikeye atacak kadar olumsuz olabileceği de ortaya konulmaktadır (Bal, 2019; Bilazer vd., 2008).

Elde edilen bulgular ve literatür bilgisi çerçevesinde, sağlık çalışanlarının gece ve gündüz dönüşümlü görev yapmalarının iş doyumları üzerinde olumsuz etki yapmış olduğu söylenebilir.

Katılımcılar haftalık çalışma saatlerine göre değerlendirildiğinde, haftalık 40-50 saat arası mesai yapan sağlık çalışanlarının, haftalık 50 saatten fazla mesai yapan çalışanlara göre daha olumlu bir iş doyumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına benzer şekilde, yapılan çalışmalar kapsamında katılımcılardan daha az mesai yapan sağlık çalışanlarının daha fazla mesai yapanlara göre daha olumlu bir iş doyumunda bulunduğu ilişkin çalışmalara rastlamak mümkündür (Bal, 2019; Özcan, 2018).

Vardiyalı olarak ya da nöbet şeklinde çalışmanın, gündüz ve gece değişen saatlerde ve toplamda 12-16 saate varan sürelerle çalışmanın, hemşirelerin biyolojik ritimlerini, içsel fizyolojik saatini bozacağı, yorgun ve uykusuz bir hemşirenin çalışmasının hasta bakımını ve güvenliğini de etkileyeceği ifade edilmektedir. Uzun süre uykusuz kalmanın dikkat seviyesi üzerinde olumsuz etkisi vardır. Uyku süresinin ya da sürecinde meydana gelebilecek bozulmalar, bilişsel süreçlerde azalmaya ve tepki süresinin artmasına neden olacaktır. Gece süresince devam edecek olan uykusuzluk hali ile dikkat azalması ve bilişsel işlevlerdeki performansın düşmesi arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır (Bilazer vd., 2008; Leproult vd., 2003). Hata riskini belirleyen en önemli değişkenin çalışma süresinin uzunluğu olduğu, hata yapma riskinin, gün içinde çalışılan saat kadar ya da hafta içinde fazladan çalışma saati kadar arttığı ve 12,5 saatlik bir vardiyada çalışan hemşirelerin hata yapma riskinin, 8,5 saat süre ile çalışan hemşirelere göre 3 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Bilazer vd., 2008). Yapılan bir başka çalışmaya göre de, fazla çalışma saatlerinin hemşirelerde hata oranını etkilediği, özellikle günlük 12 saatten fazla çalışan hemşirelerde hata yapma riskinin daha fazla olduğu ifade edilmektedir. (Balık, 2014; Rogers vd., 2004).

Katılımcılar mesleki tecrübe düzeylerine göre değerlendirildiğinde, 6-10 yıl arası tecrübeye sahip çalışanların diğer mesleki tecrübe düzeylerine sahip gruplara göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Bir çalışmada, mesleki tecrübe süresi 13-72 ay olan çalışanların iş doyumlarının daha olumsuz olduğu belirtilmektedir (Özcan, 2018). Diğer bir çalışmada, görev yaptıkları hastanede 1-5 yıl tecrübeye sahip olan sağlık

çalışanlarının, 10-15 yıl tecrübeye sahip olanlara göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu ifade edilmektedir (Raftopoulos vd., 2011). Yapılan literatür çalışmasında sağlık çalışanlarının, 10 yıldan daha fazla mesleki tecrübeye sahip olan katılımcıların daha az süre meslek tecrübesine sahip olanlara göre daha olumsuz güvenlik tutumu sergiledikleri ifade edilmektedir (Yılmaz vd., 2017). Katılımcılar görev yaptıkları bölümdeki tecrübe düzeylerine göre değerlendirildiğinde, 0-5 yıl mesleki tecrübeye sahip olan sağlık çalışanlarının 6 yıl ve daha fazla mesleki tecrübeye sahip olanlara göre daha olumsuz bir tutum ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmaya göre son çalıştıkları hastanede görev yapan hekim ve ebelerden görev süresi daha fazla olanların iş doyumlarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Seçer, 2019). Buna karşın 1 yıl ve daha az mesleki ve bölüm (acil servis) tecrübesi bulunan hemşirelerin daha olumlu iş doyumuna sahip olduğunu ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Aydemir, 2015). Sağlık çalışanlarının mesleki tecrübeleri ve görev yapılan bölümdeki tecrübeleri açısından, daha fazla tecrübeye sahip katılımcıların genellikle daha olumlu iş doyumuna sahip olduğu görülmekte ve elde edilen araştıma bulguları tarafından desteklenmektedir.

Katılımcılar görev yaptıkları bölümlere göre değerlendirildiğinde, diğer sağlık hizmetleri olarak gruplandırılan alanlarda (Acil tıp hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, radyolojik görüntüleme, ve poliklinikler) görev yapan sağlık çalışanlarının iş doyumunu boyutunda, doğum öncesi ve doğum sonrası hizmetlerde görev yapan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bir tutum ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırma yapılan hastanenin bir dal hastanesi olması (kadın hastalıkları ve doğum) nedeniyle literatürde benzer bulgular içeren çalışmaya ulaşılamamıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, doğum öncesi ve doğum sonrası hizmetlerdeki mesai yoğunluğunun diğer sağlık hizmetleri kapsamındaki bölümlere göre daha fazla olduğu göz önüne alındığında, bu durumun sağlık çalışanlarının güvenlik tutumlarını olumsuz yönde etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

GTÖ iş doyumunu boyutu genel olarak değerlendirildiğinde, çalışanlardan yaşça büyük, mesleki ve bölüm tecrübeleri fazla, erkek, hekim, haftalık 50 saatten az çalışan, sadece gündüz mesai yapan sağlık çalışanlarının, iş doyumunu tutumlarının daha olumlu olduğu söylenebilir.

5.2.4. Stresin Kabulü

Katılımcıların stresin kabulü boyutunda en yüksek ortalamaya “*İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer*” ifadesinde (\bar{x} :3,97) ulaşmıştır. Bu ifadenin çalışmanın bütününde de en yüksek ortalamaya sahip olan ifade olduğu görülmektedir. Katılımcılar boyutta en düşük ortalamaya ise “*Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar*” ifadesinde (\bar{x} :3,37) ulaştığı görülmektedir.

Katılımcılar öğretim düzeylerine göre değerlendirildiğinde, önlisans mezunlarının, lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu görülmüştür. Literatür araştırmasında, sağlık çalışanlarının öğretim düzeylerine göre farklı tutumlar geliştirdiği tespit edilmiştir. Özcan (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, üniversite mezunu sağlık çalışanlarının ilköğretim mezunlarından daha olumsuz, lise mezunlarından ise daha olumlu bir stresin kabulü algısına sahip olduğu ortaya konulmuştur. Cerrahi hemşirelerin güvenlik tutumlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada, öğretim düzeyi yüksek olan katılımcıların olumsuz bir tutuma sahip olduğu ifade edilmektedir (Durmaz, 2016). Amerika’da yapılan bir çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan hemşirelerin sayıca fazla olduğu hastanelerde, daha az düşme ve mortalite oranına sahip olduğu ifade edilmektedir. Lisans ve daha yüksek düzeyde eğitim almış hemşire sayısının fazla olduğu hastanelerde ise, ameliyat sonrası komplikasyonların ve hasta ölümlerinin daha az olduğu vurgulanmaktadır. (Aiken vd., 2002; Durmaz, 2016). Çalışma kapsamında elde edilen bulgulara göre, daha eğitilmiş olan çalışanların stresin kabulü ortalamasının daha olumlu olduğu görülmekte ve bu açıdan çalışma sonuçlarının literatür bulgularınca desteklendiği görülmektedir.

Katılımcılar mesleklerine göre değerlendirildiğinde, diğer sağlık personelinin diğer tüm katılımcı meslek gruplarına göre anlamlı şekilde daha olumlu bir tutum ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte çalışma kapsamında hekimlerin de, hemşire ve ebelerden daha olumlu bir stresin kabulü ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Yapılan literatür araştırmasında, hekimlerin hemşirelerden (Chaboyer vd., 2013) ve diğer sağlık çalışanlarından daha olumlu bir stresin kabulü ortalamasına sahip olduğu ifade edilen çalışmalara rastlamak mümkündür (Özcan, 2018; Poley vd., 2011). Diğer taraftan Gabrani vd. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, hekimlerin hemşirelerden daha olumsuz stresin kabulüne sahip olduğu ve hekimlerin stresin ve yorgun olmanın iş

yükünü ihmal edecek şekilde performansları üzerinde etkisi olmadığını belirttikleri; Yılmaz vd. (2017) ise, hekimlerin stresli çalışma ortamından daha fazla etkilendiklerini ifade etmektedir. Gabrani, bir başka çalışmasında, uzman hekimlerin %18'inin ve pratisyen hekimlerin %23'ünün, iş yükü aşırı olduğunda hemşirelerin %37'sine kıyasla performanslarının düştüğünü; hemşirelerin %47'si ve klinisyenlerin %43'ünün gergin durumlarda hata yapmaya eğilimli olduklarını ifade ettikleri belirtilmektedir (Gabrani vd., 2016).

Katılımcılar mesleki tecrübe düzeylerine göre değerlendirildiğinde, 6-10 yıl arası tecrübeye sahip çalışanların, 11 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip olan çalışanlardan göre anlamlı bir şekilde daha olumlu bir tutum ortamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Yılmaz vd. (2017) tarafından yapılan çalışmada, 4 yıl ve daha az meslek tecrübesine sahip çalışanların stresli çalışma ortamından daha fazla etkilendiği belirtilmektedir. Bununla birlikte bir çalışmada, 0-6 yıl mesleki tecrübeye sahip olan çalışanların, 6 yıldan fazla mesleki tecrübeye sahip olan çalışanlara göre daha olumsuz bir stresin kabulü tutumuna sahip olduğu ifade edilirken (Özcan, 2018); bir başka çalışmada, 0-3 yıl tecrübeye sahip olan çalışanların, 16 yıl ve daha fazla mesleki tecrübeye sahip olanlara göre daha olumsuz bir stresin kabulü tutumuna sahip olduğu ifade edilmektedir (Serger, 2017). Bu çalışmalar, sağlık çalışanlarının mesleki tecrübelerine göre farklı stresin kabulü tutumu geliştirdiklerini ortaya koymaktadır.

Stresin kabulü boyutu genel olarak değerlendirildiğinde, eğitim seviyesi yüksek olanların nispeten daha olumlu, diğer sağlık personelinin tüm katılımcılardan, hekimlerin ise hemşire ve ebelerden daha olumlu, mesleki tecrübesi daha az olanların daha olumlu stresin kabulü ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

5.2.5. Yönetime İlişkin Algılar

Çalışmada en düşük ortalamaya sahip olduğu tespit edilen yönetime ilişkin algılar boyutunda, *"Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir."* ifadesinin en yüksek ortalamaya (\bar{x} :3,31), *"Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz."* (\bar{x} :2,58) ifadesinin ise GTÖ ölçeği genelinde düşük ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 40 yaş ve altı bütün sağlık çalışanlarının, 41 yaş ve üzeri katılımcılara göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada, 31-35 yaş grubu çalışanların 41 yaş ve üzeri çalışanlara göre (Yılmaz vd., 2017); bir diğerinde 29 ve daha küçük yaşta olanların kendilerinden daha büyük yaşta olan çalışanlara göre (Özcan, 2018), bir başka çalışmada ise 40 ve daha küçük yaşta olan çalışanların (Çevik, 2018), kendilerinden daha büyük yaşta olan çalışanlara göre daha olumsuz bir yönetim algısına sahip olduğu ifade edilmektedir.

Katılımcılar öğretim düzeylerine göre değerlendirildiğinde, doktora mezunu çalışanların hem lisans hem de yüksek lisans mezunu katılımcılardan daha olumsuz tutum ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmaya göre, lisans mezunu sağlık çalışanlarının ilköğretim mezunu olan çalışanlardan (Özcan, 2018), bir başka çalışmaya göre ise, yüksek lisans mezunu hemşirelerin daha düşük eğitim seviyesine sahip katılımcılardan daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu ifade edilmektedir (Aydemir, 2015).

Katılımcılar mesleklerine göre değerlendirildiğinde, hekimlerin diğer meslek grubu katılımcılardan daha olumsuz bir yönetim algısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada benzer şekilde hekimlerin hemşirelere (Chaboyer vd., 2013) ve diğer sağlık personeline göre daha olumsuz bir tutum ortalamasına sahip olduğu ifade edilmektedir (Özcan, 2018). Diğer taraftan, hekimlerin hem hemşireler (Gabrani vd., 2015) hem de diğer sağlık personelinden daha olumlu bir yönetime ilişkin tutum ortalamasına sahip olduğu çalışmalara rastlamak mümkündür (Yılmaz vd., 2017).

Katılımcılar mesleki tecrübe düzeylerine göre değerlendirildiğinde, 6-10 yıl arası tecrübeye sahip çalışanların, 21 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip olan çalışanlardan göre daha olumlu bir tutum ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar görev yaptıkları bölümdeki tecrübe düzeylerine göre değerlendirildiğinde ise, 0-5 yıl mesleki tecrübeye sahip olan sağlık çalışanlarının, 6 yıl ve daha fazla meslek tecrübesine sahip olanlara göre daha olumlu bir tutum ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Yapılan literatür çalışmasında sağlık çalışanlarından, 10 yıldan daha fazla mesleki tecrübeye sahip olanların daha az süre meslek tecrübesine sahip olanlara göre stresli ortamdan daha az etkilendiği (Yılmaz vd., 2017). Buna karşın, 1 yıl ve daha az mesleki tecrübeye

sahip hemşirelerin daha olumlu bir yönetim anlayışı algısına sahip olduğu belirtilmektedir (Aydemir, 2015).

Katılımcılardan OB eğitimi aldığını ifade eden çalışanların iş doyumu tutumlarının daha olumsuz, yönetime ilişkin algı tutumunun daha olumlu olduğu; son 12 ay içinde istenmeyen bir olaya dahil olduğunu ifade eden katılımcıların, daha olumlu bir yönetime ilişkin algılar boyutu tutum ortalamasına, buna karşın daha olumsuz güvenlik iklimi ve iş doyumu tutumu ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Aydemir (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, hasta güvenliği eğitimi almış olan hemşirelerin stresin kabulü ve çalışma koşulları boyutları hariç olmak üzere diğer bütün GTÖ boyutlarında daha olumlu bir güvenlik tutumuna sahip olduğu ifade edilmektedir.

Yönetime ilişkin algılar boyutu genel olarak değerlendirildiğinde, daha genç yaşta olan çalışanların, daha az mesleki tecrübe yılına sahip olanların, son 12 ay içinde olay bildirimini eğitimi aldığını ifade eden katılımcıların daha olumlu, hekimlerin nispeten diğer sağlık çalışanlarından daha olumsuz bir tutum içinde oluşu ifade edilebilir.

5.2.6. Çalışma Koşulları

Çalışma koşulları boyutunun ölçek genelinde ikinci en düşük ortalamaya sahip boyut olduğu belirlenmiştir. Boyut genelinde katılımcıların en yüksek ortalamaya “*Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim*” (\bar{x} :3,32) ve en düşük ortalamaya “*Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir*” (\bar{x} :2,96) ifadesinde ulaştığı tespit edilmiştir.

Katılımcılar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 40 yaş altı bütün sağlık çalışanlarının 41 yaş ve üzeri çalışanlara göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçlarına benzer şekilde, 40 yaş altı bütün sağlık çalışanlarının 41 yaş ve üzeri çalışanlara göre (Yılmaz vd., 2017), 29 ve daha küçük yaşta olan çalışanların, diğer yaş gruplarına göre (Özcan, 2018), 25 yaş ve altı çalışanların, 45 yaş ve üzeri katılımcılara göre (Seçer, 2019) ve daha büyük yaş gruplarına göre (Aydemir, 2015) daha olumsuz tutuma sahip olduğu görülmektedir.

Katılımcılar çalışma (vardiya) şekillerine göre değerlendirildiğinde, sadece gündüz mesai yaptığını ifade eden çalışanların, gündüz ve gece dönüşümlü şekilde mesai yaptığını söyleyen katılımcılara göre daha olumlu bir tutum ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Özcan (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, çalışma saatleri gündüz-gece olan sağlık çalışanlarının daha olumsuz bir çalışma koşulu algısına sahip olduğu ifade edilmektedir. Listyowardojo vd. (2017) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise, haftalık çalışma saati daha fazla olan personelin çalışma koşullarını daha olumsuz algılamasının ana bulgu olduğu ifade edilmiş, çalışma koşullarıyla ilgili konuların en yaygın endişelerden olduğu belirtilmiş, özellikle yüksek iş yükünün bu endişeye kaynaklık ettiği ve çalışmaya katılanların %91,45'inin haftada 40 saat veya daha fazla çalıştıklarını bildirdikleri vurgulanmıştır.

Katılımcılar mesleki tecrübe düzeylerine göre değerlendirildiğinde, 6-10 yıl arası tecrübeye sahip çalışanların diğer mesleki tecrübe düzeylerine sahip gruplara göre daha olumsuz bir tutum ortamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan literatür çalışmasında sağlık çalışanlarının, 10 yıldan daha fazla mesleki tecrübeye sahip olan katılımcıların daha az süre meslek tecrübesine sahip olanlara göre daha olumsuz güvenlik tutumu sergiledikleri ifade edilmektedir (Yılmaz vd., 2017). Bir başka çalışmada, ise 13 aydan daha fazla mesleki tecrübeye sahip olan çalışanların, daha az tecrübeye olan katılımcılara göre daha olumsuz bir çalışma koşulu algısına sahip olduğu ifade edilmektedir (Özcan, 2018).

Katılımcılar görev yaptıkları bölümdeki tecrübe düzeylerine göre değerlendirildiğinde, 0-5 yıl mesleki tecrübeye sahip olan sağlık çalışanlarının 11 yıl ve üzeri meslek tecrübesine sahip olan çalışanlara göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu görülmüştür. Serger (2017) tarafından yapılan bir çalışmaya göre, görev yaptıkları hastanede 2-3 yıl arası hizmet veren çalışanların, 4-6 yıl arası hizmet verenlere göre daha olumsuz bir tutum içersinde olduklarını ortaya koymaktadır. Buna karşın, acil serviste 1 yıl ve daha az mesleki tecrübeye sahip hemşirelerin, daha fazla bölüm tecrübesi olan katılımcılara göre daha olumlu bir çalışma koşulu algısına sahip olduğu ifade edilmektedir (Aydemir, 2015).

Çalışma koşulları boyutu genel olarak değerlendirildiğinde, yaşça daha genç olan katılımcıların daha olumsuz, sadece gündüz mesai yapanların ve mesleki tecrübe yıllarının daha az olanların daha olumlu bir tutum içinde buldukları ifade edilebilir.

Katılımcıların olay bildirim farkındalıkları genel olarak GTÖ bağlamında değerlendirildiğinde yapılan literatür çalışmasında, sağlık çalışanlarının güvenlik tutumları ile olay bildirim eğitimi alma ve istenmeyen bir olaya dahil olma durumlarının değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bununla birlikte, Türkiye’de hastaların kimliklendirilmesi ve hasta bilekliği kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %83,2’sinin yanlış bir hastaya uygulanan prosedürü bildireceklerini ifade ettikleri, ancak bazı katılımcıların yanlış yapılmış bir hasta kimliklendirmenin ciddi bir sorun olmadığını ve bunu bildirmeyeceklerini ifade ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca, hasta kimliklendirmesi konusunda hata yaptığını düşünen hemşirelerin hekimlere göre tutumlarının daha olumlu olduğu ifade edilmektedir (Cengiz vd., 2016).

Katılımcıların olay bildirim durumları, çalışanların güvenlik tutumları açısından değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarından meydana gelen istenmeyen olayları bildirdiklerini ifade edenlerin, ekip çalışması iklimi ve iş doyumu boyutlarında tutumlarının anlamlı şekilde daha olumsuz, yönetime ilişkin algılar boyutunda ise anlamlı şekilde daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Yapılan literatür çalışmasında, sağlık çalışanlarının OB durumları ile güvenlik tutumlarının değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak, hekimlerin OB bilgi ve uygulamalarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların sadece %53,8’inin hastanelerinin istenmeyen olaylara ve güvenlikle ilgili diğer sorunlara cevap veren bir organizasyon olduğunu düşündüğünü ve katılımcıların yarısından azının (%47,6) hastanelerinin istenmeyen olaylar ve güvenlikle ilgili diğer konularla ilgili fikir ve önerilerini kabul ettiğini düşündüğü belirtilmektedir (Alsafi vd., 2015). Çalışma sonuçları da gösterdiği gibi, sağlık çalışanları her ne kadar meydana gelen istenmeyen olayları bildirmiş olsalar da, hastanelerinin hasta güvenliği konularında eksikliklerinin bulunduğu şekilde bir algıya sahip oldukları görülmektedir.

5.3. OLAY BİLDİRİMİ YAPMA DURUMUNA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

Sağlık kurumlarında kaliteli sağlık hizmeti verilmesinin vazgeçilmez bir unsurunun istenmeyen olayların bildirilmesi olduğu halde, bu olayların çok az bir miktarının bildirilmesi sağlık kurumları için hala büyük bir problem olmaya devam etmekte; yapılan araştırmalar hala büyük bir oranda istenmeyen olayların bildirilmediğini ortaya koymaktadır (Kingston vd., 2004; Noble ve Pronovost, 2010).

Hasta güvenliği kültürünün ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerin çoğunda yerleşmiş olduğu ve etkin bir olay bildirim sistemi kullanılması nedeniyle sağlıklı sonuçlara ulaşılabildiği bilinmektedir. Türkiye’de ise hasta güvenliği kültürünün tam olarak yerleşmemiş olması, hastanelerde OBS’lerin etkin bir şekilde işletilememesi ve erişilebilir olmasında sorunlar bulunması (Keleş ve Aloğlu, 2019); bununla birlikte, çalışanların işten çıkarılma, cezalandırılma, ayıplanma veya tenkite uğrama gibi engel algılarına bağlı olarak görüşlerini tam olarak ifade edememiş olmaları gibi nedenlerle olayların gizlenmesi nedeniyle, çalışmalar retrospektif olarak yapılsa dahi sağlıklı sonuçlara ulaşılamayacağı ifade edilmektedir (Özata ve Altuncan, 2010; Türkmen vd., 2011)

Araştırmada katılımcıların olay bildirim durumları cinsiyetleri açısından değerlendirildiğinde, kadın çalışanların, erkeklere oranla anlamlı bir şekilde daha fazla olay bildiriminde bulunduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Yapılan literatür çalışması çalışma sonuçlarını destekler mahiyettedir (Poorolajal vd., 2015). Buna karşın, Bol (2012) tarafından yapılan yüksek lisans tezi sonuçlarına göre erkek hemşirelerin, kadın hemşirelere oranla hataların bildirilmesine engel olduğu düşünülen etkenlerden daha az etkilendiklerinin görüldüğü; yapılan bir diğer çalışmada ise cinsiyet açısından olay bildirim konusunda bir farklılık oluşmadığı belirtilmektedir (Uribe vd., 2002). Bununla birlikte, daha önce de ifade edildiği üzere Türkiye’de yapılan çalışmalar kadın hekimlerin erkek hekimlere göre daha yüksek bir tıbbi hata olgusuna sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Top vd., 2008; Uğrak, 2019). Dolayısıyla kadın çalışanların yüksek tıbbi hata algılarından hareketle daha fazla olay bildiriminde bulunabileceği söylenebilir.

Araştırma kapsamında istenmeyen olay bildirim durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların sadece %30,14’ünün son 12 ay içerisinde istenmeyen olay bildirim yaptıkları tespit edilmiştir. Katılımcılar meslekleri açısından değerlendirildiğinde, olay

bildirimi yaptıklarını ifade eden katılımcılarda en yüksek oran %29,40 ile ebelerde olurken, en düşük olay bildirim oranı %15,90 ile hekimlerde olmuştur. Katılımcıların OB etme durumlarında meslek açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Meydana gelen bu farklılığın hekimlerle diğer meslek grupları arasında meydana geldiği görülmektedir (Hekim-hemşire, $p=0,005$; hekim-ebe, $p=0,002$ ve hekim-diğer sağlık personeli, $p=0,009$). Buna göre hekimlerin diğer üç meslek grubundan da daha düşük olay bildirim durumuna sahip olduğu ifade edilebilir.

Yapılan literatür çalışmasında hastanelerde olay bildirim yapan meslek grupları açısından değerlendirildiğinde farklı meslek gruplarının öne çıktığı görülmektedir. Örneğin, hemşirelerin hekimlere göre daha fazla istenmeyen olay bildirim yaptıkları ya da hekimlerin olay bildirimini daha düşük ihtimal olduğunu ortaya koyan çalışmalara rastlamak mümkündür (AbuAlRub vd., 2015; Evans vd., 2006; Tricarico vd., 2017). Bir araştırma sonucuna göre, toplam 26 hastanede bildirim yapılan 92.547 olayın sadece %2'si kadar bir oranda olayın hekimler tarafından bildirildiği ifade edilmektedir (Milch vd., 2006). Bir başka çalışmada, son 12 ay içerisinde kaç tane istenmeyen olay bildirim yaptıkları sorulan sağlık çalışanlarının %33,1'i herhangi bir olay bildiriminde bulunmadıklarını belirtirken, olay bildirim yaptığını belirten meslek gruplarında ise hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının hekimlere göre daha fazla istenmeyen olay bildirim yaptıkları ifade edilmiştir (Willmott, 2018). Literatür araştırmasında her ne kadar hekimlerin diğer meslek gruplarına göre daha az olay bildirim yaptıklarını gösteren fazla sayıda çalışmaya rastlamak mümkünse de, Rashed ve Hamdan (2019) tarafından yapılan bir çalışma sonuçlarına göre hekimlerin hemşirelere göre 2,1 kat daha fazla olay bildirdikleri belirtilmektedir.

Buna göre, katılımcıların meydana gelen istenmeyen olaylara tanık olmaları bakımından olay bildirim durumlarında istatistiksel anlamlı fark vardır ($p<0,001$). İstenmeyen olaya tanık olan sağlık çalışanlarının, herhangi bir olaya tanık olmayanlara göre daha fazla olay bildirdikleri tespit edilmiştir. Buna karşın meydana gelen istenmeyen olaya dahil olma ile OB arasında istatistiksel herhangi anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun (bir çalışmaya göre hekimlerin %95'i, hemşirelerin %89'u) en az ciddi bir tıbbi hataya tanık oldukları ifade edilmektedir (Kohn vd., 1999; Weinberg, 2002). Türkiye'de yapılan bir yüksek lisans tez çalışmasında ele alınan sağlık çalışanlarının tıbbi hata tanıklık durumuna göre, ilaç uygulama hatasına tanıklık oranı %56,5, cerrahi işlem hatasına tanıklık oranı %25,5 ve hasta düşmelerine tanıklık oranı

%69,5 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada OB nedeniyle suçlanma endişesinin %89,5 oranında sağlık çalışanının istenmeyen olayı bildirmeme nedeni olduğu belirlenmiştir (Güven, 2014). Türkiye’de hemşirelerin ilaç hata bildirimleri ve olay bildirim engelleri konusunda yapılan bir araştırmada ise hemşirelerin %20,8’inin ilaç hatası yaptığı, %60,1’inin ilaç hatasına tanık olduğu, ancak bunların sadece %25,1’inin ilaç hatasını bildirdikleri ifade edilmektedir (Yılmaz, 2009).

Yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının alışkanlıkla bildirilen, sıklıkla tanık olunan ve genellikle hasta düşmeleri ve düzeltici tedavi gerektiren ilaç hataları gibi önemli sonuçlarla ilişkili olayları bildirdiklerini göstermektedir (Evans vd., 2006). Schectman ve Plews-Ogan (2006) tarafından yapılan bir başka çalışma ise, araştırmaya katılan 120 hekimin %65’inin herhangi bir olay bildirmemiş olmasına karşın, %60’ının en az üç ramak kala veya istenmeyen olaya tanık olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının dahil ya da tanık oldukları istenmeyen olayları başta korku faktörü ve geri bildirim eksikliği başta olmak üzere farklı nedenlerden dolayı bildirmedikleri ifade edilmektedir (Soydemir vd., 2017).

Çalışma kapsamında katılımcıların olay bildirim eğitimi almaları açısından istenmeyen olay bildirim durumlarında istatistiksel anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Buna göre, olay bildirim eğitimi alan sağlık çalışanlarının olay bildiriminin, bu eğitimi almadan olay bildirim yapanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların görülme sıklığı ve sonuçları konusundaki farkındalıklarla ilişkili bazı faktörlerin, bu olayların bildirilmesinin önünde ana engel olarak görüldüğü ifade edilmektedir. Çalışanların hastanelerinde bulunan OB süreçlerini tüm yönleri ile ilgili güncel eğitim almasının önemi vurgulanmaktadır. Meydana gelen istenmeyen olayların engellenmesi ya da azaltılması stratejilerinden birisinin de konu ile ilgili eğitim ve öğretim olduğu belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarına verilecek uygun eğitimlerin özellikle hekimler açısından (Martowirono vd., 2012) olay bildirimini geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Alduais vd., 2014).

Türkiye’de yapılan bir doktora tezinde hemşireler arasında OB engeli olarak belirtilen hususlardan birisinin hata bildiriminin öneminin bilinmemesi ve eğitim eksikliği olduğu vurgulanmaktadır (Ünal, 2016). Yapılan bir diğer çalışmada, hemen hemen tüm katılımcıların farmakovijilans ve ilaç hatası bildirim eğitiminin gerekli olduğu konusunda

hemfikir olduğu belirlenmiştir (Guner ve Ekmekci, 2019). Sağlık çalışanlarının OB eğitimi alma ile istenmeyen olayı bildirim durumları açısından yapılan bir çalışmada, olay bildirim eğitimi alan sağlık çalışanlarının, olay bildirim durumları ile aralarında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Gupta vd., 2015).

Bu araştırma kapsamında katılımcıların neredeyse yarıya yakınının (%48,30) olay bildirim eğitimi almadıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Olay bildirim eğitimi almanın OBS'nin farkında olma, bildirim nasıl yapılacağına bilinmesi ve istenmeyen olayların bildirilmesi açısından faydalı ve gerekli olacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların olay bildirim durumları, çalışanların OBS farkındalığı ($p<0,001$) ve bildirim nasıl yapılacağına bilinmesi ($p<0,001$) açısından anlamlı fark tespit edilmiştir. Araştırmada OBS farkındalığı ve OB'nin nasıl yapılacağı bilgisi yüksek olan katılımcıların daha fazla olay bildirim yaptıkları tespit edilmiştir. Yapılan literatür çalışmasında, hemşirelerin istenmeyen olayları bildirmeme nedenlerinden birisinin de olay bildirim farkındalığı ve bilgi eksikliği olduğu görülmektedir (Haw vd., 2014; Rutledge vd., 2018). Hastanelerde meydana gelen OB sayılarının atırılması için, çalışanların olay bildirim sistemleri hakkında farkındalıklarının da artırılması gerekmektedir (Soydemir vd., 2017). Çalışmada elde edilen bulgular, katılımcıların literatürde ifade edildiği şekliyle, olay bildirim farkındalığı yüksek katılımcıların daha fazla olay bildiriminde bulunduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında katılımcıların istenmeyen olay bildirim durumları değerlendirildiğinde, son 12 ay içerisinde istenmeyen bir olaya tanık olan sağlık çalışanlarının daha fazla OB eğilimi içinde oldukları, hekimlerin diğer katılımcılardan daha az OB yaptıkları, kadın çalışanların erkeklere göre daha fazla olay bildirdikleri, istenmeyen olay bildirim hususunda olay bildirim eğitimi almanın oldukça belirleyici olduğu, OBS'nin mevcudiyetinden haberdar olma ve olay bildirimini nasıl yapılacağına bilinmesinin olay bildirimine olumlu katkı sağladığı tespit edilmiştir. Bu anlamda elde edilen çalışma bulguları, literatür bilgisi tarafından desteklendiği ifade edilebilir.

5.4. OLAY BİLDİRİMİ ve BİLDİRİM SİSTEMLERİ FARKINDALIKLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

Katılımcıların OBS'den genel olarak farkında olduğu ve ortalamanın üzerinde (\bar{x} :3,76) bir farkındalığa sahip oldukları görülmüştür. Sağlık çalışanlarının çalışma kapsamında %51,70'inin olay bildirimini eğitimi aldığını ifade ettiği, son 12 ay içerisinde herhangi bir istenmeyen olaya tanık olduğunu belirtenlerin oranı %37,67, son 12 ay içerisinde herhangi bir olaya dahil olduğunu belirten katılımcıların oranı %18,15 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların olay bildirimini nasıl yapılacağına bilme durumları değerlendirildiğinde ise, yine ortalamanın üzerinde (\bar{x} :3,36) oldukları görülmüştür.

Katılımcıların meslek grupları açısından OBS'nin varlığından haberdar olma durumları değerlendirildiğinde, en düşük farkındalığa sahip olan meslek grubunun hekimler, en yüksek farkındalık ortalamasında sahip meslek grubunun ise hemşirelerin olduğu tespit edilmiştir. Diğer sağlık personeli ve ebelerin de hemşirelere yakın bir OB farkındalığına sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların olay bildirimini nasıl yapılacağına bilme durumları meslek grupları açısından değerlendirildiğinde ise, en düşük bilgi düzeyine yine hekimlerin sahip olduğu, en yüksek bilgi düzeyine ise hemşirelerin sahip olduğu tespit edilmiştir. Hemşireleri ise sırayla ebeler ve diğer sağlık personeli izlemiştir. Katılımcıların OBS'nin farkında olma ($p<0,001$) ve olay bildirimini nasıl yapılacağına bilinmesi açısından ($p<0,001$) meslek grupları açısından aralarında istatistiksel anlamlı fark bulunduğu belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda OBS farkındalığı açısından, hemşirelerin hekimlere göre daha yüksek bir farkındalığa sahip olduğu (AbuAIRub vd., 2015; Yıldız, 2015), olay bildirimini nasıl yapılacağına bilinmesi açısından yine hemşirelerin, hekimlere oranla daha olumlu bir bilgi düzeyine sahip olduğu ifade edilmektedir Evans vd. (2006). Türkiye'de yapılan bir doktora çalışmasında hekimlerin %88'inin (Uğrak, 2019), altı Kuveyt devlet hastanesinde yapılan bir çalışmaya göre, çalışan hekimlerin %76,9'unun olay bildirimini nasıl yapıldığını bilmediğini ortaya koymaktadır Alsaleh vd. (2017).

Katılımcıların olay bildirimini eğitimleri alıp almama durumlarına göre, OBS'nin mevcudiyetinin farkında olma ve olay bildirimini nasıl yapacaklarının bilinmesi açısından istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Buna göre sağlık çalışanlarının OB eğitimi almalarının hem olay bildirimini sistemlerinin farkındalığını artırdığı hem de olay

bildiriminin nasıl yapılacağına bilinmesine katkı sağladığı ifade edilebilir. Sağlık çalışanlarından OB eğitimi alanların daha fazla olay bildirdikleri şeklinde çalışma kapsamında elde edilen sonuç da bu bulguyu desteklemektedir. Sonuç olarak, olay bildirimi eğitimi almanın, OBS farkındalığını ve istenmeyen olay bildirimini artırıcı bir etkisi olduğu söylenebilir.

Bununla birlikte, hastanelerde meydana gelen ilaç hatalarının bildirilmesi ve olay bildirimi sistemlerinin farkındalığına ilişkin Guner ve Ekmekci (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, katılımcıların sadece %28,5'inin kurumlarında mevcut olan OBS'lerin farkında olduğu, ve katılımcıların %14,6'sının OB formunun nasıl doldurulacağını bilmediğini ifade ettiği belirlenmiştir. İlaç hatalarının bildirilmesini teşvik etmek için eğitim verilmesinin olay bildirimi farkındalığını ve bu olayların bildirim oranlarını da artırdığı ifade edilmektedir (Guner ve Ekmekci, 2019; Varallo vd., 2017). Konu ile ilgili çalışmalar, sağlık çalışanlarının olay bildirimi sistemlerinin farkında olma durumlarında ve olay bildirimini nasıl yapıldığına ilişkin bilgilerinde farklılıklar olduğuna işaret etmektedir.

Katılımcıların cinsiyetleri açısından değerlendirildiğinde, kadın çalışanların erkeklere göre daha yüksek bir OBS farkındalığına ($p<0,05$) ve bildirim nasıl yapılacağı bilgisine ($p<0,05$) sahip olduğu görülmüştür. Ancak yapılan literatür çalışmasında, istenmeyen OBS farkındalığı ve olay bildirimini nasıl yapılacağına bilinmesi açısından sağlık çalışanlarının cinsiyetleri açısından farklılık olduğunu ortaya koyan çok fazla çalışmaya ulaşılamamıştır. Yıldız (2015) tarafından Türkiye'de gerçekleştirilen bir yüksek lisans çalışmasında, çoğunluğu kadın olan hemşirelerin ilaç uygulaması ile ilgili hataların bildirilmesi konusunda, erkeklere oranla daha duyarlı olduklarını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte araştırma kapsamında oluşan bu anlamlı fark, hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada ifade edildiği gibi, kadın hekimlerin erkek hekimlere göre daha yüksek bir tıbbi hata olgusuna sahip olduğunu ortaya koyan çalışmalar çerçevesinde değerlendirilebileceği düşünülmektedir (Top vd., 2008; Uğrak, 2019).

Katılımcıların öğretim düzeyi açısından, olay bildirimi farkındalıklarında istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Buna göre, lise mezunlarının hem ön lisans hem de lisans mezunlarından daha düşük olay bildirimi farkındalığına sahip olduğu; yüksek lisans mezunlarının hem ön lisans hem de lisans mezunlarından daha düşük olay bildirimi farkındalığına sahip olduğu; doktora mezunu çalışanların ise hem ön lisans ve

hem de lisans mezunlarından daha düşük OB farkındalığına sahip olduğu belirlenmiştir. Olay bildirimini nasıl yapacaklarının bilinmesi kapsamında çalışanların öğretim düzeylerine göre istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre, doktora mezunu olanların ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunlarına göre daha düşük olay bildirimini nasıl yapılacağı bilgisine sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan literatür çalışmasında sağlık çalışanlarının öğretim düzeyleri açısından OB farkındalıklarında farklılık olduğuna dair bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte, çalışılan kurumun bildiri yapılan olaylardan yola çıkarak hasta güvenliği kültürü oluşturmayı destekleyebileceği kapsamında lisansüstü eğitime sahip olan çalışanların daha olumlu yaklaştığı ifade edilmektedir (Yıldız, 2015).

Katılımcıların yaşları açısından olay bildirimini nasıl yapacaklarının bilinmesi konusunda aralarında istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,027$). Buna göre 30 yaş altı çalışanların, 31 yaş ve üstü diğer katılımcılardan daha düşük olay bildiri bilgisine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların mesleki tecrübe yılı açısından olay bildirimini nasıl yapacaklarının bilinmesi konusunda aralarında istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Buna göre 0-5 yıl arası tecrübeye sahip çalışanların, 6 yıl ve daha fazla mesleki tecrübeye sahip olan çalışanlara göre daha düşük OB bilgisine sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan literatür çalışmasında katılımcıların yaşları ve mesleki tecrübe yılları açısından sağlık çalışanlarının olay bildirimini nasıl yapıldığının bilinmesi durumlarında farklılık olduğuna dair bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte, daha yaşlı olan çalışanların daha genç yaştaki çalışanlara göre ve mesleki tecrübesinin daha fazla olan çalışanların, daha tecrübesiz olan çalışanlara göre olay bildirimini nasıl yapacağını daha iyi biliyor olmasının olağan bir durum olabileceği değerlendirilebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının istenmeyen OBS'nin nispeten farkında olduğu, olay bildirimini nasıl yapılacağı konusunda bilgi sahibi buldukları, kadın çalışanların erkeklere oranla daha yüksek bir farkındalığa sahip olduğu, çalışanların öğretim düzeylerine göre OB farkındalıklarında farklılık olduğu belirlenmiştir. Katılımcılara OB eğitimi verilmesinin, sağlık çalışanlarının OBS farkındalıklarını yükseltme, olay bildirimini nasıl yapacakları konusunda onları bilgilendirme ve OB sayılarının artırılması anlamında oldukça faydalı olacağı ifade edilebilir.

5.5. OLAY BİLDİRİMİ ENGEL ALGILARI, OLAY BİLDİRİMİ TUTUMU ve GÜVENLİK TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasta güvenliğini artırmak için yapılması gereken önemli hususlardan birisi, meydana gelen olayları sağlık çalışanlarının herhangi bir korkuya kapılmadan ve çekinmeden bildirmesi ve bunun için cesaretlendirilmesidir (Baykal vd., 2010). Ancak sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumlarda meydana gelen olayların bildirilmesinde bir takım engel algıları ile hareket ettiği yapılan çalışmalardan anlaşılmaktadır (Pfeiffer vd., 2010; Uribe vd., 2002). Araştırma kapsamında elde edilen bulgular da bu bilgiyi doğrulamaktadır. Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanması ve geliştirilmesi için meydana gelen olayların bildirilmesinin önemi bilinmektedir. Altındış (2010) tarafından yapılmış bir çalışma da hasta güvenliği ile hemşirelerin olay bildirim durumu arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki olduğunu ifade etmektedir.

Sağlık hizmetleri kalitesinin yükseltilmesi, bir yönüyle istenmeyen olayların bildirilmesine bağlıdır (WHO, 2014a). Bununla birlikte, kurumlarda örgütsel kültürün yerleşmemiş olması ve cezalandırıcı bir kültürün hastanelerde kendine yer bulmuş olması kronikleşmiş olay bildirim sorununu çözemeyecektir (Nieva ve Sorra, 2003). Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin büyük bir oranda (%78,10) ilaç hatalarının bildirilmesinin başarısının bir ölçütü kabul ettiği ancak, %9,6 oranında çalışanın nasıl OB yapacağını bilmediğini belirttiği ifade edilmektedir (Semiz Aydın vd., 2017).

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular, katılımcıların olay bildirim engel algıları ile olay bildirim tutumları ve güvenlik tutumları arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının örgütsel faktör engel algıları ile bireysel faktör engel algıları boyutu arasında orta düzeyde pozitif; OBTÖ suçlama/ayıplama, olay bildirim kriterleri ve meslektaş beklentisi boyutları ile çok zayıf düzeyde pozitif; olay bildirim faydası boyutu ile çok zayıf düzeyde negatif; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutu arasında orta düzeyde negatif anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların bireysel faktör engel algıları ile suçlama/ayıplama, olay bildirim kriterleri ve meslektaş beklentisi boyutları ile çok zayıf düzeyde pozitif; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutu arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki

bulunduğu tespit edilmiştir. Araştırma bulguları, olay bildirimini faydası boyutu hariç olmak üzere OBTÖ boyutlarının kendi aralarında da anlamlı ilişki içinde bulunduğunu ortaya koymaktadır.

OBTÖ kapsamında elde edilen bulgular genel itibariyle katılımcıların nispeten olumsuz bir olay bildirim tutumu içinde bulunduğu, çalışanların örgütsel ve bireysel engel algı ortalamalarının da yüksek olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla katılımcıların olay bildirim engel algıları ile OBTÖ boyutlarının aynı yönde ilişki içerisinde olmasının kabul edilebilir olduğu söylenebilir. Yüksek olay bildirim engel algısına sahip olan katılımcıların OB tutumlarının da olumsuz olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, olay bildirimini faydası ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutları ile olay bildirim engel faktörleri negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Olay bildirimini faydası boyutunun, OBTÖ'nün diğer boyutları ile de anlamlı bir ilişki içinde bulunmadığı tespit edilmiştir. Örgütsel olay bildirim engel algısı yüksek olan katılımcıların olay bildirimini faydası ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği tutumlarının; bireysel olay bildirim engel faktör algısı yüksek olan katılımcıların ise olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği tutumunun daha olumlu olduğu ifade edilebilir.

Araştırma kapsamında katılımcıların olay bildirim engel algıları ile güvenlik tutumları arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının örgütsel faktör engel algıları ile GTÖ ekip çalışması iklimi ve iş doyumu boyutları arasında pozitif, stresin kabulü ve yönetime ilişkin algılar boyutları arasında çok zayıf düzeyde negatif ilişki bulunduğu; katılımcıların bireysel engel faktörleri ile iş doyumu boyutu arasında pozitif, stresin kabulü ve yönetime ilişkin algılar boyutları arasında çok zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. GTÖ kapsamında yapılan çalışmalar, ölçek boyutlarının kendi arasındaki ilişkilerini de ortaya koymaktadır. Ölçek boyutlarının birbirleri ile ilişkilerine dair araştırmada elde edilen bulgular, ölçeğin alındığı Kaya vd. (2010) çalışmasında elde edilen bulgulara benzerlik göstermektedir. Stresin kabulü boyutu dışındaki boyutların birbirleri ile anlamlı ilişki içinde bulunduğu görülmektedir.

Sağlık kurumlarında meydana gelen olaylar, sağlık hizmetlerinin paydaşları tarafından yeterince bildirilmediği için hasta güvenliğinin artırılması konusunda yeterli mesafe alınamamaktadır (WHO, 2005). Bildirimi yapılan olaylar sayesinde istenmeyen olayların önüne geçebilmek için gönüllü olay bildirim, hasta güvenliğinin sağlanması için sistem

değişiklikleri, sağlık çalışanları için standartların geliştirilmesi, ekip çalışması ve eğitimleri gibi hasta güvenliği alt boyutları tavsiye edilmekte ve sağlık kurumlarında uygulanması önerilmektedir (Baker vd., 2006; Serger, 2017).

Olay bildirimini engel algısı yüksek olan katılımcıların iş doyumları tutumlarının yüksek, buna karşın stresin kabulü ve yönetime ilişkin algı tutumlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular, çalışanların hastane yönetimleri tarafından OB'nin önemi ve nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirilmesinin, OB yapan personelin kesinlikle cezalandırılmayacağı ve bu bildirimlerin hasta güvenliğinin geliştirilmesi için gerekli ve önemli olduğunun anlatılması gerekmektedir. Çalışanlara verilecek eğitimlerle olayların bildirilmesinin çalışanın cezalandırılması olarak algılanmaması gerektiği ve OB sürecinin hasta güvenliğinin sağlamaya yönelik önemli bir uygulama olduğunun vurgulanması önem taşımaktadır (Semiz Aydın vd., 2017). Sağlık çalışanlarının kurumları tarafından desteklendiğini bilmeleri oldukça önemlidir. Bununla birlikte, araştırma kapsamında "*Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.*" ifadesinin ölçeğin en düşük ortalamasına sahip olduğundan hareketle çalışanların bu tutumlarının araştırılmasına yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Araştırma sonuçları, sağlık çalışanlarının genel anlamda olumsuz bir OB tutumu ve OB engel algısına sahip olduğunu ve iki ölçek arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların güvenlik tutumlarının ise daha olumlu olduğu görülmektedir. Hasta güvenliğini tehlikeye atan istenmeyen olayların bildirilmesi, hastaya zarar verilmemesi ya da bu zararın asgari düzeyde bırakılması için vazgeçilmez bir gerekliliktir. Bu kapsamda, sağlık kurumlarında erişilebilir ve sonuçlarına şeffaf bir şekilde ulaşılabilen OBS'nin tesis edilmesi, çalışanlara hasta güvenliği ve OB eğitimlerinin verilmesi, bildirim yapılan verilerin analiz edilmesi ile elde edilen sonuçların ve yapılan düzenlemelerin çalışanlara geri bildirimlerinin yapılmasının önemli olduğu değerlendirilmektedir.

5.6. OLAY BİLDİRİMİNE ETKİ EDEN DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

Sağlık çalışanlarının olay bildirimini durumlarının farklı etkenlerden etkilendiği görülmektedir. Ramak kala olayların, çalışanlar tarafından tehlikeli olmadığı ya da hastanın zarar görmemiş olmasından ve görülme sıklığının yüksek olmasından dolayı

bildirilmediği ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının iş yoğunluğu nedeniyle OB için zamanı olmadığını ya da olay bildirim formunun nasıl doldurulacağını bilmediğini belirttiği vurgulanmaktadır (Lee vd., 2018). Sağlık çalışanlarının ayrıca korku, zaman kısıtlaması vb. nedenlerle olay bildiriminden kaçındıkları görülmektedir (Kingston vd., 2004; Vincent vd., 1999).

Araştırma kapsamında katılımcıların istenmeyen olay bildirim durumlarına hangi değişkenlerin etki etmiş olabileceğinin analiz edildiği lojistik regresyon analizi sonucuna göre, sağlık çalışanlarının OB eğitimi almış olmasının hastanelerde olay bildirim yapılma olasılığını 17 kat, GTÖ iş doyumunu tutumlarındaki bir birimlik artışın olay bildirim yapılma olasılığını 2,81 kat, yönetime ilişkin tutumlarındaki bir birimlik artışın olay bildirim yapılma olasılığını 4,04 kat artırıcı yönde etki yaptığı tespit edilmiştir. Ancak, katılımcıların OBEÖ örgütsel engel algılarındaki bir birimlik artışın olay bildirim yapılma olasılığını 0,10 kat, bireysel engel algılarındaki bir birimlik artışın ise, olay bildirim yapılma olasılığını 0,09 kat azaltıcı yönde etki ettiği belirlenmiştir.

Meslek grupları açısından yapılan değerlendirmede ise, ebelerin hekimlere göre 12,5 kat daha fazla olay bildirme olasılıklarının olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamında ayrıca, her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da istenmeyen olaya tanık olmanın, OBS'nin varlığından haberdar olmanın ve OB'nin nasıl yapılacağına bilinmesinin de OB'yi olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Ünal (2016) doktora çalışmasında, hasta güvenliği ve tıbbi olay yönetimi eğitimi alan hekim ve hemşirelerin OB oranlarında artışa katkı sağladığı ifade edilmektedir. Ünal (2016) çalışmasında ayrıca, olay bildiriminin öneminin bilinmemesi ve eğitim eksikliğinin hemşireler arasında OB engeli olarak öne çıktığı vurgulanmaktadır. Araştırma kapsamında OB eğitimi aldığını belirten katılımcıların, örgütsel ve bireysel olay bildirim engel algısı ortalamalarının daha düşük olduğu, yani bu katılımcıların meydana gelen olayları bildirmede daha istekli olduğu ifade edilebilir. Yine OB eğitimi almış olan katılımcıların GTÖ yönetime ilişkin algılar boyutu ortalamasının bu eğitimi almayan çalışanlara göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında, katılımcıların %51,7'sinin OB eğitimi aldığı görülmektedir. Bu oranın sağlık çalışanları için oldukça düşük bir oran olduğu söylenebilir. OB ve hasta güvenliği eğitimi alınan

OB'yi artırıcı yönde etki yaptığı düşünülürken, sağlık çalışanlarının düzenli olarak eğitim almasının sağlanması ve bu konudaki farkındalıklarının artırılması sağlanmalıdır.

Bütün bu bilgiler ışığında, sağlık çalışanlarına hasta güvenliği ve OB eğitimlerinin verilmesinin çalışanların olay bildirim sistemleri ve olay bildirim farkındalıklarını artıracığı, hastanelerde meydana gelen istenmeyen olayların bildirim sayılarını yükselteceği, dolayısıyla da sağlık hizmet sunumu kalitesine katkı sağlayacağı ifade edilebilir.

Hasta güvenliğinin geliştirilmesi için elde edilen tüm bilgiler sağlık çalışanları paylaşılmalı, çalışanlar ve hastalar arasında sürekli bir iletişim teşvik edilmelidir. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında önemli bir basamak, oluşturulacak cezalandırıcı olmayan bir OBS ile meydana gelen istenmeyen olayların bildirilmesinin sağlanması ve analiz edilerek gerekli tedbirlerin alınmasıdır. SB'liğinin istenmeyen olay tanımında belirttiği gibi (SB, 2018) tüm OB süreçlerine meydana gelen olaydan etkilenen tüm paydaşlar dahil edilmelidir (Akalın, 2004; Aydın, 2010). OB ile hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek hataların tekrarlanmasının önüne geçilmiş olacaktır (WHO, 2005).

Araştırma kapsamında OB yaptıklarını belirten katılımcıların GTÖ iş doyumunu boyutu ortalamasının daha olumsuz, yönetime ilişkin algılar boyutu ortalamasının ise daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgular, Aydemir (2015) tarafından yapılmış yüksek lisans çalışmasında elde etmiş olduğu bulgular tarafından da desteklenmektedir. Miller vd. (2019) tarafından yapılmış bir başka çalışmada GTÖ ile OB arasındaki ilişki ortaya konmuş ve yönetime ilişkin algının olay OB üzerinde pozitif anlamda etkili olduğu tespit edilmiştir. Miller vd. (2019), daha az olay bildirimini daha iyi bir hasta güvenliği ve yüksek çalışan performansı anlamına gelmediğini, aslında düşük OB'nin düşük güvenlik kültürü ve yüksek hasta güvenliği riski ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Çalışmalar, sağlık çalışanlarının OB'nin hasta güvenliğine olumlu etki edeceğini ve hasta bakım kalitesini artıracığını düşündüğünü ortaya koymaktadır (Turasan, 2010). OB'nin hasta güvenliği üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, hasta güvenliğine ilişkin toplam varyansın %72'sinin çalışanların olay bildirim durumları ile açıklanabildiği, yani OB'nin hasta güvenliğinin anlamlı bir açıklayıcısı olduğu vurgulanmaktadır (Altındış, 2010).

Araştırma bulguları, iş yaşamında daha fazla olumsuzluk yaşayan ve daha negatif iş deneyimi içinde bulunan (olumsuz iş doyumunu) katılımcıların daha fazla olay bildiriminde bulduklarını ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanlarının meydana gelen istenmeyen olayların bildirilmesinin daha iyi bir çalışma ortamı içinde görev yapmalarına imkân sağlayacağı, daha yüksek hasta güvenliği ve hasta bakım kalitesine imkân vereceği düşüncesiyle hareket ettikleri söylenebilir.

Katılımcıların GTÖ “*yönetime ilişkin algılar*” boyutuna vermiş oldukları cevapların ölçekte en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda katılımcıların yönetime ilişkin algılar boyutunda meydana gelecek artışın OB’yi artırdığı tespit edilmiştir. Katılımcıların, Gabrani vd. (2015) çalışmasında da en düşük ortalamaya sahip ifadelerden olan “*Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz*” ifadesine vermiş oldukları cevabın ölçekte en düşük ortalamaya sahip olması dikkat çekicidir. Bu açıdan hastane yönetimince, çalışanların bu tutumlarına neden olacak faktörlerin belirlenmesi için çalışma gerçekleştirilmeli ve gerekli düzeltici tedbirlerin alınarak bu tutumlarının olumluya dönüştürülmesine gayret gösterilmelidir.

Literatürde birçok çalışma, sağlık çalışanlarının farklı engel algıları nedeniyle olay bildirmediklerini ortaya koymuş ve araştırma kapsamında bu çalışmalara atıfta bulunulmuştur. Literatür verilerine benzer şekilde, örgütsel ve bireysel engel faktörlerinin katılımcıların OB durumlarını etkilediği ve çalışanların OB durumlarını azaltıcı yönde etki ettiği tespit edilmiştir. Bu kapsamda, araştırmada en yüksek OB engel algı ortalamasına “*Cezalandırılmaktan korkuyorum*”, “*Ayıplanmaktan korkuyorum*” ve “*Olay bildirimimin faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım*” ifadelerinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda araştırma sonuçlarına benzer şekilde, sağlık çalışanlarının kendilerine yapılan olay bildirimini nedeniyle geri bildirim yapılmadığı ya da yetersiz geri bildirim yapıldığı gibi engel algılarının bulunduğu (Evans vd., 2006; Kingston vd., 2004), çalışanların %49,8 oranında doğru ilaç uygulamalarında pozitif geribildirim yapılmadığı için ilaç hatalarının bildirilmediğini ifade ettikleri ortaya koyan çalışmalara rastlamak mümkündür (Bol, 2012). Yine sağlık çalışanlarının olay bildirimleri nedeniyle ayıplanacakları, cezalandırılacakları ya da farklı sorunlarla karşılaşacaklarını ifade ettikleri çalışmalar da (Soydemir vd., 2017; Teleş, 2011; Wakefield vd., 1996) araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırma bulguları ve literatür çalışmaları değerlendirildiğinde olay bildirim engel algılarının çalışanlar üzerinde OB'yi azaltıcı yönde etki ettiği görülmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının OB engel algısı olarak ifade ettikleri hususların göz önünde bulundurulması gerektiği, yönetimin desteğinin her zaman çalışanların yanında olduğu belirtilmeli ve hasta güvenliğinin artırılabilmesi için OB'nin hiçbir suçlama ve ayıplanma olmaksızın yapılmasının önemi vurgulanmalıdır.

Araştırma bulguları, her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da katılımcıların, istenmeyen olaya tanık olmanın, OBS'den haberdar olmanın ve OB'nin nasıl yapılacağına bilinmesinin OB'yi artırıcı yönde etki yaptığı tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında katılımcıların %37,67'sinin istenmeyen olaya tanık olduğu ve bu çalışanların herhangi bir olaya tanık olmayanlara göre daha fazla OB yaptıkları tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar, hastanelerde meydana gelen olaylara tanık olan sağlık çalışanlarının OB niyetleri ile olay bildirim tutum ve farkındalıkları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunduğunu belirtmektedir (Chen vd., 2018). Sağlık çalışanlarının güvenlik tutumlarının belirlenmesi için yapılan bira çalışmada, yaş, cinsiyet ve hasta güvenliği eğitimi alınmasının çalışanların güvenlik tutumlarının %15,4'ünü açıklayabildiği ortaya konulmuştur (Ongun ve Intepeler, 2017). Dolayısıyla sağlık çalışanlarına periyodik olarak verilecek hasta güvenliği ve OB eğitimleri ile çalışanların OBS farkındalıkları ve OB'nin nasıl yapılacağına dair bilgilerinin artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

İnsan hayatıyla doğrudan ilişkili olması sebebiyle sıfır hatanın hedeflendiği ama multidisipliner yapısı gereğince karmaşık ve birçok riskli alanı içerisinde barındıran sağlık sistemi içerisinde belki de en önemli unsur, hasta ve çalışan güvenliğini sağlayabilmek için tüm sistemi kapsayıcı şekilde bir güvenlik kültürü oluşturabilmek ve etik bir iklimin inşa edilmesi sürecidir. Her ne kadar sağlık sistemi altyapısı, binalar ve hasta odalarının tasarımı vb. teknolojik ve mimari gelişimle paralel şekilde sürekli bir gelişim ve değişim gösterse de, emek yoğun olan sağlık hizmetlerinin en önemli yapı taşının insan olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

Dijital ve fijital değişim ile birlikte, inovasyon, yapay zekâ, artırılmış gerçeklik, sanal gerçeklik ve endüstri 4.0 uygulamalarının çok yoğun şekilde tartışılmaya başlandığı, geleceğin robotik çağında da hasta ve çalışan güvenliği ile istenmeyen olay ve olay bildirimleri gibi hususlar yine tartışılmaya devam edilecektir. Bu kapsamda, gelişen ve değişen teknolojik gelişmelerle birlikte ortaya çıkabilecek tüm risk faktörlerinin prospektif ve retrospektif risk analiz yöntemleriyle ortaya konulması ve gerekli simülasyonların doğru şekilde yapılabilmesi için güvenilir verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu verilerin elde edilebileceği en önemli araçlardan birisi de OBS yoluyla detaylandırabileceğimiz olay bildirimleridir. Çünkü sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olaylar nedeniyle birçok hasta zarar görebilmekte ve yine bu olaylar nedeniyle hastalar hayatlarını kaybedebilmektedir. Aynı zamanda yapılan hataların, tekrar edilen testler ve ilaç tedavilerinin ilave maliyetlerinin yanında kurumlar için oluşturacağı imaj kaybı, meydana gelen istenmeyen olayların sağlık çalışanları arasında oluşturduğu motivasyon kaybının yanında, hukuki ve cezai yaptırımlar nedeniyle çalışanlar arasında defansif (çekinik) tıp uygulamalarının yaygınlaşması durumu ve toplumda ise sağlık sisteminden memnuniyetsizliğe neden olabilecek küçük, orta ve büyük ölçekte bazı yansımalarının da olabileceği unutulmamalıdır.

Çalışma evreni kapsamında elde edilen sonuçlar incelendiğinde, meydana gelen istenmeyen olayların bildirilmesinde sorunlar olduğu, sağlık çalışanlarının birçok farklı engel algısı ile hareket ettiği, meydana gelen bu olayları bildirmeme tutumu içinde oldukları ve sağlık profesyonellerinin hastanelerde farklı güvenlik tutumu içinde buldukları tespit edilmiştir.

Yapılan araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirim durumları, olay bildirim engel algıları, güvenlik tutumları ve bunlar arasındaki ilişkileri ortaya konulmuştur. Ayrıca, çalışanların demografik özellikleri ile olay bildirim ve olay bildirim sistemleri farkındalıklarının, istenmeyen olay bildirim durumları üzerindeki etkileri belirlenmiştir.

Araştırma analizleri sonucunda elde edilen bulgular, ilgili literatür kapsamında değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Katılımcıların olay bildirim engel algıları açısından;

- Elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının olay bildirim engelleri kapsamında “*cezalandırılmaktan korkuyorum*” ifadesinin en yüksek ifade olduğu, benzer şekilde “*ayıplanmaktan korkuyorum*” ve “*olay bildiriminin faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım*” ifadelerinin de diğer yüksek ortalamaya sahip ifadeler arasında bulunduğu,
- Katılımcıların toplam engel algısı ortalamasının nispeten olumsuz olduğu, bununla birlikte bireysel engel olarak algılanan engel faktörlerin, örgütsel engel faktörlerden kısmen daha yüksek olduğu,
- Katılımcıların yarıya yakınının olay bildirim eğitimi almadığı, oysa çalışmada olay bildirim eğitimi aldığı ifade eden çalışanların olay bildirim engel algılarının daha olumlu olduğunun belirlendiği,
- İstenmeyen olaya tanık olduğunu ifade katılımcıların olay bildirim engel algılarının herhangi bir olaya tanık olmayanlara göre daha olumlu olduğu,
- Olay bildiriminde bulunduğunu belirten katılımcıların OB engel algılarının daha olumlu olduğu,
- Araştırmaya katılımcıların demografik özelliklerine göre olay bildirim engel algıları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı ve
- Yapılan lojistik regresyon sonuçları, olay bildirim engel algılarındaki artışların çalışanların istenmeyen olay bildirim olasılıklarını azaltıcı yönde etki yaptıklarını ortaya koymuştur.

Katılımcıların olay bildirim tutumları açısından;

- Olay bildirim tutumları kapsamında katılımcıların en olumsuz ortalamaya “suçlama/ayıplama” boyutunda, en olumlu ortalamaya ise “*olay bildirim prosedürlerin anlaşılabilirliği*” boyutunda ulaştığı, dolayısıyla katılımcıların olay bildirim konusunda suçlanma/ayıplanma algısı içinde olduğu, bununla birlikte hastanenin olay bildirim konusunda mevcut prosedürünün çalışanlarca anlaşılır olarak değerlendirdiği,
- Hekimlerin diğer katılımcılardan daha olumlu bir olay bildirim tutumu içinde olduğu,
- Vardiyalı şekilde (gündüz ve gece dönüşümlü) mesai yapan sağlık çalışanlarının olay bildiriminde daha olumsuz bir tutum içinde bulunduğu,
- Katılımcıların yaşları itibarıyla daha genç yaşta olan çalışanların nispeten daha olumlu bir olay bildirim tutumu içinde olduğu,
- Öğretim düzeyleri bakımından en olumsuz olay bildirim tutumuna lisans mezunu, en olumlu OB tutumuna ise tamamı hekimlerden oluşan doktora mezunu katılımcıların sahip olduğu,
- Mesleki tecrübeleri bakımından 0-5 yıl tecrübeye sahip olan sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumlarının daha olumlu olduğu,
- Olay bildirim eğitimi alan katılımcıların, olay bildirim tutumlarının daha olumlu olduğu,
- İstenmeyen olaya tanık olan katılımcıların olay bildirim tutumlarının daha olumlu olduğu ve
- Olay bildiriminde bulunduğunu ifade eden katılımcıların olay bildirim tutumlarının daha olumlu, bununla birlikte olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği kapsamında tutumların daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların güvenlik tutumları açısından;

- Katılımcıların en olumlu ortalamaya “*ekip çalışması iklimi*” boyutunda, en olumsuz ortalamaya ise “*yönetime ilişkin algılar*” boyutunda ulaştığı,
- Genel anlamda 41 yaş ve üzeri katılımcıların daha yüksek bir güvenlik tutumuna sahip olduğu, ancak bu yaş grubunun yönetime ilişkin algılar boyut ortalamasının diğer yaş gruplarına göre anlamlı şekilde daha olumsuz olduğu,

- Erkek katılımcıların kadın çalışanlara göre anlamlı şekilde daha olumlu bir güvenlik tutumu içinde bulunduğu,
- Lisans mezunu sağlık çalışanlarının güvenlik tutum ortalamalarının diğer çalışanlara göre daha olumsuz olduğu,
- Hekimlerin, güvenlik tutumlarının hemşire ve ebelerden anlamlı bir şekilde daha olumlu olduğu, ancak hekimlerin yönetime ilişkin algılar tutum ortalamasının daha olumsuz olduğu,
- Gündüz ve gece dönüşümlü olarak çalışanların güvenlik tutumlarının daha olumsuz olduğu, ancak bu katılımcıların yönetime ilişkin algılarının daha olumlu olduğu,
- Haftalık 50 saatten fazla çalışan katılımcıların iş doyumu tutumlarının daha olumsuz olduğu,
- Mesleki tecrübe açısından 6-10 yıllık tecrübeye sahip çalışanların güvenlik tutumlarının diğer çalışanlara göre daha olumsuz olduğu, buna karşın stresin kabulü ve yönetime ilişkin algılarının daha olumlu olduğu,
- Diğer sağlık hizmetleri bölümlerinde çalışan katılımcıların, doğum öncesi ve doğum sonrası hizmetler bölümlerinde çalışan katılımcılardan daha olumlu iş doyumuna ve güvenlik tutumuna sahip olduğu,
- Bölüm tecrübesi 0-5 yıl olan katılımcıların diğer çalışanlara göre daha olumsuz bir tutuma sahip olduğu,
- Olay bildirim eğitimi alan katılımcıların iş doyumu ortalamaları daha olumsuz iken, yönetime ilişkin algılarının daha olumlu olduğu,
- İstenmeyen bir olaya dahil olduğunu ifade eden katılımcıların daha olumsuz bir güvenlik tutumuna sahip olduğu,
- Olay bildiriminde bulunduğunu ifade eden katılımcıların toplam güvenlik tutum ortalamalarının daha olumsuz olduğu, ancak bu çalışanların yönetime ilişkin algılarının daha olumlu olduğu ve
- Yapılan lojistik regresyon sonuçları, iş doyumlarındaki ve yönetime ilişkin algılarında olumlu anlamda meydana gelen artışların, çalışanların istenmeyen olay bildirim olasılıklarını artırıcı yönde etki yaptığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların olay bildirim durumları açısından;

- Kadın çalışanların daha fazla olay bildirme eğiliminde oldukları,
- Ebelerin en fazla olay bildiriminde bulunan meslek grubu olduğu, en düşük olay bildiriminde bulunanların ise hekimlerin olduğu,
- OB eğitimi alanların ve istenmeyen olaya tanık olan katılımcıların daha fazla olay bildirimini yaptıkları ve
- OBS farkındalıkları yüksek ve OB'nin nasıl yapılacağını bilen katılımcıların daha fazla olay bildirimini yaptıkları tespit edilmiştir.

Olay bildirim farkındalıkları açısından;

- Kadın çalışanların erkeklere göre daha fazla OB eğitimi aldıkları, OB sistemleri farkındalıklarının daha olumlu olduğu ve bildirimini nasıl yapılacağını kadınlar tarafından daha iyi bilindiği,
- Hekimlerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha az oranda OB eğitimi aldıkları, en düşük OBS farkındalığına ve OB'nin nasıl yapılacağı bilgisine sahip oldukları; ebelerin ise en fazla istenmeyen olaya dahil olduğunu ifade eden meslek grubu olduğu,
- OBS farkındalık ortalamaları en düşük öğretim düzeyi lise mezunu katılımcılar olurken, ön lisans mezunu olan katılımcıların en yüksek ortalamaya sahip mezuniyet grubu olduğu; doktora mezunu katılımcıların en düşük OB'nin nasıl yapılacağını bilmesi değişkeni ortalamasına sahip iken, lisans mezunları en yüksek ortalamaya sahip olan grup olduğu, öğretim düzeyleri açısından en az OB eğitimi alan grubun ise yine doktora mezunu katılımcıların olduğu,
- OB eğitimi alan sağlık çalışanlarının OBS farkındalıklarının ve OB'nin nasıl yapılacağı bilgisi ortalamasının daha yüksek olduğu,
- 30 yaş ve altı katılımcıların, daha yaşlı olan çalışanlara göre; 5 yıl ve daha az mesleki tecrübeye sahip olan katılımcıların, daha tecrübeli olanlara göre daha düşük bir olay bildirim bilgisine sahip olduğu ve
- Yapılan lojistik regresyon sonuçları, olay bildirim eğitimi alanın çalışanların olay bildiriminde bulunma olasılıklarını 17 kat artırdığı tespit edilmiştir.

Araştırma ile elde edilen bulgular ışığında yapılan öneriler takip eden maddelerde sıralanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin meydana gelen olayları yeterince bildirmediğini ortaya koyan çalışmalara uygun olarak, araştırma bulguları da bu yönde gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli yürütülebilmesinin bir ayağı da hastanelerde meydana gelen olayların bildirimini yapılmasıdır. Hatanın kaynağında tespit edilmesi ve önlenmesi temel hedefler arasında bulunmalıdır. Hata kaynağı olarak bireyin değil sistemin sorgulanması gerektiği üzerinde vurgu yapılan çalışmalar bulunduğu görülmektedir. Bu bağlamda, iyi tasarlanmış bir OBS, OB konusunda iyi eğitim almış bir sağlık çalışanı ve çalışanını her zaman destekleyen bir yönetimle istenmeyen olayların önüne geçilebileceği ya da bu olayların asgari düzeye indirilebileceği değerlendirilmektedir.

Olayların bildiriimi sonrasında, bu bildiriimi yapanlara herhangi bir geri bildirimde bulunulmaması, OB sonucunda bildiriimi yapanların cezalandırılması (ya da çalışanın cezalandırılabilceği algısı içinde olması) ya da olayların engellenmesi için gerekli önlemlerin alınmadığının görülməsi, sağlık çalışanlarının olay bildiriiminin önündeki büyük bir engellerden biridir. Hem sağlık kurumları yöneticilerinin hem de tüm sağlık sistemi paydaşlarının olay bildiriiminin hasta ve çalışan güvenliğini artırmak için önemli bir basamaklardan birisi olduğunun bilinciyle hareket etmesi gerekmektedir.

Sağlık kurumlarında meydana gelen olayların ortadan kaldırılması ya da azaltılması ve olay bildiriiminin iyileştirilmesine yardımcı olabilecek olası stratejiler ve öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- Olay bildirim sisteminin günün şartlarına ve gelişen teknolojik gelişmelere uygun şekilde yeniden tasarlanması,
- Elde edilen istatistiki verilerin etik ilkeler ışığında gizlilik ilkesine de uygun şekilde kullanımının sağlanması,
- Suçlama ve ayıplama olmaksızın olay bildiriiminin sağlanabileceği bir güven iklimi oluşturulması,
- Meydana gelen ve bildirilen olayların kişiselleştirmeden sistem odaklı bir yaklaşımla açıkça tartışılabilmesi,
- Kültürel değişimin sağlanarak örgüt kültürünün yerleştirilmesi,

- Hasta güvenliği ve olay bildirimine yönelik eğitim ve öğretim faaliyetlerinin her düzeyde sağlık çalışanlarının katılımıyla belirli aralıklarla verilmesi,
- Olay bildiriminin konu ile ilgili tüm paydaşlarla ortaklıklar kurarak sürekli gelişim faaliyetlerinin bir parçası şeklinde tasarlanması,
- Sağlık çalışanlarının olay bildiri engellerinin ortadan kaldırılabileceği düşünülen her konuda, politik, yönetsel ve hukuki bir güvence şemsiyesi oluşturabilecek düzenlemeler yapılmasının sağlanması.
- Olayların bildiri için açık yönergeler ve prosedürlerin bulunması,
- Olay bildiri formları ve ilgili diğer belgelerin açık ve anlaşılır olması,
- Olay bildiriminde özellikle *vahim olay* olayların zorunlu olması,
- Çalışanlara olay bildirimleri hakkında sürekli geri bildirim sağlanması,
- Teknolojik gelişmelere uygun bilgisayar destekli bir bilişim ağı ile ilgili birimler arası koordinasyon ve kooperasyon faaliyetlerinin yürütülebileceği ve simülasyon yapılabilen bir sistemin kurulmasının sağlanması,
- Hastaneler, kurumlar ve hatta ülkeler arası olay bildiri sonuçlarının kıyaslanabileceği ve iyi uygulama örneklerinin rahatça paylaşılabilmesi için açık erişim sistemlerin kurgulanması,
- Konu ile ilgili hasta ve çalışan güvenliği birimleri ve kalite koordinatörlüklerince istenmeyen olaylardan ders alma ve iyileştirme laboratuvarları kurulması, örgütsel öğrenmenin sağlanması ve
- Kalite iyileştirme çabalarının geliştirilerek ve kalite çemberi uygulamalarının odak noktasına istenmeyen olayların asgari düzeye indirilmesinin sağlanması konulmalıdır.

Olay bildirimine makro bakış açısıyla yaklaşıldığında, günümüz modern dünyasında Covid-19 pandemisinin tüm sağlık hizmetleri paydaşlarına olay bildiriminin önemini bir kez daha gösterdiği görülmektedir. Gerek ulusal düzeyde gerekse de uluslararası çapta yapılan olay bildirimlerinin ülkelerin ve DSÖ'nün alacağı tedbirlere yön verici olduğu bütün dünya tarafından izlenmektedir. Sağlık Bakanlığının bu süreçte her gün yeni vaka istatistiklerinin tüm ülke ile paylaşılması, geliştirdiği mobil yazılım uygulamaları ile insanların buldukları çevrede enfeksiyon düzeyinin belirlenmesi bir bakıma olay bildiriminin birer sonucudur.

Ülke sağlık sistemleri arası benchmarking yapılabilmesi ve örgütsel öğrenmenin gerçekleşebilmesi için olay bildirim sistemlerinin tesis edilmesi ve sağlık çalışanlarının hiçbir çekinceleri ve kısıtlamaları olmadan meydana gelen olayları bildirmelerine bağlıdır. Dünyada ABD ve İngiltere başta olmak üzere birçok ülke sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların ve ölümlerin bildirilmesi sağlanmakta ve bu veriler herkesin erişimine açık bir şekilde internet ortamında paylaşılmaktadır.

Olay bildirimine orta ve daha küçük ölçekte bakıldığında, Türkiye’de sağlık hizmetleri paydaşlarının daha fazla olay bildirimine teşvik edilmesi gerektiği ifade edilebilir. Sağlık politikalarının geliştirilmesinden, hastanelerde yapısal değişikliklerin yapılmasına kadar birçok düzeyde düzeltici eylem için olay bildirim yapılması bir zorunluluktur. Elbette ki sadece olay bildirmek tek başına bir değişikliğe yol açmayacaktır. Bu bildirimlerin analiz edilerek gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığının 2016 yılında OBS’nin kurulması Türkiye için bir dönüm noktası olmuştur. Bakanlık tarafından 2016 ve 2017 yıllarında bildirilen istenmeyen olaylara ait istatistiklerinin Bakanlık İnternet sayfasında yayınlandığı fakat müteakip yıllara ait olay bildirimine ilişkin herhangi bir veri paylaşılmadığı görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, bildirim yapılan bu olay istatistiklerinin açık erişim olarak sunulmasının ya da bu verilerin konunun uzmanları tarafından yapılacak çalışmalarda kullanılmak üzere erişim izni verilmesinin sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasına katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Araştırma kapsamında çalışma yapılan kurum açısından önemli olabilecek bulgular elde edilmiştir. Bu bağlamda, kurumun OB prosedürlerinin daha anlaşılır bulunduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların yönetime ilişkin algılar boyutunda daha olumsuz ortalamalara sahip olduğu, *performansları hakkında yeterli bilgi ve yorum almadıkları* tutumuna sahip oldukları, özellikle *hastane yönetiminin hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz* ifadesinde olumsuz tutum içinde buldukları tespit edilmiştir. Bu bağlamda çalışanların bu tutumlarına yönelik çalışmalar geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Katılımcıların yarıya yakınının OB eğitimi almadıkları (%48,30) ve önemli bir oranda katılımcının olay bildirim yapmadığı (%69,86) belirlenmiştir. Meslek grupları açısından hekimlerin en az OB eğitimi alan ve en az OB yapan sağlık çalışanı grubu olduğu

görülmüştür. Yapılan analizler, OB eğitimi alan katılımcıların OB tutumlarının, yönetime ilişkin algılarının ve iş doyumlarının daha olumlu olduğu, ayrıca katılımcıların OB yapılması olasılığına önemli bir şekilde etki ettiği belirlenmiştir. Dolayısıyla çalışanların OB eğitimi almaları için gerekli düzenlemeler yapılmalı ve başta hekimler olmak üzere çalışanların OB eğitim seviyeleri artırılmalıdır. Çalışma analizleri, iş doyumlarındaki ve yönetime ilişkin algılarındaki olumlu artışların da çalışanların istenmeyen olay bildirim olasılıklarını artırdığı belirlenmiştir. Bu nedenle, sağlık yönetimlerinde çalışanların iş doyumlarını ve yönetime ilişkin algılarını destekleyici çözümler üretmeye devam etmeleri oldukça önemlidir.

Çalışma, OB engel algıları bakımından değerlendirildiğinde, katılımcıların hem bireysel hem de örgütsel OB engel algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Engel algısı ifadeleri incelendiğinde, korku ve ayıplanma faktörlerinin ön plana çıktığı ya da yapılan OB sonucunda herhangi bir geri bildirim almadıklarını ifade ettikleri tespit edilmiştir. Bu nedenle çalışanların bu engel algılarını azaltıcı yönde çalışmalar yapmanın OB yapma durumlarına olumlu anlamda katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Covid-19 pandemisinin bütün ülkelere öğrettiği bir önemli konu ise uzaktan eğitim modelleridir. Dünyada birçok ülke pandemi nedeniyle eğitim ve öğretime ara vermek zorunda kalmış, Türkiye'nin de içinde bulunduğu birçok ülke de eğitimlere uzaktan (İnternet üzerinden) devam etmek zorunda kalmıştır. Sağlık kurumları kapsamında yapılan birçok çalışma, hasta güvenliği ve olay bildirimi eğitimlerinin önemine vurgu yapmaktadır. Araştırma kapsamında da olay bildirimi eğitimi almanın önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır. Özellikle hastanelerde yaşanan yoğunluk nedeniyle sağlık çalışmalarının yüz yüze eğitim almak için fırsat bulmakta zorlandıkları görülmektedir. Çalışanların yüz yüze almaları bir zorunluluk olmayan birçok eğitimin İnternet ortamında (uzaktan) verilebileceği değerlendirilmektedir. Bu şekilde hem sağlık çalışanlarının zaman kısıtlaması ortadan kaldırılmış olacak, hem de hastaneler işgücü kaybına uğramamış olacaklardır. Bu eğitimlerin mobil uygulamalar şeklinde geliştirilerek, çalışanların her an ellerinde bulunan cep telefonları ile de yapılması düşünülmelidir.

Sağlık hizmetlerinde esas olanın koruyucu hekimlik olduğu bilinmektedir. Sağlık yöneticilerinin ve sağlık çalışanlarının birinci önceliği hastanın zarar görmesini engellemektir. Dolayısıyla gelişmiş teknolojik yöntemler kullanılarak istenmeyen olay

gerçekleşmeden önlenmesi için yenilikçi yaklaşımlar ele alınmalıdır. Hastaların istenmeyen bir olaya maruz kalmasının önlenmesi için, teknolojik uyarı sistemleri ya da giyilebilir teknolojiler geliştirilmesi değerlendirilmelidir. Örneğin geliştirilmiş bir hasta bilekliği ile hastaya uygulanacak yanlış bir ilaç uygulaması ya da yanlış taraf cerrahi işleminin önüne geçilmesi sağlanabilmelidir. İnsan unsurunun daha az içinde olacağı sağlık sistemleri için hazırlanılması gerekmektedir. Yine Covid-19 nedeniyle İsrail’de uygulamaya konan bir teletıp uygulaması medyaya yansımıştır. Kişi temasızın Corona virüs tanı kiti olarak evlere ulaştırılan paketten çıkan modern cihazlarla, kişilerin bütün tanı işlemleri uzaktan bağlanan hekim tarafından gerçekleştirilmektedir. Kişilerin herhangi bir zarara uğramadan teşhis ve tedavi olmalarını sağlayacak benzer uygulamaların geliştirilmesi gerekmektedir.

Değişmeyen tek şeyin değişim olduğu ve yeni dünya olarak ifade edilen günümüz dijital çağında, pandemi gündemiyle çok yoğun şekilde gündemde olan dünya sağlık sisteminde aslına değişmeyen tek şey, sağlık çalışanlarına olan ihtiyacın her zamankinden daha fazla hissedilmesi ve isimlerinin *sağlık ordusu* şeklinde sıkça anılmaya başlamasıdır. Bu açıdan, tüm sağlık sistemi ve alt sistemlerinin yeniden organize edileceği beklenen önümüzdeki süreçte, gelişmiş ve yerleşmiş bir örgüt güvenlik kültürü oluşması, iyi tasarlanmış ve iyi yönetilen bir olay bildirim sistemi kurulması ve kurum içi ve dışı iyi bir iletişimin tesis edilmesi yoluyla hem hasta güvenliği koruma altına alınacak, hem çalışanların verimliliklerini artırayabileceği bir iklim oluşacak, hem de kurumların rekabet avantajı sağlayabilecekleri güçlü bir enstrümanla tanışmalarının önü açılmış olacaktır.

KAYNAKÇA

- Aboshaiq, A. E. (2013). Barriers in reporting medication administration errors as perceived by nurses in Saudi Arabia. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 17(2), 130-136.
- AbuAlRub, R. F., Al-Akour, N. A. ve Alatari, N. H. (2015). Perceptions of reporting practices and barriers to reporting incidents among registered nurses and physicians in accredited and nonaccredited Jordanian hospitals. *J Clin Nurs*, 24(19-20), 2973-2982.
- Águas, R., Araújo, C. ve Soares, S. (2017). Safety attitudes questionnaire – Intensive care unit version: Adaptation and validation for the Portuguese population. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(Nº15)*, 101-108.
- Ahmed, M., Arora, S., Tiew, S., Hayden, J., Sevdalis, N., Vincent, C. ve Baker, P. (2014). Building a safer foundation: the Lessons Learnt patient safety training programme. *BMJ Qual Saf*, 23(1), 78-86.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. ve Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality, and Behavior*. McGraw-Hill Education (UK).
- Akalın, H. E. (2001). Tıbbi hatalar nedir nasıl önlenbilir? *Ankem Dergisi*, 15(3), 244-246.
- Akalın, H. E. (2004). Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz? *Ankem Dergisi*, 18, 12-13.
- Akalın, H. E. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-146.
- Akgün, S. (2014). Hasta güvenliği, beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar-sentinel olaylar-. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 1, 75-82.
- Akman, A. B. (2010). *Hasta güvenliği kültürü ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Aksay, K., Orhan, F. ve Kurutkan, M. N. (2012). Sağlık hizmetlerinde bir risk yönetimi tekniği olarak FMEA: Laboratuvar sürecine yönelik bir uygulama. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4(2), 121-142.
- Alayed, A. S., Loof, H. ve Johansson, U. B. (2014). Saudi Arabian ICU safety culture and nurses' attitudes. *Int J Health Care Qual Assur*, 27(7), 581-593.
- Alduais, A. M. S., Mogali, S., Shabrain, B. A., Al Enazi, A. ve Al-awad, F. (2014). Barriers and strategies of reporting medical errors in public hospitals in Riyadh city: A survey-study. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 3(5).
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In *Handbook of Social Psychology*. C. Murchison, 798–844.
- Alsafi, E., Baharoon, S., Ahmed, A., Al-Jahdali, H. H., Al Zahrani, S. ve Al Sayyari, A. (2015). Physicians' knowledge and practice towards medical error reporting: A cross-sectional hospital-based study in Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*, 21(9), 655-664.
- Alsaleh, F. M., Lemay, J., Al Dhafeeri, R. R., AlAjmi, S., Abahussain, E. A. ve Bayoud, T. (2017). Adverse drug reaction reporting among physicians working in private and government hospitals in Kuwait. *Saudi Pharm J*, 25(8), 1184-1193.
- Altındış, S. (2010). Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 17-32.
- Altınöz, C., Esen, M. F., Bilgin, E., Karçaaltıncaba, E. ve Kahyaoğlu, B. (2009). Çalışanların kalite yönetimi algıları: Bir ağız ve diş sağlığı merkezi uygulaması. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, 319-334.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, E. ve Yıldırım, E. (2012). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (7.Geliştirilmiş Baskı)*. Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D. ve Barach, P. (2005). Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med*, 142(9), 756-764.
- Anderson, J. G. ve Abrahamson, K. (2017). Your health care may kill you: Medical Errors. *Stud Health Technol Inform*, 234, 13-17.

- Auraaen, A., Slawomirski, L. ve Klazinga, N. (2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind.
- Aydemir, A. (2015). *Acil serviste çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Aydın, O. (2004). Tutumlar. In E. Özkalp (Ed.), *Davranış bilimlerine giriş* (TC. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1355 ed., pp. 279-295): Anadolu Üniversitesi.
- Aydın, Ş. (2010). *Bir üniversite hastanesinde görev yapan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılamaları*. (Yüksek Lisans Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Aydınlı, C. (2010). *Sağlık kuruluşlarında risk değerlendirme ve bir üniversite hastanesinde risk azaltma çalışması*. (Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Azap, A., Ergonul, O., Memikoglu, K. O., Yesilkaya, A., Altunsoy, A., Bozkurt, G. Y. ve Tekeli, E. (2005). Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *Am J Infect Control*, 33(1), 48-52.
- Bahk, C. Y., Goshgarian, M., Donahue, K., Freifeld, C. C., Menone, C. M., Pierce, C. E., Rodriguez, H., Brownstein, J. S., Furberg, R. ve Dasgupta, N. (2015). Increasing patient engagement in pharmacovigilance through online community outreach and mobile reporting applications: An analysis of adverse event reporting for the essure device in the US. *Pharmaceutical Medicine*, 29(6), 331-340.
- Bakan, İ. ve İlker, K. (2012). Kurumsal açıdan algı ve algı yönetimi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 19-34.
- Baker, D. P., Day, R. ve Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Serv Res*, 41(4 Pt 2), 1576-1598.
- Bal, B. S. (2009). An introduction to medical malpractice in the United States. *Clin Orthop Relat Res*, 467(2), 339-347.
- Bal, G. (2019). *Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul.

- Balık, H. (2014). *Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları*. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi.
- Barach, P. ve Small, S. D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*, 320(7237), 759-763.
- Baron, R. A. ve Branscombe, N. R. (2012). *Social Psychology* (13. Baskı). ABD: Pearson Education.
- Baydemir, M. B. (2014). *Lojistik regresyon analizi üzerine bir inceleme*. (Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Baykal, Ü., Şahin, N. H. ve Altuntaş, S. (2010). Hasta güvenliği tutum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 7(1), 39-45.
- Bayram, N. (2010). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş AMOS Uygulamaları* (1. Baskı): Ezgi Kitabevi.
- Beasley, J. W., Escoto, K. H. ve Karsh, B. T. (2004). Design elements for a primary care medical error reporting system. *WMJ*, 103(1), 56-59.
- Bilazer, F. N., Konca, G. E., Uğur, S., Uçak, H., Erdemir, F. ve Çıtak, E. (2008). Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşulları. *Türkiye Hemşireler Derneği Yayınları*, <http://turkhemsirelerdermegi.org.tr/tr/yayinlar/thd-yayinlari/brosurler-ve-raporlar/turkiyede-hemsirelerin-calisma-kosullari.aspx> Erişim Tarihi:27 Şubat 2020.
- Bodur, S. ve Filiz, E. (2009). A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*, 21(5), 348-355.
- Bol, P. (2012). *İlaç uygulama hataları ve hataların raporlanmasına ilişkin hemşirelerin tutumlarının incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Boucaud, S. ve Dorschner, D. (2016). Patient safety incident reporting: Current trends and gaps within the canadian health system. *Healthc Q*, 18(4), 66-71.
- Braithwaite, J., Westbrook, M. ve Travaglia, J. (2008). Attitudes toward the large-scale implementation of an incident reporting system. *Int J Qual Health Care*, 20(3), 184-191.

- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. ve Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, 324(6), 370-376.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., Hiatt, H. H. ve Harvard Medical Practice Study, I. (2004). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care*, 13(2), 145-151; discussion 151-142.
- Buljac-Samardzic, M., van Wijngaarden, J. D. ve Dekker-van Doorn, C. M. (2016). Safety culture in long-term care: A cross-sectional analysis of the safety attitudes questionnaire in nursing and residential homes in the Netherlands. *BMJ Qual Saf*, 25(6), 424-431.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram Ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32, 470-483.
- Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming* (3. Baskı). New York: Routledge.
- Byrne, E. ve Bury, G. (2018). Barriers to the medication error reporting process within the Irish National Ambulance Service, a focus group study. *Ir J Med Sci*, 187(4), 867-871.
- Carandang, R. R., Cao, K., Jose, N., Almonte, F. ve Tinio, R. (2015a). Knowledge and attitudes on adverse drug reaction reporting of selected hospital-based health practitioners in Manila, philippines. *SAS Journal*, 4, 301-307.
- Carandang, R. R., Resuello, D., Hocson, G. B., Respicio, K. M. ve Reynoso, C. (2015b). Research article knowledge, attitude and practices on medication error reporting among health practitioners from hospitals in Manila. *Scholars Academic Journal of Pharmacy (SAJP)*, 4(5), 293-300.
- Carney, B. T., West, P., Neily, J., Mills, P. D. ve Bagian, J. P. (2010). The effect of facility complexity on perceptions of safety climate in the operating room: Size matters. *Am J Med Qual*, 25(6), 457-461.

- Cengiz, C., Celik, Y. ve Hikmet, N. (2016). Evaluation of patient wristbands and patient identification process in a training hospital in Turkey. *Int J Health Care Qual Assur*, 29(8), 820-834.
- Chaboyer, W., Chamberlain, D., Hewson-Conroy, K., Greal, B., Elderkin, T., Brittin, M., McCutcheon, C., Longbottom, P. ve Thalib, L. (2013). Safety culture in Australian intensive care units: Establishing a baseline for quality improvement. *Am J Crit Care*, 22(2), 93-102.
- Chen, L. C., Wang, L. H., Redley, B., Hsieh, Y. H., Chu, T. L. ve Han, C. Y. (2018). A study on the reporting intention of medical incidents: A nursing perspective. *Clin Nurs Res*, 27(5), 560-578.
- Chiang, H. Y., Lin, S. Y., Hsu, S. C. ve Ma, S. C. (2010). Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook*, 58(1), 17-25.
- Chiang, H. Y. ve Pepper, G. A. (2006). Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. *J Nurs Scholarsh*, 38(4), 392-399.
- Coyle, Y. M., Mercer, S. Q., Murphy-Cullen, C. L., Schneider, G. W. ve Hynan, L. S. (2005). Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care*, 14(5), 383-388.
- Cui, Y., Xi, X., Zhang, J., Feng, J., Deng, X., Li, A. ve Zhou, J. (2017). The safety attitudes questionnaire in Chinese: Psychometric properties and benchmarking data of the safety culture in Beijing hospitals. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 590.
- Çakmak, C., Konca, M. ve Teleş, M. (2018). Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 423-448.
- Çakmak, C. ve Kurt, M. E. (2018). Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye'nin güvenlik raporlama sistemlerinin (OBS) karşılaştırılması. II. *Uluslararası ekonomi, siyaset ve yönetim sempozyumu, ISEPA'2018 bildiriler kitabı*.
- Çakmakçı, M. ve Akalın, H. E. (2011). *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya* (1. Baskı). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

- Çevik, G. (2018). *Hemşirelerin hasta güvenliği tutumunun hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Çıraklı, Ü. (2019). Türkiye’de Yataklı Sağlık Kurumlarında Poliklinik ve Klinik Hizmetlerinin 2008-2017 Yılları Arası Gelişimi ve Mevcut Durumu. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2(1), 37-46.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik-SPSS ve LISREL Uygulamaları* (1. Baskı): Pegem Akademi.
- De Carvalho, R. E. ve Cassiani, S. H. (2012). Cross-cultural adaptation of the safety attitudes questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*, 20(3), 575-582.
- Deilkas, E. T. ve Hofoss, D. (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the safety attitudes questionnaire (SAQ), generic version (Short Form 2006). *BMC Health Serv Res*, 8(1), 191.
- Dekker, S. (2007). *Just Culture, Balancing Safety and Accountability*. Great Britain: MPG Books Ltd.
- Dekker, S. W. A. ve Leveson, N. G. (2015). The systems approach to medicine: controversy and misconceptions. *BMJ Quality & Safety*, 24(1), 7-9.
- Delamater, J. D. ve Myers, J. M. (2011). *Social Psychology* (7.Ed. Baskı). ABD.: Wadsworth Cengage Learning.
- DeRosier, J., Stalhandske, E., Bagian, J. P. ve Nudell, T. (2002). Using health care failure mode and effect analysis™: The VA National Center for Patient Safety’s prospective risk analysis system. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 28(5), 248-267.
- Desai, V. (2015). Learning through the distribution of failures within an organization: Evidence from heart bypass surgery performance. *Academy of Management Journal*, 58(4), 1032-1050.
- Devriendt, E., Van den Heede, K., Coussement, J., Dejaeger, E., Surmont, K., Heylen, D., Schwendimann, R., Sexton, B., Wellens, N. I., Boonen, S. ve Milisen, K. (2012). Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the safety attitudes questionnaire: An observational study. *Int J Nurs Stud*, 49(3), 327-337.

- Dolansky, M. A., Druschel, K., Helba, M. ve Courtney, K. (2013). Nursing student medication errors: A case study using root cause analysis. *J Prof Nurs*, 29(2), 102-108.
- Domnariu, C. D. (2012). Patient safety culture at organizational level. *Acta Medica Transilvanica*, 17(3).
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Dunn, A. K. ve Stacey, P. C. (2010). *Essential Psychology* (2. Baskı). London: SAGE Publications Ltd.
- Durmaz, G. (2016). *Cerrahi birimlerde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Dursun, S., Bayram, N. ve Aytaç, S. (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 1-14.
- Ekici, Z. (2020). Küresel tetikleyici aracı: Bir uygulama örneği ve gönüllü raporlama sistemi açısından karşılaştırmalı bir analiz. (Yüksek Lisans Tezi), Düzce Üniversitesi, Düzce
- Elsous, A., Akbarisari, A., Rashidian, A., Aljeesh, Y., Radwan, M. ve Abu Zaydeh, H. (2017). Psychometric properties of an Arabic safety attitude questionnaire (Short Form 2006). *Oman Med J*, 32(2), 115-123.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M. N. (2015). *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik* (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- EU Commission. (2014). Key findings and recommendations on reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe (pp. 1-55): Patient Safety and Quality of Care working group.
- Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J. ve DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*, 15(1), 39-43.

- EZH. (2020). Ankara Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarihçesi. Retrieved 07.05.2020, 2020, from <https://ezheah.saglik.gov.tr/TR,396370/tarihce.html>
- Farmakovijilans Derneği. (2020). Farmakovijilans ile ilgili kavramlar. Retrieved 20 Nisan 2020, from <http://www.farmakovijilansdernegi.org/icerik.php?id=108>
- FDA. (2020). MedWatch: The FDA safety information and adverse event reporting program. Retrieved 26 Nisan 2020, from <https://www.fda.gov/safety/medwatch-fda-safety-information-and-adverse-event-reporting-program>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3. Baskı). Dubai: Sage Publications Ltd.
- Firth-Cozens, J. (2001). Cultures for improving patient safety through learning: The role of teamwork. *Qual Health Care, 10 Suppl 2*(Suppl 2), ii26-31.
- Firth-Cozens, J. (2004). Organisational trust: The keystone to patient safety. *Qual Saf Health Care, 13*(1), 56-61.
- Firth-Cozens, J., Redfern, N. ve Moss, F. (2001). Confronting errors in patient care. *Report commissioned by Department of Health*.
- Flemons, W. W. ve McRae, G. (2012). Reporting, learning and the culture of safety. *Healthc Q, 15 Spec No*(Special Issue), 12-17.
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S. ve Robertson, E. M. (2006). Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care, 15*(2), 109-115.
- France, D. J., Greevy, R. A., Jr., Liu, X., Burgess, H., Dittus, R. S., Weinger, M. B. ve Speroff, T. (2010). Measuring and comparing safety climate in intensive care units. *Med Care, 48*(3), 279-284.
- Freifeld, C. C., Chunara, R., Mearu, S. R., Chan, E. H., Kass-Hout, T., Ayala Iacucci, A. ve Brownstein, J. S. (2010). Participatory Epidemiology: Use of Mobile Phones for Community-Based Health Reporting. *PLoS Medicine, 7*(12), e1000376.

- Gabrani, A., Gabrani (CYCO), J., Petrela (ZAIMI), E., Zaimi, E., Hoxha, A., Avdullari, E. ve Duli, M. (2013). Organizational commitment and job satisfaction among nurses in public hospitals in Albania *The 1st International conference on research and education, (4-25 May 2013) University of Shkodra "Luigj Gurakuqi", Shkodra, Albania.*
- Gabrani, A., Hoxha, A., Simaku, A. ve Gabrani, J. C. (2015). Application of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: A cross-sectional study. *BMJ Open, 5(4)*, e006528.
- Gabrani, J. C., Knibb, W., Petrela, E., Hoxha, A. ve Gabrani, A. (2016). Provider perspectives on safety in primary care in Albania. *J Nurs Scholarsh, 48(6)*, 552-560.
- Gallagher, R. M. ve Nadzam, D. M. (2015). Two decades of coordinating medication safety efforts: National Coordinating Council For Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP).
- Garbutt, J., Brownstein, D. R., Klein, E. J., Waterman, A., Krauss, M. J., Marcuse, E. K., Hazel, E., Dunagan, W. C., Fraser, V. ve Gallagher, T. H. (2007). Reporting and disclosing medical errors: Pediatricians' attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med, 161(2)*, 179-185.
- Geravandi, S., Sahebalzamani, M., Adhami Moghadam, F., Mehrpour, M., Yousefi, F., Hoseini Ahangari, S. A. ve Mohammadi, M. J. (2019). Refusing to report the medication errors observed in Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences during 2014–2015. *Clinical Epidemiology and Global Health, 7(4)*, 620-625.
- Gifford, M. L. ve Anderson, J. E. (2010). Barriers and motivating factors in reporting incidents of assault in mental health care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 16(5)*, 288-298.
- Goldstein, E. B. ve Brockmole, J. (2016). *Sensation and Perception* (8. Baskı): Wadsworth Cengage Learning.
- Goodman, J. C., Villarreal, P. ve Jones, B. (2011). The social cost of adverse medical events, and what we can do about it. *Health Aff (Millwood), 30(4)*, 590-595.

- Goras, C., Wallentin, F. Y., Nilsson, U. ve Ehrenberg, A. (2013). Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). *BMC Health Serv Res*, 13(1), 104.
- Grober, E. D. ve Bohnen, J. M. (2005). Defining medical error. *Can J Surg*, 48(1), 39-44.
- Guner, M. D. ve Ekmekci, P. E. (2019). Healthcare professionals' pharmacovigilance knowledge and adverse drug reaction reporting behavior and factors determining the reporting rates. *J Drug Assess*, 8(1), 13-20.
- Gupta, S. K., Nayak, R. P., Shivaranjani, R. ve Vidyarthi, S. K. (2015). A questionnaire study on the knowledge, attitude, and the practice of pharmacovigilance among the healthcare professionals in a teaching hospital in South India. *Perspect Clin Res*, 6(1), 45-52.
- Güven, M. (2014). *Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata tanıklıkları*. (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Haerrens, M. H., van Leeuwen, W., Sexton, J. B., Pickkers, P. ve van der Hoeven, J. G. (2016). Validation of the Dutch language version of the safety attitudes questionnaire (SAQ-NL). *BMC Health Serv Res*, 16(a), 385.
- Hair, J. F. J., Black, W. C., Babin, B. J. ve Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7.Ed. Baskı). USA: Pearson Education Limited.
- Hales, B. M. ve Pronovost, P. J. (2006). The checklist--a tool for error management and performance improvement. *J Crit Care*, 21(3), 231-235.
- Hamdan, M. (2013). Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the safety attitudes questionnaire. *Journal of Critical Care*, 28, 886.e887–886.e814.
- Hartnell, N., MacKinnon, N., Sketris, I. ve Fleming, M. (2012). Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: A focus group study. *BMJ Qual Saf*, 21(5), 361-368.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete yayın tarihi 01.08.1998. Resmi Gazete no: 23420. (1998).

- Haw, C., Stubbs, J. ve Dickens, G. L. (2014). Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: An interview study of nurses at a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(9), 797-805.
- Hayran, M. ve Hayran, M. (2011). *Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik* (1. Baskı). Ankara: Omega Araştırma.
- Hoffmann, B., Domanska, O. M., Albay, Z., Mueller, V., Guethlin, C., Thomas, E. J. ve Gerlach, F. M. (2011). The Frankfurt patient safety climate questionnaire for general practices (FraSiK): Analysis of psychometric properties. *BMJ Qual Saf*, 20(9), 797-805.
- Holden, L. M., Watts, D. D. ve Hinton Walker, P. (2009). Patient safety climate in primary care: Age matters. *J Patient Saf*, 5(1), 23-28.
- Huang, D. T., Clermont, G., Kong, L., Weissfeld, L. A., Sexton, J. B., Rowan, K. M. ve Angus, D. C. (2010). Intensive care unit safety culture and outcomes: A US multicenter study. *Int J Qual Health Care*, 22(3), 151-161.
- Hurley, C., Sinnott, C., Clarke, M., Kearney, P., Racine, E., Eustace, J. ve Shiely, F. (2017). Perceived barriers and facilitators to risk based monitoring in academic-led clinical trials: A mixed methods study. *Trials*, 18(1), 423.
- İnceoğlu, M. (2010). *Tutum-Algı İletişim* (5. Baskı Vol. Beykent Üniversitesi Yayınları, No. 69). İstanbul: Siyasal Kitabevi.
- İncesu, E. ve Orhan, F. (2018). An analysis of security reporting system data in a public hospital: A retrospective research. *Health Care Academician Journal*, 5(2), 79.
- İntepeler, Ş. S. ve Dursun, M. (2012). Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri-derleme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 129-135.
- İstanbulu, İ. T., Yıldız, H. ve Zora, H. (2012). Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'nde uygulanan güvenlik raporlama sisteminin geliştirilmesine yönelik bir araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4(2), 1-17.
- İzgi, M. ve Türkmen, H. Ö. (2012). Akdeniz Üniversitesi'nde taşeron sağlık işçilerinin işçi sağlığı ve iş güvenliği durum tespiti. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(3), 160-173.

- JCI. (2015). Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Patient Safety Systems Chapter *CAMH Update 2*, (pp. 1-28).
- Jerod, M. L. ve Andrew, C., JD,. (2003). World Health Organization patient safety: Reduction of adverse events through common understanding and common reporting tools towards an international patient safety taxonomy. Switzerland: JCAHO.
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H. ve Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: Analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality & Safety*, 22(10), 809-815.
- Jin, X. Y. ve Pepper, J. R. (2002). Do stentless valves make a difference? *Eur J Cardiothorac Surg*, 22(1), 95-100.
- Kağıtçıbaşı, Ç. ve Cemalcılar, Z. (2017). *Dünden Bugüne İnsan Ve İnsanlar, Sosyal Psikolojiye Giriş* (16. Baskı). İstanbul: Evrim Yayınevi.
- Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H. ve Rosenthal, G. E. (2008). Reporting medical errors to improve patient safety: A survey of physicians in teaching hospitals. *Arch Intern Med*, 168(1), 40-46.
- Karaca, A. ve Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi*, 1(1), 9-18.
- Karagözoğlu, Ş., Otu, M. ve Coşkun, G. (2019). Bir araştırma ve uygulama hastanesinde ilaç hatalarının bildirimine yönelik hemşirelerin düşünceleri ve ilaç hatalarını raporlama alışkanlıkları. *Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Derg.*, 4(1), 26-39.
- Karakoç, F. Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Karsh, B. T., Escoto, K. H., Beasley, J. W. ve Holden, R. J. (2006). Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. *Appl Ergon*, 37(3), 283-295.
- Kavak, D. G. (2007). *Dr. Zekâi Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki örgütsel öğrenme etkinliklerine ilişkin bir değerlendirme* (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.

- Kaya, S., Barsbay, S. ve Karabulut, E. (2010). The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: Psychometric properties and baseline data. *Qual Saf Health Care*, 19(6), 572-577.
- Kaya, Ş. D. (2017). Kök neden analizi: Senaryo örnekleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 247-251.
- Keleş, B. ve Aloğlu, E. (2019). Türkiye’de tıbbi hata raporlama sistemlerinin erişilebilirliği: Ankara Kamu Hastaneleri örneği. *SagAkaDerg*, 6(4), 262,269.
- Khammarnia, M., Ravangard, R., Barfar, E. ve Setoodehzadeh, F. (2015). Medical errors and barriers to reporting in ten hospitals in southern Iran. *Malays J Med Sci*, 22(4), 57-63.
- Kingston, M. J., Evans, S. M., Smith, B. J. ve Berry, J. G. (2004). Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: A qualitative analysis. *Med J Aust*, 181(1), 36-39.
- Klemenc-Ketis, Z., Makivic, I. ve Poplas-Susic, A. (2018). Safety culture in the primary health care settings based on workers with a leadership role: The psychometric properties of the Slovenian-language version of the safety attitudes questionnaire - short form. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 767.
- Klemenc-Ketis, Z., Maletic, M., Stropnik, V., Deilkas, E. T., Hofoss, D. ve Bondevik, G. T. (2017). The safety attitudes questionnaire - ambulatory version: Psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 36.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practices of Structural Equation Modeling* (4. Baskı). New York: The Guilford Press.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. ve Donaldson, M. S. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington (DC): National Academies Press.
- Krech, D. ve Crutchfield, R. S. (1948). *Theory and Problems of Social Psychology*. McGraw-Hill Series in Psychology.
- Kristensen, S., Sabroe, S., Bartels, P., Mainz, J. ve Christensen, K. B. (2015). Adaption and validation of the safety attitudes questionnaire for the Danish hospital setting. *Clin Epidemiol*, 7, 149-160.

- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., Malata, A., Marchant, T., Matsoso, M. P., Meara, J. G., Mohanan, M., Ndiaye, Y., Norheim, O. F., Reddy, K. S., Rowe, A. K., Salomon, J. A., Thapa, G., Twum-Danso, N. A. Y. ve Pate, M. (2018). High-quality health systems in the sustainable development goals era: Time for a revolution. *Lancet Glob Health*, 6(11), e1196-e1252.
- Kurutkan, M. N., Usta, E., Orhan, F. ve Simsekler, M. C. (2015). Application of the IHI Global Trigger Tool in measuring the adverse event rate in a Turkish healthcare setting. *Int J Risk Saf Med*, 27(1), 11-21.
- Kusumawati, A. S., Handiyani, H. ve Rachmi, S. F. (2019). Patient safety culture and nurses' attitude on incident reporting in Indonesia. *Enferm Clin*, 29 Suppl 2, 47-52.
- Lawton, R. ve Parker, D. (2002). Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*, 11(1), 15-18.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *JAMA*, 272(23), 1851-1857.
- Leape, L. L. (2002). Reporting of adverse events. *N Engl J Med*, 347(20), 1633-1638.
- Leape, L. L., Bates, D. W., Cullen, D. J., Cooper, J., Demonaco, H. J., Gallivan, T., Hallisey, R., Ives, J., Laird, N., Laffel, G. ve et al. (1995). Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA*, 274(1), 35-43.
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. ve Hiatt, H. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*, 324(6), 377-384.
- Leape, L. L., Lawthers, A. G., Brennan, T. A. ve Johnson, W. G. (1993). Preventing medical injury. *QRB Qual Rev Bull*, 19(5), 144-149.
- Lee, W., Kim, S. Y., Lee, S. I., Lee, S. G., Kim, H. C. ve Kim, I. (2018). Barriers to reporting of patient safety incidents in tertiary hospitals: A qualitative study of nurses and resident physicians in South Korea. *Int J Health Plann Manage*, 33(4), 1178-1188.

- Lee, W. C., Wung, H. Y., Liao, H. H., Lo, C. M., Chang, F. L., Wang, P. C., Fan, A., Chen, H. H., Yang, H. C. ve Hou, S. M. (2010). Hospital safety culture in Taiwan: A nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. *BMC Health Serv Res*, 10(1), 234.
- Leproult, R., Colecchia, E. F., Berardi, A. M., Stickgold, R., Kosslyn, S. M. ve Van Cauter, E. (2003). Individual differences in subjective and objective alertness during sleep deprivation are stable and unrelated. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*, 284(2), R280-290.
- Levinson, D. R. (2010). Adverse events in hospitals: National incidence among Medicare beneficiaries: Department of Health and Human Services, USA. (OEI-06-09-00090).
- Levinson, D. R. (2018). Adverse events in hospitals: National incidence among Medicare beneficiaries: Department of Health and Human Services, USA.(OEI-06-14-00530).
- Li, Y., Zhao, X., Zhang, X., Zhang, C., Ma, H., Jiao, M., Li, X., Gao, L., Hao, M., Lv, J., Zhao, Y., Cui, Y., Liu, J., Huang, Z., Shi, W., Wu, Q. ve Yin, M. (2017). Validation study of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in public hospitals of Heilongjiang province, China. *PLoS One*, 12(6), e0179486.
- Lin, Y. H. ve Ma, S. M. (2009). Willingness of nurses to report medication administration errors in southern Taiwan: A cross-sectional survey. *Worldviews Evid Based Nurs*, 6(4), 237-245.
- Listyowardojo, T. A., Yan, X., Leyshon, S., Ray-Sannerud, B., Yu, X. Y., Zheng, K. ve Duan, T. (2017). A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China. *J Multidiscip Healthc*, 10, 253-262.
- Litke, N. A., Wensing, M., Miksch, A. ve Krug, K. (2020). German translation and validation of the Reporting of Clinical Adverse Events Scale (RoCAES-D). *BMC Health Serv Res*, 20(1), 689.
- Mahajan, R. P. (2010). Critical incident reporting and learning. *Br J Anaesth*, 105(1), 69-75.

- Makary, M. A. ve Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, i2139.
- Martowiriono, K., Jansma, J. D., van Luijk, S. J., Wagner, C. ve Bijnen, A. B. (2012). Possible solutions for barriers in incident reporting by residents. *J Eval Clin Pract*, 18(1), 76-81.
- McCarthy, S. E., O'Boyle, C. A., O'Shaughnessy, A. ve Walsh, G. (2016). Online patient safety education programme for junior doctors: Is it worthwhile? *Ir J Med Sci*, 185(1), 51-58.
- McFadden, K. L., Stock, G. N. ve Gowen, C. R., 3rd. (2006). Exploring strategies for reducing hospital errors. *J Healthc Manag*, 51(2), 123-135.
- McFadden, K. L., Towell, E. R. ve Stock, G. N. (2018). Critical success factors for controlling and managing hospital errors. *Quality Management Journal*, 11(1), 61-74.
- Merchant, R. N. ve Gully, P. M. (2005). A survey of British Columbia anesthesiologists on a provincial critical incident reporting program. *Can J Anaesth*, 52(7), 680-684.
- Meydan, C. H. ve Şeşen, H. (2011). *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları* (1. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 192-199.
- Milch, C. E., Salem, D. N., Pauker, S. G., Lundquist, T. G., Kumar, S. ve Chen, J. (2006). Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals. *J Gen Intern Med*, 21(2), 165-170.
- Miller, N., Bhowmik, S., Ezinwa, M., Yang, T., Schrock, S., Bitzel, D. ve McGuire, M. J. (2019). The relationship between safety culture and voluntary event reporting in a large regional ambulatory care group. *J Patient Saf*, 15(4), e48-e51.
- Modak, I., Sexton, J. B., Lux, T. R., Helmreich, R. L. ve Thomas, E. J. (2007). Measuring safety culture in the ambulatory setting: The safety attitudes questionnaire-ambulatory version. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 1-5.

- Mohammad, A. Z., Aljasser, I. A. ve Sasidhar, B. (2016). Barriers to reporting medication administration errors among nurses in an accredited hospital in Saudi Arabia. *British Journal of Economics, Management & Trade*, 11(4), 1-13.
- Myers, D. G. (2009). *Social Psychology* (10. Baskı). ABD: McGraw-Hill.
- Myers, D. G. ve Twenge, J. M. (2016). *Social Psychology* (12. Baskı). ABD: McGraw-Hill Education.
- NAM. (2001). *Committee on Quality of Health Care in America. Crossing The Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (2001) A New Health System for the 21st Century*
- Nauman, J., Soteriades, E. S., Hashim, M. J., Govender, R., Al Darmaki, R. S., Al Falasi, R. J., Ojha, S. K., Masood-Husain, S., Javaid, S. F. ve Khan, M. A. (2020). Global incidence and mortality trends due to adverse effects of medical treatment, 1990–2017: A systematic analysis from the global burden of diseases, injuries and risk factors study. *Cureus*, 12(3), e7265
- NCC MERP. (2020). Medication Error Index. Retrieved 26.04.2020, from <https://www.nccmerp.org/types-medication-errors>
- Nguyen, G., Gambashidze, N., Ilyas, S. A. ve Pascu, D. (2015). Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. *BMC Health Serv Res*, 15(1), 284.
- NHS. (2020). Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service). Retrieved 25 Nisan 2019, from <https://improvement.nhs.uk/resources/monthly-data-patient-safety-incident-reports/>
- Nieva, V. F. ve Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12 Suppl 2(suppl 2), ii17-23.
- Nilsson, U., Goras, C., Wallentin, F. Y., Ehrenberg, A. ve Unbeck, M. (2018). The Swedish safety attitudes questionnaire-operating room version: Psychometric properties in the surgical team. *J Perianesth Nurs*, 33(6), 935-945.

- Noble, D. J. ve Pronovost, P. J. (2010). Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. *J Patient Saf*, 6(4), 247-250.
- Norden-Hagg, A., Sexton, J. B., Kalvemmark-Sporrong, S., Ring, L. ve Kettis-Lindblad, A. (2010). Assessing safety culture in pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol*, 10, 8.
- NRLS. (2020). National reporting and learning system. Retrieved 25.04.2020, from <https://report.nrls.nhs.uk/nrlsreporting/>
- Odabaşı, A. B., Tümer, A. R. ve Odabaşı, O. (2008). Bir grup hekimin 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile ilgili değerlendirmeleri anket çalışması. *Adli Tıp Bülteni*, 13(2), 49-56.
- OECD. (2018). The Economics Of Patient Safety In Primary And Ambulatory Care *Flying Blind*.
- Oğuz, Ö. (2007). *İlaç hataları ve hataların raporlanmasına yönelik hemşirelerin alışkanlık ve deneyimlerinin belirlenmesi ve ilaç hatalarının önlenmesine ilişkin stratejilerin geliştirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Ongun, P. ve Intepeler, S. S. (2017). Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. *Pak J Med Sci*, 33(5), 1210-1214.
- Önler, E. (2010). *Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi), İstanbul.
- Özata, M. ve Altuncan, H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 8(2), 100-111.
- Özcan, T. H. (2018). *Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki bir özel hastanede hasta güvenliği kültürü*. (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Özdemir, G. (2020). from <https://www.medimagazin.com.tr/authors/gazi-ozdemir/tr-tip-doktoru-ve-temel-bilimler-uzmani-72-32-1001.html>. Erişim Tarihi: 05.11.2020.
- Özkalp, E. ve Kirel, Ç. (2013). *Örgütsel Davranış* (6. Baskı). Bursa: Ekin Yayınevi.

- Patel, S. ve Wu, A. W. (2016). Safety culture in Indian hospitals: A cultural adaptation of the safety attitudes questionnaire. *J Patient Saf*, 12(2), 75-81.
- Peltomaa, K. (2012). James Reason: Patient safety, human error, and Swiss Cheese. *Qual Manag Health Care*, 21(1), 59-63. doi: 10.1097/QMH.0b013e3182418294
- Pfeiffer, Y., Briner, M., Wehner, T. ve Manser, T. (2013). Motivational antecedents of incident reporting: Evidence from a survey of nurses and physicians. *Swiss Medical Weekly*, 143:w13881.
- Pfeiffer, Y., Manser, T. ve Wehner, T. (2010). Conceptualising barriers to incident reporting: A psychological framework. *Qual Saf Health Care*, 19(6), e60.
- Pham, J. C., Story, J. L., Hicks, R. W., Shore, A. D., Morlock, L. L., Cheung, D. S., Kelen, G. D. ve Pronovost, P. J. (2011). National study on the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. *J Emerg Med*, 40(5), 485-492.
- Pickens, J. (2011). Attitudes and Perceptions. In N. Borkowski (Ed.), *Organizational behavior in health care* (pp. 43-76). Canada: Jones and Barlett Publishers, LLC.
- Pinheiro, J. P. A. ve de Sousa Uva, A. (2016). Safety climate in the operating room: Translation, validation and application of the safety attitudes questionnaire. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 107-116.
- Polat, O. ve Pakiş, I. (2011). Tibbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3).
- Poley, M. J., van der Starre, C., van den Bos, A., van Dijk, M. ve Tibboel, D. (2011). Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the safety attitudes questionnaire. *Pediatr Crit Care Med*, 12(6), e310-316.
- Poorolajal, J., Rezaie, S. ve Aghighi, N. (2015). Barriers to medical error reporting. *Int J Prev Med*, 6, 97.
- Profit, J., Etchegaray, J., Petersen, L. A., Sexton, J. B., Hysong, S. J., Mei, M. ve Thomas, E. J. (2012). Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 97(2), F120-126.

- Pronovost, P. ve Sexton, B. (2005). Assessing safety culture: Guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*, 14(4), 231-233.
- Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C., Thom, I., Watson, S. R., Holzmueller, C. G., Lyon, J. S., Lubomski, L. H., Thompson, D. A., Needham, D., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Morlock, L. ve Sexton, J. B. (2008). Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *J Crit Care*, 23(2), 207-221.
- Raftopoulos, V., Savva, N. ve Papadopoulou, M. (2011). Safety culture in the maternity units: A census survey using the safety attitude questionnaire. *BMC Health Serv Res*, 11(1), 238.
- Rashed, A. ve Hamdan, M. (2019). Physicians' and nurses' perceptions of and attitudes toward incident reporting in Palestinian hospitals. *J Patient Saf*, 15(3), 212-217.
- Raykov, T. ve Marcoulides, G. A. (2006). *A First Course in Structural Equation Modeling* (2.Ed. Baskı). New Jersey: Lavrance Erlbaum Associates, London.
- Reason, J. (1995). Understanding adverse events: Human factors. *Qual Health Care*, 4(2), 80-89.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents* (1. Baskı). England: Ashgate Publishing Company.
- Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work and Stress*, 12(3), 293-306.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *West J Med*, 172(6), 393-396.
- Robins, A. H., Weir, M. ve Biersteker, E. M. (1987). Attitudes to adverse drug-reactions and their reporting among medical practitioners. *South African Medical Journal*, 72(2), 131-134.
- Rodriguez, J. (2016). Root Cause Analysis (Step 6: Part I). In J. Rodriguez (Ed.), *CAPA in the Pharmaceutical and Biotech Industries* (pp. 101-141): Woodhead Publishing.
- Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H. ve Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Aff (Millwood)*, 23(4), 202-212.

- Rubin, D. S., Pesyna, C., Jakubczyk, S., Liao, C. ve Tung, A. (2019). Introduction of a mobile adverse event reporting system is associated with participation in adverse event reporting. *American Journal of Medical Quality*, 34(1), 30-35.
- Rutledge, D. N., Retrosi, T. ve Ostrowski, G. (2018). Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *J Clin Nurs*, 27(9-10), 1941-1949.
- Salı, J. B. (2012). Verilerin Toplanması. In A. Şimşek (Ed.), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (Vol. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2653, AÖF Yayını No: 1619). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- SB. (2016). *SKS-5 Sağlıkta kalite standartları (Hastane)*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 2.Baskı. Ankara.
- SB. (2017). Güvenlik raporlama sistemi. 2016 yılı istatistik ve analiz raporu. *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara*.
- SB. (2018). Güvenlik raporlama sistemi. 2017 yılı istatistik ve analiz raporu. *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara*.
- SB. (2019). Güvenlik raporlama sistemi. Retrieved 11 Eylül, 2019, from <http://OBS.saglik.gov.tr/BM/UOBS.aspx>
- SB. (2020). *SKS-6 Sağlıkta kalite standartları (Hastane)*. Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı yayın No:1156. Ankara.
- Schechtman, J. M. ve Plews-Ogan, M. L. (2006). Physician perception of hospital safety and barriers to incident reporting. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 32(6), 337-343.
- Seçer, B. (2019). *Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Kayseri.
- Semiz Aydın, S., Akın, S. ve Işıl, Ö. (2017). Bir hastanede çalışan hemşirelerin ilaç hatası bilgi düzeyi ve ilaç hatalarının raporlanması ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 14-24.
- Senge, P. (2006). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization* (2. Baskı). New York.

- Seo, D. C., Torabi, M. R., Blair, E. H. ve Ellis, N. T. (2004). A cross-validation of safety climate scale using confirmatory factor analytic approach. *J Safety Res*, 35(4), 427-445.
- Serger, İ. (2017). *Hasta emniyet tutumları ve hata yönetimi iklimi ile algılanan liderlik tarzları etkileşimi: Sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi), Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul.
- Sexton, J. B., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Watson, S. R., Holzmueller, C. G., Thompson, D. A., Hyzy, R. C., Marsteller, J. A., Schumacher, K. ve Pronovost, P. J. (2011). Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units. *Crit Care Med*, 39(5), 934-939.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R. ve Thomas, E. J. (2006a). The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*, 6, 44.
- Sexton, J. B., Holzmueller, C. G., Pronovost, P. J., Thomas, E. J., McFerran, S., Nunes, J., Thompson, D. A., Knight, A. P., Penning, D. H. ve Fox, H. E. (2006b). Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *J Perinatol*, 26(8), 463-470.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J. ve Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 320(7237), 745-749.
- Sinclair, J. E., Austin, M. A., Bourque, C., Kortko, J., Maloney, J., Dionne, R., Reed, A., Price, P. ve Calder, L. A. (2018). Barriers to self-reporting patient safety incidents by paramedics: A mixed methods study. *Prehosp Emerg Care*, 22(6), 762-772.
- Smits, M., Keizer, E., Giesen, P., Deilkas, E. C., Hofoss, D. ve Bondevik, G. T. (2017). The psychometric properties of the 'safety attitudes questionnaire' in out-of-hours primary care services in the Netherlands. *PLoS One*, 12(2), e0172390.
- Snyder, R. A., Abarca, J., Meza, J. L., Rothschild, J. M., Rizos, A. ve Bates, D. W. (2007). Reliability evaluation of the adapted national coordinating council medication error reporting and prevention (NCC MERP) index. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 16(9), 1006-1013.

- Sorra, J., Nieva, V., Fastman, B. R., Kaplan, H., Schreiber, G. ve King, M. (2008). Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services. *Transfusion*, 48(9), 1934-1942.
- Soydemir, D. (2015). *Hekim ve hemşirelerin hata raporlama engelleri*. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İZMİR.
- Soydemir, D., Seren Intepeler, S. ve Mert, H. (2017). Barriers to medical error reporting for physicians and nurses. *West J Nurs Res*, 39(10), 1348-1363.
- Steel, K., Gertman, P. M., Crescenzi, C. ve Anderson, J. (2004). Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. 1981. *Qual Saf Health Care*, 13(1), 76-80.
- Sujan, M. (2015). An organisation without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliability Engineering & System Safety*, 144, 45-52.
- Sun, X., Shi, Y., Zhang, S., Tian, M., Mao, Y., Wu, Q., Zhu, X. ve Gong, M. (2014). Reliability and validity of the Chinese version of reporting of clinical adverse events scale (C-RoCAES). *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 7(10), 3543-3549.
- Şimşek, Ş., Akgemci, T. ve Çelik, A. (2003). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış* (3. Baskı). Konya: Adım Matbaacılık.
- Taylor, J. A., Brownstein, D., Christakis, D. A., Blackburn, S., Strandjord, T. P., Klein, E. J. ve Shafii, J. (2004). Use of incident reports by physicians and nurses to document medical errors in pediatric patients. *Pediatrics*, 114(3), 729-735.
- Teleş, M. (2011). *Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları ile hastaların sağlık hizmeti kalitesi algıları arasındaki ilişkinin analizi*. (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- The Health Foundation. (2011). Evidence scan: Measuring safety culture. *The Health Foundation, London*.(Safety culture tools), 1-42.
- Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S. ve Tarcan, M. (2008). Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmeleri: Kocaeli ilinden bir alan çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 161-200.

- Tricarico, P., Castriotta, L., Battistella, C., Bellomo, F., Cattani, G., Grillone, L., Degan, S., De Corti, D. ve Brusaferrò, S. (2017). Professional attitudes toward incident reporting: Can we measure and compare improvements in patient safety culture? *Int J Qual Health Care*, 29(2), 243-249.
- Turasan, B. A. (2010). *Bir psikiyatri hastanesinde hasta güvenliği kültürü düzeyi ve güvenlik raporlamanın incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi, İzmir.
- Tutar, H. (2016). *Sosyal Psikoloji, Kavramlar ve Kuramlar* Retrieved from <https://ws1.turcademy.com/www/webviewer.php?doc=21762>
- Türkmen, E., Altuntaş, S., Baykal, Ü. ve Seren, Ş. (2011). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 38-46.
- Uğrak, U. (2019). *Hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Uribe, C. L., Schweikhart, S. B., Pathak, D. S., Dow, M. ve Marsh, G. B. (2002). Perceived barriers to medical-error reporting: An exploratory investigation. *J Healthc Manag*, 47(4), 263-279.
- Ünal, A. (2016). *Pediyatrik birimlerde hata raporlamayı artırma stratejilerinin oluşturulması ve etkinliğinin değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Van Noord, I., de Bruijne, M. C. ve Twisk, J. W. (2010). The relationship between patient safety culture and the implementation of organizational patient safety defences at emergency departments. *Int J Qual Health Care*, 22(3), 162-169.
- Varallo, F. R., Planeta, C. S. ve Mastroianni, P. C. (2017). Effectiveness of pharmacovigilance: Multifaceted educational intervention related to the knowledge, skills and attitudes of multidisciplinary hospital staff. *Clinics (Sao Paulo)*, 72(1), 51-57.
- Verbakel, N. J., Langelaan, M., Verheij, T. J., Wagner, C. ve Zwart, D. L. (2015). Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: A cluster randomised trial. *Br J Gen Pract*, 65(634), e319-329.
- Vincent, C. (2007). Incident reporting and patient safety. *BMJ*, 334(7584), 51.

- Vincent, C. (2010). *Patient Safety* (2. Baskı). UK: Wiley-Blackwell.
- Vincent, C., Stanhope, N. ve Crowley-Murphy, M. (1999). Reasons for not reporting adverse incidents: An empirical study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5(1), 13-21.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., Chapman, E. J., Hewett, D., Prior, S., Strange, P. ve Tizzard, A. (2000). How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ*, 320(7237), 777-781.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S. ve Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*, 316(7138), 1154-1157.
- Vincent, C. A. (2004). Analysis of clinical incidents: A window on the system not a search for root causes. *Qual Saf Health Care*, 13(4), 242-243.
- Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Aydın, A. ve Vural, B. (2014). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. *ACU Sağlık Bil Derg*, 5(2), 152-157.
- Wachter, R. M. ve Gupta, K. (2018). *Understanding Patient Safety* (3. Baskı). China: McGraw-Hill
- Wakefield, B. J., Blegen, M. A., Uden-Holman, T., Vaughn, T., Chrischilles, E. ve Wakefield, D. S. (2001). Organizational culture, continuous quality improvement, and medication administration error reporting. *Am J Med Qual*, 16(4), 128-134.
- Wakefield, D. S., Wakefield, B. J., Uden-Holman, T. ve Blegen, M. A. (1996). Perceived barriers in reporting medication administration errors. *Best Pract Benchmarking Healthc*, 1(4), 191-197.
- Wakefield, D. S., Wakefield, B. J., Uden-Holman, T., Borders, T., Blegen, M. ve Vaughn, T. (1999). Understanding why medication administration errors may not be reported. *Am J Med Qual*, 14(2), 81-88.
- Walshe, K. ve Boaden, R. (2006). *Patient Safety: Research into Practice* (1.Ed. Baskı). Poland: Open University Press, McGraw-Hill Education.

- Waring, J. J. (2005). Beyond blame: Cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med*, 60(9), 1927-1935.
- Weekly Report (Morbidity and Mortality). (2014). CDC National health report: Leading causes of morbidity and mortality and associated behavioral risk and protective factors—United States, 2005–2013. Erişim Tarihi:29.04.2020, <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6304.pdf>.
- Weinberg, J. (2002). Medical error and patient safety: Understanding cultures in conflict. *Law & Policy*, 24(2), 93-113.
- Westrum, R. (2004). A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care*, 13 Suppl 2(suppl 2), ii22-27.
- WHO. (2004). *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme* (Vol. NLM classification: W 84.7). France.
- WHO. (2005). WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems (Vol. WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). Switzerland.
- WHO. (2007). World alliance for patient safety forward programme 2006–2007 (Vol. WHO/EIP/HDS/PSP/2006.1). Switzerland.
- WHO. (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety *Final Technical Report* (Vol. WHO/IER/PSP/2010.2).
- WHO. (2011). *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-Professional Edition* (Vol. NLM classification: WX 16). Malta.
- WHO. (2014a). *Reporting and Learning Systems for Medication Errors: The Role of Pharmacovigilance Centres* (Vol. NLM classification: QV 771). France.
- WHO. (2014b). *Working Paper Preliminary Version of Minimal Information Model for Patient Safety* (Vol. WHO/HIS/SDS/2014.7).
- WHO. (2017a). Medication without harm - Global patient safety challenge on medication safety (Vol. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.). Geneva.
- WHO. (2017b). *Patient Safety: Making Health Care Safer* (Vol. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.). Geneva.

- WHO. (2020). Patient safety incident reporting and learning systems: Technical report and guidance. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO, OECD ve Bank, W. (2018). Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wild, D. ve Bradley, E. H. (2005). The gap between nurses and residents in a community hospital's error-reporting system. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(1), 13-20.
- Willmott, J. D. (2018). *Health professionals' perception of patient safety and quality in a Western Australian hospital*. (Master Degree), Curtin University, Avustralya.
- Wilson, B., Bekker, H. L. ve Fylan, F. (2008). Reporting of clinical adverse events scale: A measure of doctor and nurse attitudes to adverse event reporting. *Qual Saf Health Care*, 17(5), 364-367.
- Wu, J. H., Shen, W. S., Lin, L. M., Greenes, R. A. ve Bates, D. W. (2008). Testing the technology acceptance model for evaluating healthcare professionals' intention to use an adverse event reporting system. *Int J Qual Health Care*, 20(2), 123-129.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46(Özel Sayı), 74-85.
- Yıldırım, A., Aksu, M., Çetin, İ. ve Şahan, A. (2009). Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Cumhuriyet Medical Journal*, 31(4), 356-366.
- Yıldız, İ. (2015). *Hekim ve hemşirelerin güvenlik raporlama sistemine katılımının değerlendirilmesi eğitim ve araştırma hastanesi örneği*. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Yılmaz, A. (2009). *Hemşirelerin ilaç hataları bildirim önündeki engellere ilişkin algıları*. (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Yılmaz, A., Oğuz, I. ve Nesrin, A. (2017). Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 69-80.
- Yılmaz, A. ve Eroğlu, C. (2013). *Davranış Bilimleri ve Örgütsel Davranış* (4. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yücesan, A. ve Alkaya, S. A. (2017). Bireylerin tıbbi hatalarla ilgili görüş ve deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 44(1), 25-25.
- Zenere, A., Zanolin, M. E., Negri, R., Moretti, F., Grassi, M. ve Tardivo, S. (2016). Assessing safety culture in NICU: Psychometric properties of the Italian version of safety attitude questionnaire and result implications. *J Eval Clin Pract*, 22(2), 275-282.
- Zheng, L. (2012). *Operating room version of safety attitudes questionnaire – An analysis using structural equation models*. (Master Degree), Uppsala University.
- Zimmermann, N., Kung, K., Sereika, S. M., Engberg, S., Sexton, B. ve Schwendimann, R. (2013). Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals--a validation study. *BMC Health Serv Res*, 13, 347.

Ek 1. Anket Formu

Değerli katılımcı,

Sağlık Kurumlarında Olay Raporlama Engelleri Açısından Sağlık Çalışanlarının Olay Bildirimlerine Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi başlıklı bu araştırma, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi AD** tarafından yapılmaktadır. Araştırma Sağlık Çalışanlarının istenmeyen olay raporlama engellerinin belirlenmesi ve olay raporlamaya karşı tutumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Lütfen ankette yer alan sorulara içtenlikle ve hiçbir soruyu atlamadan yanıt veriniz. Araştırmaya katılmanız **gönüllülük esasına dayalıdır**. Bu form aracılığıyla elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz. Anketi doldururken araştırmaya katılmaktan vazgeçerseniz, anketi doldurmaya son verebilirsiniz.

Olay Raporlama, sağlık hizmeti sunumu esnasında meydana gelen ve **tıbbi hata, istenmeyen olay, olumsuz olay, advers olay** veya **ramak kala olay** (kimsenin zarar görmediği, gerçekleşmeyen hata) isimleri ile bilinen olayların rapor edilmesi anlamındadır. Bu raporlama Sağlık Bakanlığı veya hastane bilgi sistemleri kullanılarak veya matbu form ile yapılabilir.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz **5 bölüm ve 2 sayfadan** oluşmaktadır. **81 soruluk, 10-15 dk. zamanınızı alacak bu çalışmada** yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Bünyamin KELEŞ
Hacettepe Üniv. Sağlık Yönetimi Doktora Prog.
(533) 4160692, bkeles74@gmail.com

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederim.

Çalışmaya **katılmayı kabul ediyorsanız** lütfen aşağıdaki kutucuğu 'X' ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul Ediyorum.

I-SOSYODEMOGRAFIK BİLGİLER					
1. Doğum Yılı	_____				
2. Cinsiyetiniz?	[1] Kadın	[2] Erkek			
3. Medeni durumunuz?	[1] Evli	[2] Bekâr	[3] Diğer		
4. Eğitim durumunuz?	[1] Lise	[2] Ön Lisans	[3] Lisans	[4] Yüksek Lisans	[5] Doktora
5. Mesleğiniz?	[1] Hekim	[2] Hemşire	[3] Ebe	[4] Diğer (Tekniker/Tekns./Sağ.Me.)	
6. Çalışma şekliniz?	[1] Gündüz	[2] Gece	[3] Gündüz/Gece	[4] Diğer.....	
7. Haftalık çalışma saatiniz?	[1] 40 saatten az	[2] 40-50 saat	[3] 50 saatten fazla		
8. Ne kadar süredir bu mesleği icra ediyorsunuz?	<input type="text"/> Yıl	<input type="text"/> Ay			
9. Çalıştığınız bölüm?	_____				
10. Ne kadar süredir bu bölümde çalışıyorsunuz?	<input type="text"/> Yıl	<input type="text"/> Ay			

II-OLAY RAPORLAMA İLE İLGİLİ FARKINDALIK VE OLAY RAPORLAMA KULLANIM DURUMU					
1. Bugüne kadar olay raporlama ile ilgili hiç eğitim aldınız mı?	[]Evet	[]Hayır			
2. Mesleğinizi icra ederken son 12 ayda rapor edilmesi gereken bir olaya dâhil oldunuz mu?	[]Evet	[]Hayır			
3. Mesleğinizi icra ederken son 12 ayda rapor edilmesi gereken bir olaya tanık oldunuz mu?	[]Evet	[]Hayır			
4. Son 12 ayda herhangi bir olay raporlaması yaptınız mı?	[]Evet	[]Hayır			
Lütfen aşağıdaki maddeleri karşılarda verilen ölçeği kullanarak işaretleyiniz.					
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
5. Hastanemde bir olay raporlama sistemi vardır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Olay raporlamanın nasıl yapılacağını biliyorum.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

III-İSTENMEYEN OLAY RAPORLAMA TUTUM ANKETİ					
Lütfen istenmeyen olay raporlamaya karşı tutumunuzu madde karşısında gösterilen ifadelerden size uygun olanı işaretleyerek belirtiniz.					
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	
1. İstenmeyen olayların bildirilmesi eğitim eksikliklerinin belirlenmesine yardımcı olur.	[1]	[2]	[3]	[4]	
2. Meydana gelen istenmeyen olaydan haberdar olan kişi az ise olayın rapor edilmesine gerek yoktur.	[1]	[2]	[3]	[4]	
3. Meslektaşlarımın karıştığı istenmeyen olayları bildirmek benim sorumluluğum değildir.	[1]	[2]	[3]	[4]	
4. İstenmeyen olayları raporlamak hastaları korur.	[1]	[2]	[3]	[4]	
5. İstenmeyen olayları bildirmek dikkatleri benim üzerimde toplar.	[1]	[2]	[3]	[4]	
6. Meydana gelen istenmeyen olaylardan ders çıkarılabildiği sürece raporlamaya gerek yoktur.	[1]	[2]	[3]	[4]	
7. İstenmeyen olayı bildiren sağlık çalışanı gelecekte kariyer sorunu yaşar.	[1]	[2]	[3]	[4]	
8. İstenmeyen olayların nasıl rapor edileceği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	[1]	[2]	[3]	[4]	
9. İstenmeyen olayları bildirmediğim zaman, işimi gerektiği gibi yapmadığımı düşünüyorum.	[1]	[2]	[3]	[4]	
10. Minör istenmeyen olayların bildirilmesine gerek yoktur.	[1]	[2]	[3]	[4]	
11. Meslektaşlarım istenmeyen olayların bildirilmesini benden bekliyor.	[1]	[2]	[3]	[4]	
12. İstenmeyen olayları bildirmek benim için sorun oluşturur.	[1]	[2]	[3]	[4]	
13. Hangi tür istenmeyen olayların bildirilmesi gerektiği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	[1]	[2]	[3]	[4]	
14. Sadece seyrek gerçekleşen olaylar bildirilmelidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	
15. Meydana gelen istenmeyen olayı sadece hasta dosyasına not etmek, olay raporlama kadar iyidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	
16. Çalıştığım kıdemli personelin beni cesaretlendirmesi, istenmeyen olay bildiriminde bana güç verir.	[1]	[2]	[3]	[4]	
17. Hastanemde istenmeyen olayları gözlemleyen bir birim olması, olay bildirimlerinde teşvik edici olur.	[1]	[2]	[3]	[4]	
18. İstenmeyen olayı bildirmek, benim yanlış yaptığımı herkesin öğrenmesine yol açar.	[1]	[2]	[3]	[4]	
19. İstenmeyen olayları bildirmeye iznim yok.	[1]	[2]	[3]	[4]	
20. Sadece kendisinden bir şeyler öğrenilebilen olumsuz olaylar bildirilmelidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	
21. İstenmeyen olay raporlama bir tür suçlu bulma yoludur.	[1]	[2]	[3]	[4]	
22. İstenmeyen olaylar engellenemez, bu yüzden onları rapor etmenin bir anlamı yoktur.	[1]	[2]	[3]	[4]	
23. Olay raporlama, bir olaya karıştığım konusunda meslektaşlarımın dedikodular yapmasına sebep olur.	[1]	[2]	[3]	[4]	
24. İstenmeyen olayların bildirilmesi, insanları eylemlerinden hesap verebilir hale getirir.	[1]	[2]	[3]	[4]	
25. İstenmeyen olay olduğunda, meslektaşlarım bunu raporlamada ilgisiz davranıyor.	[1]	[2]	[3]	[4]	

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

IV-GÜVENLİK TUTUMU ANKETİ					
Lütfen çalıştığınız servis/hastane konusundaki düşüncenizi belirtiniz.					
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Bu serviste hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılasam, onu söylemekte zorlanırım.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Bu servisteki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre).	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Bu serviste tıbbi hatalar* uygun şekilde ele alınır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. Bu serviste, hataları tartışmak zordur.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. Bu servisin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Bu servisteki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. İşimi severim.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15. Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
16. Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
17. Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
18. Bu serviste / birimde moral yüksektir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
19. Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
20. İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
21. Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
22. Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
23. Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
24. Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
25. Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
26. Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
27. Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
28. Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
29. Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
30. Benim mesleğimdeki asistanlar / stajyerler yeterince denetlenir.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

* Tıbbi hata, sonucuna bakılmaksızın, hizmet sunumunda, herhangi bir sağlık bakım personeli tarafından yapılan, herhangi bir yanlışlık olarak tanımlanır.

V-OLAY RAPORLAMA ENGELLERİ ANKETİ					
Lütfen, olay raporlamaya engel olduğunuzu düşündüğünüz hususları belirtiniz.					
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Olay raporlama yapmak ekstra zaman gerektiriyor	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Olay raporlamayı kimin yapması gerektiğini bilmiyorum.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Olay raporlama konusunda arkadaşlarımdan yeterli desteği göremiyorum	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Olay raporlamada kişisel bilgilerim gizli kalmaz.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. Ayıplanmaktan korkuyorum.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Cezalandırılmaktan korkuyorum.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Olay raporlama sistemleri yetersiz.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Olay raporlama formunu doldurmakta zorluklar var.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Olay raporlamanın faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

10. Diğer (lütfen belirtiniz):.....

Anketimize vermiş olduğunuz katıdan dolayı teşekkür ederim.